

BILAN

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

SYNTHÈSE TRANVERSALE

 **PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**
2018 - 2022

ars
 Agence Régionale de Santé
Île-de-France



Le premier projet régional de santé de l'ARS Île-de-France avait pour fil rouge le développement d'une approche coordonnée de la santé, entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale au service de l'amélioration de l'état de santé et de l'accès à la santé des Franciliens. Il répondait ainsi à l'ambition fondatrice des Agences régionales de santé.

Le présent document s'inscrit dans cette dynamique. Il présente un bilan structuré autour des trois grands objectifs transversaux de ce premier projet régional de santé : assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ; améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé ; construire une politique de santé partagée avec tous les acteurs, au plus près de la réalité des territoires.

L'Agence a agi avec ses partenaires pour améliorer l'accessibilité et la cohérence des parcours de santé en Île-de-France : développement de l'offre de premier recours, maintien et consolidation d'une offre de proximité lisible et sécurisée d'établissements de santé, renforcement de l'offre médico-sociale et meilleure coordination et adaptation des parcours de santé aux besoins de chacun, et notamment des populations les plus fragiles.

L'Agence et ses partenaires se sont également mobilisés pour garantir la qualité des prises en charge, à travers le renforcement des dispositifs de veille et de sécurité sanitaires, la promotion de la coopération entre professionnels de santé ou l'appui au développement de pratiques plus efficaces et innovantes.

Enfin, priorité a été donnée à la dynamique territoriale et partenariale. Elle s'est traduite par un dialogue constant des délégations départementales de l'Agence avec tous les acteurs de l'action locale en santé, la mise en place d'une politique active de coordination des politiques publiques, notamment dans le domaine de la prévention pour agir sur les déterminants de santé, et l'installation d'une dynamique forte de démocratie en santé dans les territoires.

Pour chacun de ces axes, ce bilan présente quelques actions marquantes, sans viser l'exhaustivité. A travers ces retours d'expériences, il s'agit de prendre la mesure des avancées mais aussi des défis qui devront être relevés dans le prochain projet régional de santé. L'ambition portée par ce premier projet régional de santé de construire à l'échelle régionale une politique de santé globale, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés autour d'objectifs communs, devra plus que jamais être poursuivie.

Je vous souhaite une bonne lecture !

Christophe DEVYS
Directeur général ARS Île-de-France



Pour l'ARS Île-de-France, dont il constitue pour 5 ans la feuille de route, pour les usagers du système, pour les professionnels institutionnels et libéraux, le Projet régional de santé (PRS) est un cadre déterminant, structurant.

C'est grâce à cet outil réglementaire que sont connues et mises en œuvre les priorités politiques de santé publique de notre région dans les champs sanitaire, ambulatoire, médico-social et de prévention.

Avant d'engager les travaux d'élaboration du PRS 2018 - 2022, il était essentiel de faire le bilan et de tirer les enseignements du Projet régional qui s'achève. C'est l'objet, même s'il ne concerne que les actions les plus significatives, du présent document.

Je salue et remercie les équipes de l'Agence qui ont conduit un important travail pour élaborer cette synthèse même si nous sommes nombreux à regretter que le premier PRS n'ait pas prévu dès l'origine les conditions, la méthode de son évaluation ni posé d'indicateurs.

Mais pour être sincère et objectif, il était naturel que ce bilan soit débattu, concerté, enrichi par les instances de la démocratie en santé et notamment par la CRSA.

Je veux souligner l'apport de notre commission permanente (par l'organisation d'un séminaire sur ce sujet), de nos commissions spécialisées et de nos groupes de travail permanents :

- pour prendre connaissance de nombreuses et parfois volumineuses productions écrites et documentées des services de l'Agence ;
- pour débattre, apprécier, faire émerger les points saillants, pour nommer les échecs autant que les succès, pour identifier les difficultés et se concentrer sur «les vrais problèmes» ;
- pour enfin et surtout tirer de l'analyse de ce bilan les enseignements utiles pour le prochain PRS.

Une fois encore, la contribution des membres de notre conférence de santé, par la diversité de ses composantes, par la franchise, la maturité et la rigueur de ses interventions a permis un travail fructueux.

Que tous en soient remerciés !

Rappelons pour conclure que ce travail d'évaluation a conduit la CRSA à formuler 3 priorités qui devront être les marqueurs du futur projet francilien :

- 1) renforcer dans toutes les actions de l'Agence, la prévention des maladies, des incapacités évitables et développer la promotion de la santé,
- 2) mettre en œuvre sur les territoires franciliens les actions du PRS 2018 - 2022 en proximité et au plan local,
- 3) poursuivre résolument la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

**Président de la Conférence Régionale de
Santé et de l'Autonomie**

Introduction

La loi du 21 juillet 2009 a confié aux Agences régionales de santé la mission d'élaborer un projet régional de santé (PRS) visant à déterminer les priorités des politiques de santé en région, dans les différents champs sanitaire, ambulatoire, médico-social et de prévention, au plus près des besoins de la population. Le premier Projet Régional de Santé d'Île-de-France (« PRS 1 ») a été arrêté le 1er janvier 2013, au terme d'une année de travaux, d'échanges et de concertation avec l'ensemble des acteurs de santé de la région.

Aujourd'hui, alors que l'ARS Île-de-France initie les travaux de préparation de son prochain projet régional de santé pour la période 2018-2022 (« PRS 2 »), dans le cadre renouvelé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le présent document vise à mettre en exergue dans une logique transversale les principaux enseignements du PRS 1, par l'identification et l'analyse d'actions particulièrement significatives.

Le présent document s'articule autour des trois objectifs stratégiques que l'ARS Île-de-France avait arrêtés dans le PRS 1 :

- Objectif n°1 : assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ;
- Objectif n°2 : garantir la qualité et l'efficacité du système de santé dans la région ;
- Objectif n°3 : conduire cette politique avec tous les acteurs au plus près des territoires.

Parallèlement, les trois schémas d'organisation de l'offre de santé (schéma régional de l'offre de soins, schéma régional de prévention et schéma régional de l'offre médico-social) et l'action des délégations départementales font l'objet de bilans dédiés.

BILAN

Synthèse transversale

Sommaire

OBJECTIF N°1 : ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ.	3
1.1 Entrer aux bons endroits dans le parcours de santé	4
1.2 Entrer au bon moment dans le parcours de santé	9
1.2.1 <i>Le renforcement des pratiques cliniques préventives</i>	9
1.2.2 <i>Le renforcement du suivi en routine</i>	13
1.3 Bénéficier d'un parcours adapté à ses besoins	16
1.3.1 <i>Garantir l'accessibilité des parcours de santé</i>	16
1.3.2 <i>Garantir le respect de la personne, de son autonomie, de ses droits</i>	26
1.4 Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS	29
1.4.1 <i>Pour les enfants et les jeunes, mettre l'accent sur la prévention</i>	29
1.4.2 <i>Pour la santé mentale et les pathologies chroniques, promouvoir une approche globale de la personne</i>	34
1.4.3 <i>Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques</i>	40
1.5 Promouvoir les démarches de contractualisation pour l'organisation des parcours de santé	51
OBJECTIF N°2 : AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ	53
2.1 Promouvoir la qualité de l'offre de santé	54
2.2 Faire de la recherche de l'efficacité une culture partagée et un moteur de l'évolution du système de santé	58
2.3 Faire de la coopération un mot d'ordre pour la qualité et l'efficacité de l'offre de santé	61
2.4 Garantir l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des alertes	66
2.5 Développer la recherche et l'innovation en santé	76
OBJECTIF N°3 : CONSTRUIRE UNE POLITIQUE DE SANTÉ PARTAGÉE AVEC TOUS LES ACTEURS AU PLUS PRÈS DE LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES	78
3.1 Réinventer l'approche territoriale de la santé	79
3.1.1 <i>Les collectivités territoriales, principales partenaires de l'action locale en santé</i>	79
3.1.2 <i>Le dialogue avec les opérateurs de santé, les professionnels, et les usagers</i>	81
3.1.3 <i>La coordination locale des politiques publiques pour agir au plus près des déterminants de santé</i>	82
3.1.4 <i>L'articulation des politiques de santé avec les problématiques d'urbanisme, d'aménagement et d'environnement</i>	84
3.2 Construire la politique régionale de santé avec l'ensemble des partenaires	86
3.3 Mobiliser la région pour lutter contre les inégalités de santé	90
3.4 Faire vivre la démocratie sanitaire	95

BILAN

Synthèse transversale

OBJECTIF N°1 : ASSURER À CHAQUE FRANCILIEN UN PARCOURS DE SANTÉ LISIBLE, ACCESSIBLE ET SÉCURISÉ

1.1 Entrer aux bons endroits dans le parcours de santé

Entrer au bon endroit, c'est pouvoir disposer d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée à ses besoins. La présence de médecins généralistes ainsi que d'autres professions paramédicales, nécessaires à un suivi régulier de la population ou au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées ou des malades chroniques, doit pour cela être organisée sur l'ensemble de la région et accessible à un tarif opposable. Pour favoriser cette proximité en palliant les carences dans certains territoires, l'ARS a orienté son action autour de deux axes dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017 : d'une part, la promotion et la facilitation de l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles, et d'autre part l'appui à l'implantation et au maintien de structures d'exercice collectif.

➔ Les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé

L'Île-de-France fait partie des régions où la densité des professionnels de santé est particulièrement élevée. Mais cette apparente richesse en professionnels de santé ne doit pas masquer le risque de voir certains territoires, à court terme, se trouver en déficit de professionnels de proximité, du fait notamment de l'augmentation des cessations d'activité (retraite, départ en province) et de la faiblesse du nombre d'installation.

La situation de la médecine générale est particulièrement problématique mais ce constat est susceptible de s'appliquer à l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ambulatoire.

L'ARS, en lien étroit avec les partenaires concernés, a donc engagé une série d'actions dans le cadre de son premier projet régional de santé visant à favoriser l'installation des professionnels sur le territoire francilien.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Mise en place d'un service unique d'aide à l'installation**
 - Plus de 300 permanences locales et 850 professionnels reçus dans chaque département d'Ile-de-France pour informer et conseiller les professionnels de santé dans leurs choix et les premières démarches d'installation en libérale.
 - 17 « journées découvertes » interprofessionnelles dans les départements de la région pour sensibiliser les professionnels de santé à l'exercice en Ile-de-France.
 - Expérimentation d'un coaching à l'installation : accompagnement individuel à l'installation des médecins libéraux inscrits et suivis dans les permanences locales, notamment sur les aspects organisationnels, juridiques et économiques - 121 médecins suivis en 2015).
- **Mise en place du PAPS - Portail d'accompagnement aux professionnels de santé** : portail partenarial d'information et de sensibilisation des professionnels sur les étapes clés de leur parcours (formation, installation, exercice).
- **Aides ciblées dans les zones déficitaires et fragiles du schéma régional d'organisation des soins (SROS)**
 - Déploiement du Contrat d'Engagement de Service Public - 235 médecins et 38 odontologues signataires.
 - Mise en place du dispositif de Praticien Territorial de Médecine Générale - 25 contrats signés.
 - Signature d'un Contrat Pluriannuels d'Objectif et de Moyens avec l'Union régionale des professionnels de santé masseurs-kinésithérapeutes pour encourager leur installation dans les zones déficitaires (agrément par les Instituts de Formation en masso-kinésithérapie des terrains de stages dans ces zones pour les étudiants de 3ème année).

Points forts de la démarche

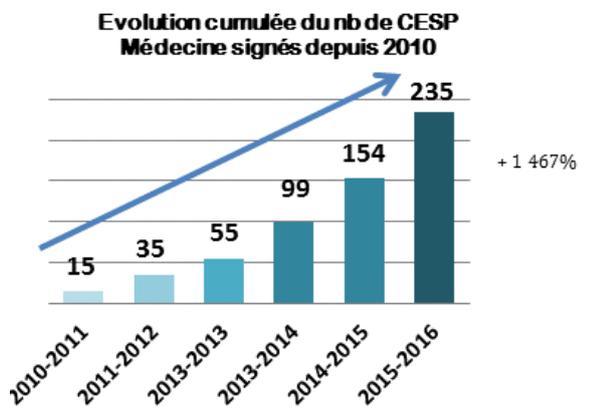
- **Partenariat soutenu et renouvelé avec l'URPS médecins** : dès 2011, signature d'un protocole d'accord et de 4 CPOM.
- **Evolution du zonage en 2015** avec un élargissement sensible des zones déficitaires et fragiles (30% de la population francilienne en 2015 contre 12,8% en 2012).

Chantiers à venir

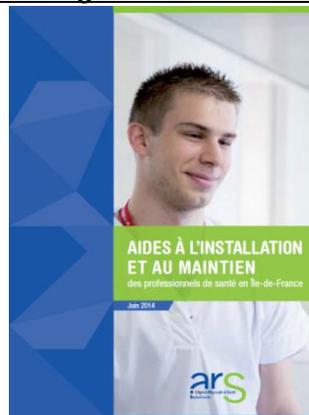
- **Révision du zonage en 2017.**
- **Déploiement du dispositif Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire.**
- **Mise en œuvre, en relation avec les CPAM du département, de la nouvelle convention Assurance Maladie** (contrats tripartites AM-praticien-ARS pour l'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur les territoires déficitaires).

BILAN

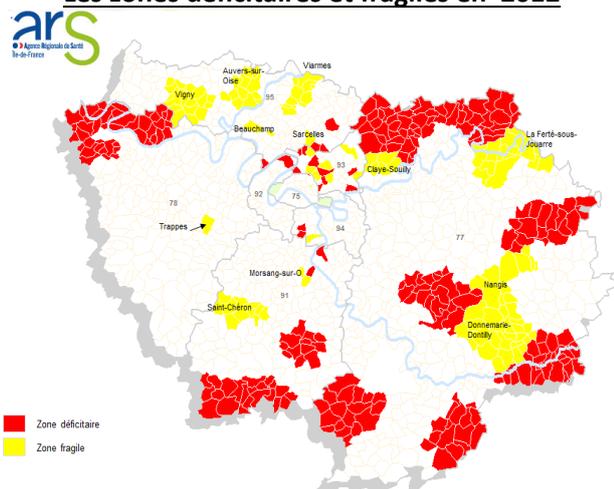
Synthèse transversale



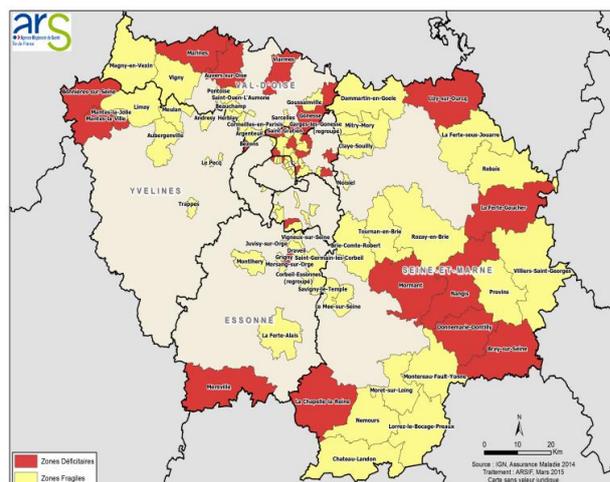
Edition d'un guide d'aide à l'installation



Les zones déficitaires et fragiles en 2012



Les zones déficitaires et fragiles en 2015



➔ Les aides à l'implantation et au maintien de structures d'exercice collectif

Les «structures d'exercice collectif» (SEC) regroupent les Maisons et pôles de santé pluri-professionnels ainsi que les centres de santé. Ces structures constituent des formes d'organisation adaptées aux attentes des professionnels libéraux ou salariés. Elles permettent de mieux gérer leurs temps professionnel et privé, de sécuriser leur pratique en termes de qualité et de continuité des soins. Surtout, ces organisations facilitent la réponse aux besoins des patients. En outre, la mise en place d'un projet de santé est garante du développement d'une coordination entre les professionnels et d'actions de prévention et d'éducation sanitaire.

Les inégalités territoriales d'accès aux soins ont conduit l'Agence, dès sa création, à mettre en œuvre des actions favorisant la promotion, l'implantation et le maintien de structures d'exercice collectif. Ces structures sont particulièrement attractives pour les nouvelles générations qui aspirent à de nouvelles formes de pratiques orientées vers davantage de coordination et de pluri-professionnalité.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Amélioration de la communication, de l'information et de l'accompagnement des acteurs :** deux cahiers des charges ont été élaborés en lien avec les partenaires concernés de l'Agence - l'un concernant les centres de santé, l'autre spécifiquement les maisons de santé - afin de promouvoir l'exercice en maison et centre de santé, informer les acteurs de la politique conduite par l'ARS Ile-de-France dans ce domaine et accompagner la réalisation et le financement des projets.
- **Simplification des démarches pour les acteurs :** la constitution au sein du siège de l'ARS d'un département dédié à l'accompagnement et au suivi des structures d'exercice collectif a permis de constituer un guichet unique régional, dispositif fortement sollicité par les acteurs de terrain, notamment les professionnels de santé.
- **Le renforcement de la connaissance de notre territoire quant à l'implantation des structures :** au terme d'un contrat conclu en 2011 entre l'Union régionale des professionnels de santé médecins et l'ARS portant sur le recensement, la qualification et l'affichage des cabinets de groupe franciliens, 1 200 cabinets de groupe ont pu être identifiés. Un accompagnement spécifique est à présent envisagé pour certaines structures souhaitant s'investir dans une organisation fondée sur une coordination et une pluri-professionnalité accentuées de leurs pratiques professionnelles.
- **La pérennisation des centres de santé :** une grande majorité des 300 centres de santé franciliens connaît un déficit parfois important qui hypothèque leur avenir. L'Agence a donc lancé en 2012 une étude portant sur l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique des centres de santé, dans la perspective de conforter cette offre sur le territoire. Ces enseignements constituent aujourd'hui un véritable tableau de bord pour les centres dans le cadre de leur gestion et organisation.
- **L'accompagnement des sites dans une évolution des modes de financement :** l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité de procéder pendant une durée de 6 ans à des expérimentations portant sur le versement de nouveaux modes de rémunération à des professionnels de santé exerçant au sein de structures d'exercice collectif dans le champ ambulatoire. Dans ce cadre, l'Agence a accompagné 50 sites (20% des sites français) dans la mise en place de leurs actions. L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, en charge de l'évaluation nationale, a émis des conclusions positives en faveur de la pérennisation par les pouvoirs publics de cette expérimentation. Le dispositif du règlement arbitral est désormais en vigueur depuis février 2015. L'Agence est mobilisée aux côtés de l'Assurance maladie, en charge désormais du dispositif afin de soutenir les sites en bénéficiant.
- **Engagement financier**
 - 111 dossiers de financement instruits par le comité du Fonds d'Intervention Régional (FIR), 21 comités organisés depuis 2010, 80% d'avis favorable émis pour le financement des projets.
 - Accroissement de 160% en 5 ans du FIR consacré aux structures d'exercice collectif (de 499.715€ en 2011 à 1.300.000€ en 2016).

BILAN

Synthèse transversale

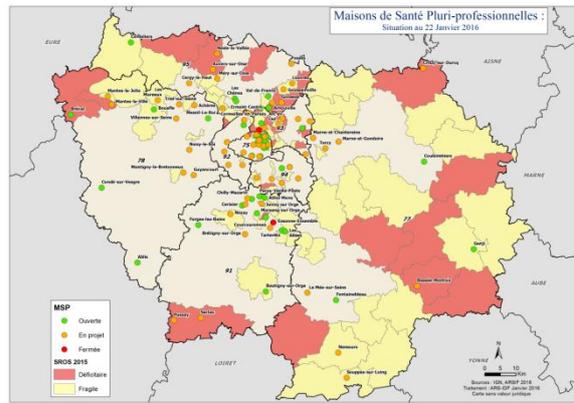
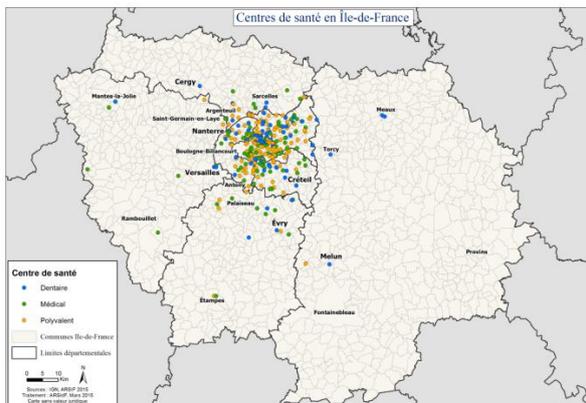
Points forts de la démarche

- Fort investissement de l'Agence en faveur des SEC : amélioration de l'accès aux soins, réduction des inégalités sociales de santé induites par l'accroissement significatif de structures en 6 ans.
- Diversification des modes de financement avec la pérennisation de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) : prise en compte par les pouvoirs publics de l'enjeu capital du financement de la coordination interprofessionnelle.

Chantiers à venir

- Déployer les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).
- Envisager des aides spécifiques aux cabinets de groupe.
- Envisager le financement sur le FIR d'aides en investissement pour les structures de 1^{er} recours.
- Expérimenter et développer et des Missions d'Intérêts Général (MIG) en ambulatoire.
- Renforcer les liens avec la région dans le suivi et le financement des projets (création d'un comité des financeurs).

Illustration : implantation des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles en IDF en 2016



1.2 Entrer au bon moment dans le parcours de santé

Une entrée pertinente dans un parcours de santé commence par un accès opportun à la vaccination et à l'offre de dépistage et de repérage précoce. Pour cela, l'ARS s'est notamment fixé comme objectif dans le Projet régional de santé 2013-2017 de développer la vaccination - plus particulièrement s'agissant de la tuberculose - et d'améliorer le dépistage organisé du cancer.

Entrer au bon moment dans le parcours de santé, c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper, éviter les situations de crise et réduire le nombre d'hospitalisations évitables. Dans cette optique, deux expérimentations ont été lancées par l'ARS pour diminuer les recours inadéquats à l'hospitalisation des personnes âgées : la présence infirmière de nuit en EHPAD, et des Services de Soins Infirmiers à Domicile «renforcés».

1.2.1 Le renforcement des pratiques cliniques préventives

➔ La lutte contre la tuberculose et l'accès à la vaccination BCG

L'Île-de-France présente une incidence de la tuberculose deux fois plus élevée que le reste de la France. Paris et la Seine-Saint-Denis sont les départements les plus touchés (environ 40 % des cas). Dans $\frac{3}{4}$ des cas, renseignés, les personnes touchées sont des migrants avec une forte proportion originaire d'Afrique subsaharienne. Des disparités territoriales existent dans la région notamment en Seine-Saint-Denis où l'incidence est nettement plus élevée que dans les autres départements de la région. Dans ce contexte, l'Agence s'est confronté à deux enjeux dans le cadre du PRS 1 : améliorer les pratiques vis-à-vis des populations à risque élevé, et pour cela améliorer les dispositifs publics; et gérer la pénurie de vaccins BCG qui perdure depuis fin 2014 et a entraîné son contingentement aux structures de vaccinations gratuites.

Plus largement, la gestion de la pénurie BCG pose le défi d'une modification plus générale du rapport des effecteurs et du public à la vaccination en termes d'adhésion et d'accessibilité. L'enjeu étant de maintenir un taux de couverture vaccinal suffisant notamment pour les populations les plus à risque et ce, dans un contexte de pénuries vaccinales plurielles et itératives.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Renforcement de la structuration du pilotage régional** en lien avec les Conseils départementaux pour la mise en place d'un pilotage régional concerté entre les différents acteurs de la lutte contre la tuberculose, d'une harmonisation des pratiques au sein du réseau régional des Centres de lutte contre la tuberculose, de l'articulation avec les politiques de cohésion sociale et l'évaluation de l'ensemble du dispositif par l'ARS.
- **Amélioration de la prise en charge et le parcours des patients**, en fonction des spécificités épidémiologiques (détection et prise en charge précoce, renforcement du système de déclaration obligatoire, amélioration des enquêtes autour d'un cas déclaré).
- **Adaptation des stratégies de dépistage** à l'évolution de l'exposition des populations, et meilleur ciblage sur les groupes sociaux les plus vulnérables.
- **Elaboration en 2016 de recommandations régionales** en direction des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) : « Eléments d'adaptation de la stratégie régionale de la lutte contre la tuberculose en direction des personnes migrantes et réfugiées ».
- **Mise en place de dispositions afin de limiter l'impact de la pénurie de vaccins BCG** sur la couverture vaccinale des enfants à risque de tuberculose alors que perdure le contingentement de vaccins BCG depuis fin 2014 :
 - mobilisation des différents acteurs partenaires (services départementaux de Protection maternelle et infantile-PMI- et l'Assurance maladie), effecteurs (PMI, Centre de Lutte Anti Tuberculose -CLAT- Centres de vaccinations) pour la mise en place de séances dédiées de vaccination BCG ;
 - mise en place d'un dispositif de suivi des besoins en BCG et de l'activité des structures et de livraison des vaccins;
 - recherche de modalités alternatives afin d'assurer l'accès à la vaccination des enfants éligibles (conventionnement avec les médecins libéraux (75) et développement d'un protocole de prise en charge de la vaccination BCG par les infirmiers dans les structures de vaccination).

Points forts de la démarche

- Une prise en charge de qualité portée essentiellement par le secteur public : centres de lutte contre la tuberculose et hospitalier.
- Une action publique qui vise les personnes les plus exposées, à travers des approches spécifiques (équipe mobile de lutte contre la tuberculose, etc.).
- Une mobilisation importante des collectivités territoriales et de certaines structures gratuites de vaccination pour faire face à la pénurie de BCG et à son contingentement.

Chantiers à venir

- Réduire les inégalités territoriales qui se creusent en matière de lutte contre la tuberculose selon des modalités différenciées et une mobilisation accrue des CLAT et des hôpitaux sur un principe de convergence méthodologique.
- Une vigilance à maintenir sur la question des tuberculoses multirésistantes.
- Le renforcement du dispositif de vaccination par le BCG des enfants éligibles en accord avec les recommandations du Haut conseil de la santé publique.
- La poursuite dans le temps de la mobilisation des collectivités territoriales et de l'ensemble des structures de vaccination pour la vaccination BCG.

BILAN

Synthèse transversale

Illustration : intervention de l'ARS dans le camp de la Porte des Poissonniers en décembre 2015

L'ARS a été informée fin novembre 2015 de 3 suspicions de tuberculose dans un camp situé à proximité de la porte des Poissonniers (75018) dans lequel vivent entre 300 et 400 personnes de la communauté rom. Les résidents sont organisés en unités de vie de moins de 10 personnes chacune. La médiation au sein du camp a été assurée par l'organisation « Médecins du Monde » (MDM).

La coordination du dépistage des contacts a été assurée par le CLAT 75 en collaboration avec MDM, les services de la PMI, le Secrétariat Général de la Ville de Paris et les hôpitaux de référence (Bichat et Robert Debré). Un listing regroupant 150 « cas contacts » a été établi. Lors du dépistage, 119 radiographies pulmonaires et 30 intradermo réactions ont été réalisées. Ce dépistage a permis d'identifier et de traiter un cas de tuberculose maladie chez une enfant scolarisée et plusieurs cas d'infection tuberculeuse latente parmi les contacts affectant trois adultes et une enfant de moins de deux ans.

La coordination efficace des différents acteurs a permis de réaliser ce dépistage dans délais contraints avant l'évacuation du camp qui s'est déroulée le 3 février 2016.

➔ **Le renforcement de l'accès aux dépistages organisés des cancers**

Le cancer a un coût social et humain élevé et les inégalités socio-sanitaires et territoriales y occupent une place prépondérante dans la région. L'enjeu concerne particulièrement en Île-de-France l'accès aux dépistages organisés pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Le Plan cancer 2014-2019 prévoit que le cancer du col de l'utérus fasse également l'objet d'un programme de dépistage organisé. Le cancer du sein est la localisation cancéreuse la plus fréquente chez la femme en Île-de-France en termes d'incidence et la première cause de mortalité par cancer. Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent et l'un des plus meurtriers, avec 17 500 décès en France et plus de 2 000 en Île-de-France en 2015. Le cancer du col de l'utérus se situe au 6^{ème} rang des cancers chez la femme en termes d'incidence et au 10^{ème} rang en termes de mortalité en Île-de-France.

Principales réalisations

- **Accompagnement des 8 structures de gestion des dépistages organisés (SGDO).**
- **Amélioration de la connaissance** par la mise en place de tableaux de bord de suivi des dépistages organisés du cancer du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) et le soutien de travaux de géographie de la santé.
- **Mise en place d'un comité régional dépistages** pour le réseau des acteurs et amélioration de l'efficacité des dispositifs en place.
- **Soutien financier d'actions locales de sensibilisation** au dépistage des cancers en priorisant les territoires défavorisés.
- **Déploiement d'une action expérimentale de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans le Val-de-Marne** : l'expérimentation a apporté un gain de taux de participation de plus de 16%, particulièrement chez les femmes en situation de vulnérabilité.
- **Mise en place d'actions spécifiques pour améliorer l'accès au dépistage en direction des personnes détenues.**

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Des outils d'analyse régionaux performants.
- Projet transverse au sein de l'ARS entre lutte contre les inégalités et accès au dépistage.
- Bonne mobilisation et coopération de tous les partenaires internes et externes (associatifs, assurance-maladie, etc.).

