

**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
2018 - 2022**

ars
● Agence Régionale de Santé
Île-de-France



**AMÉLIORONS
LA SANTÉ
DES FRANCILIENS**

Plan d'action
2018 - 2022

CONSULTATION
PUBLIQUE

SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

Introduction : un projet régional de santé pour mobiliser les acteurs dans les territoires	4
Première partie : axes et projets de transformation	10
<i>Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires</i>	<i>11</i>
Faire émerger et soutenir des territoires de coordination à l'initiative des acteurs	12
Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisés	14
Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques	17
Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes	20
Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité	23
Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours	26
<i>Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente</i>	<i>29</i>
Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses	30
Prioriser les moyens en fonction des besoins	33
Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées	36
Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité	39
Faire évoluer les plateaux médicotехniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge	42
Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants	47
<i>Axe 3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche</i>	<i>51</i>
Mettre en place une organisation régionale de promotion et de diffusion des innovations dans les territoires	52
Encourager le développement de la recherche en santé publique et l'usage de la e-santé au service de nouvelles modalités de prévention et de promotion de la santé	54
Accompagner la diffusion de technologies et d'organisations innovantes, favorisant le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables	57
Soutenir l'innovation et la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge	60
<i>Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé</i>	<i>63</i>
Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif	64
Renforcer la participation des franciliens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé	67
Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité	70
Faciliter l'accès à une information en santé de qualité grâce au numérique	73
<i>Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques</i>	<i>76</i>
Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale	77
Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles	79
Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris	82
Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la Ville	85
Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante	87
Deuxième partie : programmes de mise en œuvre	91
Programme n° 1 : transformation territoriale des organisations de santé	92
Programme n° 2 : ressources humaines en santé	95
Programme n° 3 : allocation de ressources en santé	98
Programme n° 4 : production et traitement de données de santé	100
Programme n° 5 : information et communication en santé	106
Troisième partie : priorités thématiques de santé	111

Périnatalité et santé du jeune enfant	112
Santé des adolescents et des jeunes adultes	121
Santé et autonomie des personnes handicapées.....	126
Santé et autonomie des personnes âgées	130
Santé mentale.....	135
Maladies neuro-dégénératives et neurologiques	140
Cancers	147
Maladies chroniques cardiométaboliques.....	154
Quatrième partie : activités de soins autorisées.....	160
Introduction à la quatrième partie	161
Médecine	163
Chirurgie	167
Périnatalité.....	171
Activité de Gynécologie - obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale	171
Assistance médicale à la procréation (AMP)	178
Diagnostic prénatal	186
Psychiatrie	191
Soins de suite et de réadaptation	198
Soins de longue durée.....	211
Cardiologie médicale et interventionnelle	215
Activité hautement spécialisées.....	221
Chirurgie cardiaque	221
Traitement des brûlés	223
Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	225
Greffes	228
Médecine d'urgence	236
Réanimation – soins critiques.....	241
Insuffisance rénale chronique.....	247
Traitement du cancer.....	251
Génétique	268
Hospitalisation à domicile	271
Equipements matériels lourds (imagerie)	274
Cinquième partie : autres focus techniques.....	297
Conduites addictives : prévenir, réduire les risques et les dommages, soigner	298
La lutte contre le VIH/sida en Île-de-France	307
La santé des femmes	311
Offre en dispositifs publics de prévention : IST et VIH, vaccinations, tuberculose programmes d'éducation thérapeutique du patient.....	314
Offre en santé des jeunes et lutte contre les addictions	321
Offre destinée aux personnes en situation de grande précarité.....	325
Offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées	329
Offre en santé destinée aux personnes âgées	331
Programmation de l'investissement en santé	333
La mise en œuvre en Île-de-France du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires	Erreur ! Signet non défini.
Schéma cible- permanence des soins des établissements de santé (PDSSES).....	281

INTRODUCTION : UN PROJET REGIONAL DE SANTE POUR MOBILISER LES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES

La **stratégie nationale de santé** fixe l'ambition d'une évolution profonde des politiques de santé en dépassant les cloisonnements sectoriels en donnant une **place beaucoup plus centrale à la prévention** (i.e. pour préserver le « capital santé » plutôt que soigner après la survenue de la pathologie), et en facilitant les **initiatives des acteurs dans les territoires**. Ce sont logiquement ces piliers qui constituent le cœur du projet régional de santé, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'agence et ses partenaires ont tiré les conséquences de ces orientations en menant une démarche transversale qui traite de manière décloisonnée l'ensemble du champ d'intervention, de la prévention jusqu'aux prises en charge sanitaires ou médico-sociales.

