

BILAN

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

Schéma d'organisation des soins

**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**
2018 - 2022

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



Le schéma d'organisation des soins 2013-2017 était le premier à organiser de manière unique l'offre ambulatoire et l'offre hospitalière dans une perspective de décloisonnement et de complémentarité entre la ville et l'hôpital. Son objectif était de construire une réponse adaptée aux besoins des Franciliens, visant à la fois à soutenir et à renforcer l'offre de premier recours et à réguler les implantations des activités de soins hospitaliers dans les territoires.

Dans un contexte de démographie des médecins particulièrement fragile, le volet ambulatoire du SROS visait en premier lieu à maintenir une offre de soins de ville disponible et adaptée aux besoins de la population sur les territoires de la région. Si l'ampleur et l'inertie des phénomènes démographiques en jeu n'ont pas permis le maintien d'une offre à son niveau de 2010, les interventions engagées par l'Agence et ses partenaires ont permis de limiter les effets de cette diminution, et en particulier dans les territoires les plus fragiles.

Actions originales d'aide à l'installation menées avec les URPS, volontarisme de l'Agence dans l'extension des zones considérées comme fragiles, et donc soutenues, multiples programmes visant à promouvoir, développer, accompagner et pérenniser les structures d'exercice collectif... durant ces années, l'Agence a contribué à créer les conditions d'un redémarrage des installations dans de nombreux territoires, qu'elle souhaite renforcer significativement dans le prochain Projet régional de santé.

Ces cinq années auront également permis un travail partenarial performant et efficient pour la mise en place et la consolidation d'un dispositif régional de permanence des soins ambulatoires. L'élargissement aux recours aux soins non programmés constituera un axe fort des prochaines années.

Enfin, l'action de l'ARS dans la réorganisation des réseaux de santé a permis une harmonisation de leur fonctionnement. Cette évolution permettra aux réseaux ainsi rénovés, de contribuer au développement des Plateformes territoriales d'Appui au bénéfice des professionnels de santé.

Le volet hospitalier du schéma d'organisation des soins visait quant à lui à réduire les inégalités dans l'accès aux soins, à améliorer la cohérence des parcours des usagers et l'efficacité de l'hôpital, à garantir la qualité des prises en charge et ancrer l'hôpital dans son territoire. Tout ceci à l'aide de deux outils majeurs : les autorisations et la contractualisation.

La période 2013-2017 aura ainsi été caractérisée au niveau hospitalier par une forte évolution des modalités de prise en charge : développement accru des prises en charge en ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile, amélioration qualitative de la sécurité des prises en charge et concentration et regroupement des activités (chirurgie, obstétrique, cancérologie). Un effort de lisibilité avec les schémas de permanence des soins en établissements de santé concernant 16 spécialités a également été conduit. Enfin, le PRS 2013-2017 aura été marqué par une progression importante de la dimension territoriale et par la mise en œuvre de nombreuses opérations de coopération : groupements de coopération sanitaire, directions communes, fusions, et création de 15 groupements hospitaliers de territoire en 2016.

Dans la continuité de cette dynamique, les enjeux majeurs pour le prochain Projet régional de santé seront l'amélioration et de l'organisation territoriale, de l'accès aux soins de premier recours et une consolidation de l'offre en périnatalité.

Christophe DEVYS
Directeur général ARS Île-de-France



Présenté fin 2012 comme « un élément clé de la transformation du système de santé régional au service de la santé des Franciliens », le 1^{er} Projet régional de Santé d'Île-de-France (PRS 2013-2017) définit la vision globale de la politique régionale de santé ainsi que sa déclinaison territoriale pour cinq ans, du 1^{er} janvier 2013¹ jusqu'au 31 décembre 2017.

Conformément à la loi², le PRS d'Île-de-France recouvre **huit documents** :

- **le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**, qui fixe les grands objectifs d'action de l'Agence ;
- **trois schémas**, qui traduisent ces grands objectifs en objectifs opérationnels : il s'agit respectivement du Schéma Régional de Prévention (SReP), du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) :
- et **quatre programmes**, qui complètent le dispositif : il s'agit du Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le programme de télémédecine, et enfin le programme de gestion du risque (GDR), élaboré en partenariat avec les organismes d'assurance maladie.

Le Plan Stratégique Régional de Santé - Rappels

Selon l'article L.1434-2 en vigueur au moment de l'arrêté du PRS 2013-2017, le plan stratégique régional de santé (PSRS) « fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région ». Il constitue le « fil conducteur » des schémas d'organisation qui composent le PRS, notamment le schéma régional de l'organisation des soins (SROS). Les principaux éléments en sont rappelés ci-dessous.

Le PSRS Île-de-France présente et analyse le contexte général de la santé dans la région.

Ce contexte se caractérise par l'augmentation importante des **maladies chroniques** (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer) et le **vieillessement de la population**, nécessitant des prises en charge beaucoup plus complexes que la seule réponse à une demande de soins aigus. Ces évolutions requièrent l'organisation de continuums de services spécialisés, de la prévention à la prise en charge sous différentes formes, s'inscrivant dans la durée et faisant appel à des équipes pluridisciplinaires. Le PSRS en conclut que la pratique clinique actuelle, qui accroît la spécialisation, nécessite désormais **davantage de coopération et de coordination** entre les acteurs.

¹ Selon l'article L.1434-1 du Code de la santé publique en vigueur au moment de l'arrêté du PRS, « le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ».

² Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le PSRS constate spécifiquement que l'Île-de-France est une **région fortement inégalitaire**, caractérisée par l'existence de populations particulièrement frappées par des difficultés spécifiques : précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transports longs, difficultés de logement ou insalubrité, exposition au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination. Le PSRS note par exemple que le taux de mortalité infantile francilien, longtemps parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale. Les enfants sont plus touchés dans notre région par l'obésité et le surpoids. La surmortalité des femmes par cancer y est plus importante et trois départements franciliens (la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne) révèlent une surmortalité tous cancers, hommes et femmes confondus, par rapport à la moyenne régionale.

La **densité médicale et paramédicale** est globalement élevée mais elle est là encore pondérée par une **très forte disparité entre les territoires**, entre les départements et au sein des départements.

A partir de ce constat, l'ARS Île-de-France a décidé de fonder son action sur les huit principes suivants énoncés dans le PSRS.

- 1 – Assurer sur tout le territoire régional **une bonne répartition des missions de service public** pour garantir la solidarité et l'égalité.
- 2 - Investir dans **la prévention et la promotion de la santé** pour faire face à l'augmentation des pathologies chroniques.
- 3 - Favoriser l'approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médicosociale : organiser **les parcours de santé** et le **décloisonnement** entre les différents professionnels et institutions, et éviter les hospitalisations inutiles.
- 4 - Conduire des **actions prioritaires définies en fonction des situations territoriales et populationnelles** pour tenir compte de la diversité des besoins de santé sur l'ensemble du territoire régional : **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** en mobilisant tous les acteurs afin de mettre la santé dans toutes les politiques en région.
- 5 - Améliorer **l'efficacité du système de santé**, ce qui va de pair avec l'amélioration de la qualité du service rendu, le coût de la non-qualité étant aussi préjudiciable pour les établissements ou les professionnels que pour les usagers qui y ont recours.
- 6 - Promouvoir le **principe de précaution face aux risques environnementaux** sur la santé en renforçant les contrôles, la gestion des alertes face à toute situation à risque ainsi que la protection face aux risques iatrogènes.
- 7 - Renforcer la **démocratie sanitaire**, ce qui nécessite notamment que l'ensemble des usagers, des élus et des acteurs de santé disposent d'informations transparentes et fiables sur le système régional de santé.
- 8 - Encourager et soutenir les **capacités d'innovation des acteurs** au sein des territoires : favoriser la créativité et l'expérimentation, et développer l'évaluation en lien avec des institutions de recherche.

En fonction de ce constat et de ces principes d'action, l'ARS Île-de-France s'est organisée à partir de 2013 autour de trois grands objectifs.

Il s'agit de :

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

Ces trois objectifs constituent le « **fil conducteur des schémas d'organisation régionaux** ». Voici leurs principales caractéristiques.

• **Un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé.**

Pour l'ARS Île-de-France, il s'agit donc de permettre aux habitants de la région d'**entrer au bon moment et au bon endroit** dans le système de santé : de la vaccination aux prises en charge les plus lourdes, en passant par le dépistage organisé de certaines maladies, le repérage des troubles dès la petite enfance, l'anticipation des situations de crise et la réduction du nombre d'hospitalisations évitables notamment) ; ce qui passe également par l'existence d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée aux besoins :

- présence de médecins et de professionnels paramédicaux de **proximité**,
- nécessité d'une **permanence des soins**, aussi bien ambulatoires (PDSA³) qu'au sein des établissements (PDSES⁴),
- existence de **soins programmés spécialisés** dispensés en hospitalisation complète, ne nécessitant pas la même proximité mais assurant un équilibre entre le centre de la région et sa périphérie.

Ces parcours doivent bénéficier en priorité à **certaines populations spécifiques** : petite enfance, jeunes, personnes atteintes de maladies chroniques ou souffrant de troubles mentaux, populations en grande précarité, personnes âgées et personnes handicapées.

Cet objectif nécessite d'engager et d'accompagner la **coopération entre professionnels** de santé, le développement de **nouveaux modes d'exercice collectif** et les **rapprochements entre établissements de santé**. A cette fin, l'Agence a décidé de recourir à des **outils contractuels**, comme les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) afin de « faire émerger et accompagner des initiatives territoriales innovantes... au sein d'espaces de contractualisation dédiés à l'organisation des parcours de santé ».

• **La qualité et l'efficacité du système de santé francilien.**

La qualité passe par la promotion des **bonnes pratiques professionnelles** et la culture de **l'évaluation**, avec et pour tous les acteurs du système : les professionnels en ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

³ PDSA : permanence des soins ambulatoires

⁴ PDSES : permanence des soins en établissements de santé

La recherche d'efficacité passe par des actions d'optimisation des modes d'organisation existants comme les **prises en charge ambulatoires**. La **réduction des déficits des établissements publics** de santé participent également de cet objectif. Cette démarche doit trouver son corollaire dans la revalorisation de l'offre de **prévention**.

La création d'**un espace numérique régional de santé** vise à faciliter les échanges de données, la coopération entre les professionnels et l'information des usagers. Le développement de la **télésanté** s'inscrit dans ce processus de même qu'une gouvernance renouvelée des **systems d'information**.

- **Une politique de santé menée avec tous les acteurs au plus près des territoires.**

La politique de santé doit être **partagée avec l'ensemble des acteurs** et les mobiliser autour de projets et d'outils adaptés à la réalité des territoires.

La **territorialisation des actions** doit permettre de graduer les réponses de santé et de coordonner pour ce faire les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé (les départements), et l'échelle de la proximité où se structurent les parcours de santé. La **démocratie sanitaire**, garante de cette politique, s'exprime notamment à travers la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et les Conférences de Territoire.

L'objectif de réduction des inégalités de santé, l'organisation de parcours de santé, le renforcement de la sécurité sanitaire, la transversalité de la prise en charge se mettront en œuvre dans le cadre de ces **démarches adaptées à chaque territoire**. Les **contrats locaux de santé** sont dans ce cadre un outil privilégié pour faire converger la politique de l'Agence et celles des collectivités locales.



LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS (SROS) 2013-2017

Selon l'article L.1434-7 en vigueur au moment de l'arrêté du PRS 2013-2017, le schéma régional d'organisation des soins (SROS) « a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ».

Le SROS comprend deux volets, un volet ambulatoire, créé par la loi du 21 juillet 2009 (HPST), et un volet hospitalier.

I/ Le volet ambulatoire du SROS PRS 2013-2017

Selon l'article L.1434-7 en vigueur au moment de l'arrêté du PRS 2013-2017, le schéma régional d'organisation des soins « précise, dans le respect du principe de libre installation des professionnels de santé, les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations [...] Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins..., notamment celles des professionnels de santé libéraux... Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ».

Le rappel des grandes orientations du volet ambulatoire du SROS

Compte tenu des dispositions légales concernant l'organisation des soins ambulatoires d'une part, et des orientations définies dans le PSRS, d'autre part, l'ARS Île-de-France s'est donné **8 axes de travail dans le domaine des soins de ville** pour la période 2013-2017.

- **Le 1^{er} axe** vise à promouvoir et faciliter **l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones fragiles.**

Cette orientation passe notamment par :

- **l'analyse du risque démographique** par profession et spécialité sur l'ensemble de l'Île-de-France et par territoire,
- la création d'un **dispositif d'information et de sensibilisation** des étudiants, internes et professionnels de santé sur l'installation
- la mise en place d'un **service unique d'aide à l'installation** des professionnels de santé par département

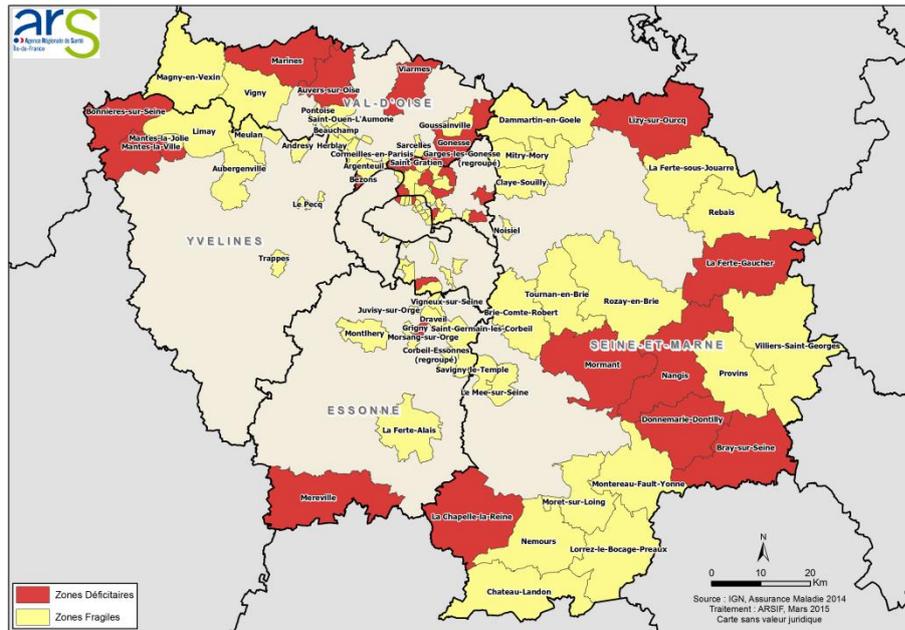
- le déploiement du **contrat d'engagement de service public (CESP)**⁵
 - le développement de **lieux de stage ambulatoires** des étudiants et internes.
- **Le 2^{ème} Axe** a pour ambition de favoriser **la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif**, essentiellement des maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, notamment dans les zones fragiles, en lien avec l'expérimentation des **nouveaux modes de rémunération**.
 - **Les 3^{ème} et 4^{ème} axes** visent à garantir **l'accessibilité et la disponibilité de l'offre de soins ambulatoire** par différents moyens comme :
 - l'information sur l'offre de 1^{er} recours
 - l'accessibilité financière au 1^{er} recours, notamment aux maisons médicales de garde
 - le déploiement d'actions visant à faciliter l'accessibilité des Personnes à Mobilité Réduite
 - l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux
 - le développement de diverses formes de coopération entre professionnels de santé.
 - **Les 5^{ème} et 6^{ème} axes** cherchent à développer la **transversalité**, favoriser la fluidité des **parcours de santé**, et améliorer **la qualité et la performance de l'offre de santé en ville**, en développant notamment :
 - les coordinations pluri-thématiques, notamment **les réseaux de santé territoriaux**, pour assurer une meilleure couverture territoriale et renforcer leur rôle d'appui aux professionnels de santé
 - la contractualisation avec les structures d'exercice collectif et les réseaux (CPOM), et avec les professionnels de santé (CAQCoS)
 - les outils informatiques communicants entre professionnels de santé ;
 - **Enfin, les 7^{ème} et 8^{ème} axes** ont pour objet de favoriser la **participation des professionnels de santé aux activités et programmes de pratiques cliniques préventives**, et de les impliquer dans les **dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires**.