Chantiers à venir

- Une évolution du dispositif régional des dépistages organisés à travers un pilotage unique pour améliorer l'efficience et la qualité
- Déploiement régional du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
- Expérimentation de la dématérialisation des mammographies numériques pour améliorer la qualité du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Résultats des taux de participation aux dépistages organisés

Dépistages	Taux national	Taux régional	75	77	78	91	92	93	94	95
Sein couverture campagne 2014-2015		68,0	67,0	70,0	74,0	70,0	66,0	64,0	66,0	68,0
Sein dépistage organisé (DO)	51,6	39,8	27,3	50,2	41,8	40,0	35,7	39,8	41,9	48,0
Sein détection individuelle (DI)	-	32,1	47,5	19,9	32,3	31,3	36,3	23,7	28,1	26,0
Colorectal 2013-2014	29,8	22,7	14,0	30,2	22,4	26,9	18,0	27,8	24,7	26,1
Col de l'utérus 2015	53,2 (DI)								58,7 (DO+DI)	

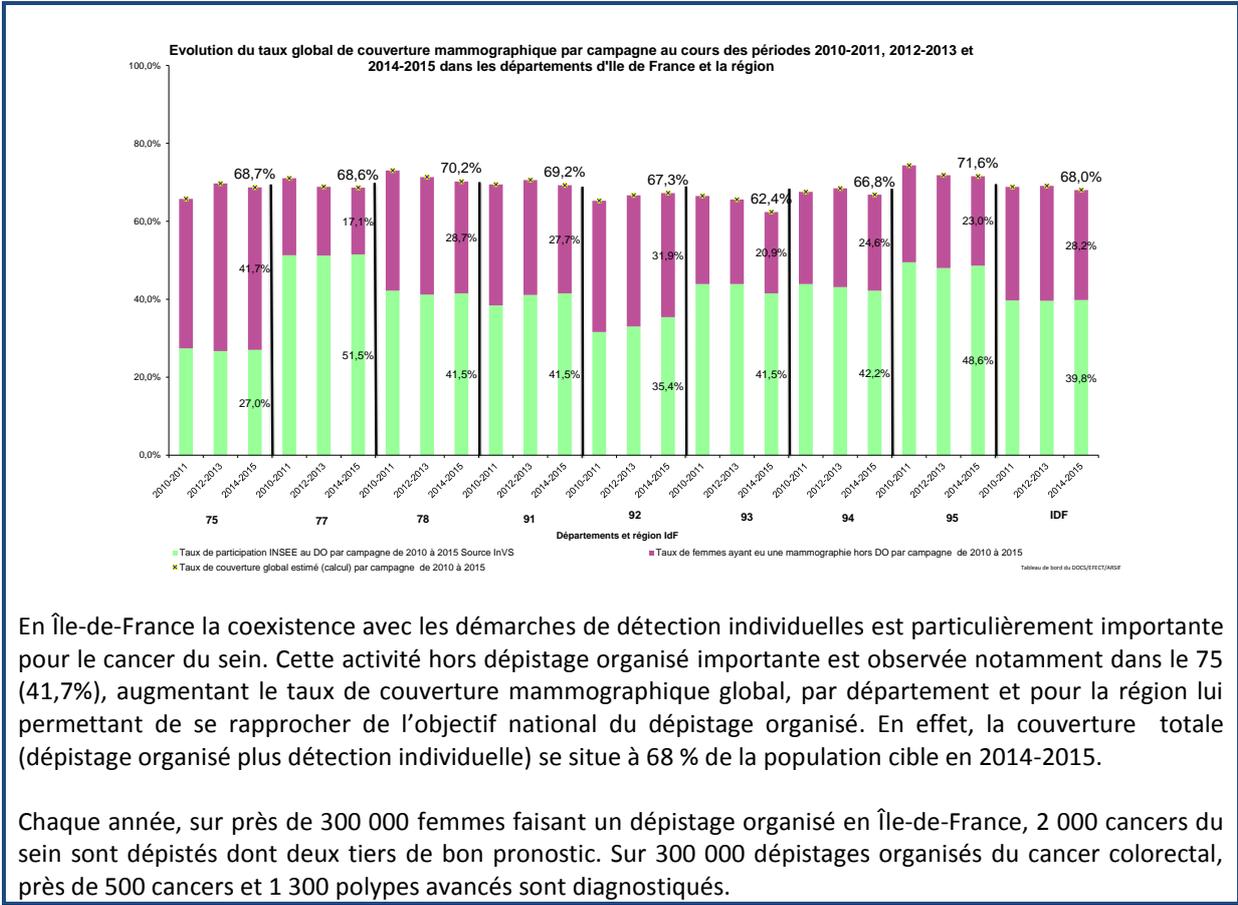
Pour le cancer du sein, le taux de participation au dépistage organisé en Île-de-France n'atteint pas les objectifs fixés¹. Après une progression régulière du dépistage organisé du cancer du sein jusqu'en 2009, la tendance actuelle à la stagnation, voire à la diminution, se confirme, comme sur le plan national.

Pour la campagne 2013-2014, le taux de participation régional au dépistage organisé du cancer colorectal à 22,7 % affiche une tendance à la diminution, observée dans tous les départements (avec des différences comparables à celles du dépistage organisé du cancer du sein, allant de 14% dans le 75 à 30,2% dans le 77). Ce taux régional reste plus faible que le niveau national (à 29,8%), pour les femmes (24,1% versus 31,5% pour le taux national de participation) comme pour les hommes (21,3% versus 27,9% pour le taux national de participation).

¹ L'objectif européen est de 70%

BILAN

Synthèse transversale



1.2.2 Le renforcement du suivi en routine

➔ La lutte contre les hospitalisations évitables des personnes âgées

Notre système de santé s'appuie sur l'intervention de nombreux professionnels et dispositifs aux différentes étapes du parcours de santé. Cela entraîne parfois des situations de ruptures dans l'accompagnement et les soins des plus vulnérables. Ainsi, l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées est un enjeu majeur dont l'objectif principal est de réduire les hospitalisations évitables et d'améliorer la continuité des soins à domicile comme en établissement. Pour ce faire, deux expérimentations franciliennes ont été lancées par l'Agence dans le cadre du PRS 1 : la présence infirmière de nuit en EHPAD, et des Services de Soins Infirmiers à Domicile «renforcés» (SSIAD).

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Expérimentation d'une présence infirmière chaque nuit au sein de 24 EHPAD franciliens** afin de diminuer les hospitalisations en urgence des résidents et de favoriser les retours anticipés d'hospitalisation. Le dispositif repose sur la création d'un poste d'infirmier « mobile » de nuit mutualisé sur 3 à 4 EHPAD de proximité. Lancée en 2013, cette expérimentation, financée sur des crédits Assurance maladie, doit se poursuivre jusqu'en 2017.

Après une phase de montée en charge et l'analyse de deux ans de données recueillies, les principaux constats sont positifs :

- L'organisation des soins sur 24 heures favorise l'anticipation des situations de crise grâce aux transmissions réalisées entre équipes de jour et de nuit ;
- Les retours d'hospitalisation peuvent intervenir à n'importe quel moment de la journée, améliorant ainsi la qualité de vie des résidents, notamment en matière de soins palliatifs ;
- Meilleures coordination des équipes et anticipation des situations critiques ;
- Plus globalement, d'après le déclaratif des EHPAD participants, on observe une diminution du nombre de journées d'hospitalisation (3 000 journées d'hospitalisation de différence entre 2015 et 2013) ainsi qu'une diminution des ré hospitalisations. Cela semble indiquer une amélioration de l'organisation des prises en charge dans les structures. Le dispositif montre globalement une amélioration de la prise en charge en EHPAD (diminution des décès sur la période, stabilisation du nombre d'hospitalisations mais une baisse de la durée moyenne de séjour) ce qui induit une meilleure organisation des soins ;

Un guide sous forme de fiches pratiques sur les conduites à tenir en situations d'urgence a été élaboré avec la Société de Gériatrie et de Gérontologie d'Ile-de-France (SGGIF) pour accompagner les professionnels de santé dans certaines situations d'urgence, lorsqu'aucun médecin n'est présent dans l'établissement.

- **Expérimentation de SSIAD renforcés depuis 2014**

L'objectif de la création de places dites « renforcées » au sein des SSIAD est double : permettre l'admission de patients parfois refusés par les SSIAD « classiques » et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile au vu des modalités de tarification actuelles ; permettre le renforcement de la notion de coordination du parcours de santé et de vie à domicile des personnes âgées (faciliter certaines sorties d'hospitalisation par exemple). Ainsi, le complément de financement apporté sur une partie des places de SSIAD permet de renforcer la durée des interventions, leur fréquence et les modalités d'intervention auprès des personnes âgées en forte perte d'autonomie et/ou atteintes de poly-pathologies et/ou en situation d'isolement social.

Points forts de la démarche

- Des expérimentations initiées par l'ARS Île-de-France à partir des difficultés de terrain.
- Des modalités de mise en œuvre et des résultats visant à induire des évolutions réglementaires et financières.

Chantiers à venir

- Procéder à l'analyse des données recueillies et aux évaluations.
- Trouver des financements pérennes pour poursuivre et étendre ces expérimentations.

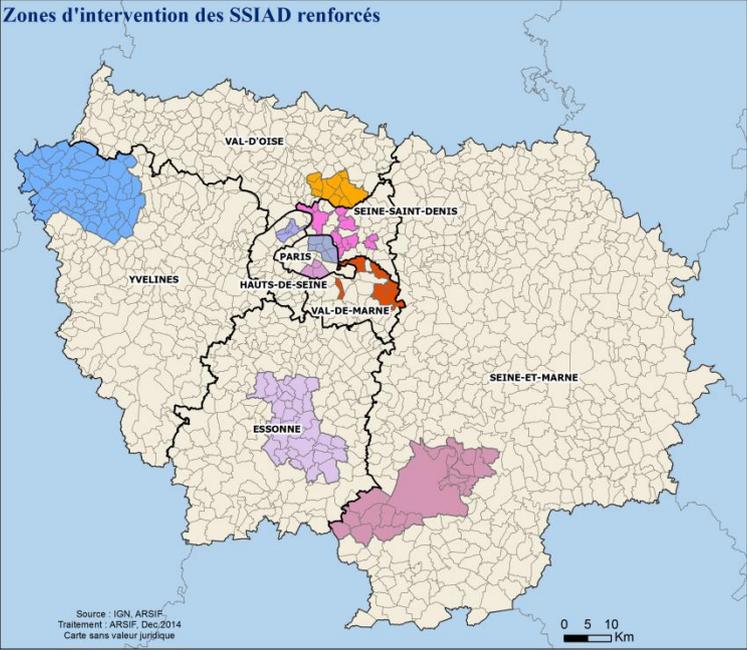
BILAN

Synthèse transversale

Illustration : zones d'interventions des SSIAD renforcés



- PARIS Nord : ADIAM
(zone du SSIAD renforcé : 9, 10, 19ème)
- PARIS Sud : ISATIS
- SEINE-ET-MARNE : SDFR
- YVELINES : Fondation Leopold Bellan
- ESSONNE : ASDVO
- HAUTS-DE-SEINE : SAPA
- SEINE-SAINT-DENIS : Fondation hospitalière Sainte Marie
- VAL DE MARNE : GCMSM EHPAD Publics
- VAL D'OISE : Fondation Leonie Chaptal



1.3 Bénéficiaire d'un parcours adapté à ses besoins

Chaque Francilien doit pouvoir accéder à un parcours de santé adapté à ses besoins. Pour l'ARS, cela signifie qu'il convient de s'assurer que les parcours sont accessibles à chacun, en tout point du territoire régional, à tout moment. Dans cet objectif, l'ARS a cherché à favoriser dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017 une meilleure péréquation de l'offre de soins en établissement entre la zone centrale de Paris et de sa petite couronne et les zones périphériques de grande couronne. Parallèlement, l'ARS a contribué à un renforcement important de l'offre médico-sociale. Enfin, chaque francilien doit pouvoir accéder à une offre de santé adaptée à ses besoins même lorsque ceux-ci n'étaient pas programmés. Aussi, le dispositif de permanence des soins ambulatoires a été consolidé et sa couverture territoriale étendue.

Un parcours adapté aux besoins est aussi un parcours respectueux de l'autonomie et des droits des personnes, notamment concernant leur mode de prise en charge. Compte-tenu de la préférence des usagers pour la prise en charge à domicile, l'ARS a orienté son action dans en faveur du soutien au maintien à domicile des personnes âgées. En outre, les dispositifs d'aide aux aidants ont été renforcé afin d'accompagner cette priorité donnée au domicile et à l'autonomie.

1.3.1 Garantir l'accessibilité des parcours de santé

➔ Les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds pour équilibrer la répartition géographique de l'offre en santé

Au-delà de la mise en œuvre d'une réglementation, le droit des autorisations a été l'un des principaux outils de mise en œuvre opérationnelle des objectifs du PRS 1 en matière d'offre de soins. Levier de recomposition, il a également accompagné la transformation de l'offre. L'objectif affiché en décembre 2012 n'était pas de modifier en profondeur les implantations sur la période de validité du schéma, mais de garantir une couverture territoriale et une gradation des soins équilibrée. Aussi, dans le cadre des procédures initiales d'évaluation et de renouvellement des autorisations, les demandes ont été instruites en cohérence avec les objectifs stratégiques du PRS 1 :

- améliorer la structuration de l'offre de santé en privilégiant le rééquilibrage de l'offre entre grande couronne et centre de la région ;
- garantir l'accessibilité dans toutes ses composantes et maintenir une offre de soins lisible, sécurisée et de qualité, notamment au travers des opérations de restructuration et la gradation des soins ;
- veiller à la cohérence des parcours de santé à travers l'ancrage territorial des projets et la formalisation des coopérations.

Au-delà des autorisations, d'autres procédures d'attribution (reconnaitances contractuelles-RC) ont aussi contribué à la déclinaison des objectifs du PRS 2013-2017 au service de l'organisation de l'offre de santé (cibles indicatives du schéma ci-après).

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Attribution de 94 nouveaux équipements matériels lourds (EML) sur la région depuis 2013** : au terme du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) la région devrait atteindre les recommandations des plans nationaux relatifs à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ou des pathologies cancéreuses. Chaque site disposant d'une unité neuro-vasculaire a obtenu une 2^{ème} autorisation d'IRM, et l'objectif de 20 IRM par million d'habitants recommandé dans le cadre du plan cancer sera atteint fin 2017 avec un IRM pour 50 000 habitants et un scanner pour 49 000 habitants. Ont été priorisés les projets qui permettaient de :
 - Valoriser le projet médical au sein du territoire (coopérations)
 - Corriger les inégalités d'accès géographiques pour les patients
 - Répondre aux besoins de santé de la population et faciliter la transition vers l'imagerie moderne pour tous les radiologues de la région, éviter la persistance de pratiques obsolètes et inutilement coûteuses.
- **Maintien et consolidation d'une offre de proximité lisible et sécurisée au travers de la gradation des soins et des opérations de recomposition** :
 - **Cancérologie** : selon les modalités de prise en charge, 10 à 20% des autorisations de traitement du cancer délivrées en 2009 ont été retirées dans le cadre des procédures globales de visites de conformité (2011- 2013) et de renouvellement des autorisations (2014) au motif du non-respect des dispositions réglementaires. Par ailleurs, le suivi annuel des niveaux d'activité incite à la poursuite des coopérations et des recompositions pour aboutir à une offre consolidée.
 - **Soins critiques** : gradation des soins critiques avec transformation des réanimations en grande couronne (procédures d'évaluation et de renouvellement des autorisations). Bilan des implantations de réanimation : 76 sites, 1 150 lits en 2012 ; 70 sites, 1150 lits en 2016.
 - **Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)** : l'amélioration de l'accès gradué au SSR dans les territoires, la résolution des parcours bloqués et le développement des alternatives à l'hospitalisation figurent parmi les objectifs identifiés du schéma :
 - Virage ambulatoire : depuis janvier 2013, 306 places de SSR ont été créées par substitution à 180 lits. Ces chiffres s'élèveront à 502 places créées pour 234 lits fermés si l'on considère les opérations envisagées mais non encore autorisées. En termes d'activité, l'hôpital de jour représente un taux de 9,8% en 2015 (supérieur à la moyenne nationale) contre 8,3% fin 2012.
 - Les services de réadaptation post réanimation (SRPR) : deux appels à projet en 2014 et 2015 ont permis d'identifier 7 SRPR adultes et 1 SRPR pédiatrique, soit 36 lits à orientation pneumologique, 42 lits à orientation neurologique et 12 lits pédiatriques mixtes. En 2016, un total de 90 lits de SRPR est ainsi autorisé dont 64 sont déjà ouverts. La totalité des lits sera ouverte en 2017. S'y ajoutera l'unité de SRPR neurologique de 6 lits portée par l'hôpital militaire de Percy dédiée prioritairement aux victimes d'attentats, portant donc le capacitaire créé à 96 lits.

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Au cœur des enjeux stratégiques : levier opposable pour la transformation de l'offre.
- Au cœur des enjeux de démocratie sanitaire : transparence des informations dans un souci de renforcement de la concertation (CSOS).
- Harmonisation des pratiques garantissant l'équité de traitement entre promoteurs et entre territoires.

Chantiers à venir

- Reconstitutions suite aux procédures de renouvellement en chirurgie et d'évaluation en périnatalité – évaluation des autorisations de réanimation en 2016.
- Reconstitution en cancérologie (suivi des niveaux d'activité).
- Poursuite du virage ambulatoire.
- Mettre en cohérence autorisations et groupements hospitaliers de territoire.
- Evolution du droit des autorisations suite à loi du 26 janvier 2016.

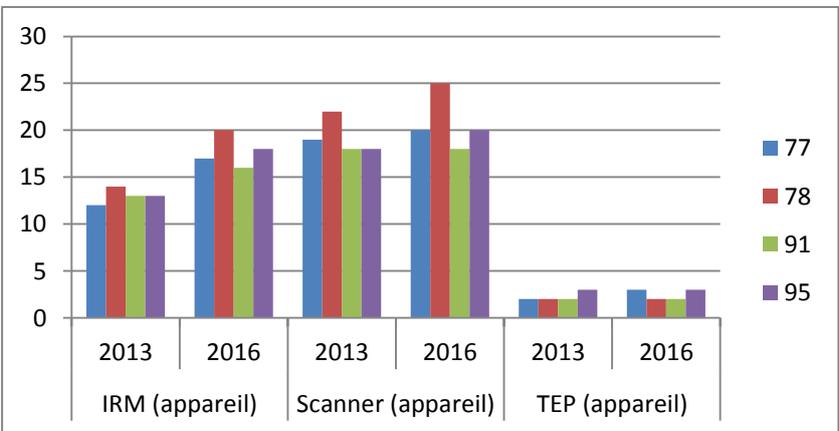
Illustration : focus sur l'imagerie

Au rythme de 2 campagnes d'autorisations par an, le taux d'équipement en EML atteint progressivement les objectifs cibles du PRS 1.

Bilan EML	Taux IRM*	Taux CT*	Taux TEP-CT*	Nombre IRM	Nombre CT	Nombre TEP-CT
Taux et nombres d'équipements nationaux fin 2012	10,1	14,3	1,9	618	874	118
Taux et nombres d'équipements franciliens fin 2012	13,2	18,3	2,2	156	212 (4)	26
Taux et nombres d'équipements franciliens fin juin 2016	18,1	19,4	2,8	216	228 (4)	34
Taux et nombres d'équipements franciliens prévus fin 2017	19,8	21,0	3,3	238	242 (10)	40

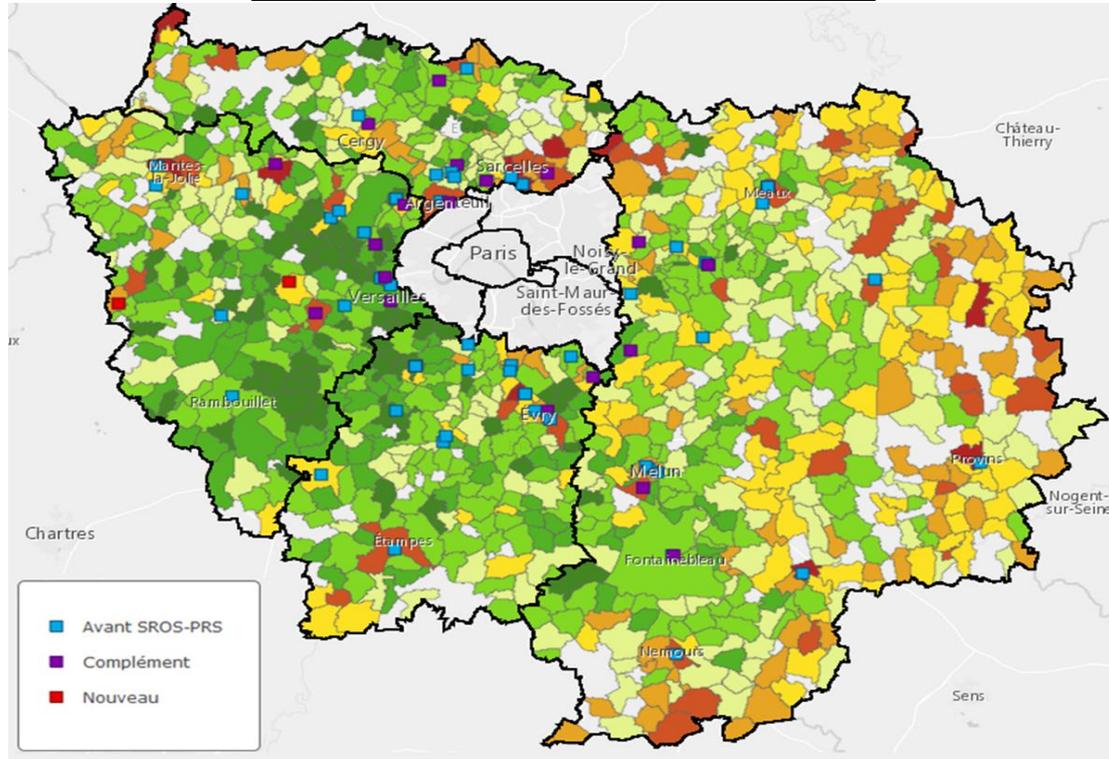
*par million d'habitants

Evolution du nombre d'EML (en appareil) en Grande Couronne (2013-2016)



Autorisations d'EML en Grande Couronne depuis 2013 :
 +19 IRM
 + 6 scanners

Cartographie des EML en Grande Couronne en juin 2016



« Complément » : équipements accordés depuis 2013 sur des sites déjà autorisés

« Nouveau » : équipements autorisés depuis 2013 sur de nouvelles implantations géographiques

➔ Le développement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La région Île-de-France est engagée dans une démarche volontariste de développement de l'offre en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Son dynamisme se mesure par le lancement de nombreux appels à projets et par la création de places en établissements et de services depuis 2013.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

● **Sur le champ du handicap :**

- En termes d'installations, près de 2000 places se sont ouvertes sur les trois dernières années (2013-2015), et 2000 places supplémentaires sont en cours d'installation ou prévues en 2016 et 2017, soit au global 4 000 places ouvertes sur la période du PRS 1, représentant une enveloppe financière de 206 429 763 M€ représentant environ 4000 emplois créés dans le secteur médico-social.
- En termes de réduction des inégalités d'accès, ce sont les territoires prioritaires qui ont été le plus fortement impactés par les autorisations nouvelles : la Seine-Saint-Denis et Paris.
- L'augmentation de l'offre pour le public autiste est prépondérante, elle représente 26 % des autorisations et est particulièrement marquée dans le département de la Seine-Saint-Denis où les besoins étaient très ciblés. Le handicap psychique, le polyhandicap et le handicap neurologique ont également fait l'objet d'un rattrapage spécifique.

● **Sur le champ personnes âgées :**

- En termes d'installations, sur l'ensemble de la durée du PRS 2013-2017, près de 9400 places nouvelles ont été ouvertes ou le seront d'ici 2017. Ainsi, sur la période passée (2013 à 2015), ce sont près de 6000 places nouvelles qui ont été installées et près de 3 390 places nouvelles qui devraient être installées sur la période 2016-2017.
- Ces installations sont majoritairement consacrées au rattrapage du sous-équipement francilien en places d'EHPAD, représentant 71% des places installées. 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 (11 % des places) et au profit de l'accueil temporaire (18% des places installées sont en accueil de jour et en hébergement temporaire).
- L'effort de création de places nouvelles a porté majoritairement sur Paris et les départements de la petite couronne, puisqu'ils ont bénéficié de 69% des places créées, soulignant la volonté de l'ARS de soutenir les départements les moins bien équipés.

Points forts de la démarche

- Une offre médico-sociale supplémentaire permettant d'apporter une meilleure réponse apportée aux personnes en situation de perte d'autonomie
- De nombreux appels à projets lancés en partie conjointement avec les conseils départementaux
- Des équipements priorités sur les départements les moins bien dotés, c'est-à-dire Paris et la petite couronne

Chantiers à venir

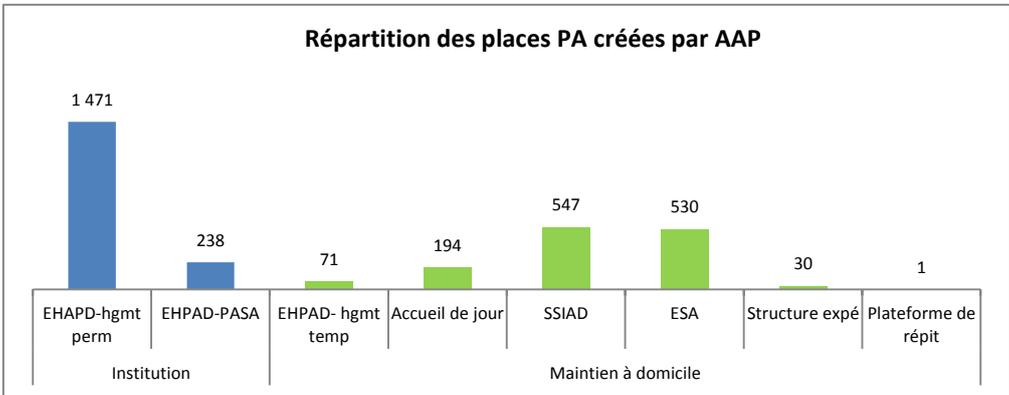
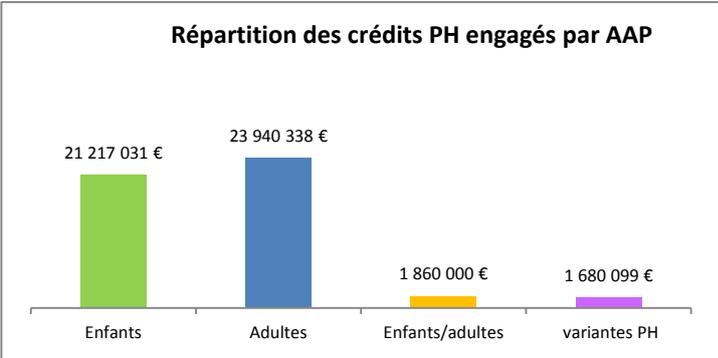
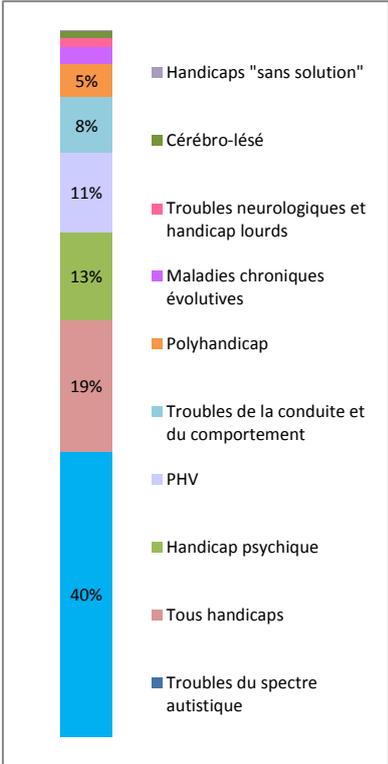
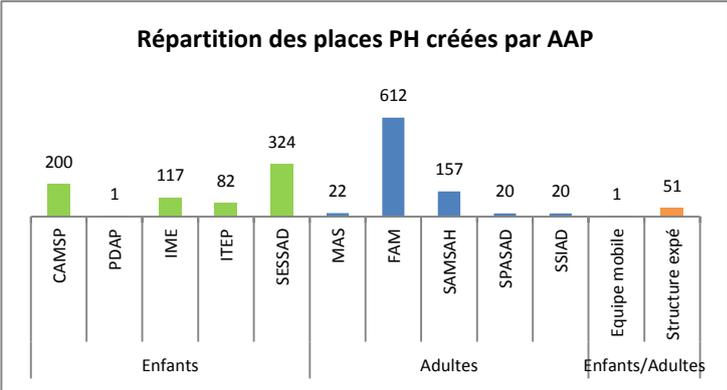
- L'accroissement démographique que connaît l'Ile-de-France entraîne une persistance de sous-équipement de la région qui implique de repenser les modes d'accompagnement en favorisant les accompagnements en milieu de vie ordinaire/ et à domicile pour les personnes en perte d'autonomie.
- Il convient également de penser la pluralité des approches afin de garantir aux personnes en situations de handicap complexe une réponse adaptée à leurs besoins.