Afin de fixer un cap clair, dans lequel professionnels et usagers peuvent se reconnaître, et à même de mobiliser les énergies autour d'objectifs partagés et lisibles, le projet régional de santé présente un nombre limité de priorités assorties d'indicateurs permettant son suivi, ses éventuels ajustements ou évolutions, et son évaluation.

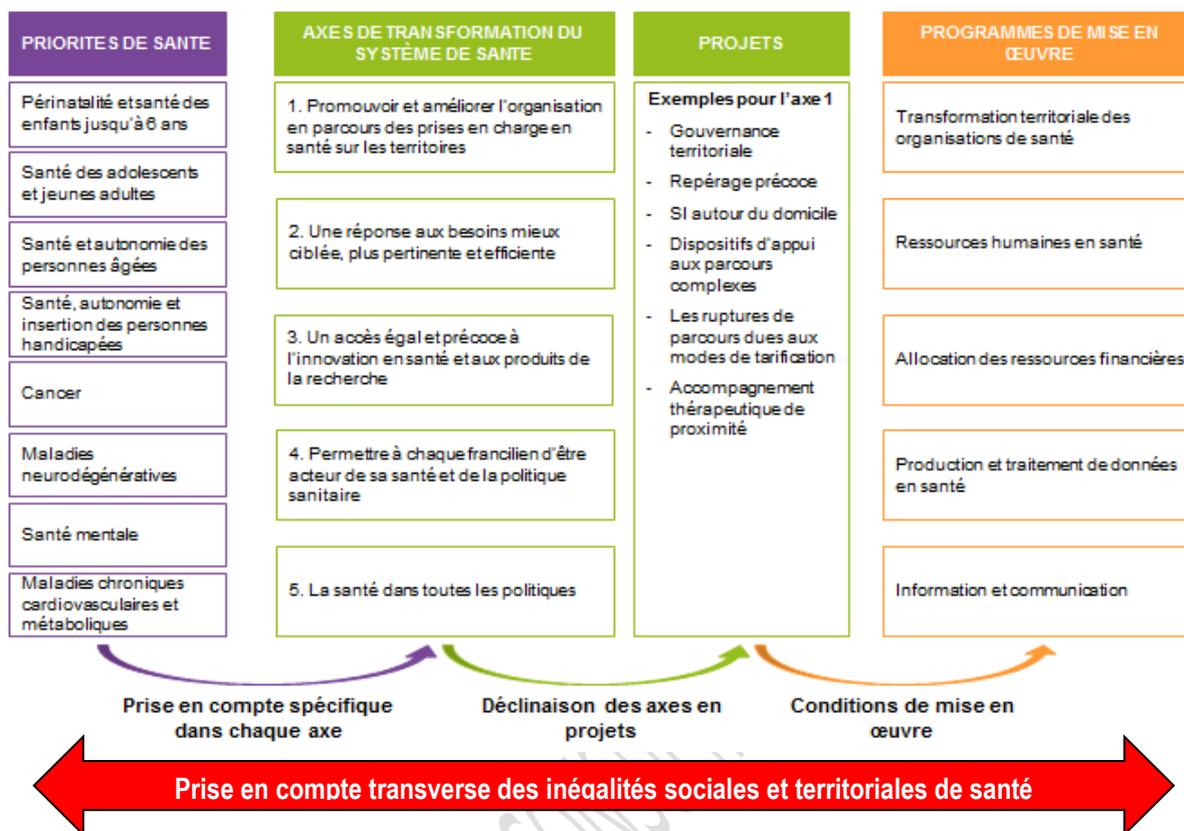
La méthode de construction : participation et transversalité de l'approche

La méthode d'élaboration du projet a cherché à répondre à ces enjeux. Depuis la fin de l'année 2016, les échanges ont été intenses, à tous les niveaux. Tant la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) que les conseils territoriaux de santé, ont débattu et formulé des propositions. Des dynamiques locales, appuyées sur des professionnels et des usagers ont montré leur capacité et leur volonté de travailler ensemble. Des séminaires ont été co-organisés avec la CRSA, en particulier pour réfléchir au contenu de l'approche territoriale. Les représentants des usagers ont travaillé à l'identification de ruptures dans les parcours, et de modalités selon lesquelles elles pourraient être réduites. Des habitants ont participé à un processus participatif d'identification des besoins de santé dans les quartiers populaires. Les concepts et les stratégies d'intervention ont ainsi profondément évolué pendant ces mois de réflexion et de maturation collectives.