Le bilan du volet ambulatoire du SROS au 31 décembre 2016

- **Sur le 1^{er} axe, les résultats suivants peuvent être observés :**
 - Bien qu'il n'existe pas à ce jour de données systématiques par spécialités médicales, **le risque démographique a été analysé** pour les médecins généralistes, ainsi que pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes. Une carte des zones déficitaires a été produite en 2012 (SROS) puis actualisée en 2015 (Liste des territoires déficitaires et fragiles en 2015. Cf. carte n°1 suivante).

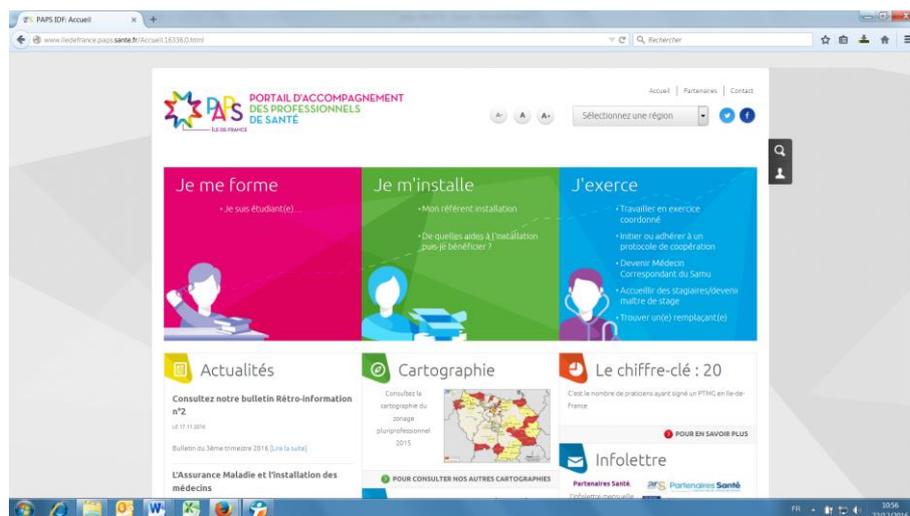
⁵ Le contrat d'engagement de service public (CESP), créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la 2^{ème} année des études médicales. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

Des études complémentaires ont été menées sur les sages-femmes libérales, les pédicures-podologues et les orthophonistes.
Des projections démographiques sont prévues pour la médecine générale, l'anesthésie-réanimation, l'oncologie, l'anatomo-cyto-pathologie, les infirmiers et les orthophonistes.



Carte des zones déficitaires et fragiles en 2015 – SROS Île-de-France – Révision 2015

- Le **portail d'accompagnement aux professionnels de santé (PAPS)** a été créé en 2011, puis enrichi et développé dans le cadre général du pacte territoire santé lancé en décembre 2012 et renforcé en novembre 2015 :



- Dans le cadre du **service unique d'aide à l'installation des professionnels**, porté par l'ARS en collaboration avec les URPS, l'assurance maladie et les départements franciliens, 17 journées découvertes et 260 permanences locales ont été organisées dans les 8 départements, ce qui a permis de recevoir 720 professionnels de santé. Un guide régional d'aide à l'installation a également été conçu et largement diffusé.
 - 187 contrats d'engagement de service public ont été conclus en 2015 en Île-de-France, sur 1325 en France entière. On compte 67 nouveaux signataires en 2016, ce qui porte le **nombre total de CESP à 254, dont 216 médecins**.
De même, **25 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)⁶** ont été signés, sur 411 au niveau national, pour la même période.
 - Enfin, environ 30% des internes en médecine ont fait un stage en médecine générale pour une moyenne nationale s'établissant à 60%. Un CPOM avec l'URPS masseurs-kinésithérapeutes va permettre de préciser les conditions de stages pour les étudiants MK en cabinet.
- **Sur le 2^{ème} axe du volet ambulatoire, les résultats suivants peuvent être observés :**
- **Le nombre de maisons de santé pluri-professionnelle (MSP) a plus que doublé**, passant de 23 en 2012 à **50 en 2015**. Ce mode d'organisation des professionnels de santé a du mal à se développer en Île-de-France compte tenu des spécificités de la région (plus de 1000 pôles et maisons de santé sont recensés au niveau national fin 2015. C'est ce qui a conduit l'ARS à financer une étude menée par l'URPS Médecins d'Île-de-France sur le recensement, l'activité et l'organisation économique et juridique des cabinets de groupe franciliens : **1200 cabinets de groupe⁷ ont été ainsi recensés en Île-de-France** dans le cadre d'un CPOM ARS-URPS Médecins.
 - Suite à deux études portant sur **la pérennisation des centres de santé** de la région, leur organisation et leur viabilité économique⁸, l'Agence a accompagné 27 centres de santé en difficulté financière parmi les 350 structures en fonctionnement en vue d'optimiser leur gestion.

⁶ Le Pacte territoire santé comporte, parmi ses dispositifs de lutte contre les déserts médicaux, la création d'un statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) qui s'adresse aux jeunes médecins non encore installés ou installés depuis moins d'une année. Sous réserve de réaliser 165 consultations par mois dans des territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, ils bénéficient d'un complément de rémunération calculé par la différence entre un revenu mensuel brut garanti de 6 900 € brut/mois et le montant des honoraires perçus.

⁷ Ces cabinets de groupe comptent au moins 3 professionnels de santé, dont au moins un médecin. Une étude économique et une étude juridique permettent d'avoir une approche très précise du fonctionnement de ces cabinets.

⁸ Cf. Accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique - Rapport de synthèse - octobre 2012, ainsi que le Rapport de synthèse de la seconde mission d'accompagnement des centres de santé en Île-de-France - septembre 2014.

- Enfin l'Agence a accompagné **50 structures d'exercice collectif dans l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR)**. L'objectif de cette expérimentation, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, était de tester dans quelle mesure de nouveaux modes de rémunération, alternatifs au paiement à l'acte, dans des structures pluri-professionnelles comme les maisons, centres, pôles et réseaux de santé, favorisaient la qualité et l'efficacité des soins de premier recours, notamment en matière de coordination des soins et de prévention. **30 centres de santé et 20 maisons de santé** sont entrés dans le dispositif en Île-de-France, sur 300 environ au niveau national.
Suite à la publication de l'arrêté portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles du 23 février 2015, **les NMR sont désormais gérés par les CPAM**. Maisons et Pôles de Santé Pluri-professionnels (MSP) doivent ainsi répondre à des critères spécifiques à compter du 1er janvier 2017, selon les trois axes que sont l'optimisation de l'accès aux soins (3 critères), le développement du travail en équipe (2 critères) et la mise en place de systèmes d'information partagés (1 critère).

- **Sur les 3^{ème} et 4^{ème} axes du volet ambulatoire, l'accessibilité et la disponibilité de l'offre de soins ambulatoires, les principaux résultats sont les suivants :**

- Un **Observatoire de l'offre et de l'accès aux soins** a été mis en place. Son fonctionnement est actuellement en pause après de premières études sur l'accessibilité des médecins et notamment leur accessibilité financière.
- **La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est effective dans sa nouvelle configuration** depuis l'arrêté du 27 septembre 2012 définissant les conditions d'organisation de la PDSA dans un cahier des charges régional, révisé deux fois en 2014 et 2016.

Dans le respect du cahier des charges, **chaque département dispose d'un Centre de réception et de régulation des appels – Centre 15 (CRRA - Centre 15)**, implanté au sein du SAMU départemental. Les équipes de chaque CRRA, composés de médecins régulateurs hospitaliers et libéraux, reçoivent les appels et orientent les personnes en fonction du niveau d'urgence et d'importance de l'appel.

Lorsque l'état de santé de la personne ne justifie pas l'envoi d'une équipe d'urgence (SMUR par exemple), ni une hospitalisation, mais qu'il n'est pas possible d'attendre l'ouverture des cabinets médicaux aux horaires habituels de consultation (8h – 20h la semaine ; samedi 8h – 12h), la permanence des soins est assurée dans **71 lieux d'affection postés**, ouverts sur différents créneaux horaires de la PDSA (20h – 8h, samedi après-midi et dimanche), ainsi que par **une affection mobile organisée dans chaque département** et gérée par SOS Médecins ou d'autres associations de libéraux répondant aux critères du cahier des charges régional.

Le pilotage par l'ARS du dispositif de PDSA associe, au sein d'un comité de pilotage régional restreint, **l'URPS-médecins, ainsi que les représentants des Ordres et des SAMU**. Ce comité peut être ouvert en composition plénière à d'autres partenaires (associations de permanence des soins, urgentistes, usagers au titre de la CRSA,

Assurance-Maladie, AMIF, etc.) pour aborder certaines questions complémentaires. Au niveau départemental, la concertation est organisée au sein de structures paritaires entre médecins libéraux et médecins hospitaliers.

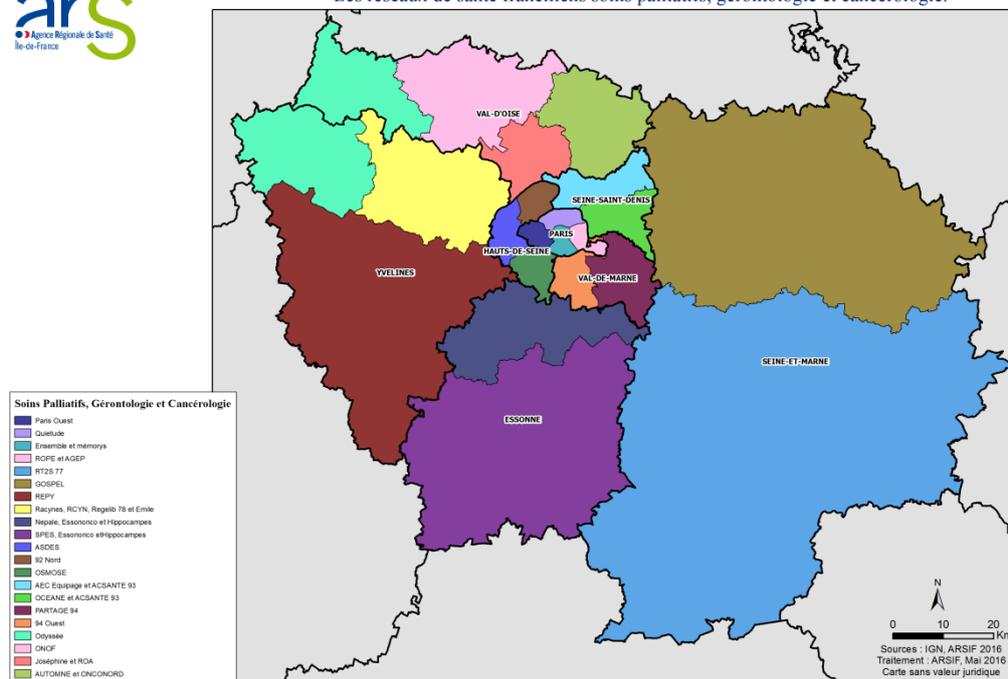
Un **suivi statistique régulier** est organisé afin de créer les conditions d'une évaluation partagée de l'activité de la PDSA et le cas échéant de faire émerger de nouvelles dispositions mieux adaptées aux besoins.

- Au titre de l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux, le **protocole du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des professionnels de santé**, conclu entre le gouvernement et les présidents des conseils nationaux des ordres des professionnels de santé, a été **décliné dans 3 départements franciliens, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et le Val d'Oise** : mise en place d'interlocuteurs dédiés au sein des commissariats et gendarmeries, policiers et gendarmes pouvant réaliser à la demande des professionnels des diagnostics de sécurité, procédures de signalement simplifiées, vidéo-protection, par exemple, font partie de ces mesures. La délégation territoriale des **Yvelines** a mis en place un numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé et désigné des « référents sécurité » au sein de chaque commissariat ; la délégation territoriale de **l'Essonne** a diffusé de son côté un Guide pratique relatif à la sécurité des professionnels de santé.

Enfin, au registre des **protocoles de coopération entre professionnels de santé**, prévus par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, **34 protocoles ont été autorisés sur 37 proposés** : ils concernent 177 professionnels de santé (dont les professionnels intégrés au dispositif « Asalée »⁹ ou dans la « Réalisation du bilan visuel par orthoptiste »⁹). Au niveau national, 271 autorisations de protocole ont été délivrées par Les ARS, ce qui constitue un bilan jugé « mitigé » pour la Haute Autorité de Santé, dans son rapport d'activité 2014.