BILAN

Synthèse transversale

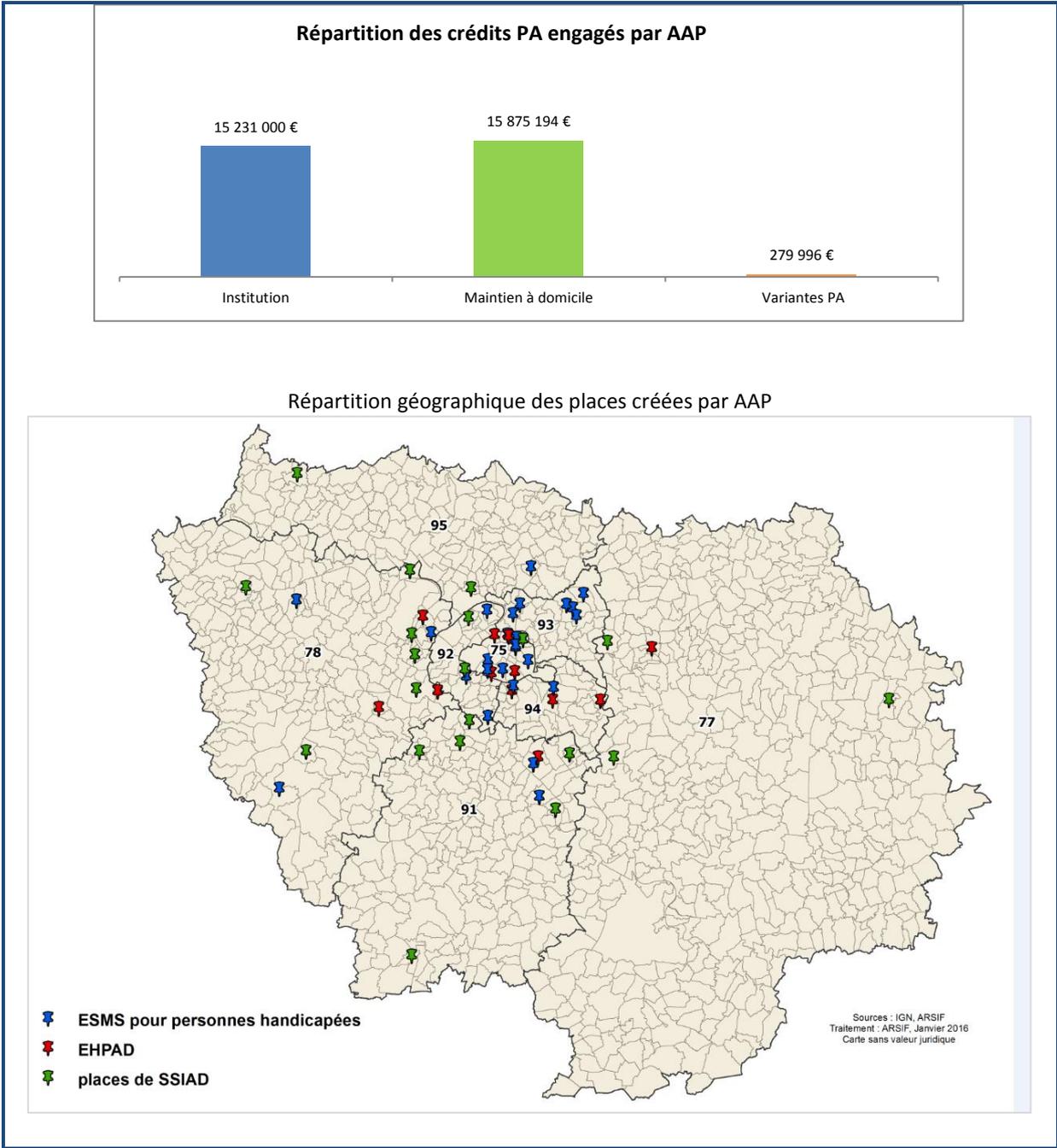
Illustration : chiffres clés

SECTEUR	NOMBRE D'APPELS A PROJETS (AAP)	NOMBRE DE PLACES	MONTANTS ENGAGÉS
Personnes âgées(PA)	26	3 082	31 386 190 €
Personnes handicapés(PH)	38	1 607	48 697 468 €
Total général	64	4 689	80 083 658 €



BILAN

Synthèse transversale



➔ La consolidation de la permanence des soins ambulatoires

L'Agence Régionale de Santé organise la mission de service public de Permanence des soins ambulatoires (PDSA) en s'appuyant notamment sur l'élaboration d'un cahier des charges régional. Dans le cadre du PRS 2013-2017, l'ARS a consolidé le dispositif de PDSA pour permettre un accès aux soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, en particulier dans l'objectif de sécurité et de continuité de la prise en charge.

BILAN

Synthèse transversale

Afin d'assurer à chaque appelant, quelle que soit sa situation, l'accès à la prise en charge la mieux adaptée, la régulation médicale constitue le véritable pivot du dispositif. Une régulation médicale performante permet une efficacité accrue du dispositif par une réponse adaptée et graduée à l'état médical du patient : conseils, consultation en point fixe, visite à domicile, recours à l'aide médicale urgente... L'objectif est de garantir sur chaque territoire une offre de prise en charge permettant à la régulation médicale d'orienter si besoin les patients vers les dispositifs de permanence des soins ambulatoires adaptés et, en conséquence, de limiter les passages aux urgences. A ce titre, l'activité des médecins libéraux participant à ces dispositifs doit être pérennisée, confortée et le cas échéant renforcée. L'ensemble des ressources en termes d'effectif doivent être sollicitées pour garantir sur chaque territoire de la région une réponse adaptée à la demande.

Principales réalisations

- **Mise en place d'une nouvelle gouvernance avec :**
 - La création des Associations départementales des médecins libéraux pour la régulation médicale et la PDSA dans chaque département
 - La mise en place des comités médicaux territoriaux de gouvernance de la régulation médicale et de la permanence des soins
 - La mise en place du Comité de pilotage régional PDSA (COPIL PDSA)
- **Renforcement de la régulation médicale libérale par la création ou le renforcement de lignes supplémentaires de régulation**
- **Mise en place d'un système d'information PDSA** afin d'outiller le dispositif régional de suivi et ainsi développer les conditions d'organisation optimale, d'un suivi et d'une évaluation partagée du dispositif
- **Renforcement et valorisation de l'implication des médecins libéraux dans l'activité de PDSA** par la mise en place au 1^{er} avril 2013 d'une nouvelle modalité de rémunération expérimentale selon une tarification dégressive des forfaits de garde pour les effecteurs postés.
- **Mise en place d'appel à projets PDSA dans le but de renforcer la couverture PDSA des territoires non couverts,**
- **Mise en place en lien avec le Conseil National de l'ordre des médecins et la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés d'un circuit de paiement dématérialisé des forfaits de garde.**
- **Lancement de deux campagnes d'information régionale sur le bon usage du dispositif de PDSA** dans l'objectif de poursuivre la diffusion d'informations relative à la PDSA auprès du public
- **Mise en place d'expérimentations** permettant des avancées à la fois en termes d'efficacité et de couverture territoriale du dispositif régional
- **Mis en place d'un dispositif organisé pour la permanence des soins dentaires**

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Evolution progressive mais significative du dispositif depuis 2012 pour renforcer notamment les dispositifs libéraux de régulation et d'effectif.
- Etroite collaboration avec les partenaires : URPS médecins, SAMU-C15, Conseil Départementaux de l'Ordre des médecins, Associations de PDSA, CPAM.

Points forts de la démarche

- Harmonisation des modalités de suivi et d'évaluation du dispositif et du signalement des dysfonctionnements par la mise en place du système d'information PDSA.
- Développement de la couverture territoriale PDSA sur les territoires non couverts ou insuffisamment couverts.
- Mise en place de dispositifs efficaces et innovants suite aux expérimentations et à leur évaluation.
- Réduction des délais de paiements des forfaits de garde et des démarches administratives pour les médecins.
- Montant moyen par habitant en Île-de-France équivalent à un peu plus d'1€ contre 2,3€ au niveau national (hors actes pris en charges par l'Assurance Maladie).

Chantiers à venir

- Maintenir le principe d'un accès régulé au médecin de permanence.
- Poursuite du développement du système d'information de la PDSA devant contribuer à créer les conditions d'une évaluation partagée de l'activité tant au niveau territorial que régional et le cas échéant, de faire émerger des évolutions du dispositif.
- Poursuite de l'extension de la couverture territoriale de la PDSA avec un renforcement du maillage du dispositif francilien.

Chantiers à venir

- Promouvoir une régulation médicale de qualité (amélioration des conditions de travail, formation, évaluation...).
- Engager une nouvelle campagne de communication régionale grand public en adéquation avec le 116 117.
- Poursuite du passage à la dématérialisation complète du circuit de paiement des gardes pour la région d'ici 2017.

BILAN

Synthèse transversale

Illustration : avant-après

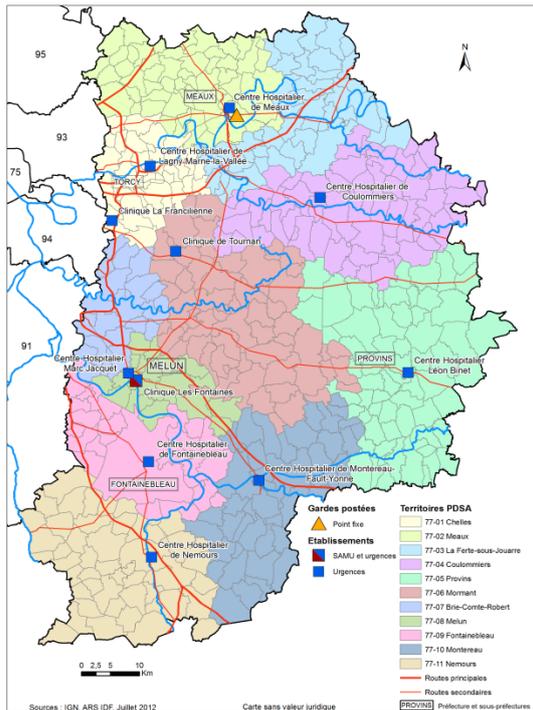
Amélioration de la couverture territoriale PDSA pour la Seine-et-Marne 2012-2016

Couverture en 2012

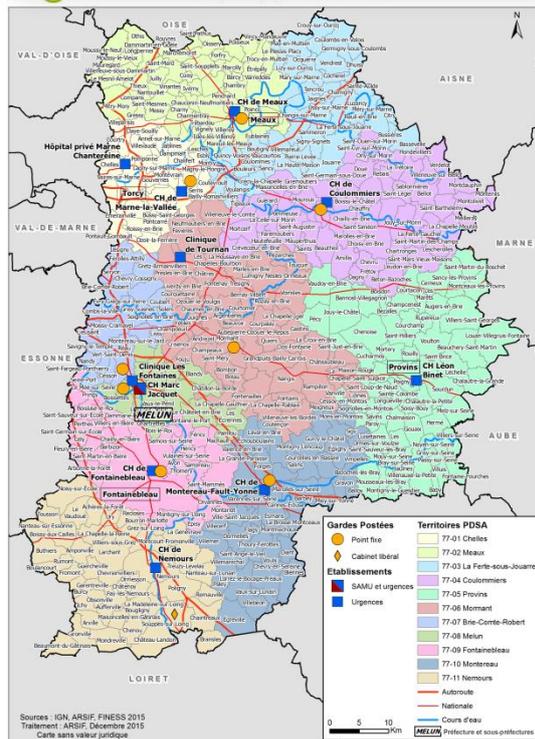
Couverture en 2016



Territoires PDSA de la Seine-et-Marne pour les effecteurs postés et mobiles, toutes plages horaires confondues.



Territoires PDSA de la Seine-et-Marne(77) pour les effecteurs postés et mobiles, toutes plages horaires confondues.



BILAN

Synthèse transversale

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

→ Le soutien au maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie

En matière de soutien de la vie à domicile, plusieurs types d'interventions existent, tantôt adossés à des établissements médico-sociaux, tantôt intervenant directement au domicile des personnes. Ainsi, l'offre en accueil de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT) permet aux usagers de bénéficier d'accompagnement en journée ou sur des périodes définies de manière à prolonger le plus longtemps possible la vie à domicile. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), quant à eux, offrent une prise en charge à domicile qui vient compléter celle proposée par les professionnels de ville, en interaction et articulation avec notamment les médecins traitants et les infirmiers libéraux. Face à la problématique majeure de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, des équipes spécialisées portées par des SSIAD se sont progressivement développées pour couvrir aujourd'hui l'ensemble de la région.

Principales réalisations

- **Augmentation du volume de places créées en matière d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.** Ainsi, la progression des taux d'équipement est notable sur la période 2013-2017 passant de 2,67 à 4,15%, sous réserve que les 800 places d'AJ et d'HT prévues s'installent sur les prochaines années.
- **La région Ile-de-France compte un taux d'équipement en places de SSIAD de 20,6%**, qui est stable depuis fin 2012 et légèrement au-dessus de la moyenne nationale, les créations de places nouvelles (1040 places) ayant permis de maintenir le volume d'offre à domicile alors même que la population a augmenté.
- **Depuis 2012, 72 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile ont été autorisées.** Ainsi, l'ensemble du territoire francilien est couvert par l'intervention de ces équipes adossées à des SSIAD, permettant d'offrir aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer une prise en charge à domicile en début de maladie. Le plan maladies neurodégénératives prévoit la création de 11 ESA supplémentaires en IDF qui permettront de renforcer des équipes déjà existantes ayant un territoire d'intervention très vaste ou très peuplé.
- **En 2016, dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, un appel à candidature conjoint avec tous les conseils départementaux a été lancé afin de sélectionner des opérateurs s'engageant dans la démarche expérimentale de « services polyvalents d'aides et de soins à domicile intégrés » (SPASAD).** Ce sont 21 candidats qui ont été retenus et qui vont bénéficier de crédits (enveloppe régionale de 1,5 millions d'euros) pour soutenir la réalisation de leurs projets.

Points forts de la démarche

- Diversification des modes d'accompagnement pour soutenir la vie à domicile.
- Approches plus spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Chantiers à venir

- Consolider l'offre en accueil de jour hébergement temporaire qui rencontre encore des difficultés de fonctionnement.

BILAN

Synthèse transversale

→ L'amélioration du soutien aux aidants

Les aidants familiaux sont des acteurs essentiels de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il est démontré que leur espérance de vie diminue lorsqu'ils ont à accompagner un conjoint atteint de la maladie d'Alzheimer (risque de surmortalité augmenté de 60% dans les 3 ans de la survenue de la maladie). Les différents plans nationaux (Autisme, Alzheimer, Maladies neurodégénératives) reconnaissent la nécessité de pouvoir leur apporter des informations, formations, mais aussi des temps de répit.

Principales réalisations

● Plan Alzheimer

- **Dans le cadre du plan Alzheimer, l'ARS Île-de-France a financé jusqu'en 2015, 17 organismes pour proposer de la formation à plus de 1.000 aidants**, représentant un financement de 117600 €. En 2015, l'Agence a lancé un appel à projet conjoint avec la CNAV d'Île-de-France pour l'aide aux aidants qui a permis de financer 25 projets à hauteur de 600000 €. Les projets retenus permettent d'offrir sur l'ensemble des départements franciliens une offre de formation, de répit ou d'actions innovantes à destination des aidants familiaux. Ces actions seront mises en œuvre jusqu'en 2017.
- **Création de 22 plateformes d'accompagnement et de répit** en Île-de-France depuis 2012. Elles proposent une palette d'offres à destination des aidants sur des territoires de proximité : accueil de jour, hébergement temporaire, soutien psychologique, groupes de parole, formation à la maladie d'Alzheimer, séjours de répit, sorties culturelles...
- **Création et diffusion d'outils aux professionnels et aux familles**. Le guide d'aide à l'orientation des malades Alzheimer et de leurs familles a fait l'objet d'une réédition et d'une diffusion très large, étant fortement plébiscité par les familles et les professionnels. Par ailleurs, chaque mesure déployée par l'ARS dans le cadre plan Alzheimer a fait l'objet d'une fiche pratique décrivant ses principaux objectifs et son mode de fonctionnement et référant tous les opérateurs les ayant déployées. Ces fiches sont à disposition du grand public sur le site internet de l'Agence.

● Autisme

- **La formation et la sensibilisation** à l'autisme et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS et de l'ANESM ont été mises en œuvre au sein des établissements et des services médico-sociaux et de santé (hôpitaux de jour, CMP...). L'ARS finance un grand nombre de formations : par exemple, l'ARS a attribué environ un million d'euros de crédits non reconductibles en 2015 pour la formation des professionnels des structures médico-sociales.
- **En 2016, suite à un appel à projets de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**, le Centre de Ressources Autisme Île-de-France organise des sessions de formation aux aidants non professionnels.

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Actions diversifiées qui s'inscrivent dans une démarche de palette de propositions faites aux aidants.
- Les plateformes d'accompagnement et de répit sont un dispositif innovant qui répondent à de réels besoins en proximité.

Chantiers à venir

- La loi d'adaptation de la société au vieillissement renforce la place des aidants en instaurant un droit au répit.

Les outils créés : le guide d'aide à l'orientation et les fiches pratiques

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Guide d'aide à l'orientation des malades et des familles

10 fiches pratiques pour vous aider

Comité régional d'Alzheimer d'Île de France CCDF Alzheimer

ars

PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT

MESURE 1B du Plan ALZHEIMER 2008-2012

● **Quel est le vrai plateau de l'accompagnement et de répit ?** C'est un dispositif qui offre une palette diversifiée de solutions de répit pour les aidants de malades Alzheimer. Cette palette est portée par un réseau de 200 à 250 unités (10 places, autonome ou adossé à un établissement d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)).

● **À qui s'adresse-t-elle ?** Aux aidants s'occupant d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, incapable de lui faire face de jour et de la personne âgée elle-même.

● **Quel est son objectif ?** Assurer la prise en charge temporaire, physique, sentimentale et sociale d'une personne dépendante dans la but de garantir le maintien d'une vie sociale et relationnelle du couple, de concilier à son bénéfice psychologique et émotionnel et ainsi de protéger son aidant et d'être un équipement qui compromettrait aussi bien sa santé que le maintien à domicile de la personne malade.

● **Quel mode d'intervention propose-t-elle ?**
- Soins révélateurs de l'aide, soutien d'information, rencontres conviviales permettant des échanges, organisation d'événements,
- activités thérapeutiques en accord de jour au sein d'un établissement visant à entretenir les capacités cognitives et permettre de prolonger la vie à domicile
- présence continue à domicile d'un ou de professionnels afin d'assurer une suppléance de l'aidant pendant des périodes d'absence (proposition de prestations à la journée ou demi-journées),
- activités communes pour des couples aidant-aidé (activités encadrées par un personnel formé),
- séjours de vacances pour le partenaire malade ou le couple.

Cette liste n'est pas exhaustive.

DU EN EST-ON EN ÎLE-DE-FRANCE ?

● **Objetif de Plan Alzheimer :** 21 plateformes d'accompagnement et de répit ont été autorisées dans le cadre d'appel à projet dans les huit départements français.

Information disponible sur le site internet de l'ARS IDF : www.ars.iledefrance.srs.ssi.fr

ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER À DOMICILE

MESURE 6 du Plan ALZHEIMER 2008-2012

● **Objetif de la mesure :** Réalisation de séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement permettant à la personne malade de vivre à son domicile si elle le désire (maintien et stimulation des capacités relationnelles, apprentissage de stratégies de compensation, démontage des troubles du comportement, amélioration de la relation patient-aidant...). Ces séances sont assurées par des équipes de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants de soins en gérontologie...), assurant une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à leurs besoins.

● **Qui trouve ces équipes ?** (Après de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), de Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPSAD), ou Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)).

● **Personnes concernées :** Personnes au stade précoce de la maladie ne relevant pas d'un SSIAD classique.

● **Mode d'intervention :** Séances qui ont lieu à domicile, sur prescription médicale, 12 à 15 séances sur une durée maximale de 2 mois, renouvelables tous les ans.

DU EN EST-ON EN ÎLE-DE-FRANCE ?

● **Objetif de Plan Alzheimer :** 72 équipes de 10 places chacune.

● **État d'avancement :** 66 équipes (58 à domicile ont déjà été autorisées, 6 équipes doivent être autorisées en 2014 afin d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire francilien.

● **Mode de sélection :** Les 6 projets d'ASA retenus seront jugés par les délégations territoriales de l'ARS et feront l'objet d'une sélection en 2014.

1.4 Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS

Des populations particulières doivent bénéficier en priorité d'un parcours de santé organisé, coordonné et adapté au regard de leurs besoins spécifiques. Pour ces parcours prioritaires, l'ARS a souhaité mettre l'accent sur la prévention et à la promotion de la santé, qui se situent naturellement en amont de toute activité de santé.

Concernant les enfants et les jeunes, l'ARS a notamment cherché à agir de façon précoce avec les acteurs de la périnatalité, et à lutter contre les conduites addictives chez les jeunes.

L'Agence s'est également attachée promouvoir une approche globale de la personne pour les pathologies chroniques, comme le VIH et le diabète, et la santé mentale.

Enfin, le Projet régional de santé 2013-2017 avait pour objectif de rapprocher les parcours de santé des besoins des populations les plus fragiles : précaires, personnes âgées et personnes handicapées.

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

➔ Actions en matière de périnatalité

Les indicateurs de santé périnatale en Île-de-France ne sont pas optimaux. Par ailleurs, des inégalités de santé sont observées au sein de la région en matière de santé périnatale :

- Des taux de mortalité infantile et périnatale franciliens plus élevés que les taux nationaux (en particulier en Seine Saint-Denis, avec des taux 40% plus élevés que la moyenne nationale) ;
- Un taux de prématurité supérieur à la moyenne nationale ;
- Chaque année, près de 3 000 nouveau-nés dits vulnérables (grands prématurés, pathologies sévères en période périnatale) ont besoin d'un suivi spécifique et précoce pour prévenir et prendre en charge leurs éventuels troubles du développement ;
- Environ 55 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées chaque année en Ile-de-France, soit 25 % des IVG de France métropolitaine, mais un accès à l'IVG qui n'est pas garanti de manière égale sur l'ensemble du territoire francilien.

L'objectif général est d'agir précocement pour améliorer l'état de santé des futures générations, notamment celle des populations les plus vulnérables socialement. Il vise à :

- Limiter les grossesses non désirées en favorisant l'accès à la contraception et à l'IVG ;
- Agir en période prénatale pendant le suivi de grossesse en améliorant l'accès aux soins, en travaillant sur l'*empowerment* des femmes, des femmes enceintes et des jeunes mères et en favorisant l'accès à l'entretien prénatal précoce ;
- Agir en post-natal auprès des enfants les plus vulnérables en leur proposant un suivi médical rapproché et spécialisé jusqu'à leurs sept ans et en offrant aux familles une prise en charge très précoce en psychomotricité.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **FRIDA, déclinaison régionale d'un projet favorisant l'accès à l'avortement**
 - Définition d'objectifs régionaux en termes de volume d'activité et de diversité de l'offre (méthodes proposées).
 - Implication des réseaux de périnatalité.
 - Anticipation des périodes de congés pour garantir un accès à l'IVG pendant toute l'année.
 - Lancement d'un questionnaire en ligne pour recueillir la parole des femmes et des professionnels sur la qualité du parcours.
 - Soutien financier du site internet IVGlesadresses.org et d'une plateforme régionale téléphonique (accès des femmes à l'information).
 - Réalisation d'un bilan annuel des données disponibles par l'Observatoire Régional de Santé.
- **RÉMI, déclinaison territoriale d'un projet de réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis, à vocation ultérieure régionale**
 - Réalisation d'un audit sur les enfants décédés en période périnatale et d'une étude socio-anthropologique sur la prise en charge des femmes enceintes en grande précarité.
 - Réflexion sur la prise en charge des facteurs associés à une issue de grossesse défavorable : précarité, absence de couverture sociale, diabète et obésité maternelle.
 - Actions spécifiques de promotion de la santé à destination des femmes sans hébergement.
 - Introduction de la question de l'*empowerment* des femmes dans le champ de la santé périnatale : leur redonner une « capacité d'agir » sur leur prise en charge et travailler en parallèle avec les professionnels pour leur donner les moyens d'accompagner les femmes dans ces postures et démarches nouvelles pour eux.
- **Un programme régional pour accompagner les nouveau-nés vulnérables et prévenir les troubles du développement :**
 - Un programme initié dès 2007 par un réseau de périnatalité francilien, régionalisé en 2015 par la mobilisation des autres réseaux de périnatalité, et régulé au niveau régional par l'Agence (harmonisation des outils et prestations offertes aux familles sur l'ensemble du territoire) ;
 - Des médecins hospitaliers, libéraux ou de PMI, formés aux spécificités du suivi de ces enfants jusqu'à l'âge de 7 ans, assurant un suivi de proximité ;
 - Un dispositif de prise en charge précoce en psychomotricité pour prévenir les risques de handicap, et accompagner les familles au moment du retour à domicile ;
 - Un système d'information partagé mis en place dans le cadre du programme HYGIE, porté par le GCS-SESAN.

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Des programmes plaçant la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé au cœur des préoccupations.
- La mobilisation des acteurs de la santé et des partenaires institutionnels.
- L'implication des réseaux de périnatalité dans l'ensemble des chantiers.
- Une place croissante donnée aux sciences humaines pour documenter les problématiques.
- Des démarches de santé communautaires promues.
- Des stratégies d'évaluation en cours.

Chantiers à venir

- Accompagnement de la réflexion sur les filières de prise en charge ville-hôpital des femmes enceintes.
- Renforcement du programme FRIDA (audits, accompagnement des évolutions réglementaires (sages-femmes et IVG), développement de l'IVG sous anesthésie locale en centres de santé, suivi de l'impact des restructurations des maternités sur l'offre IVG.
- Mise en place d'une stratégie d'accès à la contraception.
- Renforcement des dispositifs de repérage et de prise en charge des violences faites aux femmes.
- Renforcement des liens avec les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile.
- Renforcement de la place des usagers dans la réflexion et l'élaboration des actions dans le champ de la périnatalité.

Illustration : le projet système d'information en périnatalité et IVG

Le système d'information périnatal souffrait d'un déficit de lisibilité et d'un manque de cohérence des différentes sources de données. Ce constat, national, était énoncé dans un rapport de la Cour des comptes de février 2012.

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

L'ARS a confirmé ces 5 dernières années son soutien à la stabilisation d'un système d'information régional en santé périnatale, par le financement de l'équipe PERINAT-ARS et par la contractualisation d'objectifs avec l'ORS. Les travaux ont conduit à la production de plusieurs documents : tableau de bord des principaux indicateurs en santé périnatale, rapport annuel sur les données IVG, dont la coordination scientifique a été assurée par l'ORS.

Par ailleurs, l'équipe PERINAT-ARS a été fortement mobilisée sur le projet de gestion des risques autour des césariennes programmées à terme.

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

BILAN

Synthèse transversale

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

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

→ La lutte contre les conduites addictives

La consommation de substances psychoactives, les conduites addictives (incluant celles sans substances) notamment chez les jeunes constituent un enjeu majeur de santé publique, national et régional. La région Île-de-France est fortement concernée par les addictions. Les grandes tendances sont :

- Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale (9,1% vs 11% chez les 15-75 ans, Enquête Baromètre Santé, INPES 2010) mais des consommations d'alcool problématiques, notamment chez les jeunes (prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes de 15% en 2014) ;
- Une prévalence du tabagisme moins élevée en Ile-de-France que dans le reste de la France (en 2010, 27% versus 29% au niveau national), mais des disparités entre les départements, des inégalités sociales de consommation de tabac (niveaux de diplômes, sexe, générations), 16% des fumeurs quotidiens considérés comme ayant une forte dépendance à la nicotine, des Franciliennes de 15-24 ans fumant plus que la moyenne nationale, des cancers du poumon en très forte augmentation chez les Franciliennes (surmortalité de 20 % vs France, 2ème cause de mortalité par cancer en Île-de-France vs 3^{ème} en France) ;
- Une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack...) et une persistance de celles-ci avec notamment une forte augmentation de la consommation régulière de cannabis (de 1 % en 2011 à 5 % en 2014) et de la poly-consommation (de 6 % en 2011 à 8,4 % en 2014) chez les filles ;
- Des poly-consommations qui se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité et qui justifient une attention particulière à porter à ces pratiques ;
- Des expérimentations inquiétantes même si en diminution sur certaines substances (alcool, tabac) et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis et la cocaïne ;
- Le rapprochement progressif mais certain des comportements masculins et féminins (situation qui perdure et qu'on retrouve à l'âge adulte) ;
- Le développement de pratiques qui font que la dénomination appropriée est de parler de comportements à risques.

Le dispositif francilien de prévention, de prise en charge et de soins en addictologie présente une offre globale diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences avec 70 CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), généralistes ou spécialisés (drogues illicites, alcool) proposant une offre de soins en ambulatoire ou en soin résidentiel (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique), 20 CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue) et une communauté thérapeutique.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Une poursuite de la structuration de l'offre médico-sociale**, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale avec le renforcement et la création d'antennes et de consultations avancées en CSAPA, d'équipes mobiles en CAARUD, la mise en place des « CSAPA référents » assurant par le biais d'un temps d'éducateur la continuité des soins en sortie de détention, etc.
- **Une amélioration de la qualité des prestations et du service rendu** avec le renforcement des compétences médicales (dont psychiatriques), psychologiques, sociales et éducatives, ou encore avec le développement de l'accompagnement des joueurs problématiques/pathologiques.
- **Un développement et une amélioration de la prévention, du repérage, de l'accueil et de l'accompagnement** des jeunes ayant des conduites addictives, et de leur entourage, avec le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Points forts de la démarche

- Une offre globale, diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences ;
- Une aptitude à l'innovation animée par un souci permanent de réponses adaptées aux besoins et aux évolutions des profils des usagers, des modes de consommations, etc. ;
- Une volonté d'inscrire l'action au sein d'un réseau local partenarial. En témoignent les partenariats développés et formalisés entre les structures médico-sociales et les services et dispositifs sociaux, sanitaires les autres établissements médico-sociaux les communes d'implantation et d'intervention, des services institutionnels comme la justice, la protection judiciaire de la jeunesse, l'éducation nationale, etc. ;
- Une implication et une réflexion continues, avec des échanges nombreux et constructifs, formalisés ou non, sur les savoirs et les pratiques, la participation et la contribution aux groupes de travail régionaux et départementaux, les projets expérimentaux proposés et mis en place, etc.

Chantiers à venir

- Organiser le parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage; poursuivre la construction de filières en addictologie implantées dans chacun des territoires, intégrant les dispositifs de prévention, les structures médico-sociales, la médecine de ville, l'addictologie hospitalière;
- Renforcer le positionnement du CSAPA comme «centre ressources» pluridisciplinaires et de proximité pour la prévention, l'accompagnement et le soin des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage ;
- Améliorer la visibilité et renforcer les Consultations Jeunes Consommateurs qui doivent devenir le lieu « ressources » pour les Jeunes Consommateurs et leur entourage;
- Etendre les interventions des dispositifs de prévention et de réduction des risques de soins spécialisés ;
- Adapter et renforcer le soin résidentiel.