Le document que vous avez entre les mains peut être lu de différentes manières. Le **cadre d'orientation stratégique** s'appuie sur un résumé des points saillants de l'analyse sanitaire de la région, afin d'affirmer à horizon de dix ans l'ambition collective et les priorités rappelées plus haut : la prévention, les territoires, la réduction des inégalités au regard des principaux moyens à mettre en œuvre.

Le schéma régional de santé décline les cinq **axes de transformation** du système de santé régional, qui permettent de structurer les grandes lignes de l'évolution souhaitée. Ils s'appuient sur une dynamique territorialisée, portée en premier lieu par les professionnels et acteurs de santé, affranchie des cloisonnements sectoriels par pathologie ou par population. Cette approche vise à permettre une réponse plus adaptée aux besoins dans une région très variée géographiquement et sociologiquement, extrêmement polarisée, où les enjeux évolueront différemment, en termes démographiques, institutionnels, urbains. Le **schéma régional de santé** a une vocation à plus court terme (cinq ans) et plus opérationnelle : il détaille les stratégies d'intervention retenues et les objectifs assis sur des indicateurs. Le PRS inclut ainsi une trentaine d'objectifs évaluables, appropriables, qui visent à donner un cap clair et qui pourront être déclinés territoire par territoire en fonction des problématiques rencontrées localement.

Synthèse de la méthode d'élaboration du PRS



Ces axes de transformation sont chacun déclinés en **projets de transformation**. Si le choix a été fait dans un souci d'efficacité, d'une approche transversale, ils ont toutefois été construits à partir d'une analyse des besoins menée sur la base de huit **priorités thématiques**. Cette analyse a montré qu'il existait de nombreux points et leviers communs, qui requéraient une approche plus globale, ne serait-ce que parce que la plupart du temps une même situation de santé correspond à plusieurs de ces priorités. Chacun des projets est d'ailleurs illustré par des actions plus spécifiques à une ou plusieurs thématiques, ainsi que par un outil particulier sur lequel l'Agence s'appuiera. Faire connaître ces outils, ces préfigurations, est utile et montre que de nombreuses avancées sont possibles, et sont d'ailleurs parfois mises en œuvre. C'est aussi une manière de reconnaître l'engagement de ces partenaires essentiels de l'ARS, qui ont eu la volonté de conduire des expérimentations parfois difficiles. C'est enfin l'acquis du premier projet régional de santé.

Ensuite, cinq **programmes de mise en œuvre** décrivent la manière dont l'Agence programme l'utilisation de ses principaux moyens d'intervention, sur la durée du PRS. Cette programmation est bien entendu indicative et évolutive mais, là aussi, donne le cap.

Enfin, certains focus sont présentés, dont une partie de portée réglementaire (**objectifs quantifiés de l'offre de soins** par département) présente de manière plus détaillée certains aspects de la programmation de l'offre en santé, et d'autres visant à donner une lisibilité à certaines problématiques (notamment les **addictions, la santé des femmes** et le **VIH**).

La dernière brique du PRS est le **programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunies (PRAPS)**, qui décline les stratégies d'intervention dédiées aux personnes les plus éloignées du système de santé, qui relèvent en Île-de-France de situations très particulières et souvent propres à la région.

Ces stratégies d'intervention ont été élaborées et sont mises en œuvre en cohérence avec celles du schéma régional de santé.

Nous nous sommes efforcés de mettre en avant les liens entre les différents sujets et la cohérence de la stratégie, en indiquant par des jeux de renvois ou d'encadrés. Cette construction permet ainsi plusieurs méthodes de lecture, selon que l'on s'intéresse à un sujet, à l'une ou l'autre des priorités thématiques, à certains « fils rouges », par exemple les enjeux numériques qui concernent plusieurs des projets, ou encore aux objectifs quantifiés de l'offre de soins.

La programmation de l'action de l'Agence et de ses partenaires s'appuie par ailleurs sur un certain nombre de plans, schémas, programmes ou conventions stratégiques. Nous nous sommes efforcés de faire apparaître les liens entre ces documents, notamment pour ce qui concerne le [troisième plan régional santé environnement](#) qui couvre la période 2017-2021. Ces liens sont en effet essentiels, notamment pour la compréhension de la portée de l'axe 5.