- **Au titre des 5^{ème} et 6^{ème} axes du volet ambulatoire, les principales réalisations concernent le regroupement des réseaux et des expérimentations de projets ville-hôpital ou de projets territoriaux de santé.**
 - **Le regroupement des réseaux de santé et la réduction de leur nombre** (80 réseaux de santé en 2016 contre 103 en 2013) va de pair avec l'extension de leur couverture territoriale ou populationnelle. L'action engagée dans ce sens en 2013, avec la publication d'un cahier des charges des réseaux tri-thématiques, poursuit sa progression avec l'objectif fixé d'achever leur reconfiguration fin 2017. Il y aura alors environ 70 réseaux pluri-thématiques en Île-de-France.

⁹ Les protocoles Asalée (Action de santé libérale en équipe) et Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste ont été les seuls autorisés à recevoir un financement dérogatoire par l'assurance maladie après avis du collège national des financeurs, créé en 2014



Afin de favoriser des parcours de santé cohérents pour les malades au sein d'un territoire donné, en organisant **l'amont et de l'aval de l'hospitalisation** notamment, plusieurs projets ont eu pour objectif de **développer des coordinations ambulatoires par territoire**. On peut mentionner par exemple la création de messageries sécurisées pour envoyer les compte-rendu d'hospitalisation aux médecins libéraux, les newsletters adressées aux libéraux par les hôpitaux de Pontoise et d'Argenteuil, les hot-line pour demande d'avis technique par les libéraux (CH d'Argenteuil et d'Eaubonne), l'organisation des parcours des personnes âgées dans les Hauts-de-Seine Nord, et enfin les **expérimentations des projets territoriaux de santé** dans le Mantois (Yvelines), sur Est-Ensemble (Seine-Saint-Denis) et sur Pontoise et le Vexin dans le Val d'Oise. L'expérimentation dans les Yvelines a abouti à la création de la **première plateforme d'appui aux professionnels de santé (PTA) à Mantes-la-Jolie**, suivie de celle de l'Ouest du Val de Marne, portée par ONCO 94 et appuyée sur le projet TSN (Territoire de Soins Numérique).

- **Enfin, au registre des 7^{ème} et 8^{ème} axes du volet ambulatoire**, on peut retenir la mise en place d'une **plateforme de veille et d'urgence sanitaire réservée aux professionnels de santé libéraux** et relayée sur le site PAPS¹⁰, ainsi que l'expérimentation de **dispositifs spécifiques de permanences d'accès aux soins de santé incluant des libéraux** (PASS et LAMPES¹¹) dans le cadre du PRAPS : 5 sites sont concernés dans le département de la Seine-Saint-Denis (2 dans la commune de St Denis, 1 site au Blanc-Mesnil, 1 site à Montreuil, et 1 site au CH du Raincy-Montfermeil).

¹⁰ www.iledefrance.paps.sante.fr – Portail d'accompagnement des professionnels de santé

¹¹ Missions de Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Éducatif et Social (LAMPES), facilitant le lien ville-hôpital



BILAN

The screenshot shows a web browser window displaying the PAPS website. The page title is "PAPS IDF: Maladies à décl..." and the URL is "www.iledefrance.paps.sante.fr/Maladies-a-declaration-obligatoire-ou-autre-signalement.21146.0.html#". The website header includes the PAPS logo and the text "PORTAIL D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE". Navigation links for "Accueil", "Partenaires", and "Contact" are visible. A search bar and a "Rechercher" button are present. Below the header, there are three main navigation buttons: "Je me forme" (pink), "Je m'installe" (green), and "J'exerce" (blue). The main content area is titled "Maladies à déclaration obligatoire ou autre signalement". It features a "SOMMAIRE" section with a list of links: "Informations pratiques", "Messagerie sécurisée de santé", "Prévenir ou gérer une situation de violence", "En savoir plus sur ma responsabilité professionnelle", "M'inscrire au fichier DCS-Urgent", "Maladies à déclaration obligatoire ou autre signalement" (highlighted with a purple icon), and "Accessibilité des locaux". Below this, there is a section titled "Maladies à déclaration obligatoire ou autre signalement" with a sub-header "Tout événement susceptible d'avoir un impact sur la santé publique ou sur le fonctionnement de l'offre de soins doit être déclaré à l'agence régionale de santé (ARS)". A sub-section "Pourquoi signaler un événement à l'ARS ?" explains that reporting such events allows for limiting their impact on the population's health. On the right side, there is a "Plateforme de veille et d'urgence sanitaire" section with contact information: "7 jours/7 et 24h/24", "0 825 811 411 (0,15 €/min)", "Jours et heures ouvrés (8h30-18h)", "01 44 02 06 79 (prix appel local)", "ars75-alerte@ars.sante.fr", and "Fax: 01 44 02 06 76". A note states: "La plateforme de veille et d'urgence sanitaire est réservée aux professionnels. Elle n'est pas destinée aux particuliers." At the bottom right, there is a "Pour signaler..." button. The browser's taskbar at the bottom shows various application icons and the system tray with the date "21/12/2016" and time "17:53".

II/ La partie hospitalière du SROS PRS 2013-2017

Outre sa mission générale « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique », le schéma régional d'organisation des soins précise, selon l'article L.1434-7¹², « les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux ». D'autre part, selon l'article L.1434-9¹³, « le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

1. Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds [...]
2. Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
3. Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements [...]

La structure de la partie hospitalière du SROS – PRS 2013-2017

Compte tenu des dispositions légales concernant l'organisation des soins en milieu hospitalier d'une part, et des orientations définies dans le PRS 2013-2017, d'autre part, l'ARS Île-de-France a défini deux volets dans la partie hospitalière du SROS :

- Un volet hospitalier proprement dit, articulé autour des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds au sein des établissements de santé,
- Une série de volets thématiques, révisée en 2015, permettant au-delà de la problématique d'autorisation de répondre au plus près des besoins de santé de la population francilienne.

Par souci de concision, le bilan de la partie hospitalière du SROS est présenté thématique par thématique, en rappelant chaque fois que nécessaire, l'évolution de l'offre en regard de l'évolution de l'activité.

Quelques problématiques spécifiques sont abordées en conclusion pour compléter le bilan de cette partie du SROS.

¹² Version en vigueur au moment de l'arrêté du PRS 2013-2017

¹³ Version en vigueur au moment de l'arrêté du PRS 2013-2017

Les activités de soins et les équipements lourds soumis à autorisation	
—	Les activités de soins autorisés (18)
—	- Médecine
—	- Chirurgie
—	- Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
—	- Psychiatrie
—	- Soins de suite
—	- Rééducation et réadaptation fonctionnelle
—	- Soins de longue durée
—	- Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse
—	- Traitement des grands brûlés
—	- Chirurgie cardiaque
—	- Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
—	- Neurochirurgie
—	- Activités interventionnelles, par voie endovasculaire, en neurologie
—	- Accueil et traitement des urgences
—	- Réanimation
—	- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
—	- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation
—	- Traitement du cancer
—	Les équipements matériels lourds autorisés (5)
—	- Caméra à scintillation
—	- IRM
—	- Scanner
—	- Calisson hyperbare
—	- Cyclotron à utilisation médicale

L'activité de médecine

L'offre en médecine que ce soit en hospitalisation complète (HC) ou en hospitalisation partielle (HP)¹⁴ évolue peu entre 2012 et 2016.

Il existe **190 unités d'hospitalisation complète en médecine en 2016**, contre 189 en 2012, soit une quasi-stabilité. De leur côté, les **unités d'hospitalisation à temps partiel** passent de 157 en 2012 à **169 en 2016**, ce qui correspond à l'évolution des modes de prise en charge de plus en plus tournés vers l'alternative à l'hospitalisation complète.

- **Le SROS – PRS 2013-2017 avait pour objectif de renforcer l'hospitalisation à domicile (HAD).**

L'offre d'HAD en Île-de-France est désormais représentée par **16 structures correspondant à 2.470 places et 901 675 journées en 2015**, en progression de 5% environ par rapport à 2012 (868.000 journées). La progression nationale sur la même période est de l'ordre de 15%. L'effort va être prolongé en Île-de-France avec l'objectif de créer 1.500 places supplémentaires d'ici à 2018, par substitution à l'hospitalisation complète, afin d'approcher la cible nationale de 35 patients en HAD sur 100.000 patients pris en charge. Les chimiothérapies et les soins palliatifs font partie des priorités de développement pour l'HAD en Île-de-France.

Trois opérateurs ont une aire géographique d'intervention régionale et représentaient 94 % de l'activité : la Fondation Santé-Service, l'HAD de l'AP-HP et la Fondation-CŒuvre-Croix-Saint-Simon.

Trois opérateurs sont spécialisés en médecine physique et réadaptation, trois opérateurs sont spécialisés en périnatalité.

¹⁴ L'**hospitalisation partielle**, hospitalisation de moins d'un jour, concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet. Source : DREES - SAE

Trois nouveaux opérateurs ont été autorisés en 2016 et sur cette même année 535 places d'HAD ont été autorisées soit une augmentation d'environ 20%.

Les CPOM signés par les établissements comprennent pour près de 30 % d'entre eux un objectif signé de développement des prescriptions d'HAD par les établissements MCO et SSR.

Une réflexion a été engagée avec les professionnels afin de clarifier les rôles respectifs dans les modes cliniques de prise en charge des patients entre l'HAD, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les SSIAD renforcés.

- **Concernant la pédiatrie, le SROS PRS 2013-2017 avait pour objectif de renforcer la prise en charge des adolescents et des maladies chroniques de l'enfant.**

Le volet pédiatrique est éclaté entre plusieurs domaines d'activité (médecine, chirurgie, psychiatrie, oncologie, urgences, bucco-dentaire, notamment), ce qui complique la poursuite d'une politique globale de santé en direction des enfants et des adolescents.

Le bilan du SROS – PRS 2013-2017 est néanmoins marqué par des **efforts concernant la prise en charge des adolescents**, dans le cadre des **maisons des adolescents**¹⁵ ou des unités pour jeunes adultes (UJA) en oncologie.

Un **programme régional des maladies chroniques de l'enfant** a également vu le jour autour des pathologies telles que le diabète, l'obésité ou la drépanocytose.

Le SROS – PRS 2013-2017 a aussi permis **la création d'unités de soins continus en pédiatrie non adossées à une réanimation pédiatrique** afin de prendre en charge des enfants instables sur le plan clinique dans des services confrontés à d'importants volumes d'activité¹⁶.

En termes de structures, il existe à ce jour **38 services de pédiatrie générale** en Île-de-France :

- 28 au sein de Centres Hospitaliers publics,
- 2 dans des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC),
- auxquels s'ajoutent 4 Hôpitaux pour enfants au sein de l'AP-HP.

De manière plus générale, on note à ce chapitre que la pédiatrie libérale est en grande difficulté au regard de ses effectifs actuels et surtout futurs, et également que de nombreux postes de praticiens hospitaliers sont vacants ce qui a pu occasionner des difficultés sur certains services d'urgence pédiatrique

¹⁵ Il existe 23 maisons des adolescents en Île-de-France à ce jour.

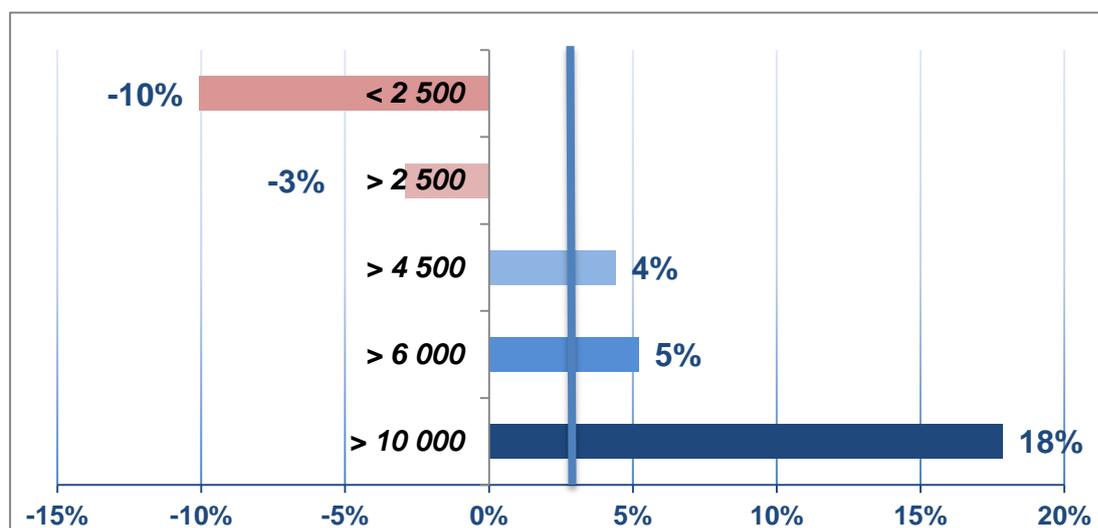
¹⁶ Cf. infra sur ce point le paragraphe sur la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

L'activité de chirurgie

L'activité chirurgicale est en légère croissance en Île-de-France, avec 935 000 interventions recensées en 2015, soit + 3% par rapport à 2012.

La répartition de l'activité est inégale entre Paris, qui regroupe près de 40% des interventions, la petite couronne, 33 % des interventions, et la grande couronne, 27 %. On constate une très nette d'augmentation de l'activité des établissements ayant une activité significative au détriment des petites activités : **les établissements réalisant moins de 4.500 séjours voient leur activité diminuer**, à l'inverse de ceux au-delà de ce seuil dont l'activité progresse de 4% à 18% :

Evolution de l'activité en chirurgie des établissements de 2012 à 2015 selon leur niveau d'activité (nombre d'interventions)



- Le SROS – PRS 2013-2017 avait pour objectif de maintenir une offre de proximité et d'assurer une meilleure organisation territoriale par regroupement et gradation des soins

De fait, l'offre en chirurgie est en légère diminution à **158 unités autorisées en 2016 contre 167 en 2012**. Cette évolution s'explique par les regroupements d'établissements et les partages de plateaux techniques, accompagnés notamment par le jeu des renouvellements d'autorisation. Ce mouvement doit néanmoins faire face à de multiples freins liés à la sensibilité de cette question au plan local.