BILAN

Synthèse transversale

Illustration : ouverture de la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Paris

Ouverte au public depuis le 17 octobre 2016, la SCMR est implantée dans le 10^{ème} arrondissement de Paris, à proximité de la Gare du Nord, dans des locaux adossés à l'hôpital Lariboisière avec accès indépendants. Le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) géré par l'association Gaïa-Paris a été désigné par arrêté ministériel pour mettre en place l'expérimentation, pour une durée de six ans.

Un espace de réduction des risques par usage supervisé

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 43) autorise pour la première fois en France, l'expérimentation de SCMR, ou «espace de réduction des risques par usage supervisé», dans un double objectif de santé publique et de tranquillité publique. La SCMR assure l'accueil d'usagers de drogues injecteurs en situation de précarité par une équipe professionnelle médico-sociale pluridisciplinaire, une supervision de la consommation dans des conditions sanitaires sécurisées, et propose des dépistages, une orientation vers des structures de soins et un accompagnement social, dans le respect du cahier des charges national.

Les SCMR constituent un nouvel outil de la réduction des risques et des dommages (RDRD) qui complète d'autres dispositifs proposés aux usagers de drogues. Rappelons que la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) reste élevée chez ces usagers de drogues car le partage de seringues entre usagers injecteurs serait l'une des causes majeures du risque infectieux.

Un pilotage national tripartite

Le pilotage national de ce projet est placé sous la responsabilité de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) en lien avec les représentants des ministères concernés (Santé, Intérieur, Justice). Au niveau local, le suivi est assuré par un comité de pilotage tripartite : Ville de Paris, Agence Régionale de Santé et MILDECA, appuyé par un comité opérationnel appelé « Comité de voisinage ».

Une évaluation indépendante conduite par l'INSERM

L'évaluation sera réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), pendant la durée totale de l'expérimentation.

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

➔ La mise en place des conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Les CLSM sont des dispositifs de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels sanitaires, médico-sociaux ou autres, les usagers et leurs aidants. Ils visent à définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. Leur mise en œuvre correspond à plusieurs objectifs : contribuer à la correction des inégalités territoriales liées aux pathologies et leurs facteurs aggravants, et à celles liées au système de soins ; améliorer l'efficacité dans l'interface soins/environnement ; améliorer la cohérence des parcours de santé mentale et de la qualité des pratiques ; contribuer à la participation des familles, des proches, des associations d'usagers.

BILAN

Synthèse transversale

L'ensemble de ce dispositif est articulé avec les contrats locaux de santé et la politique de la Ville. Il renforce la démarche des secteurs de psychiatrie dans leur ancrage territorial. L'Agence prend en charge 50% des coûts liés à la coordination des CLSM, dans les villes situées en territoires prioritaires.

Le cahier des charges initial définit 6 actions prioritaires : l'observation locale, la prévention et l'amélioration de l'accès aux soins ; la promotion en santé mentale ; l'inclusion sociale ; la lutte contre la stigmatisation ; l'aide à la résolution des situations complexes.

Principales réalisations

Une évaluation externe du processus a été réalisée en 2015-16 par un cabinet conseil.

- **Bilan quantitatif** : l'objectif était d'atteindre 60 CLSM. Au 1er sept 2016, 52 CLSM sont actifs dans la région, couvrant 99 villes. 38 CLSM bénéficient d'un co-financement de l'Agence car situés en territoire prioritaire. Pour l'ensemble du dispositif, 27 établissements, soit 66 secteurs de psychiatrie adulte et 51 secteurs pédopsychiatriques sont impliqués.
- **Deux axes forts** :
 - La mise en œuvre des actions d'inclusion sociale, particulièrement dans le champ du logement. Ces questions de l'accès et du maintien dans le logement sont traitées dans 76 % des CLSM. Plusieurs expériences locales associent les bailleurs sociaux, notamment à travers des processus de formation de gardiens ou de réservation de logements ;
 - Les cellules de concertation interpartenariales autour des situations psychosociales complexes ; elles sont distinctes du CLSM (il s'agit d'une coopération sur la situation de personnes et non de politiques publiques), répondent à des règles déontologiques précises et formalisées –dont les CLSM ont défini les cadres.

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

(Issus de l'évaluation externe)

- Conformité du fonctionnement des CLSM aux dispositions du cahier des charges, mais clarifications à apporter sur le pilotage
- Sur les 6 actions prioritaires, 3 sont particulièrement développées (accès aux soins, inclusion sociale, lutte contre la stigmatisation). L'observation locale est insuffisamment prise en compte, notamment en l'absence de système d'information.
- Le co-financement par l'Agence du poste de coordinateur est un levier considérable.

Points forts de la démarche

- L'engagement des élus, soutenu par des formations et des initiatives (associations, PSYCOM, etc.) est désormais majeur.
- Le développement territorial, par sa cohérence avec la politique de Ville et avec les Contrats Locaux de Santé et/ou Ateliers Santé Ville, permet une implantation prioritaire dans les territoires à forts besoins, donc tend à répondre aux inégalités.

Chantiers à venir

- Il est nécessaire d'envisager une restructuration du cahier des charges, avec la mise à disposition en parallèle d'outils plus concrets.
- L'animation départementale doit être renforcée.
- Le projet de loi de modernisation du système de santé donne désormais aux CLSM une assise législative, leur attribue des missions spécifiques.
- Enfin, un meilleur système d'adéquation du co-financement de l'Agence doit être pensé.

➔ La prévention des nouvelles contaminations par le VIH et le renforcement des parcours des patients franciliens

La région concentre 45% des cas de découverte de séropositivité au VIH en France ; à plus de 90% il s'agit d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et de migrants d'Afrique Sub-saharienne. Après une baisse pluriannuelle, un rebond de découverte de séropositivité a été observé entre 2013 et 2014 sans qu'il soit encore possible de différencier une dynamique épidémique d'un renforcement du dépistage.

Si les résultats de la cascade de prise en charge hospitalière sont bons (45 145 patients, 94% traités par combinaisons de thérapies antirétrovirales, 90% avec une charge virale contrôlée en 2014), 20% des personnes vivant avec le VIH ne seraient pas dépistés, soit 10 700 personnes dans la région. Bien qu'en amélioration, le dépistage reste tardif (25% au stade SIDA) avec des délais de prise en charge. En amont et dans un contexte d'épidémies des infections sexuellement transmissibles (IST) non maîtrisées, la transmission du VIH est préoccupante particulièrement chez les jeunes HSH et chez les migrants.

BILAN

Synthèse transversale

Avec les nouvelles stratégies de prévention diversifiée (dont médicalisée), le pivot pour contrôler aujourd'hui l'épidémie de VIH et d'IST dans la région métropolitaine la plus touchée est le renforcement de parcours de santé dans une approche globale de prévention, soins et support au plus près des personnes concernées et des territoires.

Principales réalisations

- **Analyse de l'épidémie francilienne** : la confrontation des données disponibles et la communication avec les partenaires ont été renforcées et ont aidé à une meilleure compréhension des dynamiques et besoins.
- **Adaptation du réseau de dépistage aux territoires de l'épidémie pour réduire les dépistages tardifs et garantir l'équité sociale et territoriale d'accès au dépistage.** La réforme CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) a été conduite en 2015. De nombreuses structures ont été conduites à se regrouper, à créer des partenariats pour aboutir à la mise en place d'un nouveau dispositif au 1^{er} janvier 2016 avec l'habilitation de 27 CeGIDD sur le territoire francilien (32 sites principaux et 27 antennes).
En Île-de-France, le choix a été de moduler les agréments en fonction de l'histoire des dispositifs et de l'appréciation des besoins territoriaux, notamment au regard de données épidémiologiques. Elle a permis la simplification du suivi administratif et financier des structures (toutes les structures sont maintenant habilitées par l'ARS et financées par le Fonds d'Intervention Régionale).
Le déploiement des TROD (Tests de dépistages Rapide à Orientation Diagnostique) pour un dépistage de proximité a permis d'atteindre les personnes éloignées des dispositifs conventionnels ; plus de 30 000 TROD ont été réalisés en 2015.
- **Réorientation des actions de prévention soutenues** afin de renforcer les actions de prévention primaire sur les territoires les plus en difficultés et/ou les moins bénéficiaires de ces actions en les adaptant mieux aux groupes les plus à risques. Entre 2012 et 2015, le montant des financements alloué aux actions VIH est relativement stable (4 692 298 € et 4 564 100 € respectivement). 90% des actions sont portées par des associations. ¼ des actions portent sur la prévention individuelle et 13% sur le dépistage.
- **Amélioration du parcours des patients, en renforçant le rôle des COREVIH (comité de coordination régionale de la lutte contre le VIH) et en s'attachant aux personnes en difficultés.** Au-delà de la prévention primaire et du dépistage précoce, la question de la prise en charge immédiate et de l'absence de rupture dans le parcours de soins est devenue un enjeu considérable, au fur et à mesure que le VIH entrait dans le champ des maladies chroniques. Pour y répondre, un programme d'actions commun à l'ensemble des 5 CoreVIH de la région a été élaboré et a donné lieu à la formalisation d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'APHP. 10 actions de santé publique ont été définies en concertation avec toutes les parties prenantes.

BILAN

Synthèse transversale

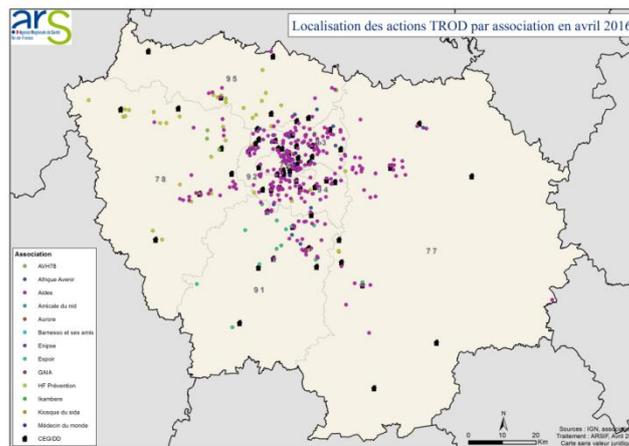
Points forts de la démarche

- Le dispositif de dépistage et de prise en charge a connu trois évolutions importantes sur la période : l'extension des TROD, la réforme des CEGIDD qui a mis fin à la césure ancienne entre dépistage VIH et dépistage IST, et la relance du partenariat entre l'ARS et les COREVIH.
- Les écarts sociaux et territoriaux dans l'exposition à l'épidémie ont conduit à des réajustements des moyens alloués, mais ces réajustements restent imparfaits et insuffisants.
- L'émergence de nouvelles stratégies de prévention (prévention diversifiée) doit, à l'issue du PRS1, être intégrée dans les perspectives du PRS2.

Chantiers à venir

- L'épidémie non contrôlée d'IST et les signaux d'alertes relatifs à la transmission du VIH montrent les faiblesses ou échecs de la prévention primaire et doivent conduire à reconsidérer les stratégies de prévention. Il est nécessaire de prendre appui sur les CeGIDD, de développer les actions d'éducation à la vie sexuelle, affective et reproductive chez les jeunes, de renforcer la prise en charge IST en ville.
- La prévention diversifiée (incluant le contrôle des IST), le renforcement du dépistage, la baisse du dépistage à un stade tardif et l'accès rapide aux soins sont des axes majeurs de renforcement de la lutte contre le VIH et les IST qui devront s'intégrer dans une stratégie régionale de santé au plus près des populations concernées.

Illustration : localisation des actions TROD par association en avril 2016



➔ La fluidification du parcours de santé du diabétique de type 2

En Île-de-France, le diabète est la première pathologie chronique, avec près de 400 000 personnes touchées et 200 000 personnes non diagnostiquées ou diagnostiquées mais non traitées.

Les inégalités territoriales et socio-économiques affectent l'efficacité des soins chez les diabétiques et doivent conduire à mettre en place des actions de prévention et des parcours de soins efficaces afin de réduire ces complications.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Intensification de la prévention primaire** : renforcement des actions avec un axe nutrition dans l'appel à projet annuel ; 202 actions – 3 059 300 € avec une dynamique locale forte sur les 3 départements cible (77-93-95)
- **Amélioration du dépistage précoce du diabète** : en s'appuyant sur des partenaires associatifs (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux et Association Française des Diabétiques) et sur les réseaux de santé, mise en place d'une campagne de dépistage conjoint du diabète et de la maladie rénale et de facteurs de risques (hypertension artérielle et obésité) en structures de santé.
- **Amélioration de l'accès au dépistage par télé-médecine de complication évitable** comme la rétinopathie diabétique avec extension des structures proposant ce dépistage au plus près des patients.
- **Amélioration du recours à l'éducation thérapeutique en ambulatoire** en développant les programmes d'ETP en ville : accompagnement d'acteurs locaux dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) sur la mise en place ou la coordination de programme ETP diabète en ville et à l'hôpital.
- **Fluidification du parcours de santé** en agissant sur les points de rupture du trajet de soins : pilote expérimental de coordination des acteurs de la ville et de l'hôpital de Gonesse, service de diabétologie sur cinq communes de l'Est du Val-d'Oise sur trois ans.

Points forts de la démarche

- Forte mobilisation des acteurs des territoires avec des partenariats constructifs.
- Mise en place d'une expérimentation de coordination des acteurs.
- Transversalité du projet : de la prévention à l'offre de soins.
- Réalisation d'un état des lieux et d'une étude sur l'observance.
- Lien avec d'autres projets de l'Agence : Grand Paris, Terr-esanté, Rémi, éducation thérapeutique du patient, Contrats locaux de santé.

Chantiers à venir

- Modélisation de l'expérimentation après évaluation.
- Renforcement du partenariat opérationnel avec d'autres institutions : Assurance maladie, DRJSCS, éducation nationale.
- Intégration de la dynamique Contrats locaux de santé dans toutes les actions du projet.
- Développement du volet social pour les patients complexes.
- Plan d'action pour l'adhésion des patients au traitement.

BILAN

Synthèse transversale

Zoom sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

En 2015, 706 programmes sont autorisés par l'Agence à être mis en œuvre auprès de patients en Ile-de-France. 80 % d'entre eux fonctionnent en établissement public ou privé.

66 % des programmes dispensés le sont à Paris et dans les communes de la petite couronne.

25% des programmes concernent le diabète touchant plus de 60 000 patients. Cette pathologie peut majoritairement se développer en secteur ambulatoire aux côtés des pathologies cardiovasculaires. Les appels à projets lancés par l'Agence sur ce champ montrent ainsi l'intérêt d'une telle démarche pour favoriser les initiatives localement.

Enfin, le développement d'une offre en ETP suppose une montée en charge des compétences à la fois pour dispenser mais aussi pour coordonner l'ETP. Cet enjeu de l'Agence est partagé avec des acteurs ayant développé une offre de service auprès des professionnels de santé à savoir les plates-formes de ressources locales ou régionales.

1.4.3 Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques

➔ Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et les personnes connaissant des difficultés spécifiques

L'Île-de-France est un territoire particulièrement hétérogène où se cristallisent inégalités, difficultés sociales et exclusion, d'une ampleur saisissante. Les données disponibles (Insee 2012) indiquent que 15 % des 12 millions d'habitants (soit 1,8 million de personnes) disposent de moins de 990 euros par mois par unité de consommation, contre 14 % au niveau national. Les franciliens pauvres sont plus pauvres que la moyenne nationale : la moitié d'entre eux ont un revenu inférieur de 24% au seuil de pauvreté (moins de 750 euros), contre 21% pour le reste de la France métropolitaine. Cette pauvreté s'aggrave en Île-de-France et de façon plus forte que dans le reste du pays privant un grand nombre de personnes d'un accès aux soins.

Dans ce contexte, l'objectif du PRAPS est de permettre aux personnes démunies sans couverture médicale ou avec une couverture médicale partielle de pouvoir bénéficier de soins et d'une prise en charge globale sociale et sanitaire dans une perspective de parcours de santé. Sont particulièrement concernées les populations migrantes récemment arrivées et le public Rom.

Dans le cadre du PRS 2013-2017, l'ARS a soutenu à travers le PRAPS 88 actions de 45 opérateurs intervenants dans le champ de la très grande précarité, en prévention et promotion de la santé. Elle a renforcé les permanences d'accès aux soins de santé et d'autres dispositifs relevant des différentes composantes de l'Agence et elle expérimente des organisations novatrices comme des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ambulatoires et les missions de Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Social (LAMPES).

Par ailleurs, l'Agence pilote un important dispositif dits de « soins résidentiels » : Appartements de Coordination thérapeutique (ACT), Lits halte-Soins-santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM). Il s'agit d'un volet majeur de la prise en charge sanitaire de personnes souvent très précaires.

BILAN

Synthèse transversale

A compter de 2015, la région Île-de-France a vu une très forte augmentation d'un public migrant vivant dans des campements de rue ou des squats. Plus récemment, ces migrants arrivent sur Paris à un rythme estimé à plusieurs dizaines chaque jour.

Le préfet de région a mis en place des actions de mise à l'abri consistant à proposer, sans pré requis, un hébergement inconditionnel pendant un mois pour permettre le dépôt d'une demande d'asile. En un an, c'est plus de 15 000 personnes qui ont été mises à l'abri avec une trentaine d'opération. 8 000 migrants sont hébergés sur l'ensemble des départements de la région.

A l'initiative de la Ville de Paris, un centre de « premier accueil », financé par l'Etat et la Ville, va ouvrir en octobre 2016 pour permettre l'entrée dans un dispositif d'accueil des migrants sans opération d'évacuation de l'espace public.

Cette crise migratoire n'avait pas été prise en compte dans le PRS avec ce volume inédit et inattendu. Une politique d'accompagnement sanitaire a donc été mise en place au fil de l'eau.

Principales réalisations

● **Migrants**

- Mise en place d'un bilan d'orientation infirmier dans les jours suivants l'arrivée en centre d'hébergement (Samu social et Croix Rouge française).
- Mobilisation par les délégations départementales pour la prise en charge somatique (PASS hospitalière) et en santé mentale (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, etc.), compte tenu de l'importance des psychotraumatismes.
- Médiation et accompagnement sanitaire sur les campements de rue et, en cas de difficultés particulières, dans les centres d'hébergement (Médecins du Monde, Première Urgence Internationale et Samu social).
- Suivi épidémiologique des besoins sanitaires des migrants sur la base des bilans d'orientation (Observatoire du Samu social).
- Assistance à l'ouverture des droits à l'Assurance maladie par la mobilisation des Centres primaires d'assurance maladie.
- Installation d'un pôle Santé au sein du centre de premier accueil parisien assurant les bilans infirmier, l'orientation pour soins somatiques et psychiques et les soins courants.

● **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**

- Ouverture d'une PASS généraliste (77) et de deux PASS ophtalmo (Paris).
 - Mise en ligne d'un annuaire interactif avec fiche d'accès (professionnels de santé et sociaux)
 - Production d'outils (référentiel régional, rapport d'activité standardisé dématérialisé, annuaire PASS sur l'extranet de l'ARS) - 4 000 consultations par semestre.
 - Inscription d'objectifs PRAPS dans le Contrat Pluriannuels d'Objectif et de Moyens de l'AP-HP.
 - Actions d'information, d'échanges et de formation portées par les équipes des PASS : 4200 personnes concernées en 2015.
- ⇒ **Résultat** : 57 600 personnes ont bénéficié d'accès aux soins en PASS en 2015 grâce aux PASS généralistes, dont 60% de primo-consultants et 16066 personnes en PASS bucco-dentaires.

● **PASS Ambulatoire**

- Une expérimentation débutée fin 2013 sur 6 sites (4 centres de santé municipaux, 2 réseaux de santé) dont un site spécialisé en santé bucco-dentaire, sur la base du volontariat.
- Accompagnement de la mise en œuvre opérationnelle avec une montée en charge progressive du dispositif depuis 2014, avec une file active de 1 416 personnes en 2015, soit

BILAN

Synthèse transversale

une progression de 46 % en un an.

- Production d'outils partagés pour le pilotage et le suivi de l'activité.
 - Mise en place d'une évaluation ; questionnaire en ligne et visites sur site (en cours)
- ⇒ **Résultats** : 6 sites opérationnels - 2 338 personnes accueillies en 2014 et 2015 - 458 professionnels sensibilisés ou formés aux questions d'accès aux droits (agents administratifs, agents d'accueil, soignants...).

- **Publics campements/bidonvilles (dont Roms)**

- Intervention dans les situations à risque épidémique.
- Renforcement de la prise en charge sanitaire et développement de la médiation en santé.
- Soutien des opérateurs chargés d'effectuer les diagnostics globaux : formation, groupe d'échange de pratiques, production d'outils de soutien dont un guide/annuaire.
- Mobilisation du système de santé de droit commun, avec notamment l'expérimentation d'un dispositif de suivi des signalements des difficultés rencontrées dans le recours au système de santé.

- **Soins résidentiels**

- augmentation de 15 % depuis 2010 du nombre de places en Appartements de Coordination thérapeutique.
- 385 places en Lits halte-Soins-santé, et 10 places autorisées en 2016.
- 25 places en lits d'accueil médicalisés, mais 22 nouvelles places autorisées en 2016.

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- **Migrants**
 - Pilotage par les délégations départementales de l'Agence de l'accès aux soins des migrants hébergés.
 - Mise en place d'un bilan infirmier d'orientation.
 - Mobilisation préférentielle des structures de droit commun (PASS, EMPP, CUMP,...).
 - Mise en place d'un suivi épidémiologique de la population migrante.
- **PASS**
 - CPOM entre l'ARS et l'APHP et mention de la prise en charge de la précarité.
 - Augmentation conséquente de la dotation aux PASS en 2015.
 - Construction et mise en place partagées de protocoles de prise en charge de situations dites « de crise ».
 - Démarches d'articulation des équipes PASS avec les structures d'hébergement.
 - Animation territoriale et suivi assuré par les délégations départementales en direction des PASS.
 - Renforcement du travail pluri disciplinaires au niveau des PASS (équipes, pilotage, partenaires).
- **PASS Ambu**
 - Contribution à une prise de conscience des acteurs de santé du territoire sur les problématiques d'accès au système de santé des plus précaires
 - Ce dispositif ouvre la porte des possibles dans l'accès au système de droit commun des plus démunis.
- **Publics campements/bidonvilles (dont Roms)**
 - Construction de liens entre les différents acteurs pour coordonner leurs interventions sur l'accès aux soins des populations.
 - Accompagnement, entre 2013 et 2015, des opérateurs chargés d'effectuer les diagnostics globaux (y compris sur le versant sanitaire).
 - Expérimentations de médiateurs santé, parlant la langue Romani, placés au sein d'établissements de santé, à l'exemple de ceux présents dans les hôpitaux de Saint-Denis et de Montreuil.
- **Soins résidentiels :**
- l'amélioration de la connaissance par des rapports d'activité standardisés,
- le développement d'ACT spécialisées.
- La mise en place de critères de répartition

Chantiers à venir

- **Migrants**
 - Mise en place d'un pôle santé au sein du centre de premier accueil sur Paris (hommes isolés) et Ivry (familles).
 - Généralisation des bilans d'orientation (augmentation des équipes infirmières).
- **PASS**
 - Plaider pour que les PASS deviennent des unités fonctionnelles indépendantes, dans un souci de visibilité et de « sanctuarisation » de leur financement.
 - Les accompagner pour que toutes puissent assurer une offre de médecine générale (d'une vacation au minimum).
 - Promouvoir le rôle des infirmiers et des aides-soignants.
 - Mieux prendre en compte la parole et l'avis des usagers sur le fonctionnement des PASS et la construction de leur parcours de santé.
 - Valoriser et promouvoir l'abord transdisciplinaire de la PASS comme un modèle d'approche médicale élargi à la prise en compte des déterminants psycho-sociaux de la santé.
 - Anticiper la montée des besoins au regard des flux migratoires actuels dans une région déjà sous forte tension.
 - Poursuivre la réflexion sur l'anticipation et l'amélioration de sorties d'hôpital pour les populations vulnérables (ex : mission LAMPES)
- **PASS Ambu**
 - Rendu de l'évaluation
 - Renforcement du partenariat avec les CPAM
 - Définition des conditions de déploiement du dispositif, plébiscité par les acteurs de première ligne
 - Amélioration de l'accès des opérateurs aux informations relatives à l'ouverture des droits (notamment pour les réseaux de santé).
 - Question de la complémentarité avec les autres dispositifs.
- **Publics campements/bidonvilles (dont Roms)**
 - Renforcement de la médiation en santé et de l'interprétariat.
 - Implication de l'Agence dans le dispositif régional piloté par la préfecture.
 - Poursuite de travaux plus généraux sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situations de précarité.
 - Poursuite du plaidoyer et d'une vigilance sur les

BILAN

Synthèse transversale

- territoriale de l'offre en ACT selon des critères quantifiables.
- Un travail important de plaidoyer pour plus de fluidité vers le dispositif de droit commun et une réponse plus diversifiée aux besoins des franciliens concernés, notamment dans le cadre du Schéma Régional de l'Habitat et de l'Hébergement.
- bonnes pratiques des différents acteurs en lien avec ces publics.
- Soins résidentiels** : nécessité de développer l'offre en LHSS et LAM, et de mieux organiser le parcours de vie et de soins des personnes malades en situation de grande précarité, notamment des personnes prématurément vieillissantes.

Illustration : les chiffres-clefs du PRAPS

Financement Migrants :

FIR : 207 K€ en 2015, 780 K€ en 2016 et un besoin de 1,2 à 1,4 M€ pour 2017.
 Financement exceptionnel MIGAC 2015 : 900 K€ au profit de PASS hospitalières ciblées.

Financements PASS :

Financement MIG PASS Annuel : évolution entre 2012 (14M) et 2015 = 15,4 M€ [net des économies], soit 1,4 M€ de crédits supplémentaires par rapport à 2014 ;

PASS ambulatoires

Un budget de 20 000 € a été alloué, annuellement et par site expérimentateur (120 000 € au total), pour accompagner la structuration du dispositif et contribuer à des travaux d'évaluation sur une période de 3 ans.

Public bidonvilles (dont Roms)

Le budget mobilisé pour ces actions est de 240 207 € en 2012, de 398 800 € en 2015

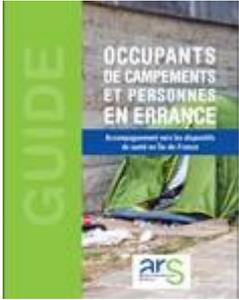


Illustration : l'annuaire des PASS IDF

Des fiches téléchargeables pour favoriser l'usage Par le professionnel

Par usager ↓

PASS VILLEJERME de l'Hôpital AVICENNE
133 rue de Valenciennes 93000 Bobigny

Plus d'infos : 01 48 38 38 38

Comment contacter le PASS ?

Comment télécharger le PASS ?

Quelles sont les préconditions nécessaires à l'accès au PASS ?

- 1. Carte d'identité
- 2. Carte Vitale
- 3. Carte d'habitat
- 4. Carte de domicile
- 5. Carte de profession
- 6. Carte de santé
- 7. Carte de famille

PASS VILLEJERME de l'Hôpital AVICENNE
133 rue de Valenciennes 93000 Bobigny

Plus d'infos : 01 48 38 38 38

Comment contacter le PASS ?

Comment télécharger le PASS ?

Quelles sont les préconditions nécessaires à l'accès au PASS ?

- 1. Carte d'identité
- 2. Carte Vitale
- 3. Carte d'habitat
- 4. Carte de domicile
- 5. Carte de profession
- 6. Carte de santé
- 7. Carte de famille

PASS VILLEJERME de l'Hôpital AVICENNE
133 rue de Valenciennes 93000 Bobigny

Plus d'infos : 01 48 38 38 38

Comment contacter le PASS ?

Comment télécharger le PASS ?

Quelles sont les préconditions nécessaires à l'accès au PASS ?

- 1. Carte d'identité
- 2. Carte Vitale
- 3. Carte d'habitat
- 4. Carte de domicile
- 5. Carte de profession
- 6. Carte de santé
- 7. Carte de famille

→ Le parcours de la personne âgée

La région Île-de-France compte près de 770 000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 6,49 % de sa population. Selon les projections démographiques, elle devrait atteindre 870 000 personnes en 2020. La part des 85 ans ou plus représente 1,88 % des Franciliens et l'augmentation la plus forte concernerait ces Franciliens les plus âgés du fait, notamment, de l'accroissement de l'espérance de vie. Ils seraient ainsi : 142 400 de plus d'ici 2020, soit une croissance de 65 % en 15 ans.

La population des 60-74 ans, génération du baby-boom arrivant à l'âge de la retraite en 2020, augmenterait, quant à elle, de 35 %. Enfin, le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans serait relativement stable d'ici 2020. Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus potentiellement dépendantes augmenterait de façon continue d'ici 2020 : 23 600 Franciliens supplémentaires seraient alors concernés par la dépendance, soit une hausse de 24,5 % en 15 ans (source Insee, Projections de population dépendante à l'horizon 2020 en Île-de-France). Par ailleurs, la part des séjours en hospitalisation complète de court séjour est de 13 % pour les 75-84 ans et de 6 % pour les patients âgés de plus de 85 ans. Au-delà de 85 ans plus d'un séjour sur deux démarre par un passage aux urgences.

L'ARS a développé dans le cadre du PRS 2013-2017 un ensemble d'actions et de services envers les personnes âgées au regard de l'évolution démographique et de ses conséquences, non seulement pour la prise en compte des maladies chroniques et des polypathologies, mais aussi pour prévenir et prendre en charge les problèmes liés à la dépendance.

Les travaux sur le parcours initient des modes de lectures différents, qui ne doivent plus être dictés par le découpage de l'offre institutionnelle mais plutôt par une logique de continuité des interventions au service de la population. Le parcours de santé de la personne âgée structure ainsi peu à peu les politiques publiques.