Mise en œuvre et évaluation du projet régional de santé

Nous avons souhaité structurer la première partie du document sous forme de « projets de transformation », qui ont vocation à structurer l'action de transformation conduite par l'Agence dans les années à venir. Ces projets seront pilotés par des chefs de projet identifiés, sur la base d'objectifs et de feuilles de route élaborées en déclinaisons de ce qui figure dans le PRS. Pour permettre d'apprécier l'atteinte de nos objectifs et de mesurer l'impact de l'action conduite, le PRS fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

L'ARS Île-de-France fait le choix de confier l'évaluation à un consortium pluridisciplinaire de scientifiques spécialistes de l'évaluation, qui sera sélectionné à l'issue d'un appel au projet au cours du premier semestre de l'année 2018. Cette équipe devra formaliser les méthodes permettant de répondre, en 2022, à cinq séries de questions correspondant aux cinq axes de transformation, qui détermineront dans quelle mesure le PRS aura atteint ses objectifs :

- La démarche mise en œuvre dans les territoires, visant à donner aux acteurs plus d'autonomie en vue de mieux coordonner les parcours, a-t-elle effectivement permis de réduire les ruptures de parcours ?
- Les leviers de régulation de l'offre en santé ont-ils pu être mobilisés et ont-ils permis d'améliorer la pertinence de la réponse aux besoins, notamment au regard des inégalités, et l'efficacité du système de santé francilien ?
- Les actions mises en œuvre ont-elles permis d'une part, de contribuer au développement de la recherche sur les déterminants et les services de santé et d'autre part, d'assurer un accès à la recherche et aux innovations plus homogène dans les territoires ?
- La participation des usagers et des citoyens aux politiques de santé et à leurs prises en charge s'est-elle renforcée ?
- Les politiques publiques, en dehors du champ de la santé, ont-elles mieux intégré les objectifs de santé ?

Les dispositifs de suivi et d'évaluation permettront de s'assurer que les objectifs du PRS sont bien atteints. Le cas échéant, l'évaluation devra produire des préconisations permettant de réorienter les actions afin de s'en rapprocher le plus possible. Ces dispositifs feront l'objet d'échanges réguliers avec les instances de démocratie en santé.

Le projet régional de santé en dix notions-clés

Enfin, le PRS de l'Île-de-France s'appuie sur certains « mots-clés », pas toujours connus de tous ou dont la définition peut être polysémique. Voici les 10 mots qui nous ont paru les plus essentiels à définir avant de se lancer dans sa lecture.

Innovation : Une innovation est une solution nouvelle ou sensiblement améliorée (sans antécédent dans le système de santé et sur un territoire identifié, en l'occurrence l'Île-de-France) dont la mise en œuvre répond à un besoin clairement identifié et dont le potentiel de création de valeur, économique ou d'usage, a été prouvé. N'est donc pas innovant tout ce qui est nouveau. A contrario, toutes les innovations ne sont pas de rupture et une solution peut être à la fois très simple et très innovante.

Lieu de vie : cette notion est préférée à « domicile » pour plusieurs raisons. D'abord certaines personnes n'ont pas de domicile : SDF, migrants, détenus, etc. Ensuite, de nombreuses personnes (les enfants à l'école ; les actifs sur leur lieu de travail ; etc.) peuvent avoir accès à des ressources en santé dans leur quotidien, sans pour autant être chez eux.

Pertinence : elle peut être résumée par le tryptique « la bonne prise en charge, pour le bon patient, au bon moment » c'est-à-dire un soin approprié, strictement nécessaire, adapté aux besoins des patients et conforme aux meilleurs standards cliniques. La pertinence est à la fois un levier d'amélioration des pratiques et de la qualité des prises en charge, dont elle apparaît de plus en plus comme une composante essentielle, mais aussi un levier d'efficience du système de santé. Un de ses principaux outils est l'analyse collective par les professionnels de leurs pratiques, notamment sous la forme de l'évaluation des pratiques professionnelles.

La pertinence recouvre plusieurs dimensions : à l'échelle de chaque professionnel, ne recourir aux soins qu'après avoir évalué s'ils apportaient un bénéfice net de santé ou d'autonomie pour le patient. A l'échelle du parcours, recourir à des modalités adaptées pour le patient et correspondant à ses souhaits, et notamment éviter le recours à l'institutionnalisation dès que c'est possible ; mettre en place des stratégies permettant de diminuer autant que possible le risque de devoir recourir à des soins lourds, invasifs ou coûteux (par exemple en cherchant au maximum à prévenir les décompensations chez les patients souffrant de pathologies chroniques).