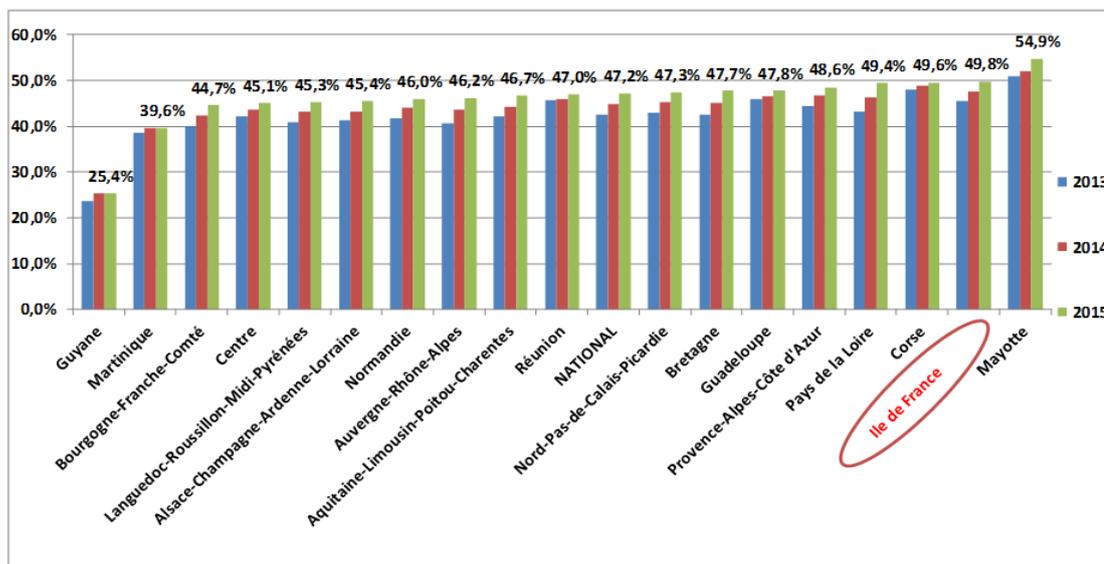
La chirurgie est inscrite comme une priorité dans 11 des 15 groupements hospitaliers de territoire (GHT) constitués en Île-de-France.

- Le SROS PRS 2013-2017 avait pour objectif de développer la chirurgie ambulatoire. Cet objectif s'est vu renforcé avec la mise en œuvre du plan triennal ONDAM lancé en mars 2014¹⁷.

¹⁷ Le « plan triennal ONDAM » correspond à la mise en œuvre d'un plan d'économies de 10 milliards d'euros sur les dépenses de l'assurance maladie entre 2015 et 2017, dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité, concernant l'ensemble des comptes publics, d'un montant global de 50 milliards d'euros sur la même période.

A cet égard, le taux de chirurgie ambulatoire progresse de près de 5 points entre 2013 et 2015, se situant désormais à **près de 50% de l'activité chirurgicale totale**, ce qui fait de l'Île-de-France la 1^{ère} région de France métropolitaine dans ce domaine :

Evolution de la chirurgie ambulatoire entre 2013 et 2015



Il existe à ce jour **155 unités de chirurgie ambulatoire en Île-de-France contre 113 en 2012**, soit une progression de 37% en 3 ans.

La chirurgie ambulatoire se pratique proportionnellement plus dans les cliniques : les 2/3 du volume global sont réalisés en clinique, contre 16% dans les hôpitaux publics, 12% au CHU et 7% dans les ESPIC. Il faut cependant noter que les taux de chirurgie ambulatoire pratiqués dans les établissements publics hors CHU sont supérieurs en Île-de-France à ceux de la France entière (50% vs 45%).

Ces évolutions ont été accompagnées par l'agence au moyen de programmes d'appui (45 établissements), de la contractualisation (88 CPOM signés), les appels à projet «gestes innovants» et de campagne de sensibilisation des professionnels. Un premier centre de chirurgie ambulatoire autonome a été autorisé à la clinique de Domont.

L'activité de cardiologie interventionnelle¹⁸ et la chirurgie cardiaque

L'activité d'angioplasties coronaires (cardiologie interventionnelle de type 3) en Île-de-France a augmenté de 15% depuis 2011, avec 29 000 actes en 2015. L'activité de rythmologie soumise à autorisation (rythmologie interventionnelle de type 1) et à seuil (50 actes par an) a augmenté de 44% depuis 2011, avec 5 600 actes en 2015.

Parallèlement, l'activité de chirurgie cardiaque a baissé de 5% depuis 2013, avec 9 400 actes en 2015. Depuis quelques années et progressivement, une partie de l'activité des services de chirurgie cardiaque est transférée vers les centres de cardiologie interventionnelle adossés à un service de chirurgie cardiaque, notamment pour les valvuloplasties (TAVI,...) et les angioplasties complexes. L'activité de chirurgie cardiaque est réalisée dans 10 centres en Île-de-France.

Le SROS-PRS 2013-2017 avait pour objectifs de :

- Promouvoir les plateaux techniques invasifs de cardiologie « intégrés », c'est-à-dire qui comportent la cardiologie interventionnelle de type 1 et de type 3
- Améliorer la prise en charge de l'infarctus du myocarde aigu (IDM) en réduisant les délais d'accès au soin (SAMU-SMUR) et les délais de reperfusion coronaire
- Améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique en ambulatoire pour réduire les hospitalisations évitables et la mortalité.

La fermeture des centres de cardiologie interventionnelle coronaire (type 3) n'atteignant pas de seuil réglementaire de 350 actes par an, a été effectuée en 2010. Depuis, le PRS 2013-2017 consolide les 36 centres de la région qui sont tous au-dessus du seuil. Parmi les 21 centres de rythmologie interventionnelle (type 1), 4 sont fragiles et dépassent juste le seuil réglementaire de 50 actes par an. Il reste un centre de rythmologie interventionnelle isolé.

Plus de 2300 infarctus (IDM) sont pris en charge en pré-hospitalier par les SAMU-SMUR de la région (données du registre e-MUST). 25% de ces IDM sont pris en charge en secondaire c'est-à-dire à la demande d'un établissement de santé ce qui rallonge les délais d'accès aux soins. Le taux de secondaires a augmenté de 25% en 10 ans (572 en 2014 versus 455 en 2003). Cet indicateur révèle le besoin de travailler sur cette question.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque chronique ne cesse d'augmenter et le nombre de séjours hospitaliers avec une insuffisance cardiaque en diagnostic principal ou associé a augmenté de 25% depuis 2011, avec plus de 40 000 séjours en 2015. L'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique en ambulatoire est un enjeu majeur de santé publique. De nombreux outils pour atteindre cet objectif ont été mis en place et sont promus auprès des professionnels de santé : PRADO insuffisance cardiaque, le réseau insuffisance cardiaque Résicard, l'hôpital de jour (HDJ), les soins de suite et de réadaptation cardiaque (SSR), l'éducation thérapeutique des patients (ETP),....

¹⁸ La terminologie réglementaire est la suivante : activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie

L'activité de gynécologie obstétrique et de néonatalogie

Le nombre de naissances en Île-de-France est à peu près stable en Île-de-France depuis le début des années 2000, entre 180.000 et 185.000 naissances annuelles (182.109 en 2015, selon l'INSEE). Ce constat a fait prévaloir l'idée de **stabilité concernant l'offre de soins** afférente.

Cependant, en cours d'exercice plusieurs facteurs sont venus impactés l'offre en Maternité

- Des travaux de restructuration de plusieurs maternités publiques rendues plus attractives
- La baisse de la démographie médicale rendant difficile le maintien de lignes de garde pour assurer la qualité et la sécurité des prises en charge.
- La bascule ambulatoire fait notamment permettant un suivi plus important en ville des grossesses à bas risque par les sages-femmes.

La réorganisation qui s'est opérée a permis de maintenir le nombre de maternités de type III (15) et IIb (18), de plafonner le nombre de maternités de type II (26 en 2015 contre 27 en 2012) et de regrouper plusieurs maternités de type I (25 en 2015 contre 33 en 2012).

Des regroupements se sont réalisés, faisant prévaloir la logique de qualité et de sécurité des soins.

Un centre périnatal de proximité a été créé à Dourdan suite au regroupement des plateaux techniques d'accouchement du CH Sud-Essonne sur le site d'Etampes.

- **Le SROS – PRS 2013-2017 a fait de la réduction de la mortalité infantile une priorité pour l'Île-de-France**

Le **taux de mortalité infantile francilien est supérieur en 2013 à la moyenne nationale** (4,0 ‰ en Île-de-France contre 3,6 ‰ pour la France métropolitaine) ; le taux de mortalité néonatale (au premier mois de la vie) est de 2,7‰ vivantes, contre 2,3‰ en France.

Pour ces deux taux, on observe de **fortes disparités entre départements** ; la Seine-Saint-Denis conjugue les taux les plus élevés pour la mortalité infantile (5,4‰) et néonatale (3,6 ‰), la mortalité des 28 premiers jours dans ce département étant équivalente à la mortalité sur l'ensemble de la première année en France.

Les études menées dans le cadre du projet RéMI¹⁹ ont mis en évidence des problèmes de suivi de la grossesse (début tardif, peu de consultations), particulièrement pour les femmes étrangères, et une mortinatalité plus souvent liée aux décès très précoces (22-26 semaines d'aménorrhée) et aux pathologies hypertensives. A la suite des résultats de cette étude, dans le cadre des réseaux de périnatalité et à l'occasion des renouvellements des autorisations de gynéco obstétrique, un travail toujours en cours actuellement a été demandé sur l'élaboration d'un protocole de la gradation des soins afin d'assurer l'orientation sur les plateaux techniques correspondant aux posologies des parturientes.

¹⁹ Projet « réduction de la mortalité infantile »

Les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP), de diagnostic prénatal (DPN) et de génétique

Le SROS – PRS 2013-2017 avait pour objectifs le renforcement de l'offre pour l'AMP et la stabilité pour le DPN et les activités de génétique.

- En ce qui concerne les activités d'AMP, le SROS prévoyait la couverture des territoires du 77 et du 91 dépourvu en offre. Grâce à un partenariat public/privé le territoire du 77 a été couvert. D'ici la fin du SROS, le territoire du 91 disposera de son centre de PMA.
- Le programme d'action mis en place depuis le début du SROS pour garantir l'accès à l'IVG se poursuit.
- En ce qui concerne **les activités de DPN**, la stabilité a prévalu conformément aux objectifs et **16 centres** sont autorisés à ce jour.

Il est à noter qu'un seul centre est autorisé pour les analyses d'immunologie à l'hôpital Necker.

- **L'activité de diagnostic génétique constitutionnel post-natal comporte deux volets :**
 - Volet biologie des laboratoires soumis à autorisation par l'ARS
 - Volet clinique des consultations de génétique non soumis à autorisation

En dehors de l'oncogénétique, de la prédisposition aux thromboses et de la recherche de l'hémochromatose (1/300 personnes), la génétique constitutionnelle post-natale concerne en majorité des maladies rares (1/2000 personnes) sous le pilotage de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre du Plan national maladies rares. L'oncogénétique est pilotée par l'Institut national du cancer (INCa). Le diagnostic génétique est sous la responsabilité de l'Agence de biomédecine, qui collecte notamment les rapports d'activité des laboratoires par ailleurs soumis à l'accréditation par le Comité français d'accréditation (COFRAC).

75 laboratoires ont une autorisation d'activité de génétique postnatale donnée lors de la révision de 2013, ce qui correspondait à l'objectif de stabilité affiché par le SROS, avec fin de validité en décembre 2018. La plupart sont situés à l'AP-HP. 15 ont une activité de cytogénétique et 65 de génétique moléculaire

L'offre de soin en Île-de-France est plutôt importante au regard de sa population qui représente 18,0% de la population française. En effet, 32,7% des laboratoires autorisés le sont dans cette région. L'activité déclarée de ces laboratoires représente 43,0% des caryotypes français et 37,7% des examens de génétique moléculaire. 38,5% des examens réalisés par puces (analyses pangénomiques) et rendus au prescripteur le sont en Île-de-France. Cette région offre 520 diagnostics qui ne sont proposés par aucun autre laboratoire sur le territoire national. En 2014, la technique de séquençage à haut débit aussi appelée séquençage de nouvelle génération (NGS) a été utilisée au moins une fois par 28 laboratoires d'Île-de-France (80 laboratoires au niveau national).

Les prélèvements voyageant et la génétique postnatale concernant le plus souvent des maladies rares, l'offre de soins s'analyse plutôt au niveau national qu'au niveau régional. Le plan « Médecine Génomique 2025 » prévoit la mise en place de douze plateformes de séquençage du génome humain à très haut débit sur l'ensemble du territoire.

Les activités de soins critiques : réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Les activités de soins critiques ont connu plusieurs évolutions depuis 2013. Si les structures de réanimation adulte se sont concentrées dans le cadre d'une réorganisation modérée, les évolutions sont plus marquées dans les domaines de la **surveillance continue pédiatrique** et dans la **prise en charge des AVC**.

- **En réanimation adulte, le SROS PRS 2013-2017 prévoyait une réorganisation modérée afin de renforcer la sécurité et la qualité des soins**

4 ans après l'arrêté du SROS :

- les réanimations de moins de 8 lits (12 en 2012) auront toutes disparu fin 2017,
- les sites de réanimation sans surveillance continue adossée (9 en 2012) ont également disparu sauf 1 (Saint-Louis qui le fera en 2017), ce qui confirme le mouvement d'articulation réanimations – unités de soins continus.

Au total, malgré la réduction du nombre de sites de réanimation adulte en raison d'opérations de regroupement, de 76 à **70 réanimations en 2016**, le nombre de lits est resté identique, soit **1150 lits**, y compris les lits pour la neurologie et la chirurgie cardiaque.

La réanimation est une spécialité leader dans l'organisation des pratiques (qualité/sécurité), l'évaluation des procédures (informatisation, registre de données) et la lutte contre les infections nosocomiales.

- **Dans le domaine de la pédiatrie, afin de compléter l'offre en réanimation, l'ARS a fait deux appels à projet pour créer des unités de surveillance continue pédiatrique pour une réponse graduée.**

Cette création d'unités de surveillance continue (USC) non adossées à des réanimations a permis d'apporter une réponse territoriale. Point fort du volet pédiatrique du SROS, ces USC permettent la prise en charge des enfants instables sur le plan clinique dans des services confrontés à d'importants volumes d'activité avec des enfants présentant des défaillances potentielles d'un ou plusieurs organes.

8 établissements (sur 35 postulants dans les 5 départements sans réanimation pédiatrique) ont été retenus suite à l'appel d'offres de l'ARS pour implanter ces USC enfants. Ces unités ont toutes été en mesure d'ouvrir avec les 4 lits correspondant au cahier des charges.

Au total, il existe **désormais 17 unités de surveillance continue pédiatrique en Île-de-France**, dont 10 ne sont pas adossées à une unité de réanimation pédiatrique.