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- **Mise en œuvre de la méthode MAIA (méthode d'action pour l'intégration d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie):** 32 territoires couvrent l'ensemble de l'Île-de-France. Chaque pilote du territoire met en place une concertation stratégique (départementale) et tactique (locale) répondant à un projet commun d'intégration entre acteurs, décideurs et financeurs. L'action se fait plus lisible, plus opérationnelle, et plus cohérente grâce à ce décloisonnement des acteurs.
- **Déploiement de la gestion de cas :** 3 gestionnaires par territoire en moyenne, soit environ 100 professionnels dédiés à l'accompagnement des situations complexes en région. Environ 2 000 personnes ont bénéficié en 2015 d'un suivi intensif.
- **Importance des filières de soins gériatriques :** 32 filières permettent d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale afin de couvrir l'intégralité des parcours de soins possibles. Le travail en binôme gériatre/ autre spécialité facilite l'orientation du patient.
- **Intervention des équipes mobiles de gériatrie :** 50 équipes assurent le transfert de l'expertise gériatrique aux autres spécialités, devenant pivot de la filière gériatrique, pour fluidifier le chemin clinique et assurer le lien ville-hôpital.
- **Rôle des réseaux de santé :** 22 réseaux de santé pluridisciplinaires traitent de la gérontologie, de la cancérologie et des soins palliatifs. Ils participent aux évaluations globales de besoins et aux suivis des plans personnalisés de santé.

Points forts de la démarche

- Mise en cohérence des territoires : le territoire MAIA est le territoire de référence pour organiser le parcours de santé et de vie de la personne âgée et créer une maille en proximité pour la personne âgée et son entourage.
- Gestion de cas : nouveau professionnel entièrement dédié à l'accompagnement des personnes âgées en situations complexes et sans solution.
- Identification de 32 filières de soins gériatriques permet le développement de filières de prise en charge dédiées et adaptées au patient âgé :
 - les cancéreux âgés : 6 Unités de coordination onco-gériatriques créées dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 ;
 - développement de la prise en charge ortho-gériatrique à travers l'identification de 10 unités péri-opératoires de gériatrie ;
 - favoriser l'accès à l'expertise psychiatrique pour le sujet âgé avec le développement de 4 équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé et la création d'un Centre de ressource régional ;
 - développement de la télémédecine en EHPAD, 3 expérimentations impliquant une cinquantaine d'EHPAD et 5 centres hospitaliers.

Chantiers à venir

- Déployer le système d'information MAIA pour la mise en œuvre du « guichet intégré ». Cette interface facilitera l'orientation, l'échange et le partage d'information entre professionnels.
- Gestion de cas : doubler le nombre des personnes âgées accompagnées et être un observatoire du parcours complexe au service du territoire.
- Après évaluation étendre les dispositifs testés par PAERPA.
- Favoriser le maintien à domicile en renforçant la prise en charge médico-sociale et l'accès aux soins ambulatoires. Par exemple, en promouvant les dispositifs de télémédecine y compris à domicile, en développant les plateformes d'appui à la coordination pour répondre aux besoins des médecins généralistes ...
- Travailler sur l'accueil aux urgences de personnes âgées de plus de 75 ans en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire.

BILAN

Synthèse transversale

Illustration : Le Programme national PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie)

40 actions sont déployées dans les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris visant à améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées, en particulier celles vivant à domicile, et lutter contre les ruptures dans leur parcours de santé. Depuis 2016, ce programme est étendu aux six premiers arrondissements de la capitale.



➔ Le parcours de la personne handicapée

Le parcours de la personne handicapée représente un enjeu spécifique, tant du point de vue de son accès aux soins que de la co-construction des réponses à apporter aux situations de handicap complexe avec le déploiement d'une démarche intégrée.

Principales réalisations

Accès aux soins des personnes handicapées

Depuis 2015, l'ARS a entrepris un état des lieux afin d'identifier les dispositifs de soins existants (1^{er} recours, urgences, HAD, etc.), et en réponse développer et améliorer l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Plusieurs chantiers ont ainsi été ouverts depuis 2015 pour répondre à l'objectif d'un accès optimisé aux soins pour les personnes handicapés :

- **Urgences et handicap** avec objectif de diminution des recours évitables et hypothèses de travail : accès à une expertise téléphonique (par exemple intégrée au SAMU Centre 15), accès aux informations utiles et actualisées en cas d'urgence grâce à la généralisation du DLU (Dossier de

BILAN

Synthèse transversale

Liaison d'Urgence) dans les établissements médico-sociaux, et la diffusion d'une Charte de l'Accueil de la personne handicapée aux urgences. Les premières actions de ce chantier devraient pouvoir être déployées en 2017, sous la forme d'une cartographie des SAU (Services d'Accueil des Urgences) accueillant les personnes en situation de handicap en Ile-de-France.

- **Des dispositifs dédiés de soins de 1^{er} recours** en cours d'identification et/ou de déploiement avec, en application de la charte Romain Jacob, trois thématiques prioritaires identifiées : soins gynécologiques, soins somatiques et soins bucco-dentaires.

La co-construction des réponses pour les parcours complexes : illustrations dans le champ de l'autisme et des handicaps rares et complexes

- **Dispositif spécifique pour les situations complexes de troubles du spectre de l'autisme en Ile-de-France :**
 - **Création de 4 unités renforcées interdépartementales de répit** pour l'accueil de personnes avec autisme et troubles du comportement majeur (24 places au total) dont une réservée aux jeunes de 10 à 18 ans. Ces unités complèteront le dispositif spécifique des Unités Mobiles Interdépartementales (UMI) et des Unités Sanitaires Interdépartementales d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) pour les situations complexes. Elles accueilleront les personnes sur un temps limité pour élaborer en lien avec les familles des projets de sortie de l'USIDATU. A ce titre, ces unités seront en soutien des familles face à des situations de troubles du comportement majeur.
 - **Une expérimentation innovante dans quatre départements** : les dispositifs intégrés de soins et de services. Suite à la démarche de concertation territoriale initiée en 2014, l'ARS Ile-de-France a décidé d'expérimenter un dispositif intégré de soins et de services pour personnes avec troubles du spectre de l'autisme, dénommé MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide) autisme. Le dispositif intégré est une méthode de travail commune entre professionnels qui permet de créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire. Pour les personnes en situation complexe, la MAIA autisme propose un accompagnement rapproché et individualisé par un « gestionnaire de cas » afin d'assurer la meilleure accessibilité et la meilleure continuité possible dans l'articulation des différentes interventions. Celle-ci a débuté au 1^{er} septembre 2016, pour trois ans, dans quatre départements (Seine et Marne, Yvelines, Essonne et Seine Saint Denis).
- **Le déploiement de la démarche d'intégration pour accompagner les personnes en situation de handicaps rares et complexes :**
 - L'ARS a lancé en juin 2014 un appel à candidatures pour la création d'une équipe relais handicaps rares. C'est l'association CESAP qui a été sélectionnée pour porter ce nouveau dispositif. L'équipe relais est un échelon intermédiaire. Elle se situe à l'interface entre des ressources hyperspécialisées et les ressources de proximité et elle relaye les actions des centres ressources nationaux et favorise une très grande proximité avec les acteurs locaux prenant en charge des personnes en situation de handicaps rares et complexes.
 - **Ses principales missions :**
 - établir un état des lieux des besoins et des ressources du territoire, formaliser un réseau et apporter un appui aux professionnels ;
 - évaluer les situations et apporter un appui à l'élaboration de projets d'accompagnement individualisé ;

BILAN

Synthèse transversale

- capitaliser un niveau d'expertise, organiser les connaissances et les savoirs acquis, assurer leur diffusion.
- **Ses leviers :**
 - organisation de concertations institutionnelles stratégiques et tactiques,
 - organiser le guichet intégré : outils communs, annuaire partagé, information et communication...
 - suivi de situations individuelles.

Amélioration du parcours des personnes en situation de handicap

- **Chez l'enfant :** poursuite de l'expérimentation du dispositif ITEP (Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques) pour accompagner les troubles de la conduite et du comportement.
- **Chez l'adulte :** actions engagées pour améliorer le parcours des personnes présentant un handicap neurologique, pour construire des actions de prévention, de soins de 1er recours programmés, de recours aux urgences, et à l'hospitalisation.

Points forts de la démarche

- Evolutions dans les modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap complexe afin d'éviter les ruptures de parcours
- Accès aux soins des personnes en situation de handicap (ambulatoire, urgences...)

Chantiers à venir

- Faire évoluer l'ensemble des acteurs de la politique du handicap vers la co-construction de réponses globales
- Développer les modalités d'accompagnement innovantes telles que les pôles compétences et de prestations externalisées
- Engagement de l'ARS en lien avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, les Conseils départementaux et l'Education Nationale dans la mission « Réponse accompagnée pour tous »
- Développer les systèmes d'information dans une logique d'interopérabilité
- Enjeu des futurs Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens, adaptation de l'offre

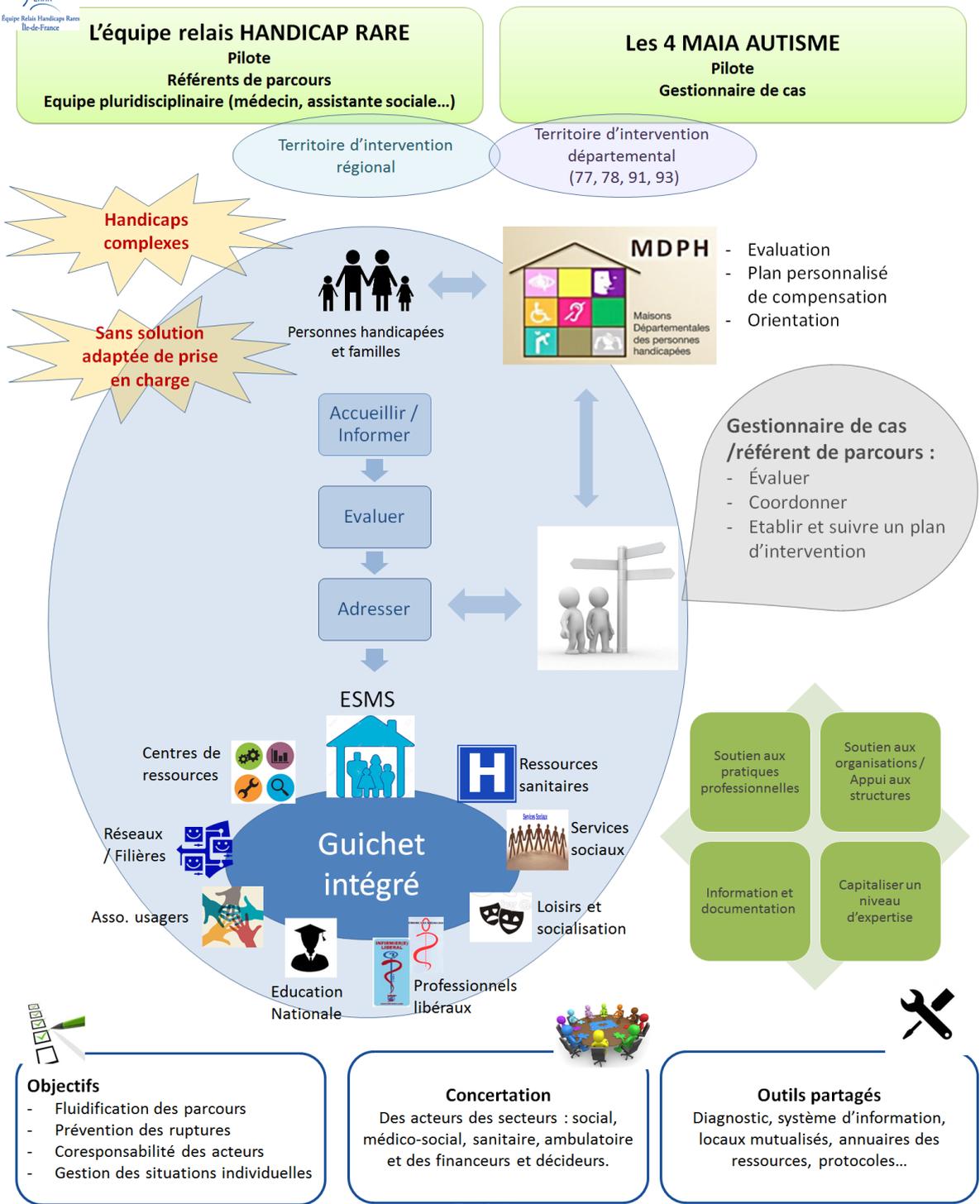
BILAN

Synthèse transversale

Illustration

Coordination et intégration des parcours dans le champ du handicap : l'exemple de l'AUSTISME et du HANDICAP RARE en IDF

Une réponse aux ruptures de parcours et au cloisonnement



BILAN

Synthèse transversale

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

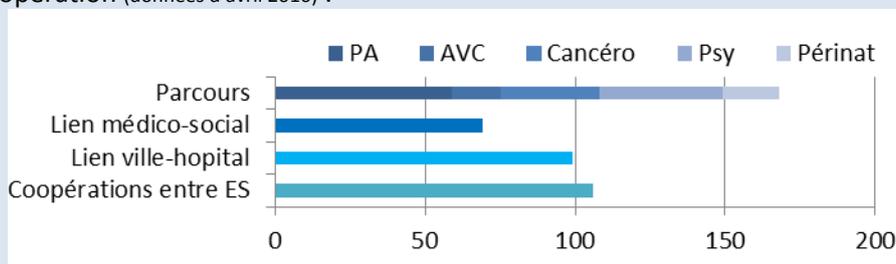
L'ARS dispose de différents outils de contractualisation avec les offreurs de santé. Dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017, l'objectif était de créer une convergence entre ces différents outils autour d'objectifs partagés et de synergies nouvelles.

➔ Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens avec les établissements de santé

Le secteur hospitalier voit se multiplier l'utilisation du mode contractuel dans le but d'instaurer plus de pragmatisme dans la poursuite d'une plus grande efficacité. Pour ce secteur, il s'agit d'une opportunité d'aboutir à une régulation « de terrain », où les acteurs, par un partage des enjeux et une négociation des solutions, peuvent s'adapter aux spécificités des territoires et aux évolutions permanentes de l'environnement. En complément de procédures plus unilatérales (comme l'attribution d'autorisations d'activités ou de financements), la loi a fourni aux ARS par la contractualisation un outil de pilotage de proximité. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en a constitué le principal levier dans le cadre de la mise en œuvre du PRS. L'ARS Île-de-France a fait le choix depuis 2013 de mettre au cœur des négociations des CPOM avec les établissements de santé le maillage territorial, l'organisation des parcours et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Principales réalisations

- 2013 : 100% des établissements ont signé pour 5 ans un contrat socle règlementaire à vocation de « carte d'identité », soit 535 contrats
- 2013-2016 : 70% ont signé des avenants à vocation de pilotage, portant des engagements négociés et prioritaires, à atteindre d'ici 2018
- Nombre d'établissements ayant pris des engagements sur des orientations de parcours de santé et de coopération (données d'avril 2016) :



- 2015 - 2016 : évaluation des résultats réalisée pour 25 contrats

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Adaptabilité aux enjeux nationaux, régionaux et locaux
- Démarche structurante pour l'animation territoriale depuis 3 ans
- Outil plébiscité en interne pour le dialogue de gestion sur la stratégie des établissements
- Adhésion des partenaires extérieurs impliqués depuis le début dans les choix de pilotage
- Processus supporté par un système d'information efficace

Chantiers à venir

- Evaluer la réalisation de tous les objectifs contractualisés
- Renouveler entre 2017 et 2019 les CPOM pour 5 ans
- Conserver et accentuer la logique territoriale et de parcours
- Animer l'articulation "Public-Privé" dans le contexte des GHT
- Coordonner les différentes démarches de contractualisation
- Poursuivre l'informatisation pour partager l'information en externe

Illustration par un extrait des engagements pris par plusieurs structures d'une même filière de l'Essonne (91) sur le « parcours AVC »

	Nom de la structure	Objectifs fixés à la structure	Indicateurs de suivi	dernière valeur connue	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
SAU	HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN	Signer un protocole commun de prise en charge des AVC avec l'USINV du CHSF	Convention signée				Oui	Oui	Oui
	IRM D'EVRY	Conventionner avec le CHSF sur les patients suspects d'AVC se présentant spontanément aux urgences du CMCO	Nombre de convention signée entre le CHSF et la SAS IRM EVRY	0	1				
UNV	CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN	Admettre le maximum d'AVC en UNV	Pourcentage d'AVC non admis en UNV	14	14	13	12	10	8
		Admettre le maximum d'AIT en UNV	Pourcentage d'AIT non admis en UNV	36	32	30	25	22	20
		Amélioration du parcours de court séjour vers SSR	Délai moyen en jours entre la date souhaitée d'admission en SSR et la date réelle	-	6,5	6,5	6	5,7	5,5
		Mettre en place une évaluation pluridisciplinaire post-AVC	Nombre de Consultations pluridisciplinaires post-AVC de suivi pour l'ensemble des AVC non pris en charge initialement au CHSF	0	0	150	200	250	300
SSR	UGECAMIF CRF COUBERT	Réinscrire la prise en charge des AVC dans les filières du territoire (CH de MEAUX et CHSF)	patients AVC issus du CH de Meaux et du CHSF/ Total des patients AVC pris en charge à COUBERT	17%	17%	25%	40%	50%	60%
		Réduire les délais de prise en charge post USINV	délais entre la demande d'admission et l'admission effective (en jours)	10	10	10	7	6	5
	CLINIQUE LES TROIS SOLEILS	Développer le SSR "Affection du système nerveux", dont les patients post-AVC et avec Gastrostomie.	Nombre de semaines patients (RHS) par an avec le code "Gastrostomie" ou "Surveillance de Gastrostomie" (2 patients par semaine en moyenne annuelle).			104	104	104	104

BILAN

Synthèse transversale

OBJECTIF N°2 : AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

2.1 Promouvoir la qualité de l'offre de santé

L'ARS a vocation à s'assurer de la qualité des services que les offreurs de santé rendent aux franciliens. En coordination avec les acteurs compétents en la matière, elle s'est attachée dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017 à promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans ses différents champs de compétence. Cela s'est notamment traduit par une priorité donnée à l'amélioration de la sécurité des soins à travers le renforcement de la surveillance des événements indésirables liés aux produits de santé ou aux pratiques, et à la consolidation des démarches qualité.

➔ **Le développement d'une gouvernance de la qualité et de la sécurité des prises en charge associant l'ensemble des acteurs de santé de la région**

A compter de 2014, l'ARS a préfiguré un réseau régional de structures de vigilance et d'appui, désormais prévu par l'article 160 de la loi de modernisation de notre santé. Le Réseau Régional de Vigilances et d'Appui (RREVA) a vocation à intervenir dans le recueil des signalements et leur traitement, y compris en termes d'appui aux acteurs de santé dans le domaine des vigilances dites « réglementaires », mais également des infections nosocomiales, des produits de santé, et plus généralement dans le champ de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Principales réalisations

- Une structure d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge a été créée afin de compléter le dispositif. Les priorités d'actions intègrent notamment l'identitovigilance, le développement de la culture du signalement, l'appui à la certification, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge dans les secteurs hospitalier, ambulatoire (ex : démarche de mise en place de « visites de risque » en partenariat avec la fédération nationale des centres de santé) et médico-social.
- Les programmes des membres de ce réseau font l'objet d'une coordination et d'un suivi par l'ARS dans le cadre d'un partage entre lesdits membres. Les orientations en sont déterminées par le Comité Stratégique Régional de la Qualité et de la Sécurité des prises en charge. Ces programmes prennent en compte les priorités définies par l'ARS en lien avec le Comité précité.
- Dans le cadre de sa mission en matière d'hémovigilance, l'Agence a par ailleurs développé l'appui aux établissements et l'inspection des dépôts de sang. Des actions de coordination de l'addictovigilance ont également été mises en œuvre.
- Le RREVA est également le lieu de coordination et de suivi des appels à projet en matière de qualité et de sécurité des prises en charge (ex : mise en place de Comités de Retour d'Expérience (CREX), conciliation médicamenteuse).
- Un Comité Stratégique de la qualité et de la sécurité des prises en charge a été mis en place, lieu d'information, d'orientation et de suivi des actions de l'ARS en matière de qualité et de sécurité des prises en charge. Ce comité détermine des axes de travail prioritaires (notamment sur la base des cartographies des risques réalisées par le centre d'analyse des risques de l'ARS, mais également des problématiques rencontrées par chacun des acteurs membres) ; valide les programmes de travail des structures de vigilance et d'appui ; participe à l'élaboration et à la sélection des appels à projet en matière de qualité et de sécurité des prises en charge.

BILAN

Synthèse transversale

Il est destinataire des cartographies des risques Il est par ailleurs tenu informé des orientations en matière d'inspection-contrôle. Ce Comité est composé des représentants des acteurs de santé de la région : usagers, professionnels de santé (représentants des ordres et des URPS), fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux (FHF, FHP, FEHAP, SYNERPA, URIOPSS, APHP), fédérations des maisons et centres de santé, mutualité française, présidents de CME. Y participent par ailleurs les représentants de l'ensemble des directions de l'ARS, ainsi que les structures régionales de vigilances et d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge.

Points forts de la démarche

- Anticipation des évolutions : préfiguration du RREVA
- Coordination des plans d'actions coordonnés des structures de vigilances et d'appui
- Engagement collectif et participatif des acteurs, dans le cadre d'une gouvernance visant à la co-construction des démarches et actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge
- Intégration des différents éléments constitutifs d'une démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques dans le cadre d'une coordination régionale

Chantiers à venir

- Mise en œuvre des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé avec la poursuite de la structuration des RREVA. Des textes réglementaires doivent permettre de définir plus précisément le cadre d'exercice et les missions dévolues aux RREVA en général, aux structures d'appui à la qualité et à la sécurité des prises en charge en particulier.
- En matière de certification des établissements de santé, évaluer le dispositif expérimental mis en place avec la HAS en vue d'élaborer un plan d'action et d'appui aux établissements dans le cadre de la préparation et du suivi de leur visite de certification ; avec une attention particulière pour les programmes de prévention, de gestion et de maîtrise des risques : élaboration des programmes de gestion des risques (en appui aux CME), gestion des EIG, circuit du médicament, etc.
- Développer un programme de prévention des risques à destination des structures d'exercice regroupé du secteur ambulatoire et des établissements de santé et médico-sociaux : extension des visites de risque expérimentées avec les centres de santé ; mise en place d'un groupe de contact sur les méthodologies et enjeux des visites de risques avec les représentants des assureurs.
- Territorialiser la démarche d'amélioration de la qualité et de sécurité des prises en charge : à partir du RREVA, et en lien avec les Délégations Départementales constituer des « groupes qualité » sous la forme

BILAN

Synthèse transversale

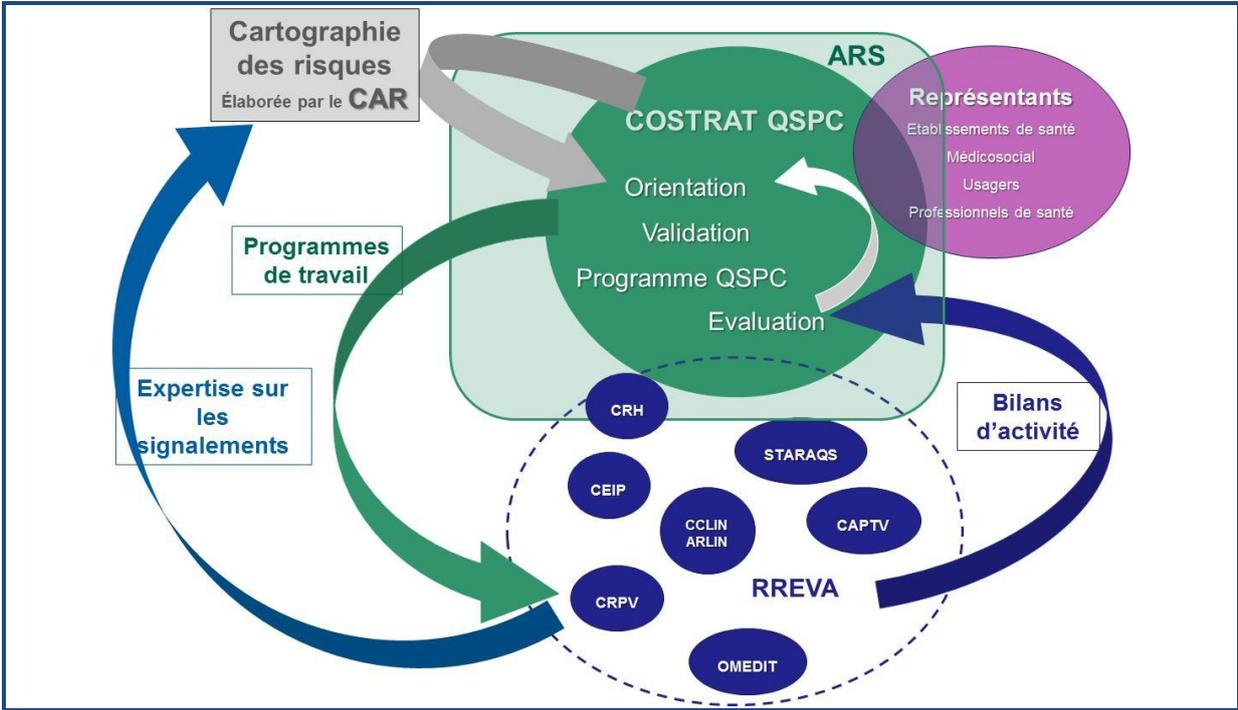
	<p>réseaux territoriaux de responsables qualité/gestionnaires de risque et de correspondants des CME ; développer des équipes d'hygiène de territoires transversales aux trois secteurs ambulatoires, sanitaire et médico-social ; développer les Comités de retour d'expérience</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Appuyer les GHT dans leur démarche de prévention et gestion des risques et crises : organiser les dispositifs de préparation et de gestion de crise, mutualiser les ressources en matière de qualité et de gestion des risques, organiser le dispositif de certification ● Elaborer un plan d'action relatif à la sécurisation des parcours ville-hôpital dans la continuité des réflexions engagées par le Comité Stratégique QSPC ; généralisation de la conciliation médicamenteuse
--	--

Illustration : réseau régional de structures de vigilance et d'appui

Vigilances	Appui
Coordination Régionale d'Hémovigilance (CRH) (placée auprès du DGARS, au sein du département de coordination des vigilances et appui)	Centre de Lutte contre les Infections Nosocomiale (CCLIN) et Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) futurs Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CEPIAS)
Centres Régionaux de PharmacoVigilance (CRPV)	Observatoire du MEDicament des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT)
Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP)	Structure d'Appui Régionale A la Qualité et à la Sécurité des prises en charges (STARAQs)
Centre Antipoison et ToxicoVigilance (CAPTV)	
Correspondant Régional de MatérioVigilance (CRMV)	

BILAN

Synthèse transversale



2.2 Faire de la recherche de l'efficacité une culture partagée et un moteur de l'évolution du système de santé

La recherche d'efficacité passe par des actions d'optimisation des modes d'organisation existants : mutualisation, lutte contre les facteurs de non-qualité, amélioration des liens avec l'amont et l'aval. Dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017, l'Agence a proposé un programme d'appui à l'efficacité des Pratiques, des Organisations et de la Dépense en santé (EPOD), avec par exemple un accompagnement des établissements pour améliorer les traitements de chimiothérapie en hôpital de jour ou le développement d'une campagne de sensibilisation et de prévention aux risques d'escarres.

➔ **L'accompagnement des établissements dans une démarche d'amélioration des traitements de chimiothérapie en hôpital de jour**

Dans un environnement en mutation, les modifications structurelles doivent être accompagnées. Les dynamiques innovantes seront considérées comme pertinentes dès lors qu'elles contribuent à améliorer la performance du système en apportant des réponses concrètes à des défis immédiats telles qu'une meilleure structuration des prises en charge et des parcours pendant et après le cancer.

La plupart des chimiothérapies (90%) sont administrées en hôpital de jour. Le développement de ces prises en charge ambulatoires oblige à appréhender différemment les effets indésirables et à anticiper au mieux leur survenue. Des modalités spécifiques de surveillance de l'inter-cure doivent être encouragées. Plusieurs constats peuvent être faits sur le traitement de chimiothérapie en hôpital de jour :

- les temps d'attente pour le patient sont plus importants que les temps de soin ;
- la déprogrammation à JO entraînant un déplacement d'un patient qui aurait pu être évité, la destruction d'une poche qui aurait pu ne pas être produite ;
- les patients sont éloignés des praticiens quand les risques d'effets indésirables sont les plus élevés...

Dans le même temps, la centralisation de la préparation des chimiothérapies diminue de facto la souplesse de l'hospitalisation de jour. L'unité de lieu autorisait des modes d'organisation qui ne sont plus nécessairement compatibles avec les nouvelles articulations.

Aussi, afin d'optimiser le déroulement de la prise en charge en Hôpital de Jour, de nouvelles organisations s'imposent, articulées autour des aspects liés à l'anticipation et aux modalités de surveillance des inter-cures. Ces deux dynamiques apparaissent chacune pertinente. C'est pourquoi l'ARS a initié une démarche cherchant à documenter les initiatives repérées, à favoriser l'émergence de nouvelles pratiques puis, le cas échéant, à envisager leur diffusion. Pour ce faire, il a été proposé une démarche d'amélioration des pratiques aux établissements de santé (disposant des autorisations) avec dans un premier temps une phase pilote impliquant 5 établissements, puis une phase de diffusion (suite à un appel à candidature) impliquant 15 établissements

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- Accompagnement des établissements dans l'analyse des pratiques organisationnelles
- Proposition de solutions concrètes aux problèmes les plus courants rencontrés
- Déploiement : 23 services engagés
- Suivi des actions à l'échelle des établissements déjà engagés
- Mise à disposition des outils de diagnostics créés par ARS Ile-de-France durant la phase pilote
- Capitalisation : diffusion et mise à disposition d'un guide de bonnes pratiques organisationnelles

Points forts de la démarche

- Institutionnel : conception du projet concordante à l'étape d'évaluation des besoins du PRS 1 et en cohérence avec les plans cancers
- Opérationnel : contact au plus près des opérateurs sur un sujet structurant au travers des modalités organisationnelles d'une prise en charges ambulatoire à l'hôpital.

Chantiers à venir

- Adapter le programme aux traitements anti cancéreux per os.
- Renforcer la conduite du changement dans une dynamique associant ville et hôpital.

➔ Le programme régional « Sauve ma peau, maîtriser le risque d'escarre »

Il existe un consensus sur ce qu'il faut faire pour éviter des escarres et sur la nécessité d'agir. Pourtant cette pathologie persiste dans tous les secteurs de soins (taux de prévalence hospitalière à 8%). Les escarres sont douloureuses pour les patients, culpabilisantes et chronophages pour les équipes, et coûteuses pour la société (4 500 euros à l'hôpital selon l'IRDES et 693 millions d'euros de soins en ville en 2011 selon l'Assurance maladie).

Les freins étant organisationnels (manque de formation, d'indicateurs, d'expression d'objectifs, d'accès au matériel, de traçabilité de l'information...), l'ARS a développé une campagne de sensibilisation et de prévention. L'objectif de cette campagne régionale est d'aider à lever ces freins, par un soutien méthodologique pour la mise en œuvre de 5 pratiques à fort impact :

1. piloter en multi-professionnel
2. évaluer et réévaluer le risque
3. adapter la prévention au risque : support et mobilisation
4. traiter vite, au stade 1: dès la rougeur
5. former et éduquer

BILAN

Synthèse transversale

Principales réalisations

- 224 structures se sont engagées par une charte (107 Sanitaires, 117 Médico-Sociaux dont des SSIAD), de tous types de statuts.
- Les structures ont engagés une ou deux unités, où les patients ou résidents sont dépistés pour le risque d'escarre, leur état cutané suivi, et renseignent chaque mois des compteurs, qui en juin 2014 comptabilisent :
 - Compteur 1 : 27 903 patients ou résidents dépistés à risque d'escarre
 - Compteur 2 : 24 911 n'ont pas constitué d'escarre
 - Compteur 3 : 1 435 ont constitué une escarre de stade 1
 - Compteur 4 : 953 ont constitué une escarre d'un stade supérieur à 1
- Réalisation de la totalité du projet par 128 structures qui ont reçu un certificat valorisant 230 équipes.
- Un soutien méthodologique et un accompagnement par l'ARS sur les 9 mois du projet (de septembre 2013 à juin 2014) par :
 - Des outils d'évaluation, de gestion de projet et de communication
 - L'animation de réunions départementales rythmant le projet tous les deux mois, soit 40 réunions
 - La mise à jour d'une page internet ARS dédiée à la campagne

Points forts de la démarche

- Réelle transversalité inter-secteur et intra-secteur dans une logique de parcours
- Animation territoriale d'acteurs très divers, dans une pluridisciplinarité effective (infirmiers(ères), diététicien(s), aides-soignantes, médecin, ergothérapeutes, cadres ...), générant une dynamique pour la conduite du changement, entretenue par des compteurs dont un sur les escarres évitées chez des patients à risque
- Valorisation par la remise d'un certificat aux équipes engagées en fin de programme
- Participation élevée, avec satisfaction des professionnels qui trouvent du sens au programme, même s'il est chronophage.

Chantiers à venir

- Sur escarre, pérennisation de la dynamique sur la prévention :
 - organisation tous les deux ans d'une enquête régionale de prévalence du risque d'escarre et d'évaluation des pratiques (première en juin 2015)
 - appel à projet d'équipes mobiles « plaies et cicatrises », dans une logique de territoire (capitalisation mars 2016)
 - organisation d'une journée régionale annuelle
 - développer la formation des professionnels et leur communication vis-à-vis des usagers
- Capitaliser ce format de campagne sur la thématique chute, (« Pare à Chute, maîtriser le risque », en cours, février 2016-2017)

2.3 Faire de la coopération un mot d'ordre pour la qualité et l'efficacité de l'offre de santé

L'organisation d'un parcours de santé ne s'accommode pas d'une organisation cloisonnée en tuyaux d'orgue. La coopération entre professionnels de santé constituait donc une des priorités du Projet régional de santé 2013-2017, au travers notamment de la réorganisation de l'offre de soins ou de l'appui au développement de coordinations pluri-thématiques.

➔ Le développement de la coopération entre établissements de santé

Les établissements de santé doivent également faire face à des contraintes croissantes :

- la tension sur la démographie de certains métiers médicaux et paramédicaux ;
- les réglementations sur la qualité et la sécurité des soins (continuité des soins, gardes et astreintes) ;
- le coût croissant des équipements médicaux et des plateaux techniques ;
- l'ajustement et la mise en cohérence des investissements sur un territoire ;
- la situation financière et la mise en œuvre des règles relatives à la sincérité des comptes des établissements publics de santé ;
- les seuils d'activités réglementaires, notamment en cancérologie, qui seront relevés (ce principe sera étendu à d'autres champs d'activité, chirurgie, imagerie, biologie).

Dans ce contexte, afin de privilégier la cohérence plutôt que la concurrence entre établissements, l'Agence s'est engagée à mettre en œuvre dans le cadre du PRS 2013-2017 des organisations territoriales fondées sur des parcours gradués (partant des soins de proximité), gradation où chaque niveau permet d'apporter une réponse appropriée aux besoins en termes de qualité et de sécurité, d'accessibilité géographique, temporelle et financière, et prenant en compte les enjeux démographiques des professionnels de santé.

Ainsi, l'Agence s'est attachée à suivre quatre objectifs principaux dans ses projets de recomposition – restructuration de l'offre de soins :

- assurer sur le territoire la fluidité des prises en charge avec un objectif du patient pris en charge dans la structure la plus adaptée à son besoin ;
- assurer le fonctionnement de la gradation des soins pour la permanence des soins et organiser les relais nécessaires à sa bonne organisation (maillage territorial, transports) ;
- assurer une organisation du recours départemental ou régional de manière adaptée ;
- optimiser l'organisation de l'offre en limitant les redondances de l'offre et les mutualisations adaptées.

En Île-de-France, et notamment dans les départements ou territoires de moyenne et grande couronne, le travail sur le positionnement stratégique des établissements et leurs coopérations a pour objectif d'aboutir à un maillage territorial qui gradue l'offre de soins, en privilégiant le maintien d'offre de proximité, centrée sur les activités de diagnostic, de suivi et de traitement des maladies chroniques. Ces offres de proximité doivent être reliées à des établissements de santé, aux portefeuilles d'activités complémentaires et non plus concurrents, et qui concentrent des plateaux techniques et des soins spécialisés plus lourds.

BILAN

Synthèse transversale

L'ARS, dans sa démarche de réorganisation de l'offre de soins, a souhaité en priorité :

- favoriser les projets de coopération structurants avec un soutien à la mise en place de projets médicaux communs et des projets de plateforme publiques-privées qui permettent d'assurer la pérennité des offres, les équilibres financiers des opérateurs et la consolidation de choix d'investissement adapté et efficient ;
- appuyer les projets de coopération transversaux et sectoriels des professionnels et établissements de santé pour répondre aux évolutions territoriales, favoriser la création d'équipes médicales et les consultations avancées en complémentarité avec les structures d'exercice collectif en ville ;
- coordonner et harmoniser les stratégies des acteurs hospitaliers autour de projets médicaux communs pour répondre à ces enjeux ;
- améliorer les organisations hospitalières et médicales par des mutualisations et des redéploiements d'activités au moyen, notamment, de groupements de coopération sanitaire ;
- accompagner les acteurs d'un même territoire qui souhaitent rapprocher leurs plateaux techniques afin de rendre plus lisibles les soins qu'ils délivrent et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques.

Principales réalisations

- Création de 37 Groupement de coopération sanitaire (sur la période du PRS 1)
- Création de 2 Communautés hospitalières de territoire
- Création de 15 groupements hospitaliers de territoire
- Mise en place de 7 directions communes
- Réalisation de 3 fusions d'établissements (et 3 autres à venir au 1er janvier 2017)
- En parallèle de l'ensemble de ces coopérations juridiquement actées, l'Agence a mis en œuvre et suivi des projets de recomposition-restructuration majeurs, notamment du secteur privé

Points forts de la démarche

- Mise en place de projets médicaux communs mettant en cohérence l'offre de soins présente dans un territoire
- Graduation de l'offre permettant à chaque niveau d'apporter une réponse adaptée aux besoins en termes de qualité et sécurité des soins, d'accessibilité géographique, temporelle et financière et prenant en compte les enjeux de démographie médicale
- Fluidification du parcours patients, pris en charge dans la structure la plus adaptée
- Organisation départementale et régionale

Chantiers à venir

- Le mouvement des recompositions hospitalières va se densifier notamment avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ainsi les GHT ont pour ambition de proposer :
 - Une stratégie médicale de territoire construite par les acteurs hospitaliers pour répondre aux problématiques de démographie et d'attractivité médicales
 - Une stratégie médicale de territoire cohérente avec le PRS et garantissant une égalité d'accès

BILAN

Synthèse transversale

<p>du recours</p> <ul style="list-style-type: none">● Mise en place d'une organisation de l'offre limitant les redondances de l'offre par le biais des mutualisations	<p>dans toute la région Ile-de-France</p> <ul style="list-style-type: none">- L'amélioration de l'efficacité médico-économique des établissements de santé● Les GHT vont ainsi constituer la principale modalité de transformation de l'offre par rapprochement d'établissements dans les années à venir. Ils s'inscrivent pleinement dans la continuité des projets de coopération déjà initiés sur les territoires.
---	--

Illustration : la communauté hospitalière de territoire (CHT) parisienne pour la psychiatrie

En mars 2013, le Directeur général de l'ARS Île-de-France a approuvé la communauté hospitalière de territoire (CHT) parisienne pour la psychiatrie.

Première CHT de l'Île-de-France, la CHT parisienne pour la psychiatrie comprend trois établissements membres - le centre hospitalier Sainte-Anne, l'établissement public de santé (EPS) de Maison Blanche et le groupe public de santé (GPS) Perray-Vaucluse- et deux établissements associés - les Hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne) et l'Association de santé mentale du XIIIème arrondissement de Paris (ASM 13). A ces structures de soins sont rattachés l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale parisiens, 7 des 12 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du territoire et plusieurs services universitaires.

La création de cette communauté est le fruit d'une initiative des établissements et avait pour vocation de conforter l'offre de proximité pour les patients parisiens, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.

Ainsi cette coopération a permis de favoriser la coordination des acteurs de santé sur des infra-territoires de 200.000 à 300.000 habitants et de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en assurant notamment des missions spécifiques destinées à tous les Franciliens, et développer l'enseignement et la recherche en psychiatrie et santé mentale.

La CHT a permis une mise en cohérence de stratégies hospitalières, au sein d'un territoire clairement identifié et faciliter la coopération avec les autres intervenants sanitaires (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, praticiens libéraux, structures associatives) mais aussi avec le secteur médico-social et social. Elle s'est concrètement traduite par un projet médical de santé mentale pour le territoire parisien, une recomposition de l'offre avec une nouvelle répartition des responsabilités de secteur et une nouvelle étape pour le rapprochement des lieux de soins. Elle a également conduit à une mutualisation étendue des fonctions support par l'action de la direction commune.

Ce projet, lancé début 2011, a abouti après deux ans de procédure. Les 3 établissements parties sont liés, depuis 2014, par une convention de direction commune et depuis le 1^{er} juillet 2016, le groupement hospitalier de territoire s'est naturellement substitué à la communauté hospitalière de territoire. Il s'agit d'une nouvelle étape dans l'intégration du projet médical partagé du territoire parisien, notamment le lien avec l'AP-HP.

BILAN

Synthèse transversale

➔ Développer les coordinations pluri-thématiques, notamment les réseaux territoriaux, et assurer une couverture territoriale

Conformément au guide méthodologique élaboré par la DGOS paru en octobre 2012 à l'attention des ARS et intitulé : « *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* », la restructuration des réseaux a été menée dans le cadre du PRS1 afin de répondre aux objectifs suivants :

- renforcer la politique de regroupement pluri thématique afin d'améliorer la visibilité des réseaux vis-à-vis des acteurs du premier recours ;
- améliorer la lisibilité et l'organisation des réseaux de santé ;
- gagner en efficacité pour une meilleure couverture territoriale ;
- repenser la coordination dans un cadre élargi.

Principales réalisations

- Harmonisation des missions et recentrage sur l'appui à la coordination des patients en situation complexe, élaboration d'un cahier des charges régional
- Harmonisation des territoires
- Regroupement des réseaux de gérontologie, cancérologie et soins palliatifs afin d'offrir un interlocuteur privilégié unique et identifiable par les professionnels
- Visibilité du dispositif sur la plate-forme d'appui aux professionnels de santé
- Regroupement des fédérations monothématiques en une seule représentation des réseaux quelle que soit leur thématique afin de faciliter les coopérations
- Elaboration d'un rapport d'activité informatisé pour améliorer les évaluations
- Evaluation des réseaux de santé ayant mené à l'arrêt de financement de cinq réseaux
- Améliorer la visibilité des centres ressources et élargir leurs expertises pour mieux répondre aux attentes des professionnels et des patients : création d'un pôle handicap neurologique qui regroupe les coordinations sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, parkinson, etc. avec création d'une coordination autour des traumatisés crâniens
- Restructuration du réseau régional de cancérologie en cours pour apporter un meilleur suivi de la prise en charge en cancérologie
- Maîtrise de l'enveloppe budgétaire

Points forts de la démarche

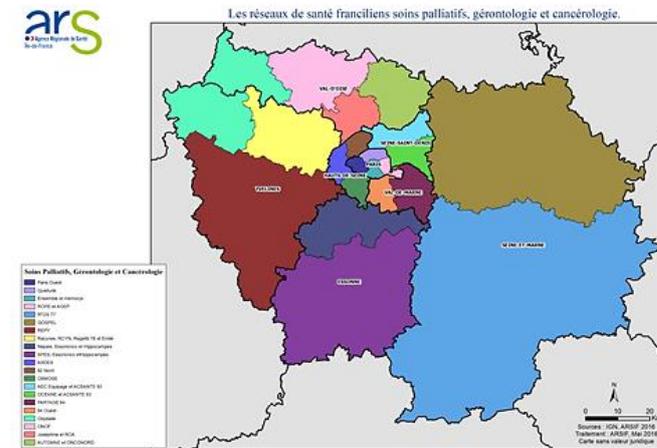
- Politique menée clairement définie et communiquée
- Adhésion des professionnels

Chantiers à venir

- Finir la restructuration dans l'Est du Val d'Oise et le Nord Yvelines en 2017
- Suivre la mise en place des plateformes territoriales d'appui

Illustration : le regroupement des réseaux territoriaux

En 2012, la région était riche en réseaux de santé, soit territoriaux, soit régionaux. Mais ils n'avaient pas tous progressé de la même manière, créant ainsi une grande hétérogénéité dans les services rendus comme dans la couverture territoriale. En effet, la couverture était imparfaite : parfois lacunaire, parfois manquant de clarté, plusieurs acteurs pouvant intervenir sur un même territoire ce qui entraînait un manque d'une part, de clarté pour les professionnels et un manque de coopération inter-réseaux sur un même territoire. La fusion des réseaux de gériatrie, oncologie et soins palliatifs a ainsi mené à une nouvelle définition des territoires autour de 500 000 habitants, en tenant compte autant que possible de l'implantation des CLIC (*centre local d'information et de coordination gériatrique*), des MAIA et maintenant des groupements hospitaliers de territoire pour penser un redécoupage des territoires cohérents pour l'ensemble des acteurs de la coordination. Une carte cible a ainsi pu être élaborée :



Les regroupements de réseaux territoriaux se sont également étendus aux centres ressources régionaux. Ainsi, le nombre de réseaux est passé de 103 en 2012, à 80 en 2015 et devrait se situer entre 60 et 70 en 2017.

2.4 Garantir l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des alertes

En matière de veille et de sécurité sanitaire, l'ARS d'Île-de-France s'est attachée dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017 à structurer le dispositif régional de veille sanitaire et à développer une culture du signalement du risque chez les professionnels, les usagers et les citoyens. Elle s'est aussi engagée dans des actions d'amélioration de la qualité de l'eau, et a mis en œuvre une politique régionale du médicament et des produits de santé.

➔ Le renforcement et la coordination des acteurs et dispositifs de la veille sanitaire

La Veille Sanitaire est l'ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel pouvant présenter un risque pour la santé afin de mettre en place des actions précoces et adaptées.

En Île-de-France, la densité de population, le nombre de déplacements journaliers et les échanges internationaux rendent la région particulièrement vulnérable au développement de phénomènes infectieux qu'il s'agisse de germes courants ou de germes inhabituels pour la région voire émergents. En matière environnementale l'activité industrielle passée et présente peut être source d'exposition des populations.

Les inégalités sociales de santé accroissent certains risques à fort gradient social dans le domaine infectieux ou lié aux conditions de vie (intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme, etc.). En matière de risque iatrogène et nosocomial, la forte activité de soins sur la Région Île-de-France entraîne de facto une augmentation des situations rencontrées.

La structuration d'un dispositif régional capable de détecter précocement les alertes de santé publique et de prévoir des modalités de réponse revêt donc un caractère indispensable.

Principales réalisations

- **Mise en place d'un point focal régional**

Avec la création des Agences Régionales de Santé, le dispositif de Veille Sanitaire s'est structuré à l'échelon régional avec la mise en place d'un point focal régional, tout en maintenant un maillage territorial indispensable à l'animation des partenaires.

La structuration d'une plate-forme de veille et de sécurité Sanitaire assurant, en un point focal unique, la réception de l'ensemble des signalements émis par les professionnels de santé et les institutions partenaires a contribué à favoriser le recueil de ces situations. Ce point focal est aujourd'hui bien identifié par les professionnels de santé et reçoit pratiquement la totalité des signalements faits à l'ARS.

- **Structuration de la capacité régionale d'expertise et de réponse aux alertes**

Le lien fonctionnel mis en place au sein de cette plate-forme entre l'expertise de l'Institut de veille sanitaire, représenté par la CIRE (Cellules interrégionales d'épidémiologie), et l'ARS a permis de faciliter l'apport de l'expertise épidémiologique lorsque celle-ci était nécessaire à l'analyse d'une situation.

BILAN

Synthèse transversale

Au-delà de l'expertise de l'Institut de veille sanitaire, la construction du dispositif de veille et sécurité sanitaire a également nécessité de formaliser les modalités de recours à des expertises utiles pour caractériser des risques ou définir les mesures à mettre en œuvre. Ainsi des partenariats ont été construits avec l'ARLIN (Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales), le CAP-TV (Centres antipoison et de toxicovigilance), des réseaux d'infectiologie, de consultations spécialisées (environnementales, de parasitologie etc.). Pour ce faire l'ARS a pu s'appuyer sur le réseau d'offre de soins particulièrement développé en Ile de France.

Le maintien d'équipes de veille sanitaire dans les territoires a contribué au développement d'un dispositif bien articulé avec les institutions territoriales (protection maternelle et infantile, services de l'Etat et collectivités territoriales...) et facilite le développement d'actions spécifiques dans les territoires à forts risques ou enjeux.

- **Utilisation des données recueillies pour analyser les risques :** au-delà du traitement des signalements, la capacité d'expertise interne a également été développée avec la création d'un Centre d'Analyse des Risques (CAR). Intégré à la plateforme, le CAR mène des analyses de risque, coordonne et anime un dispositif de concertation interne à l'ARS de préparation et d'aide à la décision (plus particulièrement pour ce qui a trait aux événements indésirables graves et aux événements associés aux soins), réalise et diffuse des analyses et cartographies des risques.

Points forts de la démarche

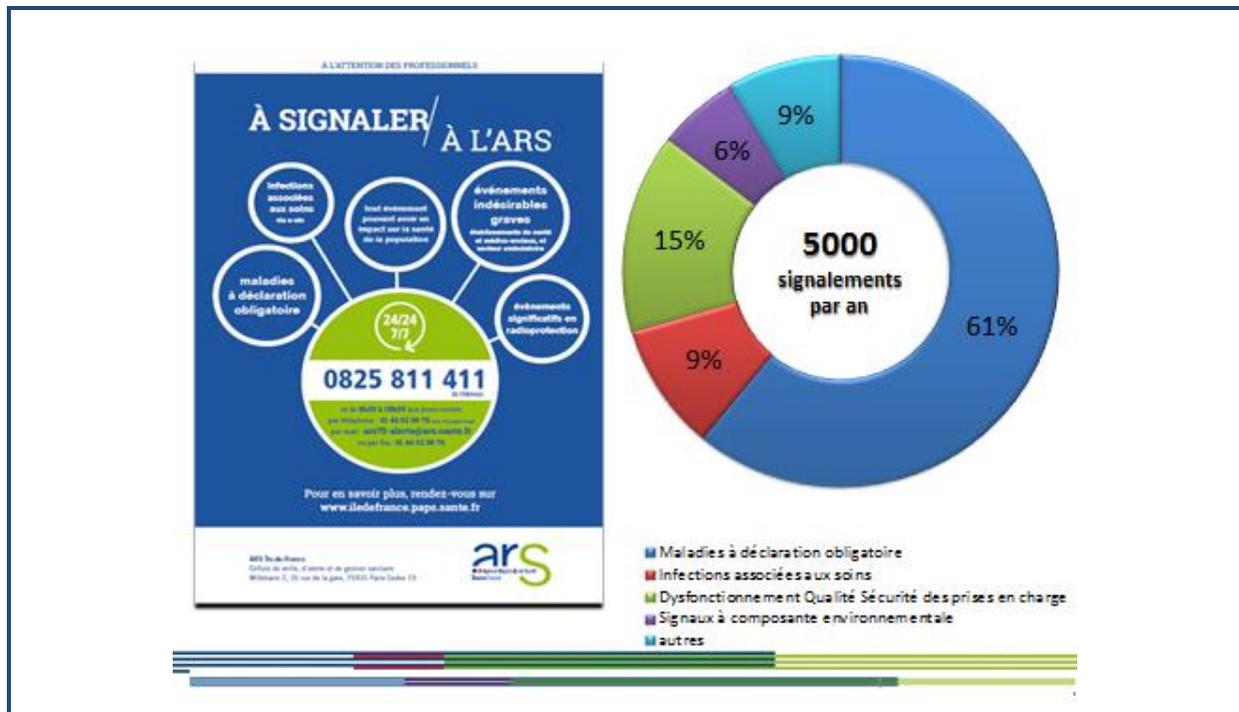
- Régionalisation du dispositif de réception des signalements et alertes
- Territorialisation de la réponse de l'ARS facilitant le lien avec les partenaires (pour la surveillance comme pour la gestion des alertes)
- Capacités de prise en charge et d'expertise importante permettant d'adapter la réponse sanitaire

Chantiers à venir

- Faire évoluer les capacités régionales pour prendre en charge de nouveaux risques (arboviroses, BHRé...)
- Adapter les dispositifs existants pour améliorer le niveau de protection (exposition au plomb...)
- Décliner au niveau régional la réforme des vigilances et structurer le Réseau Régional de Sécurité Sanitaire. Ces évolutions réglementaires vont permettre de mieux formaliser les partenariats et l'animation du réseau qui sont déjà bien engagés en Ile de France

BILAN

Synthèse transversale



➔ Le développement de la culture du signalement et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens

L'ARS est positionnée en tant qu'acteur institutionnel reconnu en matière de préparation à la gestion des crises et de gestion de crises et situations sanitaires exceptionnelles. Elle a fédéré les acteurs de la gestion de crise (autorités sanitaires et acteurs) autour d'une culture de crise commune co-construite et partagée.

Principales réalisations

- La construction du dispositif de réponse aux crises sanitaires a reposé sur une triple approche avec :
 - La prise en compte des problématiques sanitaires et médicosociales dans le dispositif ORSEC de gestion de crise préfectorale et l'élaboration des volets santé des plans ORSEC, notamment :
 - ORSEC DGSNV/NOVI en 2010 ;
 - ORSEC NRBC en 2012 ;
 - ORSEC mise à l'abri des populations en 2012.
 - L'élaboration du dispositif de planification sanitaire :
 - Gestion d'une inondation depuis 2010 ;
 - Plan canicule, annuel depuis 2010 ;
 - Plan NRBC 2012 ;
 - Plan iode 2012 ;
 - Plan pandémie 2013 ;
 - Plan vaccination 2015 ;
 - Refonte des plans blancs élargis 2014.

BILAN

Synthèse transversale

- La construction des procédures de gestion de crise la formation et l'entraînement.
- L'ARS participé à la sensibilisation et à la formation de professionnels ou des futurs professionnels de santé (dans le cadre de la capacité de médecine de catastrophe, ou en participant à la formation des réservistes de l'EPRUS et celles des cadres de santé organisée par l'EHESP)
- L'ARS a contribué au renforcement de la structuration du dispositif des CESU en lien avec l'ESR et les SAMU, et a mis en place une équipe mobile de formation des personnels hospitaliers aux problématiques NRBC et SSE.
- L'Agence a également joué un rôle moteur dans la participation des équipes hospitalières aux entraînements zonaux civilo-militaires (CZCME).

Points forts de la démarche

- Les actions entreprises ont facilité le positionnement institutionnel de l'ARS et la remobilisation des acteurs de santé en matière de gestion des SSE
- Elles ont permis la rénovation du dispositif de préparation à la gestion de crise (planification de défense et sécurité) en ancrant les stratégies de prise en charge des victimes et de continuité de l'organisation sanitaire en SSE dans une dimension régionale

Chantiers à venir

- Finaliser le schéma ORSAN
- Assurer l'animation du dispositif ORSAN, que constituent le schéma éponyme, les plans zonaux et départementaux de mobilisation et les plans acteurs (plans blancs des établissements de santé et plans bleus médico-sociaux)
- Développer et moderniser les outils nécessaires à la gestion des SSE

Illustration

- **Quelques chiffres**
 - Gestion de 85 situations sanitaires exceptionnelles depuis la création de l'ARS
 - Mise en place de 8 dispositifs de couverture sanitaire prudentielle (ex anniversaire du débarquement en Normandie, JO de Londres, COP 21, Euro 2016)
 - Participation à 55 exercices de défense
- **Des situations marquantes**
 - La rupture d'alimentation électrique du CH intercommunal de Créteil en mars 2013
 - L'accident de train en gare de de Brétigny en juillet 2013
 - La gestion des attentats de janvier 2015
 - La gestion des attentats du 13 novembre 2015
 - La mise en place d'un dispositif de couverture sanitaire pour la COP 21 en décembre 2015
 - La gestion des inondations francilienne en juin 2016
 - La mise en place d'un dispositif de couverture sanitaire pour l'Euro 2016 en juin 2016

BILAN

Synthèse transversale

→ L'amélioration de la qualité des eaux

L'amélioration de la qualité des eaux de consommation humaine distribuées en Ile-de-France s'appuie sur quatre objectifs :

1. **Améliorer la qualité de l'eau distribuée** et la rendre conforme en permanence à la réglementation d'ici 2015 dans toutes les Unités de distribution (UDI) alimentant plus de 5 000 habitants ;
2. **Poursuivre la protection des ressources en eau** utilisées pour la production d'eau de consommation humaine, en vue de protéger 100% des captages alimentant plus de 15 000 habitants d'ici 2015 ;
3. Maitriser la qualité sanitaire de l'eau distribuée en renforçant **l'autosurveillance des responsables de la production/distribution de l'eau** ;
4. **Faciliter l'accès à l'information** sur la qualité des eaux.

Principales réalisations

● Améliorer la qualité de l'eau distribuée

- Evolution de l'indicateur national CPOM des ARS sur la qualité de l'eau² en Île-de-France :

Année	2011	2012	2013	2014
Nombre d' « UDI CPOM » = réseaux de distribution d'eau ayant présenté des non-conformités aux limites de qualité pour les paramètres bactériologiques et / ou ayant présenté des non-conformités aux limites de qualité pour les paramètres physico-chimiques pendant au moins 30 jours cumulés sur l'année	9	9	7	7

- Le **nombre de captages protégés des périmètres de protections instaurés par DUP** par les services de l'ARS est passé de **425 captages protégés en 2011 à 463 en 2016, soit une augmentation de plus de 3 %**. Cette progression lente, en cours depuis plusieurs années dans l'ensemble des régions françaises, est à poursuivre dans les prochaines années.
- L'objectif du PRSE 1 était de **protéger 100% des captages alimentant plus de 15 000 habitants** d'ici 2015 : ce chiffre, qui était de 75,2 % en 2010, est passé à 83,6% en 2016 (158 captages protégés parmi l'ensemble des 189 captages alimentant plus de 15.000 habitants)

● Gestion de la sécurité sanitaire de l'eau

L'ARS sensibilise régulièrement les responsables de la production et de la distribution d'eau (PRPDE) sur la gestion préventive des risques sanitaires (notamment les petits producteurs et distributeurs) : des travaux initiaux ont été réalisés dans le département de l'Essonne par l'ARS.

● L'accès à l'information sur la qualité de l'eau

Un travail est mené chaque année par les Délégations Départementales de l'Agence afin de rappeler aux maires leurs obligations en matière d'information, via des « infofactures » et autres bilans de la qualité des eaux, qui sont joints annuellement aux factures adressées aux abonnés, permettant l'information des usagers.