- **En ce qui concerne les soins intensifs**, le nombre d'unités hors cardiologie et neurologie reste stable dans les diverses spécialités concernées²⁰. Le nombre **d'unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) passe de 52 en 2013 à 51 en 2015** après la fermeture de l'USIC du Val-de-Grâce.

Cependant, plusieurs extensions du nombre de lits dans des USIC de Paris, de l'Essonne et des Hauts-de-Seine ont bénéficié d'une reconnaissance contractuelle, portant le nombre de lits d'USIC de 503 en 2013 à **512 en 2016**.

Il faut enfin que 14 USIC sur 51 au total représentant 100 lits sont non adossées à des services de cardiologie interventionnelle.

- **Le SROS PRS 2013-2017 a fait de la prise en charge des AVC une priorité :**

Le plan d'action de l'Agence par rapport aux AVC comprend 4 grands volets :

- un accent spécifique mis sur la prévention
- la garantie pour chaque Francilien d'avoir accès à la filière de prise en charge des AVC, grâce aux 20 sites d'unité neuro vasculaire (UNV) répartis sur l'ensemble de la région (au moins une UNV par département) et 1 UNV pédiatrique régionale.
- l'organisation d'une réponse à l'urgence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24
- l'organisation en aval des soins de suite et de réadaptation et du retour du maintien au domicile.

On dénombre près de 20.000 séjours pour accidents vasculaires cérébraux annuels en Île-de-France.

Pour y faire face, le SROS – PRS 2013-2017 a développé **le volet prévention**, qui reste la meilleure stratégie pour réduire l'incidence et les conséquences de l'AVC : des **actions d'information**, comme l'organisation de la Journée mondiale de l'AVC 2015, et **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)** ont été mises en exergue : 8 programmes d'ETP sur les facteurs de risque vasculaire ont été développés et déclinés via les établissements et les réseaux de santé.

Parallèlement, le SROS s'est donné l'objectif d'une **prise en charge systématique des patients atteints d'un AVC dans des établissements disposant d'une UNV**. Cet objectif est aujourd'hui **atteint à 72%** (chiffres 2015 sur 18.500 AVC recensés), avec une augmentation de 19% pour les AVC entre 2013 (8.600) et 2015 (10.200) et de 6% pour les AIT²¹ (de 2.200 à 2.300).

Cette prise en charge est assurée grâce à un réseau de **21 UNV en Île-de-France** (7 à Paris, 1 dans le 77, 3 dans le 78, 2 dans le 91, 1 dans le 92, 2 dans le 93, 2 adulte et 1 pédiatrique dans le 94 et 2 dans le 95).

²⁰ Unités de soins intensifs (USI) hématologie = 20, dont 4 enfant ; USI néphrologie = 5 ; USI pneumologie = 7 ; USI hépato-gastro-entérologie = 3 ; USI dermatologie = 1 ; USI maladies infectieuses = 1

²¹ Un accident ischémique transitoire (AIT) est un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique à la suite duquel la circulation sanguine est rapidement rétablie et dont les symptômes disparaissent dans les 24 heures

Il faut également noter à ce chapitre que l'outil de télé-neurologie est déployé dans une soixantaine d'établissements de la région.

La réponse à l'urgence est organisée sur tous les sites d'UNV.

A ce jour, **7 établissements disposent d'une structure complète de prise en charge des AVC** (neurochirurgie, neuroradiologie et UNV) : il s'agit à Paris de l'hôpital Lariboisière, de la Salpêtrière, de Sainte-Anne et de Rothschild (FOR), de l'hôpital Foch dans les Hauts-de-Seine et de l'hôpital Bicêtre et de l'hôpital Henri Mondor dans le Val-de-Marne. Ces établissements participent à la permanence de soins (thrombectomie des infarctus cérébraux).

Pour les soins de suite et de réadaptation, le nombre de patients AVC admis en SSR a encore peu progressé (+ 2%); mais la prise en charge s'est spécialisée (+ 11, 5 % en SSR neurologique, + 5% en SSR gériatrique et – 19% en SSR polyvalent)

16 équipes mobiles SSR ont été créées permettant d'évaluer les patients AVC de retour au domicile. Des consultations pluridisciplinaires post-AVC ont été identifiées dans 20 filières AVC.

Néanmoins, l'organisation de la filière d'aval se heurte à la faible densité des neurologues en grande couronne²² et au déficit de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes de ville disponibles.

Les activités d'urgence

Le volume des activités d'urgence est toujours très soutenu : il y a eu environ **4 millions de passages aux urgences en 2015 en Île-de-France**, soit 20% de l'activité nationale.

La croissance d'activité est continue, avec une augmentation d'environ 30% sur les 10 dernières années, ce qui génère des **tensions de plus en plus importantes sur le personnel** médical et paramédical, avec à la clé des **problèmes d'attractivité des services** d'urgence, notamment pour les médecins, et surtout en pédiatrie.

Le SROS – PRS 2013-2017 se caractérise pour les urgences par une grande stabilité de l'offre : il existe en 2015 **89 sites d'urgence adulte** (sans changement par rapport à 2012) et **35 sites pédiatriques** (soit 3 sites supplémentaires par rapport à 2012), ce qui représente au total environ 20% de l'offre en France.

- **Le SROS – PRS 2013-2017 avait pour objectif de réorganiser la permanence des soins, et particulièrement la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)²³.**

²² Hormis Paris et les départements des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne, la densité des neurologues est inférieure à la moyenne nationale, avec une très faible attractivité de la grande couronne

²³ La permanence des soins se décompose en permanence des soins ambulatoires (PDSA) vu supra, et la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

La réorganisation de la PDES a concerné **16 spécialités**, essentiellement chirurgicales, et s'est articulée en 4 phases successives :

- 2011-2012 : réorganisation concernant les services de **chirurgie orthopédique et viscérale** des établissements franciliens : désormais **74 sites sur 89 assurent la 1^{ère} partie de nuit** (18h30-22h30) et **34 la nuit profonde** (22h30-8h30)
- 2012-2013 : réorganisation des **chirurgies dites de spécialité** (urologie, vasculaire, pédiatrique, ORL, ophtalmologie, main, odontologie) : la volonté a été de « re-territorialiser » en grande couronne des activités centralisées dans Paris intra-muros ; néanmoins, il a fallu tenir compte des niveaux d'activité souvent très faibles et des flux historiques toujours importants vers les centres à haute activité, situés au centre de la région
- 2013-2014 : mise en place début 2014 de l'organisation de la **neurochirurgie**, de la neuro-radio-interventionnelle (**NRI**) et de la **neuro-réanimation**
- 2015-2016 : organisation de la NRI dans le cadre de la prise en charge de l'AVC notamment.

Ces méthodes de réorganisation fondées sur la concertation avec les professionnels ont permis une **diminution de 20% du nombre de lignes de permanence de soins depuis 2010** (de 1425 à 1128 lignes), ce qui s'est traduit par une réduction de l'enveloppe PDES de l'ordre de 2,5% entre 2014 et 2016 et de plus de 3% entre 2014 et 2016, sans nuire à la qualité et à la sécurité des soins. Le nombre de lignes de PDS semble pouvoir être encore réduit aujourd'hui en raison d'un très faible nombre d'interventions.

- **En ce qui concerne les SAMU et les SMUR, l'orientation du SROS – PRS 2013-2017 visait la stabilité.**

Il existe 8 centres de réception et de régulation des appels (CRRA – centre 15) situés au sein des SAMU en Île-de-France : un par département, dont 4 situés à l'AP-HP.

Près de 4,3 millions d'appel ont été recensés en 2014, en augmentation de 1,5% par rapport à 2013.

Néanmoins, on constate un manque de visibilité sur les chiffres d'activité et surtout de fortes différences entre CRRA. La régulation AMU et PDSA devrait permettre d'obtenir **des indicateurs plus précis, notamment sur les flux en amont des urgences** (liens ville-hôpital, organisation du non-programmé en ville aux heures de la PDS) pour piloter l'activité de régulation de l'urgence et les réorganisations éventuelles (de l'hôpital vers la ville notamment) qui pourraient en résulter.

En ce qui concerne les SMUR, on constate une relative stabilité de l'activité, avec 10.000 sorties annuelles sur Paris et petite couronne. Des tensions sont toutefois à prévoir en termes de disponibilité de personnel médical et les SMUR pédiatriques restent fragiles.

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC)

L'incidence de l'IRC en Île-de-France est supérieure à la moyenne nationale (176 par million d'habitants en région contre 159 au niveau national). **23.000 patients** sont pris en charge par l'assurance maladie au titre des affections de longue durée (ALD) maladies rénales en 2014, avec une augmentation des insuffisants rénaux en phase de suppléance de 1,8% par an.

Dans plus de 50% des cas, les causes de l'IRC sont à rechercher dans l'hypertension artérielle (HTA), les facteurs de risque cardiovasculaires et le diabète. Un traitement adapté permettrait alors d'éviter l'IRC.

- **Face à ces constats, le SROS – PRS 2013-2017 avait pour objectifs :**
 - **de promouvoir une logique de parcours, en insistant particulièrement sur la prévention et le dépistage**
 - **d'adapter les modes de prise en charge en favorisant les alternatives à l'hémodialyse en centre lourd.**

Au titre de la prévention, compte tenu des diagnostics étiologiques principaux de l'IRC, le choix a été fait de mener conjointement la prévention et le dépistage. **Depuis 2015 un dépistage est organisé par l'ARS dans les établissements et centres de santé** en collaboration avec les associations de patients (AFD et FANIR) et les réseaux concernés. Ces campagnes se sont déroulées pendant les semaines du rein et du diabète : elles ont touché chaque année environ 6000 personnes et ont permis d'adresser à leur médecin traitant celles chez qui une anomalie était trouvée (près de 35% au total).

En termes d'organisation de l'offre, l'objectif a été que la soixantaine d'équipes existantes en Île-de-France dispose de toutes les modalités de dialyse afin de favoriser la diversification des prises en charge et la fluidité de passage d'une modalité à une autre selon l'état clinique et les besoins des patients :

- le nombre de **centres lourds d'hémodialyse est resté globalement stable**, avec **61 centres** autorisés
- le nombre d'**unités de dialyse médicalisée** a augmenté de 49 à **61 sites**, avec 12 autorisations d'ouverture accordées
- la **dialyse simple ou assistée** a également progressé avec 2 autorisations supplémentaires, soit **62 sites**
- les structures de **dialyse à domicile** sont passées **de 8 à 10**
- enfin les sites de **dialyse péritonéale** passent **de 30 à 31 sites**.

Afin de favoriser l'implication des patients dans la décision médicale partagée, le développement des modalités les plus autonomes et la fluidité des prises en charge, une expérimentation est en cours sur 6 territoires : il s'agit pour toutes les équipes de néphrologie d'un bassin de population de mettre des moyens en commun pour que tous les patients arrivant au stade de suppléance bénéficient d'une information sur la maladie rénale et tous les moyens de prise en charge en dialyse et greffe.

Il reste à ce chapitre la **question de la démographie médicale** : hors Paris, la densité de néphrologues est faible, voire très faible, et la part des médecins de plus de 60 ans est très importante, et la part de néphrologues ne participant pas aux soins est très importante... La spécialité étant très technique et filialisée, il a été décidé d'augmenter le nombre de néphrologues débutants la spécialité de 9 à 15 par an depuis 2014, ce qui complique encore le diagnostic démographique pour les années à venir

Le traitement du cancer

La lutte contre le cancer est une priorité majeure des politiques de santé publique et de recherche depuis le début des années 2000 et fait l'objet de plans nationaux successifs. Le PRS-1 et sa déclinaison s'intègrent fortement dans cette dynamique nationale. Le SROS comporte dans son volet cancer 10 objectifs s'intégrant autour des axes suivants : poursuite de la structuration de l'offre de prise en charge et de la mise en œuvre du dispositif qualitatif, efficience, amélioration du parcours. D'autres volets concourent également directement à l'amélioration du dispositif cancer (chirurgie ambulatoire, HAD, SSR, EML...). Les aspects prévention et dépistage sont développés dans le bilan du schéma régional de prévention.

Un dispositif de prise en charge très abouti

→ *Une bonne structuration de l'organisation de la prise en charge mais des fragilités persistantes*

La mise en œuvre des décrets de 2007 et des différents plans et schémas a eu un effet bénéfique sur la structuration de l'offre de soins, le déploiement de mesures transversales de qualité et des critères d'agrément de l'Inca.

Les principales avancées dans la région concernent la qualité et la sécurité des soins avec la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire, le déploiement du dispositif d'annonce, le développement des soins de support, des infrastructures permettant la préparation des médicaments anticancéreux injectables dans des conditions adaptées ou encore le développement de la médecine personnalisée avec l'accès aux plateformes moléculaires.

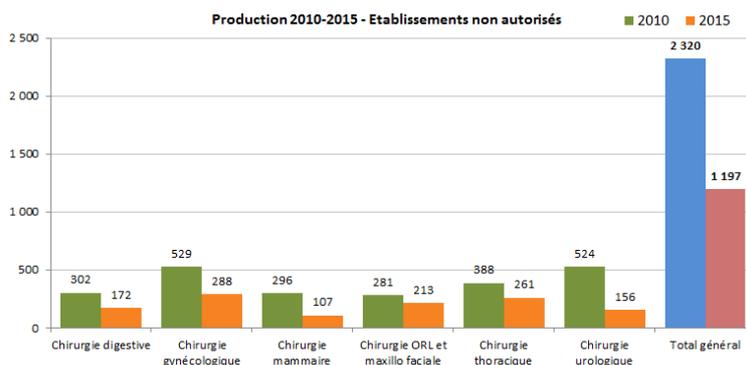
- L'offre de soins est plus structurée pour l'ensemble des modalités. La période du PRS-1 a été notamment marquée par une politique volontariste et l'accompagnement des coopérations et des recompositions. Ces travaux ont abouti à plus de 10% de retraits d'autorisation (tableau...), afin de mettre en conformité les sites d'activité, s'agissant notamment de l'offre de chirurgie des cancers et de radiothérapie externe. A noter en 2010, 25% des centres de radiothérapie en non-conformité ; En 2016, les 26 centres en activité sont conformes et le retard technologique de la région est rattrapé (RCMI, stéréotaxie).