² Cet indicateur national a évolué en 2016 et n'a pas été retenu par l'ARS Ile-de-France (choix de l'indicateur « habitat » pour la partie santé environnement)

BILAN

Synthèse transversale

Au cours du PRSE 2013-2017, des pages « eaux » ont été créées sur le site internet de l'ARS Île-de-France, donnant accès aux dernières données du contrôle sanitaire des eaux exercé par l'ARS (lien vers le site internet national « eaupotable@sante.gouv.fr »), aux « infofactures » et aux cartes régionales de qualité des eaux. L'ARS procède ainsi annuellement à la mise en ligne des données de qualité sur les eaux distribuées et a communiqué spécifiquement sur ce sujet, via l'organisation d'un « café-presse » (mars 2002) et la publication d'un communiqué de presse sur la qualité de l'eau du robinet distribuée dans la région (novembre 2015).

Points forts de la démarche

- Il existe en Ile-de-France un vrai et fort portage politique de l'Etat sur le sujet de la lutte contre la pollution diffuse de la ressource en eau utilisée pour la production d'eau potable.
- Des financements existent dans les politiques de l'Agence de l'Eau Seine-Normandie, des Conseil Départementaux et du Conseil Régional. L'ARS doit davantage travailler avec ces différents acteurs, en incitant et en accompagnant, afin d'améliorer les financements et d'augmenter le nombre de projets mis en œuvre au regard de la qualité de l'eau.

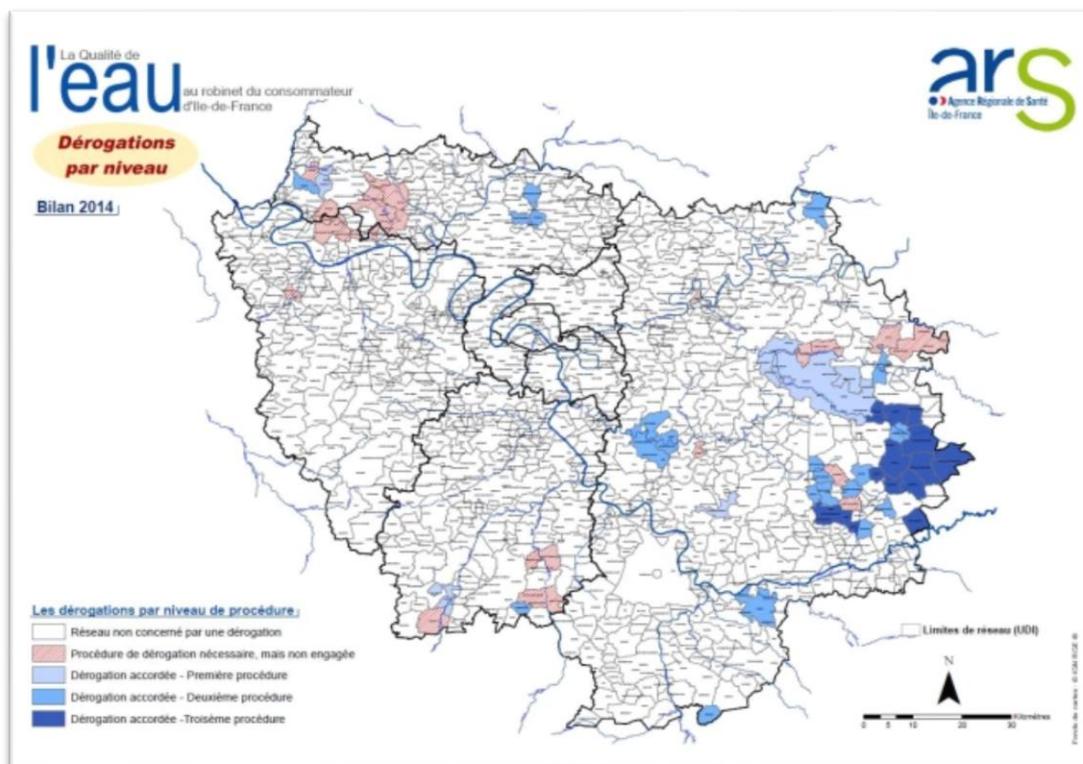
Chantiers à venir

- La sensibilisation des PRPDE figure parmi les actions prioritaires du PNSE3 (action n°55) et sera déclinée dans le PRSE3. L'ARS a organisé en mars 2016 un colloque national inter-ARS sur ce sujet afin de préparer la mise en œuvre de cette action dans les prochaines années.
- Le rapport de mission interministérielle (CGAAER, CGEDD, IGAS) de juin 2014 « *Pour une meilleure efficacité et une simplification des dispositions relatives à la protection des captages d'eau potable* », recommande l'unification des deux procédures actuelles de protection des captages (code de la santé publique et code de l'environnement) en une seule, au sein du code de la santé publique, et de mieux définir l'objet des périmètres de protection et les outils juridiques qui s'y rattachent. Les activités des ARS sur ce sujet pourront impactées en fonction des éventuelles suites réglementaires données.
- La démarche de gestion préventive de la sécurité sanitaire de l'eau (dont le cadre a été fixé par l'OMS et qui va être progressivement appliqué par la réglementation européenne, complétera le contrôle *a posteriori* de la qualité d'eau mis en œuvre par les ARS par une gestion préventive des risques. L'activité des ARS sera impactée par cette évolution réglementaire.

BILAN

Synthèse transversale

Illustration : le plan d'action Eau



L'ARS IdF a mis en place en 2015 un Plan d'Actions Eau, qui s'est articulé en plusieurs fiches actions, synthétisées en deux volets majeurs :

- Un volet d'actions menées auprès de certaines collectivités identifiées comme problématiques en termes de qualité d'eau distribuée, qui a porté sur les inspections d'ouvrages et sur les dérogations accordées à la qualité de l'eau distribuée et qui fait l'objet d'une synthèse régionale hebdomadaire.
- Un volet de communication, comportant notamment un communiqué de presse et des cartes régionale de qualité, réalisés fin 2015. Cette communication avait pour objectif de donner davantage de visibilité et d'impact auprès des usagers à l'action de l'ARS dans le domaine du contrôle de la qualité de l'eau du robinet.

Ce plan d'actions, mis en œuvre de manière énergique sur une durée réduite de quatre mois, a permis de mobiliser l'ensemble des collectivités concernées, voire d'enclencher d'autres leviers à plus long terme.

BILAN

Synthèse transversale

➔ La mise en œuvre d'une politique régionale du médicament et des produits de santé

Le médicament occupe la première place des stratégies thérapeutiques. Avec les dispositifs médicaux, ils représentent une part importante des dépenses en santé, supérieure à 6 milliards d'euros pour la région Île-de-France. Aussi, le bon usage et la réduction de l'iatrogénie associée aux produits de santé représentent des enjeux majeurs pour la santé publique, et leur efficacité, un fort enjeu économique.

Principales réalisations

- **Mise en place d'une organisation et d'une gouvernance pour la mise en œuvre d'une politique régionale du médicament et des produits de santé**
- **Elaboration d'un programme d'actions qui répond aux 3 objectifs opérationnels de la politique régionale du médicament :**
 - Améliorer l'efficacité et le bon usage des produits de santé ;
 - Améliorer le parcours de soins des franciliens ;
 - Réorganiser l'offre de soins ;
- **Coordination et pilotage du programme régional d'actions portant sur :**
 - La maîtrise des dépenses des produits de santé dans le cadre du plan triennal ONDAM ;
 - L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD ;
 - La lutte contre l'antibiorésistance ;
 - L'évaluation de l'observance dans le diabète de type II ;
 - L'optimisation du parcours de soins hépatite C ;
 - La lutte contre l'iatrogénie aux anti vitamines K ;
 - L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ;
 - La rationalisation de la préparation des médicaments anticancéreux stériles en établissement de santé ;
 - La sécurisation des activités de préparation de la nutrition parentérale au sein des établissements de santé.

Points forts de la démarche

- Réalisation de partenariats dynamiques en interne et avec les partenaires extérieurs, les professionnels de santé et les usagers
- Réalisation d'actions coordonnées avec l'appui des structures de vigilances et d'appui
- Démarches d'accompagnement impliquant les professionnels de santé et les usagers pour leur élaboration

Chantiers à venir

- Déployer la conciliation médicamenteuse et travailler selon une logique de parcours non uniquement centrée sur l'hôpital
- Développer les innovations et la recherche notamment sur le domaine de la santé numérique
- Promouvoir des actions permettant le maintien de l'autonomie.

BILAN

Synthèse transversale

Illustrations

● L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

En 2014, l'ARS a lancé un plan d'actions pour l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse au sein des EHPAD d'Île-de-France, porté par la Direction de la Santé publique et la Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale (Pôle médico-social). L'objectif de ce plan d'actions est de diminuer l'iatrogénie médicamenteuse dans les EHPAD d'Île-de-France.

Dans un premier temps, un état des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge médicamenteuse été réalisé sur l'ensemble des EHPAD franciliens.

Les résultats de cet état des lieux ont permis de définir trois axes d'amélioration prioritaires :

- mettre en place une politique de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse ;
- améliorer l'efficacité de la prescription ;
- sécuriser et aider à l'administration.

Chaque axe d'amélioration est décliné en plusieurs actions. Une fois expérimentées dans 15 EHPAD franciliens volontaires, les actions ayant porté satisfaction seront proposées pour un déploiement progressif à l'échelle de la région à partir de mars 2017.

● L'optimisation du parcours de soins Hépatite C

L'ARS Île-de-France et l'AP-HP expérimentent un parcours adapté à ces populations dites «difficiles à atteindre», pour leur permettre d'accéder à une meilleure prise en charge ainsi que pour limiter les infections.

Ce parcours repose sur le travail en réseau d'acteurs existants du dépistage (CSAPA, CAARUD, consultations spécialisées, PASS, centres de santé, associations de patients, médecins généralistes...) et de la prise en charge (14 centres de prise en charge diagnostique et thérapeutique dont 12 hospitaliers). Au total, **plus de 50 partenaires renforceront leur coordination et l'accompagnement médico-social des patients**, grâce à l'intervention de médiateurs, recrutés spécifiquement dans cette optique.

Ce dispositif est **expérimenté pendant une durée de 3 ans** dans les départements de Paris, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne, avec un objectif d'inclusion de 1000 patients.

De nombreuses données en vie réelle seront collectées permettant une analyse des parcours en fonction des vulnérabilités des patients et une évaluation médico-économique du parcours de soins et des traitements. **De premiers résultats sont attendus pour fin 2017.**

Ce projet est mis en œuvre par le Dr Stéphanie Dominguez du service d'immunologie clinique et maladies infectieuses, coordonné et évalué par l'unité de recherche clinique de l'hôpital Henri Mondor, AP-HP, avec le pilotage et l'appui technique et financier de l'ARS.

● La lutte contre l'antibiorésistance

L'instruction du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance a reprecisé le rôle de pilotage de l'ARS. Ainsi, en 2015, le directeur général de l'ARS a identifié deux chargés de mission ARS sur l'antibiorésistance : le chargé de mission infections associées aux soins et le responsable de la cellule politique du médicament.

BILAN

Synthèse transversale

Dans le cadre du plan triennal ONDAM, un « comité de pilotage spécifique ARS-Assurance maladie pour la politique régionale de lutte contre l'antibiorésistance » a été constitué. L'ARS s'appuie également sur l'expertise du « conseil scientifique antibiotiques » créé fin 2014 et présidé par le Pr. Molina, Président de la collégiale des infectiologues d'Ile de France.

Pour l'année 2016, l'ARS IDF a priorisé la réalisation de trois actions dans tous les secteurs de soins :

- la mise en place du suivi des consommations et des résistances ;
- le développement du conseil en antibiothérapie ;
- la constitution des annuaires des référents en antibiotiques.

- **La rationalisation de la préparation des médicaments anticancéreux stériles en établissement de santé**

Dans un contexte favorable au développement des coopérations avec notamment le développement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), l'ARS Ile-de-France accompagne les établissements de santé ayant un faible volume de production et/ou ayant des infrastructures et pratiques non conformes aux bonnes pratiques de préparation dans une démarche de mutualisation de leur production de médicaments anticancéreux stériles.

Les actions de l'ARS ont abouti en septembre 2015 à la rédaction d'un guide pour la mise en place d'une sous-traitance de la préparation des médicaments anticancéreux stériles.

Depuis janvier 2016, un cabinet de conseil accompagne trois partenariats d'établissements de santé, retenus via un appel à candidature, pour la mise en place de la sous-traitance de l'activité de préparation de médicaments anticancéreux.

2.5 Développer la recherche et l'innovation en santé

Pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé francilien, l'ARS doit miser sur les atouts de la région en matière de recherche et d'innovation en santé. Cet objectif s'est notamment traduit dans le Projet régional de santé 2013-2017 par un soutien à l'animation de la recherche clinique francilienne, l'appui à l'émergence de solutions innovantes en santé ou le développement de solutions numériques favorisant l'échange et le partage d'informations entre les professionnels de santé.

➔ La participation à l'animation de la recherche clinique francilienne

Le développement de l'activité de recherche clinique est essentiel pour la qualité et le progrès médical et donc pour la performance du système de santé. Il est aussi un facteur d'attractivité pour les industries de santé très implantées en Ile de France.

Dans ce cadre, l'ARS Île-de-France et le Groupement Inter-Régional à la Recherche Clinique et à l'Innovation Ile-de-France (GIRCI-IdF) ont souhaité engager une collaboration afin de promouvoir le développement de la recherche clinique et des innovations en santé au sein de la région francilienne.

Principales réalisations

- Signature d'un partenariat cadre entre le GIRCI-IdF et l'ARS Ile-de-France en vue de contribuer à la définition de thématiques de recherche, de soutenir les stratégies de coopération ou encore de faciliter le développement des innovations
- Mise en place de l'Observatoire Régional de la Recherche Clinique et de l'Innovation (ORRCI) d'Île-de-France

Points forts de la démarche

- Renforcement des relations avec le GIRCI
- Soutien à la participation des établissements non universitaires aux activités de recherche clinique
- Amélioration de la connaissance relative à l'activité et à l'organisation de la recherche clinique francilienne

Chantiers à venir

- Réalisation de cartographies thématiques et dynamiques de l'activité et de l'organisation de la recherche clinique en Ile-de-France
- Articulation avec les autres dispositifs mis en place tels que le Lab Santé Île-de-France

➔ Le soutien à la politique régionale d'innovation

La région Île-de-France dispose d'atouts scientifiques, industriels et médicaux qui lui permettent de constituer un des premiers pôles mondiaux d'innovation en santé.

A ce titre, soucieuse de faciliter, stimuler et soutenir l'émergence de solutions innovantes en santé, l'ARS Île-de-France a souhaité engager une démarche globale de soutien aux acteurs de santé, avec ses partenaires régionaux que sont les pôles de compétitivité implantés dans la région et la Chambre de Commerce et d'Industrie Paris-Île-de-France.

BILAN

Synthèse transversale

Principale réalisation

- Création du Lab Santé Île-de-France dont la mission est de réunir les acteurs de l'offre et de la demande de services innovants en santé (chercheurs, industriels, laboratoires, institutionnels, établissements et professionnels de santé...) au sein d'une plateforme collaborative à l'échelle de la région.

Points forts de la démarche

- Partenariats avec des acteurs reconnus de l'innovation en santé et du développement économique
- Matérialisation des engagements pris par l'ARS Ile-de-France pour accompagner le développement et la diffusion des innovations en santé sur l'ensemble de son territoire

Chantiers à venir

- Stabilisation d'une gouvernance régionale portant sur l'innovation en santé
- Elaboration d'un schéma stratégique puis d'un schéma directeur des systèmes d'information et de l'innovation en santé dans la région

➔ L'amélioration de la performance du système de santé grâce aux outils numériques

Le développement de l'échange et du partage d'informations entre les professionnels de santé conditionne l'amélioration de la coordination des parcours de santé. Il s'appuie dorénavant sur le déploiement massif de solutions numériques qui facilitent en même temps le travail des professionnels et l'accès aux soins des patients.

Dans ce cadre, l'ARS Île-de-France a engagé de nombreuses démarches visant à soutenir le développement et la diffusion de telles solutions.

Principale réalisation

- **Projet Terr-eSante** : plateforme numérique de services et d'échanges d'informations entre professionnels de santé permettant d'améliorer la coordination des intervenants autour du patient et d'impliquer ce dernier dans sa prise en charge.

Points forts de la démarche

- Grande implication des acteurs de terrain issus de tous les secteurs (du sanitaire au médico-social et de l'hospitalier au libéral)
- Articulation forte avec la plateforme territoriale d'appui (PTA)

Chantiers à venir

- Poursuite des travaux d'interopérabilité de la plateforme avec les systèmes d'information de l'écosystème francilien
- Déploiement de la solution numérique

OBJECTIF N°3 : CONSTRUIRE UNE POLITIQUE DE SANTÉ PARTAGÉE AVEC TOUS LES ACTEURS AU PLUS PRÈS DE LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES

3.1 Rénover l'approche territoriale de la santé

La rénovation de l'approche territoriale de la santé, autour notamment de l'engagement des 8 délégations territoriales (aujourd'hui, délégations départementales) constituait un axe stratégique majeur du Projet régional de santé 2013-2017 pour l'ARS Île-de-France. La territorialisation de l'action de l'ARS est en effet un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence.

La disparité des territoires en Île-de-France a largement influencé l'action de l'Agence et des délégations départementales dans l'ensemble de leurs champs d'intervention et dans leurs relations avec les partenaires. L'enjeu majeur était de parvenir à une réduction des inégalités de santé, en adoptant une organisation particulière et en accentuant les moyens et les interventions dans les territoires les moins favorisés.

3.1.1 Les collectivités territoriales, principales partenaires de l'action locale en santé

Les compétences « partagées » en matière de santé avec les collectivités territoriales justifient un travail d'articulation et d'élaboration en commun sur différents projets tant sur le plan de la santé environnementale, que sur celui de l'offre de soins, hospitaliers de soins premier recours et offre médico-sociale ainsi que l'offre en prévention et promotion de la santé.

➔ Un dialogue constant avec les communes et les structures intercommunales sur les actions de santé

- **Les contrats locaux de santé – Exemple de la Seine-Saint-Denis**

Les Contrats locaux de santé (CLS) associent sur le territoire d'une ou plusieurs communes, l'Agence, les municipalités, le Préfet, et plus récemment les Conseils départementaux et les CPAM. Ils bénéficient à des territoires où les besoins de santé sont plus importants qu'ailleurs en raison, notamment, de conditions de vie plus difficile des habitants. Reposant sur un diagnostic partagé, les CLS sont des outils privilégiés pour favoriser la réduction des inégalités de santé. Ils ont vocation à agir non seulement sur les déterminants de santé mais aussi sur le contexte socio-économique, les conditions de vie, l'environnement social, les modes de vie et le système de soins.

Les CLS deuxième génération (CLS2) de Seine Saint Denis ont présenté la caractéristique d'être signés par cinq partenaires : le Préfet, l'ARS, le Maire ou le président de l'intercommunalité, l'hôpital d'implantation et le Conseil départemental.

Les CLS en Seine Saint Denis en 2016 :

- 20 CLS1 signés en 2011 et 2012
- 17 CLS2 signés entre 2014 et 2016 (Bobigny, Bondy, Montreuil, Sevrans, Stains) et 2015 (Aubervilliers, la Courneuve, Pantin, Saint-Denis, Saint-Ouen Clichy-sous-Bois, Dugny, Epinay-sur-Seine, Montfermeil, Pierrefitte-sur-Seine, Tremblay-en-France)
- 1 CLS2 en cours de finalisation (Drancy)
- 2 CLS pluriannuels en cours de préparation (Rosny-sous-Bois et Romainville)

BILAN

Synthèse transversale

Deux démarches d'évaluation ont été lancées : une évaluation d'impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé, en partenariat avec l'Université Paris XIII en 2014- 2015 ; une évaluation des CLS en 2016 et 2017, à travers le lancement d'un questionnaire ciblé auprès des coordonnateurs CLS du département. L'enjeu pour cette dernière évaluation est de démontrer en quoi les CLS, sur la période du PRS ont pu être déterminant de la réduction des inégalités de santé.

- **Une stratégie concertée face à la baisse de la démographie médicale dans les zones fragiles et déficitaires - Exemple de la Seine et Marne**

En Seine-et-Marne, on enregistre une diminution des effectifs médicaux toutes spécialités confondues entre 2010 et 2015. Cette diminution s'accroît chaque année au regard de la pyramide des âges des médecins dans le département. Le flux entrant des nouveaux médecins toutes spécialités confondues est de 12,1% alors que le flux sortant est de 28,4%.

Le nombre de médecins généralistes a diminué de 10% en 10 ans. 7 zones déficitaires et 15 zones fragiles sont reconnues dans le département de Seine-et-Marne, par ailleurs entourée par des zones fragiles et déficitaires des départements limitrophes.

Le PRS a permis de partager avec les partenaires (ARS, CD, CPAM, Universités, Professionnels de santé - libéraux-hospitaliers -, collectivités, élus, associations...), un diagnostic territorial concernant la démographie médicale. Il a surtout permis d'engager une réflexion commune pour développer des réseaux sur des territoires géographiques spécifiques du 77 afin de promouvoir de nouvelles installations et de stabiliser les équipes existantes.

De manière opérationnelle, cette dynamique fortement soutenue par le Conseil départemental a permis la création de 5 Maisons de santé pluridisciplinaires universitaires (MSPU) à Coulommiers, Fontainebleau, Torcy, le Mée-sur-Seine et Provins et d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) à Crouy sur Ourcq . Elle a aussi permis l'installation de 8 jeunes médecins dans le cadre du contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG).

De même, des bâtiments ont été financés par l'Etat et les collectivités locales, pour des structures collectives de santé pluri professionnelles (à Oissery, Nemours, Cesson, Egreville, Faremoutiers, Chevry-Cossigny, Montigny-Lencoup et Saint Souplets)

➔ **Interventions conjointes, partenariats, coordination : l'éventail des actions concertées avec le Conseil départemental**

- **En matière de santé publique – Exemple de l'Essonne**

Dans le département de l'Essonne, le partenariat entre la délégation départementale de l'ARS et le Conseil départemental est riche et diversifié. Les deux institutions ont contribué à la mise en œuvre d'un comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et à la sexualité (CDCESS). Ce dispositif est désormais reconnu par les acteurs de santé du département dans le cadre des objectifs « santé des jeunes ». La délégation participe de manière active à cette structure portée par le conseil départemental, aux côtés des services déconcentrés de l'Education Nationale.

BILAN

Synthèse transversale

En outre, des Assises de la santé ont été organisées conjointement en 2014 et sont désormais pilotées par la délégation en coordination avec les instances de démocratie sanitaire que sont la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et la conférence de territoire de l'Essonne. Cet évènement réunit tous les 2 ans plus de 500 acteurs de la santé ; il est désormais reconnu comme un temps fort dédié aux politiques publiques de santé.

Enfin, la délégation et le Conseil départemental ont mis en place de manière coordonnée la déclinaison territoriale de l'expérimentation du CNBD (comité national de la bientraitance et des droits). De nouvelles instances essonniennes ont vu le jour : CRIPPAH (cellule de recueil des informations préoccupantes des personnes âgées et handicapées) et CoDIP (espace de concertation départementale des informations préoccupantes). Un guide pratique à destination des professionnels a également été élaboré.

- **Sur l'offre médico-sociale - Exemple des Hauts-de-Seine**

Dans le département des Hauts-de-Seine, un nouveau Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale - le GCSMS « PASAPAH » (public alto-séquanais pour l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap) - a vu le jour en 2016 dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint et de recomposition de l'offre médico-sociale.

Ce GCSMS réunit les établissements publics autonomes médico-sociaux, à savoir l'Institut Départemental Gustave BAGUER (accueil d'enfants sourds) et l'ensemble des EHPAD publics autonomes du département, soit au total 12 structures représentant plus de 1 800 places. Ce GCSMS a pour objectifs de s'inscrire pleinement dans les objectifs des politiques publiques portées dans les schémas régional et départemental, de mutualiser les coûts, les expériences et les compétences et de favoriser une stratégie de groupe public départemental. Concrètement, l'action de ce GCSMS s'articulera autour de plusieurs axes de travail, la mutualisation de postes dans les recrutements, le développement de la politique de qualité partagée et la formalisation de procédures et outils communs (règlement intérieur, contrats de séjour, plan de formation, etc.), par l'optimisation budgétaire avec la passation en commun de marchés, mutualisation de certaines prestations, de matériel spécifique, etc.).

La constitution de ce GCSMS, soutenue par la Délégation Départementale, est la démonstration d'un secteur médico-social dynamique et innovant, avec une volonté affirmée d'améliorer la qualité de la prise en charge dans un esprit partagé de la bonne utilisation des fonds publics.

3.1.2 Le dialogue avec les opérateurs de santé, les professionnels, et les usagers

- ➔ **Un partenariat étroit avec les opérateurs de santé - Exemple de la réorganisation de l'offre hospitalière dans le Val d'Oise**

La réorganisation de la permanence des soins (PDSES) et le développement des coopérations entre établissements se sont intensifiées en 5 ans et ont permis la création de 3 groupements hospitaliers de territoire : le Nord-Ouest du Val d'Oise (NOVO), le Sud Val d'Oise-Nord Hauts de Seine, la Plaine de France.

BILAN

Synthèse transversale

La communauté hospitalière de territoire Nord-Ouest du Val d'Oise (NOVO) a été créée en janvier 2014 préfigurant ainsi le GHT mis en place en juin 2016. Celui-ci réunit les 4 établissements publics de santé de l'ouest du Val d'Oise sous l'égide d'une direction commune. Il propose ainsi une organisation graduée des soins sur un territoire de 320 000 habitants, avec notamment la constitution de pôles médicaux de territoire (postes partagés sur plusieurs sites) et un laboratoire de territoire.

Ce projet, fruit d'un travail de collaboration intense et constructive entre services de l'ARS, établissements, directions et communautés médicales, élus a permis de mettre en place une stratégie médicale commune, d'organiser la permanence des soins tout en assurant un équilibre financier durable des structures en consolidant l'offre de soins.

➔ **La contribution à l'animation des filières et à la structuration des parcours de soins**

- **Le projet territorial de santé du Mantois**

Le territoire du mantois dont les indicateurs IDH² sont particulièrement défavorables de même que la démographie médicale a été le lieu d'une expérimentation de préfiguration de la loi de modernisation de notre système de santé. Avec tous les acteurs du territoire, opérateurs, usagers, professionnels de santé, élus, administrations de l'Etat et des collectivités, l'Agence a mené une démarche concertée d'évaluation des besoins et de définition des réponses adaptées.

Le défi était d'améliorer les parcours de santé des habitants en développant l'attractivité de la médecine de ville sur le territoire, avec la création de deux maisons de santé pluridisciplinaires et d'une plateforme territoriale d'appui aux professionnels de santé.

- **Le projet Terr-esanté**

L'ARS Île-de-France pilote l'un des cinq projets sélectionnés dans le cadre du programme national Territoire de soins numérique. Le projet Terr-esanté vise à déployer massivement des services numériques sur le territoire du Nord-Ouest du Val-de-Marne à l'attention des professionnels de santé, des patients et de leurs aidants, et plus globalement de la population, afin d'améliorer l'information, la coordination des soins et plus généralement l'efficacité du système de santé du territoire. Cette démarche est conduite dans une optique de réduction des inégalités de santé et de développement de la filière industrielle du numérique en santé. Le projet Terr-esanté a pour objectif la mise en service d'une plateforme d'intégration et de services multi-usages, interopérable entre tous les systèmes d'information existants de l'hôpital aux professionnels de santé libéraux, des laboratoires aux centres d'imagerie médicale... Le déploiement initial de cette plateforme est prévu en début d'année 2017.

3.1.3 La coordination locale des politiques publiques pour agir au plus près des déterminants de santé

Les délégations départementales participent sous l'égide des Préfets à la coordination des politiques publiques, pour une action concertée sur les déterminants de santé.

➔ **Garantir la sécurité sanitaire en cas de situations exceptionnelles – exemple de l'Essonne**

La délégation départementale de l'Essonne est chargée de la coordination départementale de l'ensemble du système sanitaire en cas d'événements exceptionnels.

Le bilan en la matière dans le cadre du PRS 2013-2017 est notamment marqué par l'approbation du Plan blanc élargi (PBE) en 2015, fruit de plusieurs années de concertation et de travaux menés avec le SAMU 91 et le niveau régional. Il vise à définir une doctrine départementale de prise en charge des victimes lors de la survenue d'un événement exceptionnel. Il est amené à évoluer pour mieux se calquer au schéma relatif à l'Organisation sanitaire régionale en situation sanitaire exceptionnelle (ORSAN) actuellement en cours d'élaboration.

En outre, la mise à jour de nombreux plans préfectoraux est réalisée avec la préfecture : pandémie, épizootie, gestion des décès massifs, démarche de contrat territorial de réponses aux risques et aux menaces (COTTRIM). Le suivi de l'organisation des comprimés d'iode à la population située dans le Plan particulier d'intervention (PPI) du centre du Commissariat à l'énergie atomique de Saclay en 2016.

Enfin les gestions de crises qu'ont connues l'Essonne et l'Île-de-France ont mobilisé l'Agence au niveau régional, la délégation étant mobilisée auprès du centre opérationnel de crise local lors des attentats terroristes parisiens de janvier et novembre 2015, mais plus particulièrement lors de l'accident ferroviaire de Brétigny-sur-Orge en juillet 2013.

➔ **La lutte contre l'habitat indigne – exemple du dispositif ORCOD de Clichy**

La loi du 24 mars 2014 dit loi ALUR a introduit les opérations de requalifications des copropriétés dégradées (ORCOD). Le but est d'enrayer le processus d'indignité et de dégradation du bâti. La première ORCOD a concerné le bas Clichy (2 500 logements environ) et a désigné l'établissement public foncier d'Ile de France (EPFIF) comme pilote du projet.

La contribution de la Délégation départementale du 93 à ce dispositif a été formalisée à travers une convention de financement d'une équipe dédiée de 9 emplois temps plein pour mettre en œuvre les dispositions du Code de la santé publique sur l'habitat insalubre. L'un des enjeux parallèles pour l'ARS dans la contribution à cette opération d'envergure serait de réitérer une évaluation d'impact en santé (EIS) pour l'amélioration des conditions d'habitat pour les habitants de ces quartiers.

➔ **La coopération en matière de lutte contre les violences faites aux femmes - exemple des Hauts-de-Seine**

La coopération en matière de lutte contre les violences faites aux femmes se traduit par la signature d'un protocole départemental d'action pour le repérage, la protection et l'orientation des femmes victimes de toutes formes de violences au sein des maternités du Nord des Hauts-de-Seine, en 2015.

BILAN

Synthèse transversale

De plus, la signature d'un protocole entre le réseau Périnatalité et le 115 a facilité la prise en charge hôtelière par le Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation Urgence des femmes enceintes en demande urgente d'hébergement repérées par le réseau Périnatal 92.

→ Faire vivre la démocratie en santé - Exemple du Val d'Oise

Constituant un lieu de partenariat privilégié, la Délégation départementale s'est beaucoup investie non seulement dans le secrétariat mais aussi et surtout dans l'animation de la conférence de territoire en lien étroit avec le président. Cela lui a permis de rencontrer des partenaires nouveaux (associations d'usagers, URPS, ordres) et progressivement d'entamer une évolution de son approche des problématiques de santé. Cette instance a permis aussi aux partenaires locaux de mieux se connaître et a certainement contribué au développement du travail en réseau entre la ville et l'hôpital et aux actions partenariales décrites ci-dessus.

La Conférence de territoire du Val-d'Oise s'est réunie entre 5 à 7 fois par an depuis sa mise en place. Elle a contribué à l'enrichissement des réflexions de la déclinaison du Pacte Santé Territoire dans le Val-d'Oise ; la coordination des soins ville/hôpital ; les groupements hospitaliers de territoire et les coopérations de territoire ; les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ; la gestion des réclamations et des événements indésirables graves ; la souffrance psychiatrique des adolescents ; la santé mentale des adultes ; le plan cancer ; le parcours de santé de la personne âgée ; le virage ambulatoire.

3.1.4 L'articulation des politiques de santé avec les problématiques d'urbanisme, d'aménagement et d'environnement

→ Le Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) – exemple des Hauts de Seine

Dans le département des Hauts-de-Seine, le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) a pour vocation de mettre en synergie les différents services publics et partenaires dans la lutte contre l'habitat indigne. Dans le cadre du PRS 2013-2017, l'ARS a développé et renforcé ses partenariats avec les acteurs locaux de la lutte contre l'habitat indigne. Ainsi, un travail fructueux et pérenne est désormais engagé avec la DRIHL, l'Agence départementale d'information sur le logement (ADIL), le Procureur de la République, la Caisse d'allocations familiales et l'ensemble des communes du département. Le nombre croissant d'arrêtés d'insalubrité, d'interdictions de locaux impropres à l'habitation ou encore la lutte contre le saturnisme ou les situations de sur-occupation, améliore ainsi la santé des populations logées dans le département des Hauts-de-Seine. De nombreuses actions de formations à destination, entre autres, de travailleurs sociaux et officiers de Police judiciaire, ont été menées ces dernières années.

Points forts de la démarche : le pôle des Hauts de Seine a réuni les principaux acteurs, ARS, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement, ADIL, Caisse d'allocations familiales, Parquet. Il permet ainsi la mutualisation des compétences en matière de lutte contre l'habitat indigne. La formation et l'implication des acteurs locaux, consécutives à la mise en place de ce pôle, permettent un travail de fond sur la lutte contre l'habitat insalubre, le suivi des mesures, les mesures pénales, la communication, l'hébergement et le relogement

➔ Etude sur les niveaux sonores au sein des services de néonatalogie

Dans la continuité des études réalisées par l'ARS Limousin et l'ARS Centre, l'étude acoustique de l'ARS Île-de-France réalisée en 2016 dans les services de néonatalogie avait pour objectif majeur de quantifier l'exposition au bruit des nouveau-nés prématurés dans les services de réanimation néonatale franciliens en évaluant avant tout le bruit à l'intérieur des chambres et le bruit à l'intérieur des incubateurs en fonctionnement.

Cette étude a permis d'enrichir les données déjà disponibles dans le domaine de l'environnement sonore en milieu hospitalier et permettra, avant la fin de l'année 2016, de proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés prématurés auprès du personnel soignant. Au total, ce sont quatre des huit Délégations départementales de l'ARS Île-de-France (78, 92, 94,95) qui se sont portées volontaires pour participer à cette nouvelle étude pilotée par la DD78. Les suites à donner à cette étude devraient être inscrites dans futur Plan Régional Santé Environnement 2017-2022 (PRSE 3) de l'ARS Île-de-France.

3.2 Construire la politique régionale de santé avec l'ensemble des partenaires

L'ARS a un rôle d'animation, de coordination et de participation à l'ensemble des politiques régionales menées dans le domaine de la santé. Dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017, l'ARS s'est attachée à promouvoir la prise en compte des enjeux sanitaires dans les différentes politiques ayant un impact sur l'état de santé de la population, notamment en matière d'urbanisme et d'environnement.

➔ **Les démarches EIS et « Grand Paris » pour mieux articuler la politique de santé avec les problématiques d'urbanismes, d'aménagement et d'environnement**

La santé des Franciliens est globalement bonne, mais socialement et territorialement très inégalitaire. Ces inégalités sont d'abord dues à des déterminants sociaux et environnementaux, et à une dynamique urbaine les reflétant voire les amplifiant.

Face à ce constat, la santé urbaine est désormais un lieu de mobilisation conjointe de différents acteurs. C'est autour de cette dimension nouvelle que l'Agence a mobilisé des outils comme l'Évaluation d'Impact sur la santé (EIS) et le plaidoyer dans le cadre du Grand Paris.

La démarche en santé urbaine pour l'Agence vise ainsi à produire des outils de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé (ISS) en lien avec les dynamiques d'aménagement urbain, à partir des données récentes de la recherche.

Cette réduction des inégalités passerait notamment par :

- L'adaptation de l'offre de soins ambulatoire, médico-sociale, hospitalière, aux évolutions démographiques et urbaines programmées ;
- L'appréhension des éventuelles atteintes environnementales et leurs impacts sanitaires différentiels en fonction des populations ;
- La prise en compte de l'impact sur la santé des choix urbains et sociaux, et l'inflexion des programmes urbains dans un sens favorable à la réduction du risque de pathologies chroniques (diabète notamment, mais aussi obésité) ou amélioration de la santé mentale.

Principales réalisations

- **La mise en place d'actions d'appropriation interne de l'objet « urbanisme et santé »** a été articulée autour notamment de la définition d'une communauté de travail de 34 membres de l'ARS Île-de-France regroupant l'ensemble des Délégations départementales et la mise en œuvre d'actions de formation et de sensibilisation (Urbanisme Favorable à la Santé, EIS, Changement climatique et santé, enjeux environnementaux, etc.).
- **La mise en œuvre d'une première EIS en Île-de-France** sur les projets de transports à Plaine Commune (Seine Saint Denis), a mobilisé des acteurs franciliens de premier plan dans le domaine de l'aménagement et des transports : société du Grand Paris, SNCF, RATP, STIF, communauté d'agglomération, mais également les populations éloignées de la parole publique à travers l'organisation d'une participation citoyenne.

BILAN

Synthèse transversale

Plus de 90 recommandations ont été élaborées à destination des décideurs dont une partie a été co-construite avec les citoyens.

- **Un plan de formation EIS**, mis en place pour le compte de Santé Publique France (ex INPES), a été organisé par l'Agence et dispensé par IMPACT (Université de Liverpool). La sensibilisation d'une soixantaine d'élus, de techniciens, de futurs praticiens en provenance de l'hexagone a permis une montée en compétences conduisant à l'émergence d'une dizaine d'EIS au niveau national, entre 2014 et 2015.
- **Une mission d'appui au développement de l'EIS en Île-de-France** offrant des ateliers de sensibilisation, du plaidoyer et de l'appui méthodologique a été mise en place à destination d'acteurs franciliens œuvrant dans le champ de l'aménagement.
- **Des démarches de diagnostic et d'analyse prospective** répondant à la nécessité d'offrir une aide à la décision et un appui opérationnel (outils d'anticipation, diagnostic territorial, etc.) dans la conduite des actions de l'Agence (Délégation Départementale et Directions Métiers) pouvant être liées, ou impactées par la dynamique du Grand Paris, et plus largement par le lien entre urbanisme et santé. Avec notamment des travaux sur l'accessibilité future en transports en commun aux établissements de santé (IAU, STIF, 2014-2016).
- **Des démarches partenariales avec les grands acteurs de l'aménagement** francilien autour de la prise en compte de la santé dans leurs projets d'aménagement d'envergure. L'exemple le plus notable est la signature d'une convention avec la Société du Grand Paris (SGP) en avril 2016.

Points forts de la démarche

- La prise en compte progressive de la santé par les acteurs du Grand Paris, et des perspectives du Grand Paris par les régulateurs du système de santé ainsi que des établissements de santé;
- L'engagement, formalisé dans une convention spécifique avec le principal aménageur du Grand Paris, la SGP, autour des logiques de réduction des ISS via l'aménagement, la prise en compte des besoins de santé dans l'aménagement des quartiers de gare ;
- La production d'outils opérationnels (Atlas Santé du Grand Paris), et leur appropriation par des acteurs et aménageurs locaux ou régionaux ;
- La production de mécanismes de conviction et, par la suite, d'effets indirects et démultiplicateurs au niveau régional et national, dans le cadre de la réalisation d'une EIS sur l'EPT Plaine Commune.
- Le développement du travail intersectoriel

Chantiers à venir

- Traduire et catalyser les productions de la recherche en santé urbaine dans le cadre de l'action publique de l'ARS.
- Renforcer l'EIS appliquée aux projets d'aménagement, et développer des démarches innovantes en santé urbaine : autour de nouveaux outils d'aide à la décision notamment en amont des projets d'aménagement et dans le cadre de la planification urbaine.
- Confirmer l'engagement de l'ARS IDF avec les grands acteurs de l'aménagement francilien, autour de la conclusion prochaine d'une convention de partenariat avec l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU). Elle permettra notamment de rendre appropriable l'outil EIS auprès des acteurs du Renouvellement Urbain, et de recenser des opportunités d'implantation de structures médico-sociales dans les territoires d'intervention de l'ANRU.
- Développer, adapter et proposer des outils méthodologiques EIS simplifiés, par exemple

BILAN

Synthèse transversale

avec de nouvelles collectivités, des acteurs de l'aménagement et des agences d'Etat suite à une dissémination de la démarche EIS ;

- Le rapprochement de l'Agence avec l'ADEME Île-de-France, sous la forme d'un AMI (Appel à Manifestation d'Intérêt) commun, pour mise en synergie d'actions en direction des collectivités, afin de promouvoir un aménagement favorable à la santé.
- La démonstration de l'intérêt de la participation citoyenne dans l'élaboration des politiques de santé publique suite à l'expérience d'EIS menée à Plaine Commune.

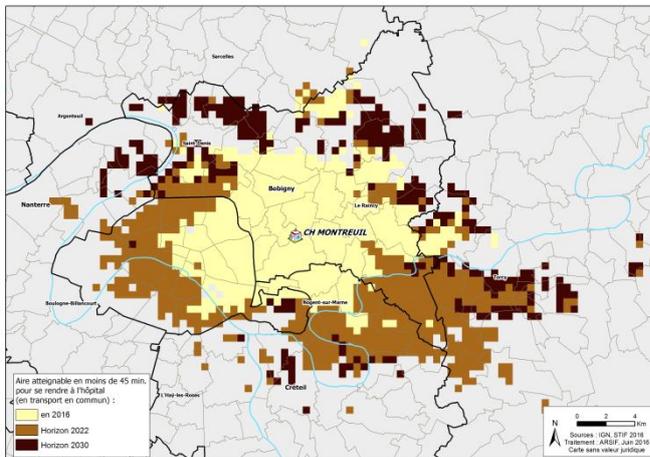
un guide « EIS rapide » pour l'aménagement à travers différents canaux, dont une plateforme web.

- Valoriser et capitaliser les expériences d'EIS dans le champ de l'aménagement en relation avec le dispositif commun organisé avec l'ADEME.

Illustration : extrait d'un livrable

« Les aires d'accessibilité en transport en commun aux établissements de santé »

L'ambition de ce travail était de mettre en perspective l'évolution de la desserte en transports en communs des établissements de santé situés à proximité directe ou impactés par la desserte en rabattement (bus) aux nouvelles gares, aux horizons 2016, 2022 et 2030.



L'exemple du CH de Montreuil, permet de qualifier l'effet notable du prolongement de la ligne 11 du métro et le renforcement des capacités d'accès des populations résidant à Villemomble, Neuilly-sur-Marne et Noisy le Grand, notamment.

BILAN

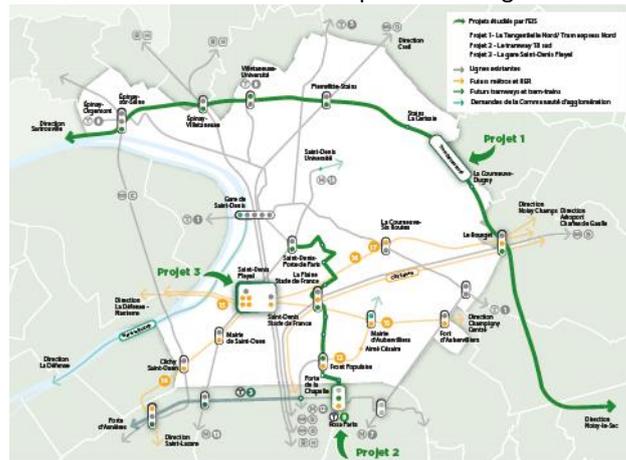
Synthèse transversale

Illustration : extrait d'un livrable

« Evaluation d'impact sur la santé des projets de transports de Plaine Commune »

Dans le cadre de l'évaluation d'impact sur la santé de Plaine Commune, trois projets de transports ont été étudiés à la loupe.

Une analyse des effets des composantes des projets sur les déterminants de la santé ont conduit à produire plus de 90 recommandations en direction des décideurs qui sont consignés dans le rapport de l'étude.



3.3 Mobiliser la région pour lutter contre les inégalités de santé

La réduction des inégalités de santé suppose une démarche adaptée à chaque territoire. Dans le cadre du Projet régional de santé 2013-2017, l'ARS a souhaité développer des leviers d'action permettant de mobiliser tous les acteurs, via les contrats locaux de santé. En outre, elle s'est engagée dans la lutte contre l'habitat indigne qui constitue l'un des déterminants les plus générateurs d'inégalités de santé.

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

L'article L.1434-10 du Code de la santé publique offre la possibilité aux ARS de conclure des contrats locaux de santé (CLS) avec notamment les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. L'ARS Île-de-France s'est engagée d'une manière volontariste dans la signature des CLS, mais surtout leur a assigné une mission de réduction des inégalités sociales de santé à l'échelle locale, par la construction de parcours de santé régional adaptés par un ciblage des territoires présentant le plus de besoins.

Principales réalisations

- **Une démarche de contractualisation axée sur les territoires prioritaires**
 - 65 CLS signés sur des territoires à IDH2 faibles et/ou comprenant des Quartiers Politiques de la Ville (QPV) : 58 avec des communes et 7 avec des intercommunalités - 142 QPV couverts
 - Soit 33% de la population francilienne (hors Paris) et 45 % des ménages non imposables (hors Paris).
- **La mise en place d'une politique d'appui structurée autour**
 - Dispositif de pilotage régional mobilisant des acteurs du champ sanitaire (ARS, CPAM) et d'autres politiques publiques (DRIHL, DRJSCS...)
 - Soutien à l'ingénierie locale : cofinancement de 51 diagnostics locaux de santé et de 44 postes de coordinateurs CLS
 - Production d'outils méthodologiques (Référentiel CLS...)
 - Mise en place d'un dispositif d'évaluation (évaluation Paris 13 + démarches internes)

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Constitution d'une géographie prioritaire des besoins (avec une intervention de l'Agence centrée sur les territoires présentant le plus de besoins).
- Impacts sur la politique de santé (recentrage des financements prévention, implication CPAM/CD) et articulation avec d'autres politiques publiques (AAP DRIHL/ARS sur l'habitat indigne ; articulation avec la Politique de la Ville...).
- Appropriation progressive au niveau local des stratégies et actions efficaces pour lutter contre les ISTS (mise en œuvre d'approches plus transversales et intersectorielles et d'une intervention renforcée sur les déterminants socio-environnementaux dans les CLS 2)
- Dispositif évalué.

Chantiers à venir

- Révision du niveau et du mode de ciblage des territoires (pour une priorisation régionale renforcée).
- Analyse des stratégies et actions pertinentes en termes de participation des habitants et de mobilisation des professionnels de santé.
- Développement des liens CLS/Politique de la Ville et CLS/Santé environnement.
- Poursuite des expérimentations CLS en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP) diabète.
- Mise en place d'un bulletin de liaison CLS.
- Poursuite de la démarche évaluative CLS :
- Enrichissement du Référentiel CLS par de nouvelles fiches techniques :

Illustration : la santé des jeunes dans les CLS

La santé des jeunes est inscrite comme une priorité d'intervention dans la quasi-totalité des CLS de la région. Les actions mises en œuvre ciblent des jeunes de 12 à 25 ans scolarisés, ou en insertion et en situation de vulnérabilité sociale. Elles mobilisent de nombreux acteurs issus de champs d'intervention différents : Ateliers Santé Ville, représentants de l'Education Nationale, acteurs du social et de l'insertion (missions locales...), du sanitaire (CMS, psychiatrie...), et dans certaines démarches les jeunes eux-mêmes ou encore les parents.

Ces interventions sont centrées le plus souvent sur le mode de vie (acquisition de comportements favorables à la santé : prévention des addictions, conduites à risques, nutrition...) et sur l'accessibilité et la continuité du système de soins. Deux autres déterminants sont également visés mais, d'une manière plus marginale : « les conditions de vie » à travers un travail sur l'accès aux ressources sociales, éducatives et « l'environnement social » (*empowerment* de la communauté).

Concernant les modalités d'intervention, des actions importantes visent le renforcement des capacités individuelles (ex : séances d'information ou d'éducation pour la santé), un travail non négligeable porte sur le développement stratégique (développement de partenariats intersectoriels, coordination des acteurs...) et le souci d'une réorientation des services de santé se fait jour : rapprochement et adaptation des services au public « jeunes » avec la mise en place d'actions hors structures de santé (ex : FJT) - de mécanismes ou structures spécifiques (ex : espaces jeunes, carte santé jeunes...) - d'information adaptée (recours aux pairs...) - de renforcement de l'offre de prévention (dépistage, vaccinations, etc).

BILAN

Synthèse transversale

➔ La Lutte contre l'habitat indigne et ses conséquences sanitaires

L'habitat indigne sous ses différentes formes et plus généralement l'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus importants, et les plus générateurs d'inégalités de santé. Il existe en effet des liens documentés dans la littérature entre habitat dégradé et la majeure partie des champs de la santé somatique et psychique. Par ailleurs, l'Île-de-France est une des régions où la densité de cet habitat semble la plus importante, si l'on s'en réfère aux données sur le saturnisme ou à la proportion de parc potentiellement indigne au sein du parc privé. Ainsi, 4,4% de parc privé en Île-de-France est potentiellement indigne et 3,5% des demandes de logement sociaux seraient motivées par l'indignité ou l'indécence des logements occupés. L'Île-de-France concentre par ailleurs le tiers de cas de saturnisme dépistés au niveau national. L'habitat dégradé concerne des populations socialement vulnérables, et les effets de l'exposition à cet habitat se cumulent avec d'autres déterminants d'inégalités. La répartition spatiale de cet habitat conduit enfin à l'aggravation des inégalités territoriales de santé ainsi qu'à la ségrégation urbaine qui sont caractéristiques de notre région. Traiter l'habitat insalubre, et réduire les conséquences de cet habitat sur la santé de ses occupants constitue donc un moyen parmi les plus immédiatement efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé franciliennes.

Principales réalisations

● La lutte contre l'habitat insalubre

- Mise en œuvre des missions de police sanitaire (interventions auprès de 3 030 familles et, en urgence, auprès de 1160 ménages)
- Animation de la politique territoriale : les Délégations départementales de l'ARS contribuent activement aux 8 Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne mis en place pour coordonner les interventions des différents acteurs (services des préfectures, DRIHL/DDT, DDCS, SCHS, CAF, parquet, etc.) dans le repérage et le traitement des situations relevant de l'habitat indigne. L'ARS organise par ailleurs de nombreuses actions de sensibilisation et de formation pour ces acteurs, ainsi que pour les collectivités et les autres signalants potentiels.
- Dispositifs innovants : l'Agence s'investit depuis 2015 dans le déploiement des Opérations de Requalification des Copropriétés Dégradées (ORCoD) qui, pour des grosses copropriétés cumulant des difficultés d'ordre structurelles, sociales et sanitaires, permet de mieux coordonner l'intervention publique sur les différents facteurs de dégradation des copropriétés. La dimension sanitaire est déclinée à travers 3 axes : la mise en place des mesures de police sanitaires sur les logements concernés, la mobilisation des professionnels de santé agissant sur le territoire et la promotion d'un aménagement urbain favorable à la santé. Une ORCOD d'intérêt national est mise en œuvre sur Clichy-sous-Bois, une autre est prévue sur Grigny et une en cours de préfiguration sur Mantes la Jolie. Par ailleurs, l'ARS a engagé conjointement avec la DRIHL un appel à projet innovant à l'attention des collectivités territoriales pour promouvoir une stratégie plus globale de lutte contre l'habitat indigne. Cet appel concerne 19 territoires.

BILAN

Synthèse transversale

- Accompagnement socio-sanitaire des mesures de police sanitaire (en 2015, environ 1 050 ménages ont pu bénéficier d'un accompagnement renforcé)
- Financement d'actions en promotion de la santé (513 400 € en 2015)
- **La prévention du saturnisme infantile**
 - Dépistage, signalement, réduction du risque saturnin
 - Mobilisation des acteurs locaux de santé
- **La réduction des conséquences sanitaires d'un domicile mal chauffé.** Prévention des intoxications au CO : selon la rigueur hivernale, 450 à 750 personnes sont intoxiquées chaque année. L'ARS met en œuvre une sensibilisation (grand public, professionnels) avant chaque période de chauffe et le système de surveillance a permis de repérer l'augmentation massive du nombre d'intoxications dues à l'utilisation de braseros, qui a amené à mettre en place une sensibilisation spécifique à ce risque.

Points forts de la démarche

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

Chantiers à venir

- Amélioration des connaissances scientifiques de l'impact sur la santé de l'habitat et mise en place d'indicateurs permettant un véritable suivi des bénéfices en termes de santé des interventions réalisées.
- Renforcement de l'articulation des politiques publiques, via les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne par exemple.
- Mise en œuvre de la nouvelle stratégie nationale contre le saturnisme avec notamment abaissement du seuil de saturnisme infantile et mesure de son impact en termes de santé publique.
- Identification des nouvelles formes d'habitat dégradé sur le territoire francilien et prise en charge,
- Meilleure prise en compte de l'impact sur la santé de certaines conditions de vie telles que les situations de précarité énergétique ou de sur-occupation.
- Développement et structuration du métier de Conseiller médical en environnement intérieur : dispositif complémentaire à l'action de l'ARS qui permet de cibler les populations défavorisées et d'avoir une entrée « santé » via un signalement des professionnels de santé

BILAN

Synthèse transversale

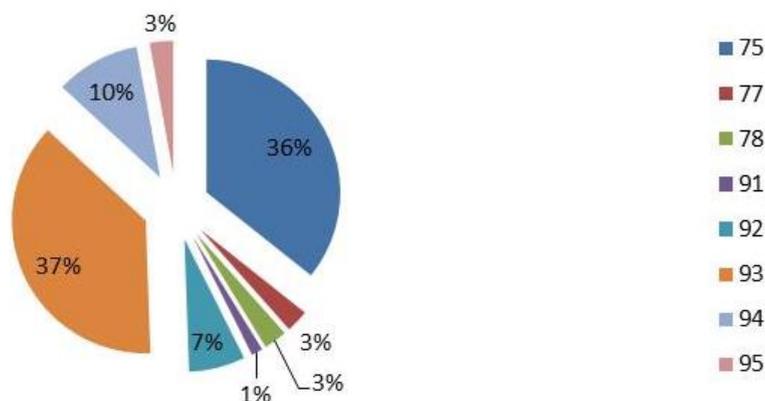
Illustration : la prévention du saturnisme infantile

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

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

L'ARS s'est largement mobilisée entre 2011 et 2016 sur la mobilisation des prescripteurs de plombémie. Une lettre d'information ainsi été diffusée à 2300 professionnels de santé prescripteurs de plombémie en 2013 en s'appuyant sur le comité de pilotage du Système de Surveillance du Saturnisme Infantile en Île-de-France (SSSILF). Au niveau local, des actions de sensibilisation ciblées ont été mises en place par l'ARS : organisation de journées d'échange organisées à l'attention des professionnels du secteur sanitaire, social et de l'habitat, courriers de sensibilisation des médecins de PMI et des sages-femmes, formations, etc.

Part du nombre de plombémies réalisées par département en 2014 en IdF



Au total, on constate un double résultat :

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

BILAN

Synthèse transversale

3.4 Faire vivre la démocratie sanitaire

Le PRS 2013-2017 avait pour objectif de donner leur essor aux instances régionales de concertation et de développer le débat public en région.

En Île-de-France, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) a été mise en place le 1^{er} juillet 2010, trois mois après la création de l'Agence.

La CRSA a d'abord conforté son rôle dans l'animation de la concertation régionale, en commission permanente et au sein des différentes commissions spécialisées (droits des usagers, organisation des soins, médico-social, prévention) et a souhaité s'impliquer sur deux thématiques fortes du PRS 1 : les inégalités de santé et la santé mentale.

Dans chacun des territoires de santé de l'Île-de-France correspondant aux huit départements, l'Agence a installé en janvier 2011 une Conférence de territoire composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé, dont les usagers. La Conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle a également la possibilité d'établir des contrats locaux de santé avec l'ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements. Un bilan des Conférences de territoire est réalisé chaque année. La nature des thèmes abordés par les Conférences de territoire témoigne à la fois d'une déclinaison territoriale des projets régionaux et de l'émergence des projets territoriaux dont l'information et la concertation sont assurées avec l'ensemble des acteurs représentés. Le suivi et l'intégration des avis ou propositions émis par les Conférences est à renforcer pour donner davantage de sens à ces instances et mobiliser leurs représentants.

Avec l'installation de la CRSA, des conférences de territoire et l'organisation de forums publics, une dynamique de démocratie en santé s'est installée sur les territoires. Lieux privilégiés de concertation et d'expression de l'ensemble des acteurs de la santé, ces instances permettent la création d'une culture commune, le croisement des regards, des rencontres et des échanges enrichissants. Aussi, la région Île-de-France est aujourd'hui riche d'instances de démocratie en santé qui rassemblent des acteurs et fonctions qui étaient jusqu'alors éclatées, ce qui les conduit à aborder l'ensemble des questions liées à la santé, à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, à l'hôpital ou en ville dans des logiques de parcours.

Principales réalisations

- **Mise en place des instances de concertation régionales et territoriales** : depuis son installation, environ 40 à 50 séances de la CRSA, commissions spécialisées et groupes de travail sont organisées chaque année et mobilisent fortement des acteurs franciliens. Au niveau territorial, 50 séances sont organisées chaque année dans les huit territoires en moyenne.
- **Implication de la CRSA sur deux thématiques fortes du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) : les inégalités de santé et la santé mentale**. Deux groupes de travail permanents ont été créés, permettant l'élaboration de propositions sur la mise en œuvre et le suivi des actions dans une approche transversale
- **Pour développer et animer la concertation avec les acteurs du système de santé, organisation de douze débats publics ou forums depuis 2012** dont six en lien avec CRSA et les conférences de territoire. Les thématiques concernent les parcours de santé aux âges de la vie, des thématiques spécifiques : la santé mentale, le VIH, l'aménagement du territoire, la démocratie en santé...

BILAN

Synthèse transversale

Points forts de la démarche

- Forte collaboration ARS – CRSA.
- Mobilisation des représentants des instances.
- Débats publics.

Chantiers à venir

- Installation des Conseils territoriaux de santé.
- Formation des nouveaux membres et rôle des représentants.
- Mobilisation des élus.
- Renforcement de la place des instances dans la concertation.
- Articulation instances régionales et territoriales.

Illustration : le forum rétablissement en santé mentale - 25 Mars 2016

En 2013, la CRSA a constitué un groupe thématique, le Groupe Régional de Réflexion en Santé Mentale (GRSM). Ce groupe a travaillé sur le thème de la réhabilitation et de la réadaptation et a souhaité organiser avec la CRSA un forum dédié au rétablissement en santé mentale.

Ainsi, au cours de la semaine d'information sur la santé mentale, un forum réunissant plus de 400 participants s'est tenu le 25 mars 2016 à la Cité des sciences et de l'industrie.

Ce forum voulait mettre l'accent sur les possibilités de rétablissement en santé mentale. Il correspond à un « cheminement personnel pour se réapproprier sa vie et construire sa place dans la société ». Il nécessite aussi l'engagement de l'ensemble des acteurs et parties prenantes, notamment logement et emploi.

Cet évènement a permis une prise de conscience collective, partagée, des différentes dimensions du rétablissement « psychologique, familial et social » en santé mentale avec un accent mis sur de nombreux témoignages de personnes souffrant de troubles psychiques.

Cette rencontre entre acteurs pluridisciplinaires s'est accompagnée de la mise en place d'un forum sur un site internet afin d'assurer la continuité des débats et le recueil de témoignages.
www.forum-retablissement-sante-mentale.fr/

Agence régionale de santé Île-de-France

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

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

iledefrance.ars.sante.fr