Tableau évolution de l'offre concernant l'activité de traitement du cancer :

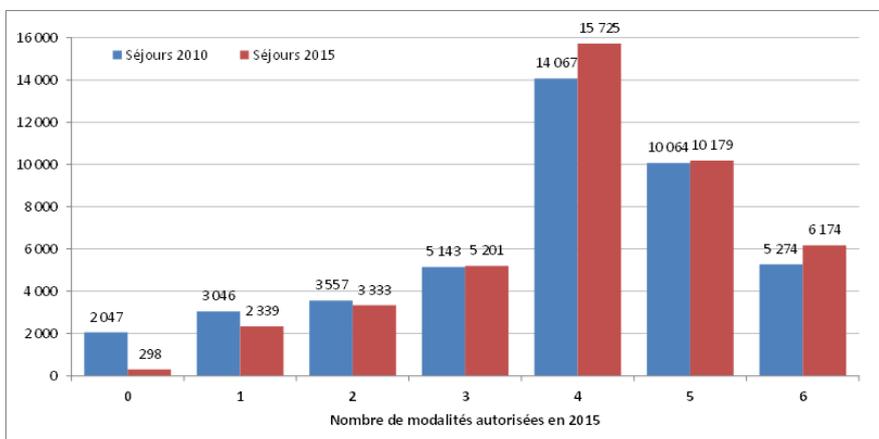
	Nombre d'autorisations		
	2009	04/2016	
Chir. digestif	109	96	-12%
Chir. gynéco	63	53	-15%
Chir. sein	89	74	-16%
Chir. ORL-MF	53	40	-24%
Chir. thorax	22	19	-13%
Chir. Uro	86	69	-20%

	Nombre d'autorisations		
	2009	04/2016	
Chimiothérapie	93	84	- 9%
Radiothérapie externe	29*	26*	- 10%
Curiethérapie BD	13	8	- 38%
HD	8	8	-
DP	5	4	- 20%
Sources non scellées	16	13	- 18%

- Les effets de ces évolutions ont été mesurés :
 - L'activité dans les établissements non autorisés a fortement baissé, l'activité résiduelle s'expliquant essentiellement par les urgences et les diagnostics incidents

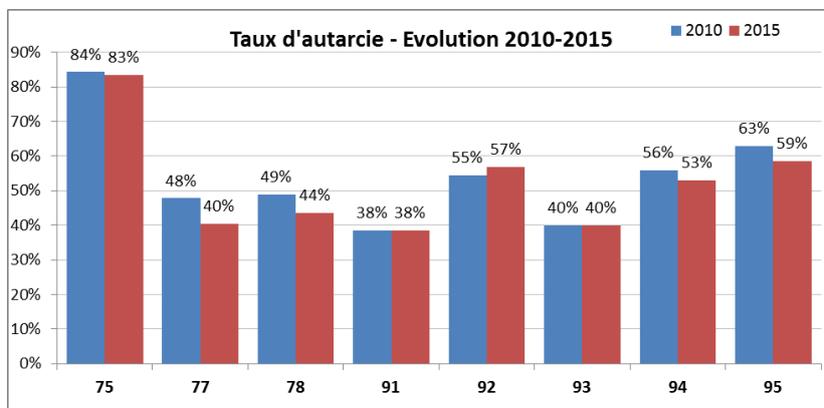


- Les établissements présentant le plus grand nombre de modalités chirurgicales autorisées ont vu leur place confortée :

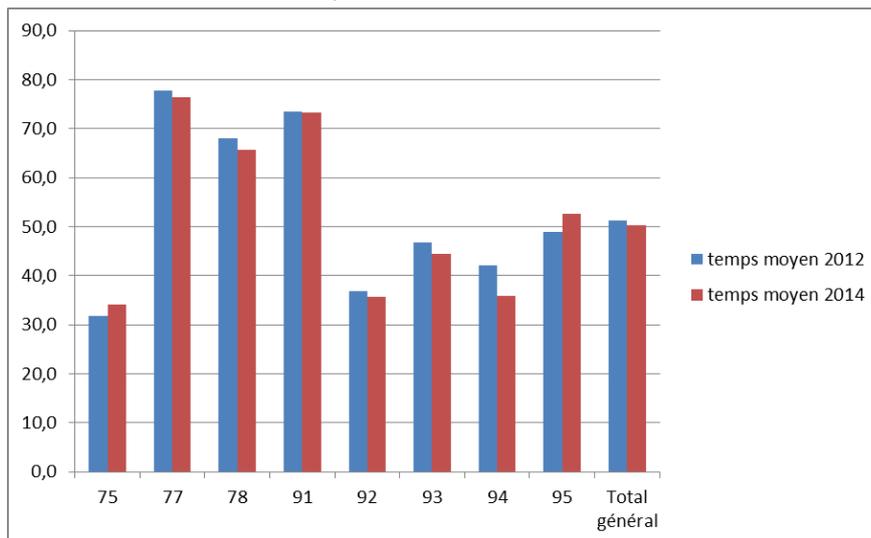


En conséquence, l'activité des établissements réalisant plus de 1000 séjours par an a augmenté de 2,5% entre 2010 et 2015 et celle des établissements réalisant entre 500 et 1000 séjours de 8,1% pendant que celle des établissements réalisant entre 200 et 500 séjours baissant de 3,2%, et celle des établissements réalisant moins de 100 séjours de plus de 40%.

- Dans les territoires, le taux d'autarcie a baissé pour la Seine-et-Marne, les Yvelines, le Val-de-Marne et le Val d'Oise (le taux d'autarcie est la part de séjour qui se déroule dans le même département que le département de résidence).



- L'évolution des temps moyen (en minutes) de déplacement (voiture) des patients en fonction de leur département de résidence est restée stable :



- **Cependant, ce dispositif reste fragile dans certains territoires** au regard notamment :

- du niveau d'activité, environ 10 % des autorisations des chirurgies soumises à seuil ont un niveau d'activité proche du seuil réglementaire,
- de la taille des équipes,
- d'activités parfois isolées.

Devant les fragilités, les implantations disponibles au schéma ont été retirées lors de la révision du SROS-PRS intervenue en mars 2015. Les créations d'activité ne peuvent intervenir que dans le cadre de recompositions de l'offre existante.

→ **Des mesures d'efficience :**

Les programmes d'amélioration des organisations en lien avec la cancérologie depuis 2010 sont les suivants :

- Développement de la chirurgie ambulatoire : pour les mastectomies partielles 6% en 2010, 20% en 2014.
- Organisation des hôpitaux de jour de chimiothérapie (anticipation, programmation) : 20 établissements accompagnés au sein de la région
- Centralisation des préparations et organisation des sous-traitances pour les petites activités : La sécurité des traitements a conduit à préconiser la centralisation des préparations de chimiothérapie : 84 établissements de santé ont une unité de préparation des médicaments anticancéreux autorisée et 21 établissements confient la réalisation des préparations à un autre établissement dans le cadre d'une convention autorisée par l'ARS.
- Télémédecine : projet Telepathologie qui comporte deux volets, téléexpertise (accès des lames numérisées pour un deuxième avis) et téléextemporané (diagnostic extemporané sans déplacement de l'anatomopathologiste) ; Applichimio, projet de télésurveillance dans le cadre des traitements par chimiothérapie orale au domicile du patient ; projet TERR-eSANTÉ avec mise en place d'un parcours oncologique avec des outils de e-santé, de coordination et d'échange entre les acteurs couvrant la prévention (dépistage du cancer du sein) et le suivi de la prise en charge.

→ **Une amélioration des parcours**

La période du premier PRS est également marquée par :

- Le déploiement territorial des 5 unités de coordination en oncogériatrie (UCOG). Celui-ci accompagne la prise en compte des besoins spécifiques liés à l'âge et le développement des prises en charges adaptées aux personnes atteintes de cancer. Cependant, les fragilités liées au grand âge doivent être systématiquement recherchées et prises en compte.

- L'organisation de la prise en charge en cancéropédiatrie, d'ores et déjà structurée, a été renforcée par le déploiement de l'organisation régionale oncopédiatrie (CANPEDIF)
- Les établissements développent des accueils avec des circuits courts permettant un diagnostic dans de meilleurs délais. L'accès à l'imagerie et notamment au TEP et à l'IRM est renforcé afin de réduire les délais de prise en charge (révision du SROS).
- La démographie médicale n'est pas sous tension extrême. Les effectifs en formation sont préservés et la région est attractive.
- L'accès à l'innovation thérapeutique s'améliore. Le soutien à la recherche clinique a permis d'augmenter le nombre de patients inclus dans les essais cliniques illustré par la validation de plusieurs conventions de GCS. Le développement des techniques les plus récentes progresse et de nouveaux schémas thérapeutiques sont testés.
- La coordination des parcours des patients en situation complexe (couverture de toute la région par des réseaux plurithématiques), la mise en place d'IDE de coordination en cancérologie (8 sites expérimentateurs dans l'AAP national)
- La gradation des parcours avec l'accès aux SSR établissements associés en cancérologie et le développement de l'HAD (chimiothérapie, soins palliatifs)

Les axes d'amélioration

Les enjeux liés à une information articulée autour des besoins des patients et des professionnels sont conditionnés par :

- Le programme personnalisé de soins doit être systématiquement établi de même que le programme personnalisé de l'après-cancer.
- Le dossier communicant de cancérologie et un dossier médical permettant un suivi conjoint doivent être déployés.
- Le service régional d'information en santé doit être mis en œuvre.

S'agissant des parcours, les réflexions initiées sont :

- L'entrée dans la prise en charge doit être facilitée et les établissements doivent s'engager sur les délais d'accès aux différentes modalités.
- L'organisation de l'anatomo-cyto-pathologie et l'accès à la génétique moléculaire
- La démarche palliative doit être plus anticipée. L'introduction des soins palliatifs dans la prise en charge est souvent tardive (18 jours entre la demande d'intervention de l'équipe mobile et le décès).

Une prospective à ancrer sur les territoires

Le défi des années futures sera de conjuguer d'une part des prises en charge de plus en plus individualisées et personnalisées liées au déploiement des thérapies ciblées, des traitements plus ambulatoires tournés vers la ville, et d'autre part, du fait des évolutions thérapeutiques et des progrès, l'émergence d'une population de personnes qui vivent avec la maladie et donc le développement des maladies chroniques et la multiplication des patients de plus en plus « complexes » du fait de leur âge et des comorbidités. Or, les besoins en rapport avec ces évolutions nécessitent dans le premier cas, une hyperspécialisation de la prise en charge avec un plateau technique adapté et le déploiement de suivis coordonnés ville-hôpital avec accès facilité et garanti à l'expertise, dans le deuxième cas, la nécessaire synthèse autour de la complexité du cas nécessitant une approche pluridisciplinaire élargie et une coordination accrue pour les prises en charge en ville.

Au regard de ces constats et concernant la région Île-de-France, les perspectives sont :

- Le suivi et la mise en œuvre de mesures déjà prévues, qui n'ont pas atteints leurs objectifs alors qu'elles restent pertinentes et notamment la mise en place d'un service régional d'information en santé, du DCC et du DMP, d'une organisation lisible de l'accès au recours et à l'innovation, la structuration de l'organisation de l'ACP en lien avec la génétique moléculaire, le suivi à long terme, l'amélioration de l'accès aux soins de support et aux soins palliatifs, le développement des actions de prévention tertiaire.
- La réactivation nette des actions de prévention primaire, insuffisamment mises en avant (ex du tabagisme des jeunes et des femmes, alcool, environnement).
- Des actions clairement ciblées et prioritaires (y compris concernant diffusion des innovations) visant la réduction des ISS.
- L'amélioration de la coordination des acteurs (notamment avec la prévention et le dépistage), l'intégration des étapes tout au long du parcours de santé jusqu'à une meilleure articulation ville-hôpital, la mise en place d'une prise en charge plus graduée, afin de répondre au mieux à l'évolution des prises en charges au sein des territoires avec le développement notamment de l'ambulatoire.
- La prise en compte des spécificités des populations et notamment, du fait des évolutions démographiques le grand âge, et, de sa faible structuration les adolescents jeunes adultes.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

Le SROS – PRS 2013-2017 a poursuivi 4 grands objectifs dans le domaine des soins de suite et de réadaptation :

- **l'évolution des organisations et des pratiques** pour améliorer les parcours de soins
- **la résolution des parcours bloqués** ou complexes pour les 15% à 20% de patients lourds ou complexes pour lesquels une sortie de MCO est impossible faute de place en SSR

- la mise en place d'**alternatives à l'hospitalisation complète** en développant l'hospitalisation de jour ou de nuit, l'hospitalisation à domicile et la création d'équipes mobiles de SSR
- la **fluidification des filières de prise en charge**, en particulier la filière neurologique et les AVC.

- Au chapitre de **l'évolution des organisations et des pratiques**,

- des **centres ressources** ont été reconnus contractuellement au sein des SSR jusqu'ici « non spécialisés » :
 - pour les adultes, en ce qui concerne le système locomoteur, le système nerveux, la gériatrie et les conduites addictives notamment,
 - pour les enfants : le locomoteur, le système nerveux, la nutrition parentérale, le polyhandicap, l'obésité, le respiratoire et le cardio-vasculaire.
- Des programmes d'**éducation thérapeutique du patient (ETP)** ont également été validés au sein des établissements de SSR.

- En ce qui concerne les « **parcours bloqués** », l'organisation de l'amont et de l'aval du SSR pour les patients lourds a conduit à identifier :

- en amont, **8 services de réadaptation post réanimation (SRPR)** : 7 services adulte et 1 service pédiatrique, soit un total de 96 lits (36 lits à orientation **pneumologique**, 48 lits à orientation **neurologique**, 12 lits pédiatriques) dont 64 sont déjà ouverts, permettant de faire sortir des patients des services de réanimation
- en aval, **4 à 5 unités de soins prolongés complexes (USPC)** sont envisagées pour les patients qui n'ont plus de possibilité de progression, suite à un appel à candidatures, prévu pour le premier semestre 2017.

- **Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète** s'est traduite par la création de places d'hospitalisation partielle de jour ou de nuit jusqu'en 2015. A partir de 2016, dans le cadre de la réunion du SROS de mars 2015, ce mouvement se poursuit avec la condition supplémentaire de substitution de lits d'HC pour ouvrir des places d'HP. 91 nouvelles implantations d'hôpital de jour adultes et 5 pédiatriques, ce qui porte leur nombre à **114 en 2016 pour le secteur Adultes et 17 pour le pédiatrique**.

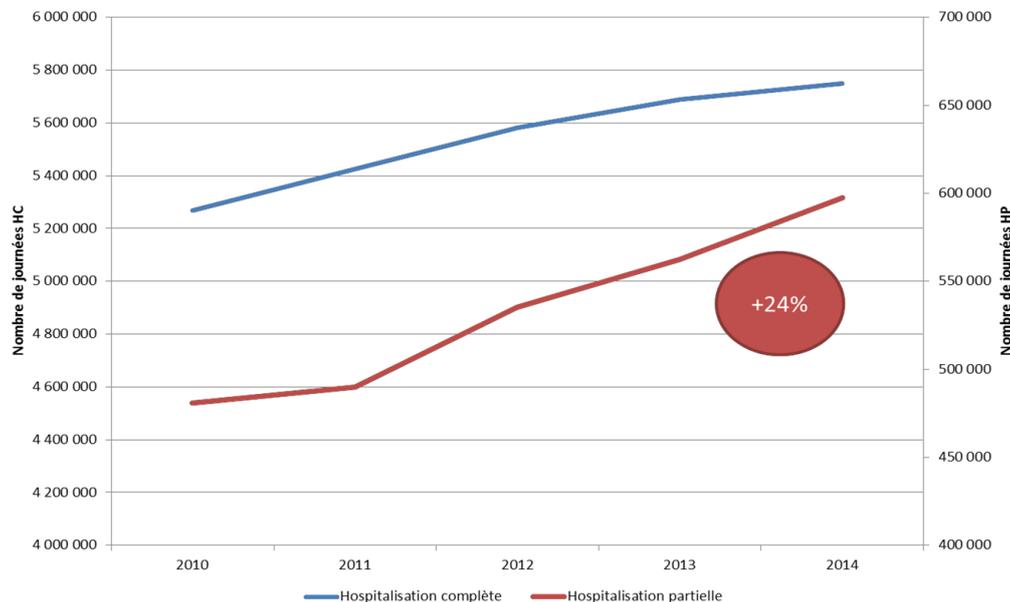
Le nombre de SRR d'hospitalisation complète reste pour sa part stable à 198 unités sur la région, contre 196 en 2012.

Parallèlement, le développement de l'HAD en SSR s'est développé grâce à un système d'autorisation d'HAD polyvalentes, incluant dans leur offre la présence d'un service de soins et de réadaptation.

- Enfin, dans le domaine de la **neurologie**,

- **5 équipes mobiles SSR** ont été créées pour évaluer les patients AVC de retour au domicile ; 3 autres sont prévus en 2016.
- Des consultations pluridisciplinaires post-AVC ont été identifiées dans les filières AVC dont 7 dans des services SSR.

Nb de journées SSR selon le type d'hospitalisation 2010-2014



Les activités de psychiatrie

Le volet psychiatrique du SROS – PRS 2013-2017 regroupe plusieurs objectifs répartis selon 10 axes stratégiques, recoupant largement les objectifs du Plan national « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ».

7 axes ont été investis portant respectivement sur :

- **L'accessibilité des soins et la lisibilité de la gradation des soins**
La question de l'accessibilité des centres médico-psychologiques (CMP) a notamment été identifiée au sein des CPOM avec les établissements et fait l'objet de chantiers d'amélioration dans chaque territoire de santé.
L'accent a été mis sur le renforcement de l'offre ambulatoire. Seule la pédopsychiatrie a vu ses capacités d'hospitalisation croître significativement en particulier pour les adolescents. L'offre en direction des personnes âgées a aussi été structurée (centre ressource régional et équipes mobiles)
- **La réduction des inégalités inter-régionales d'accès aux soins**
Le financement des établissements par le biais des dotations annuelles de financement (DAF) a été préférentiellement dirigé vers les territoires prioritaires (77/93/95) ; des opérations immobilières de relocalisation ont été réalisées dans l'Essonne et en Seine-Saint-Denis (avec la création d'un site de pédopsychiatrie à Montreuil notamment) ou vont l'être dans les Hauts-de-Seine et à Paris.
- **Le circuit de l'urgence**

Le chantier « suivi des urgences psychiatriques » a mobilisé les SAMU, les médecins généralistes participant à la PDSA, des représentants des usagers et des psychiatres pour **harmoniser les pratiques d'intervention** notamment, et définir la graduation de la réponse à l'urgence, du CMP au Centre d'Accueil et de Crise (CAC).

- **L'accès aux soins somatiques pour les malades psychiques**
11 établissements ont été accompagnés pour renforcer leur dispositif interne de soins somatiques dans le cadre des CPOM.
- **La réhabilitation psycho-sociale**
L'accès et le maintien dans le logement en est l'un des fils conducteurs de la politique de réhabilitation psycho-sociale : il s'est développé soit par collaboration entre la psychiatrie institutionnelle et les acteurs locaux (dans le cadre des conseils locaux de santé mentale - CLSM -), soit par création de projets sanitaires, comme l'ouverture d'appartements thérapeutiques.

Les unités de soins de longue durée (USLD)

3 objectifs stratégiques ont animé le volet USLD du SROS :

- la garantie de **l'accessibilité géographique et financière** des unités
 - la **mise aux normes** et la modernisation des unités
 - l'amélioration de la **qualité de la prise en soins et du parcours des malades**.
- **Concernant les deux premiers volets**, la volonté de maintenir les capacités régionales s'est illustrée par de **nouvelles implantations autorisées dans le 92 et le 95** et une **restructuration de l'offre** dans le cadre des renouvellements d'autorisation.

On compte en Île-de-France **57 sites d'USLD en 2016 pour 4973 places installées** contre 55 sites et 5304 places installées en 2012.

En août 2016, **22 renouvellements d'autorisation** ont été accordés (grâce à l'autorisation exceptionnelle pour 7 sites d'un seuil de 25% de chambres à 2 lits, contre 10% selon les normes). Parallèlement, **11 injonctions de mise aux normes** auprès de 9 établissements de santé ont abouti à engager des travaux importants dans 9 sites et à l'arrêt d'activité dans 2 sites (Orsay et Nemours), ce qui explique la diminution temporaire du nombre de places installées.

De même, l'ARS a veillé à **préserver le nombre de places d'USLD à l'AP-HP** (2650 places) et 4 opérations majeures de rénovation ont fait l'objet d'aides à l'investissement (Sainte-Périne, Paul Brousse, Emile Roux, La Collégiale).

- Sur le volet l'amélioration de la qualité de la prise en soins et du parcours des malades, l'effort a porté sur 2 aspects, le processus de **labellisation des 32 filières gériatriques** (pour un montant de 1,4 m€ sur le Fonds d'intervention régional - FIR) et l'engagement pour les opérateurs d'augmenter la proportion de patients ayant besoin de soins médicaux techniques importants (SMTI).

Cette politique a abouti aux résultats suivants : l'activité des USLD correspond à un taux moyen d'occupation de 93% pour une DMS moyenne de 697 jours (moins de 2 ans). Pour l'AP-HP, la DMS est de 944 jours (2 ans et 214 jours).

A noter l'autorisation de **19 unités d'hébergement renforcées (UHR) pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** avec des troubles sévères du comportement, ainsi que l'intervention auprès des patients en USLD relevant de **soins palliatifs** d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) dans 94% des cas, et d'un réseau de soins palliatifs dans 84% des cas.

Enfin, le projet d'unités de soins prolongés complexes (USPC) est en cours de concrétisation afin d'améliorer la qualité des soins pour des personnes ayant des besoins spécifiques (post AVC notamment)²⁴.

Les activités de soins palliatifs

3 grands axes d'intervention ont été définis dans le volet soins palliatifs du SROS :

- améliorer l'offre dans le cadre d'une **structuration des filières** de prise en charge
- améliorer la **qualité** de la prise en charge (culture palliative, clarification des rôles, renforcement des EMSP et des LISP)
- améliorer les **parcours de soins** des patients au sein du dispositif (soins palliatifs à domicile et en établissements médico-sociaux, hospitalisations évitables).

- **L'amélioration de l'offre** s'est concrétisée dans tous les domaines de la prise en charge palliative.

La création de **4 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)** porte à **74** le nombre actuel d'**EMSP en Île-de-France**.

Sept implantations supplémentaires de lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein des établissements portent à **98** le nombre de sites comprenant des **LISP** en Île-de-France.

Enfin, la création de **4 Unités de soins palliatifs (USP)** au sein des établissements franciliens porte leur nombre à **29 USP dans la région**.

A côté des dispositifs hospitaliers, la structuration de l'offre s'est appuyée sur la **prise en charge à domicile** des patients par les **20 réseaux de soins palliatifs**, répartis sur l'ensemble du territoire régional (réseaux de santé soins palliatifs exclusifs, ou tri-thématiques avec gériatrie et cancer). Il faut également noter **l'augmentation régulière du nombre de places en HAD** consacrées aux soins palliatifs (2^{ème} mode de prise en charge en HAD après les pansements complexes et avant les soins de nursing lourds). 7 HAD sur les 14 franciliennes assurent la prise en charge en soins palliatifs.

- Le volet qualité a consisté à améliorer la diffusion de la culture palliative, notamment grâce et via les équipes mobiles (EMSP), malgré les **difficultés de recrutement de personnels médicaux et paramédicaux**, particulièrement en grande couronne.

²⁴ Cf. le chapitre sur les activités de SSR *supra*.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge a également conduit à **optimiser le fonctionnement des LISP** : Dès que possible l'Agence a demandé le regroupement des LISP au sein d'unité de 4 lits. Les nouvelles implantations accordées respectant cette règle afin de permettre un renfort en personnel et la mise en place de référents médicaux et paramédicaux.

Il a été systématiquement inclus dans les CPOM des établissements des objectifs sur la prise en charge palliative accompagnant les objectifs fixés en cancérologie.

- Au titre des **parcours de soins**, l'objectif était d'éviter les déplacements de patients en soins palliatifs dans les SAU (soit lors de la fin de vie, soit lors d'épisodes sans gravité ou pouvant être pris en charge autrement), et parallèlement de renforcer la prise en charge à domicile ou en EHPAD. La mise en œuvre de ce volet se heurte néanmoins à la **diminution du nombre de professionnels de soins palliatifs** et de médecins installés en ville assurant les visites à domicile. Dans la mesure du possible pour assurer le décroisement ville hôpital et améliorer les parcours de soins, les postes médicaux partagés XX de soins palliatifs et EMSP sont encouragés.

Les activités de greffes d'organes ou de cellules hématopoïétiques relecture et corrections apportées

L'activité de greffe est soutenue en Île-de-France quels que soient les organes concernés, et les **prélèvements et les greffes sont en augmentation en 2015**.

- **En ce qui concerne le rein**, le nombre de greffes rénales est de 700 à 800 par an soit 64 par million d'habitants (ce qui fait de l'Île-de-France la 1ère région proportionnellement au nombre d'habitants). Toutefois, le nombre de nouveaux inscrits est le plus élevé au niveau national),

Cette attente est actuellement trop longue, la comparaison inter-régions faisant au détriment de l'Île-de-France, et le nombre de patients en liste d'attente augmente. Malgré l'activité des équipes dont le taux de greffes par million d'habitants est de 147 pour un taux national de 52.4.

7 sites sont autorisés pour les greffes rénales **adultes**, **2 sites pour les greffes pédiatriques**

- **En ce qui concerne le foie**, on note la diminution du nombre de sites de transplantation hépatique dans Paris intra-muros : il existe actuellement **4 sites de transplantation adulte** et **2 sites pédiatriques**, ce qui est conforme aux objectifs et prévisions du SROS – PRS 2013-2017.
- **Pour les transplantations cardiaques**, le nombre de greffes est de 9.2 d, par million d'habitants domicilié en Ile de France, ce qui place l'Île-de-France parmi les régions les plus actives avec le Centre, l'Auvergne et l'Alsace.

4 sites sont autorisés pour les greffes cardiaques **adulte**, **1 site pour les greffes pédiatriques** et **un site polyvalent** adulte – enfant.

- **Pour les autres organes**, les autorisations ont peu changé par rapport à 2012 :
 - Pour le pancréas : passage de 3 à 2 sites adulte et 1 site pédiatrique
 - Pour rein/pancréas : passage de 2 à 3 sites adulte
 - Pour l'intestin : 1 site adulte et 1 site pédiatrique
 - Pour le poumon : 2 sites adulte et 2 sites polyvalents adulte et pédiatrique
 - Pour cœur/poumon : 1 site adulte et 2 sites polyvalents adulte et pédiatrique.
- Le nombre de sites autorisés à pratiquer des **prélèvements d'organes** est passé de 27 à **32 dans le cadre du SROS – PRS 2013-2017**, celui des **prélèvements de tissus** est passé à **44**, et celui des prélèvements de **cellules hématopoïétiques** à **24** (contre 15 en 2012).

De manière générale, **la démographie des préleveurs et des greffeurs est en diminution**. La formation des chirurgiens reste non formalisée.

Le suivi des greffes entraîne des charges de travail qui deviennent souvent intolérables pour les équipes. Au total, il existe des **contraintes démographiques lourdes au sein des équipes** de transplantation.

Par ailleurs, on remarque, en ce qui concerne aussi bien les prélèvements d'organes que les bilans pré-greffes, que **les pratiques sont inhomogènes et la coordination inter-centres est perfectible**.

Enfin, il est avéré qu'il ne peut y avoir d'activité de transplantation sans le soutien fort de l'ensemble du site hospitalier concerné.

Le traitement des grands brûlés

L'activité des établissements prenant en charge les grands brûlés est relativement stable : 1539 séjours en 2015, dont 614 adultes et 925 enfants (contre 1659 séjours en 2014 dont 724 adultes et 935 enfants). La faiblesse des données épidémiologiques sur les causes des brûlures dans la région constitue un frein à un développement plus ciblé de la prévention.

La région possède **2 centres de traitement des grands brûlés pour adultes** :

- l'un à Saint-Louis avec 15 lits spécialisés dont 6 chambres lourdes de réanimation
- l'autre à l'hôpital militaire de Percy avec 16 lits (en cours de travaux)

Cette offre est inchangée depuis 2013.

En pédiatrie, il existe un Centre à Trousseau, avec 10 lits de réanimation et 10 lits de chirurgie plastique spécialisée.

En **soins de suite**, il existe un centre très spécialisé à **Coubert** (77) et un centre reconnu ouvert début 2015 avec une spécialité gériatrique à l'hôpital Rothschild (Paris 12). Le centre de **Bullion** dans les Yvelines accueille les enfants.

Les soins bucco-dentaires

La situation sanitaire bucco-dentaire n'est pas satisfaisante. 46% des franciliens renonceraient à des soins odontologiques pour des raisons financières, l'ARS n'a aucun levier pour réfléchir cet état que relève le CNAMTS et des praticiens libéraux dans le cadre des négociations conventionnelles

Dans le domaine de compétence de l'ARS, il a été constaté que **l'offre de soins est insuffisante** sur tous les plans, tant en termes quantitatifs, avec la diminution de 6,5% du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux sur la période 2012 – 2015 et le manque de moyens des services de stomatologie des hôpitaux de la grande couronne, qu'en termes qualitatifs, comme l'a révélé le rapport de l'IGAS remis en 2013 sur l'organisation et les soins dentaires aux enfants.

Face à cette situation, le SROS – PRS 2013-2017 a défini 3 grands objectifs :

- Favoriser la **prévention**
- Favoriser les **soins de 1^{er} recours** et réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins bucco-dentaires
- Mettre en place une prise en charge de la santé bucco-dentaire des **personnes à besoins spécifiques**.

- Lancée dès 2011, avant la publication du SROS – PRS 2013-2017, la **prévention bucco-dentaire** a visé des publics spécifiques comme **les enfants, les personnes âgées et handicapées, et les publics précaires**.

35 actions ont été financées dans ce cadre auprès d'une trentaine d'opérateurs et portant sur des programmes multiples, plus particulièrement à destination des **enfants**.

Vis-à-vis des personnes âgées, une action de formation des acteurs médico-sociaux à la santé bucco-dentaire a été menée dans les EHPAD dans le cadre de la « certification nutrition » de ces établissements. Destinée aussi bien aux médecins coordonnateurs, qu'aux aides-soignants ou au auxiliaires de vie, cette formation a permis de généraliser la **fonction de « référent hygiène et santé orale » dans les établissements pour personnes âgées**.

Une expérimentation de même nature est en cours auprès des personnels des **maisons d'accueil pour personnes handicapées**.

- **En ce qui concerne les soins de 1^{er} recours**, en dépit du peu de moyens dont dispose l'ARS pour réguler et harmoniser l'installation des praticiens libéraux, des actions de soutien ont pu être menées **dans le cadre de l'accompagnement des structures d'exercice collectif**, comme les maisons ou les centres de santé. Les **contrats d'engagement de service public (CESP)** ont également rencontré un réel succès auprès des étudiants d'odontologie²⁵.

²⁵ Cf. sur ces points dans le volet ambulatoire du SROS, les chapitres consacrés à l'installation des professionnels de santé libéraux et à l'accompagnement des structures d'exercice collectif.

- Quant à l'action auprès des **personnes ayant des besoins spécifiques**, plusieurs réalisations sont à mentionner :
 - **4 permanences d'accès aux soins de santé odontologiques** (PASS odontologiques) ont été créées :
 - 2 à l'AP-HP, à l'hôpital Albert-Chenevier à Créteil, et à l'hôpital Louis-Mourier à Colombes : cette 2^{ème} PASS a été renforcée en 2015 pour accueillir les enfants précaires
 - 2 PASS odonto-psychiatrique, l'une au CHS de Ville-Evrard, opérationnelle depuis 2015, l'autre en cours de montée en charge à l'hôpital Sainte-Anne.
 - En direction des **personnes handicapées**, L'Agence assure le financement du **réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Île-de-France (RHAPSOD'IF)**, qui centralise les adresses de professionnels assurant les soins dentaires aux personnes handicapées et oriente ces dernières en fonction de leurs besoins et de la nature de leur handicap.
 - Enfin, l'Agence assure le financement de plusieurs expérimentations visant à la réalisation de **soins et de réhabilitation bucco-dentaire chez des personnes âgées dépendantes** (REGIE 95 dans le Val d'Oise et APPOLINE dans l'Essonne), ou de **téléconsultation bucco-dentaire** (APPOLINE).
 - Pour les personnes sous-main de justice, l'Agence soutient la réalisation d'un bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée en détention des personnes.

Les soins aux personnes détenues

L'Île-de-France est la première région pénitentiaire de France, avec 12 établissements pénitentiaires répartis sur l'ensemble de la région, près de 9.000 places installées, et une surpopulation carcérale atteignant le chiffre de 13.833 personnes écrouées au 9 janvier 2017, certains établissements présentant des taux d'occupation dépassant les 200%.

La situation sanitaire dans les prisons est particulièrement préoccupante :

- La mortalité par suicide des détenus est 7 fois plus élevée que celle des personnes libres âgées de 15 ans à 59 ans (21 suicides en 2015) et les tentatives de suicide augmentent : 387 en 2015, contre 312 en 2014
- La prévalence de certaines pathologies est très élevée : de 4 à 5 fois plus de personnes infectées par le VIH ou le VHC, incidence de la tuberculose 10 fois plus élevée, nombre de pathologies psychiatriques 20 fois plus élevé
- Le quart des entrants en prison déclare une consommation de substances psychoactives et 30% présentent une consommation excessive d'alcool.

L'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues est spécifique :

- Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (US) pour les soins, la prévention et la promotion de la santé, dépendant d'un hôpital de rattachement : les 10 centres hospitaliers franciliens de rattachement disposent de chambres sécurisées²⁶ permettant de prendre en charge les hospitalisations urgentes et de courte durée (inférieure à 48 heures)
- Pour les hospitalisations de plus de 48 heures, il existe une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de 25 lits, située à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (médecine et chirurgie), et l'Etablissement Public National de Santé de Fresnes (EPNSF) qui assure des hospitalisations de court séjour, de soins de suite et de réadaptation (80 lits)
- Les soins psychiatriques sont assurés par des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) à Fleury, Fresnes et Bois-d'Arcy (environ 60% des détenus) ; pour les 9 autres établissements, une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmier), rattachée à un secteur de psychiatrie générale de l'hôpital de proximité, assure des consultations ; une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)²⁷ de 60 places implantés à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif complète le dispositif psychiatrique.

Dans ce contexte, largement dépendant de la collaboration avec les services de la Justice, les orientations du SROS – PRS 2013-2017 se sont déclinées selon 3 axes essentiels :

- La réorganisation de l'offre de soins et son adaptation à la situation des personnes détenues
 - La prévention, la promotion de la santé et l'éducation à la santé
 - L'organisation de parcours de santé afin de prévenir les ruptures de soins entre l'entrée et la sortie de détention
- Les principales réalisations **concernant l'offre de soins** sont **l'installation d'un scanner à l'EPNSF, la création de 3 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Fleury (plus d'un tiers des détenus franciliens, au sein de l'établissement pour mineurs de Porcheville, et au centre pénitentiaire de Réau, ainsi que l'extension des actes de télémedecine au sein des établissements pénitentiaires et le lancement de la recherche action à la maison d'arrêt de Villepinte avec l'outil serious game.**
 - **Sur le plan de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé, de multiples questions** (nature des locaux, déficit en personnel soignant et pénitentiaire, niveau de coopération entre les unités sanitaires et les établissements pénitentiaires, problèmes de sécurité, etc.) **rendent difficile le déploiement d'actions et surtout leur évaluation.** L'établissement d'un bilan précis et détaillé conditionnera les modalités et les possibilités réelles d'action pour l'Agence dans le cadre du prochain schéma régional de santé.

La tenue de la 1^{ère} **réunion de la Commission Santé Justice en avril 2015**, prévue par les textes réglementaires, a permis de s'accorder sur le lancement d'un programme de travail régional transversal. Ce programme constitue un point d'appui pour améliorer les problématiques générales de la santé des personnes détenues.

²⁶ 10 chambres sécurisées sont opérationnelles en 2016 ; 7 sont en réflexion ou en projet

²⁷ Il existe 8 UHSA sur l'ensemble du territoire national

- Sur l'organisation des parcours et la prévention des ruptures de soins, le projet « parcours VHC », conçu par l'unité de recherche clinique de l'hôpital Henri-Mondor avec l'appui de l'Agence, se met en place dans les 12 unités sanitaires des établissements pénitentiaires afin d'améliorer le continuum de la prise en charge des personnes détenues infectées par le virus de l'hépatite C : **entre 600 et 800 personnes** sont potentiellement concernées.

Les équipements matériels lourds

La France se singularise au sein des pays de l'OCDE, d'un côté, par une production numérique importante d'actes d'imagerie, que ce soit en nombre d'examens d'IRM (91 actes pour 1.000 habitants, soit la 3^{ème} place après la Turquie et les Etats-Unis) ou en nombre d'actes de scanners (193 pour 1.000 habitants, 3^{ème} place après les Etats-Unis et le Luxembourg), et de l'autre côté, par un nombre limité d'appareils d'imagerie : 9,4 IRM par million d'habitants (pour une moyenne OCDE de 14,1) et 14,5 scanners par million d'habitants (pour une moyenne OCDE de 24,4)²⁸.

La situation de l'Île-de-France ne fait pas exception dans ce contexte national malgré un nombre d'appareils supérieur à la moyenne nationale.

Partant de ce constat, 3 enjeux stratégiques ont été identifiés dans le cadre du volet imagerie du SROS – PRS 2013-2017 :

- Le premier enjeu consiste à répondre à l'augmentation importante des besoins et des indications en imagerie, tout en anticipant les évolutions technologiques rapides et importantes dans ce domaine
- Le 2^{ème} enjeu est d'organiser l'offre en tenant compte de la baisse de la démographie médicale des imagiers
- Et, répondant aux enjeux précédents, le 3^{ème} enjeu consiste à favoriser les réorganisations via le nombre d'implantations en ajoutant peu de nouvelles implantations par rapport à de nouveaux appareils afin de renforcer les plateaux techniques existants et de développer les coopérations.

Ces orientations pourront parfois s'inscrire dans le cadre légal défini par l'article L.6122-15 du Code de la santé publique, modifié par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, selon lequel « afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'ARS peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale ».

²⁸ Source : OECD Health Statistics 2015 (sur données 2013)

Ces orientations sont également en cohérence avec le rapport sur l'imagerie de la Cour des Comptes d'avril 2016 qui préconise d'agir concomitamment sur 3 leviers :

- Améliorer la pertinence des actes et favoriser l'innovation en réallouant des ressources
- Réorganiser l'offre autour de mutualisations entre établissements de santé ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur libéral
- Revaloriser l'imagerie hospitalière en introduisant plus de souplesse dans l'exercice des fonctions et dans les pratiques.

- **Sur le 1^{er} enjeu identifié, le SROS – PRS 2013-2017 a permis d'augmenter sensiblement le nombre d'appareils IRM et scanner entre 2012 et 2016**, avec respectivement 18,1 IRM et 20,2 scanners par million d'habitants mi 2016.

Le nombre d'appareils pourra continuer de progresser en 2017, avec 20 IRM et 20,3 scanners par million d'habitants en 2017, pour atteindre des **seuils proches des recommandations de l'Inca et un niveau plus proche de la moyenne OCDE** (15,4 IRM et 21,4 scanners par million d'habitants en 2014).

Le nombre d'IRM est ainsi passé de 156 fin 2012 à **206 IRM fin 2015**, puis **238 appareils fin 2017**, suite à la révision du SROS en 2015, soit 82 appareils supplémentaires en Île-de-France.

Le nombre de scanners est passé de 212 fin 2012 à **226 fin 2015**, puis **241 appareils fin 2017**, suite à la révision du SROS en 2015, soit 29 appareils supplémentaires en Île-de-France.

Le déficit théorique résiduel en machines paraît désormais plus lié à des questions de priorisation insatisfaisante de l'utilisation des appareils privilégiant certaines utilisations, notamment ostéo-articulaires, au dépens d'autres indications médicales.

Cette augmentation du nombre d'appareils a également contribué à **corriger les déséquilibres territoriaux** : sur l'ensemble des nouveaux équipements médicaux lourds d'imagerie, on en compte 26 dans Paris, 26 dans la petite couronne et 21 en grande couronne.

- **Sur les autres enjeux identifiés, il est avéré que la démographie des radiologues est déclinante et particulièrement préoccupante dans les hôpitaux publics et sur certains territoires.**

40% des postes de praticiens hospitaliers sont vacants, et les services de radiologie interventionnelle publics hors cardiologie sont particulièrement fragiles. Cette situation peut à terme avoir des conséquences sur la qualité des prises en charge hospitalières et les délais de réponse radiologique.

La télé-imagerie diagnostique et la télé-expertise pourraient améliorer cette situation mais l'absence actuelle de financement adapté à ces modalités d'exercice en limite considérablement la portée.

C'est l'une des raisons qui ont poussé l'Agence à **promouvoir la constitution d'équipes territoriales d'imagerie, réunissant le plus souvent la majorité des professionnels de santé publics et libéraux d'un territoire donné**, pour garantir à tous les professionnels de l'imagerie un accès aux techniques actuelles d'imagerie en coupes : scanners, IRM et TEP-scan²⁹.

Plusieurs expériences en cours montrent en effet que l'exploitation mutualisée des matériels d'imagerie favorise le rapprochement et la coopération des différentes équipes médicales lorsque le montage a été réalisé de manière équilibrée. L'**évolution vers des autorisations de plateaux mutualisés d'imagerie médicale** est ainsi d'ores et déjà engagée et devrait se confirmer dans le cadre du prochain schéma régional de santé.

- **S'agissant des autres équipements médicaux lourds, les autorisations délivrées sont en concordance avec les objectifs définis dans le SROS :**
 - **83 gamma-caméras³⁰** ont d'ores et déjà été autorisées sur 41 implantations géographiques (sur un objectif de 87 autorisations sur 42 implantations)
 - **1 caisson hyperbare³¹** à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches
 - **1 cyclotron³²** à l'hôpital Saint-Louis à Paris.

²⁹ Le TEP scan est technique d'imagerie médicale qui consiste à mesurer l'absorption des rayons X par les tissus puis, par traitement informatique, à numériser et reconstruire des images 2D ou 3D des structures anatomiques.

³⁰ Les « gamma-caméra » (ou caméras à scintillation) détecte les scintillations produites par les rayons gamma émis par un marqueur radioactif. Elles permettent aux médecins d'effectuer des examens qui fournissent des diagnostics détaillés sur le fonctionnement de la thyroïde, du cœur ou des poumons, par exemple.

³¹ Les caissons hyperbares sont utilisés en situation d'urgence (accident de plongée sous-marine, intoxication au monoxyde de carbone, etc.) ou pour l'aide à la cicatrisation des plaies difficiles et pour les lésions tissulaires après une radiothérapie par exemple.

³² Un cyclotron est un accélérateur de particules qui permet la production d'isotopes radioactifs par l'irradiation d'une cible avec les protons accélérés. Une tomographie à émission de positons (TEP) permet alors de détecter de façon particulièrement fine certains cancers.

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