Parcours de santé : un parcours de santé est une prise en charge au cours de laquelle les différents intervenants sont effectivement coordonnés pour éviter les erreurs, incohérences, omissions d'information, etc. qui peuvent dégrader la qualité ou la pertinence de la prise en charge. Cette approche s'intéresse donc en premier lieu à la coordination effective des professionnels autour de prises en charge concrètes. Nous avons donc écarté une approche qui considérerait de multiples parcours juxtaposés, chacun autour d'une pathologie, d'une population, d'un âge de la vie (« parcours » cancer, précarité, ou périnatalité par exemple). Un parcours est dit « complexe » lorsque la personne prise en charge cumule plusieurs difficultés qui impliquent la coordination de plusieurs stratégies de prise en charge (thérapeutiques mais aussi sociales, de handicaps ou de dépendances) et une capacité à évaluer l'ensemble de ses besoins de santé et d'autonomie. En pratique, un parcours sera identifié comme complexe à l'initiative des professionnels qui ressentiront le besoin d'un appui spécifique.

Plaidoyer : Les environnements où vivent, travaillent, étudient, se récréent les populations ont un fort impact sur leur état de santé et peuvent être particulièrement générateurs d'inégalités. Or, aux plans institutionnel et politique, ces derniers sont pris en charge par des acteurs de différents niveaux dont la santé n'est pas le mandat principal, et qui prennent alors des décisions dont les conséquences sur les déterminants de la santé ne sont pas pensées. Il s'agit notamment d'autres administrations de l'Etat et des collectivités territoriales.

Aussi, pour une meilleure prise en compte de la santé, la transformation de certaines pratiques ou politiques sont nécessaires et nécessitent des efforts de collaborations entre secteurs. Le plaidoyer consiste à chercher à influencer ces pratiques ou politiques dans le sens recherché, en l'occurrence celui de l'amélioration de l'état de santé. Outre une stratégie de communication, d'information et de sensibilisation, il passe par l'élaboration de partenariats stratégiques visant à construire une vision partagée des problèmes et des stratégies d'intervention mutuellement bénéfiques.

Pouvoir d'agir : L'expression « développement du pouvoir d'agir » est une traduction du terme anglais « empowerment ». Il s'agit d'une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie, dans un souci d'équité. Chaque individu, chaque communauté où qu'il se situe dans l'échelle sociale possède un potentiel, des ressources et doit pouvoir utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence. Cette démarche est appliquée dans nombre de domaines – le social, la santé, la politique, le développement, l'emploi, le logement... – et s'adresse très souvent aux victimes d'inégalités ou de discrimination.

Le pouvoir d'agir en santé implique de faire progresser la **littératie en santé**. En effet pour réaliser des choix éclairés dans un environnement de plus en plus complexe, il est nécessaire de disposer d'une information sérieuse, concise, sensée et accessible au plus grand nombre. La littératie en santé désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie.

Il s'appuie également sur les **compétences psycho-sociales**, définies par L'Organisation mondiale de la santé comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. [...] ». Elles sont reconnues aujourd'hui comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être et les évaluations des interventions centrées sur ces compétences (une quinzaine de synthèses de la littérature depuis 2004) ont démontré que leur développement favorise l'adaptation sociale et la réussite éducative et contribue à prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale et les comportements violents et sexuels à risque. Ce développement se fait de façon optimale lorsque l'enfant les expérimente et les observe dès son plus jeune âge. C'est pourquoi les ateliers de développement des compétences psychosociales à destination des enfants et des parents figurent parmi les stratégies de prévention et de promotion de la santé les plus anciennes et les plus reconnues.

Prises en charge programmées/non programmées : une prise en charge « non-programmée » n'est pas inscrite dans un parcours de santé cohérent et pertinent ou dans la continuité d'une prise en charge.

Elle peut être « non-programmable » du fait de son urgence ou de l'impossibilité d'anticiper son motif, auquel cas la bonne réponse est la structuration de prises en charge cohérentes, accessibles et lisibles (c'est notamment le cas des épisodes aigus chez les personnes en bonne santé générale).

Elle peut également être anticipable, notamment dans les situations de décompensation chez des patients souffrant de pathologies chroniques ou de dégradation de l'état d'une personne en perte d'autonomie, auquel cas la bonne réponse passe par l'amélioration de la prise en compte des facteurs de risque et par l'amélioration de la coordination des acteurs, incluant le patient (identification et transmission des signes d'alerte, élaboration d'une réponse pertinente, partagée et anticipée).

Qualité : dans notre projet, les prises en charge sont considérées comme étant de qualité si elles répondent à la fois aux enjeux de sécurité et de **pertinence**.

Territoire (de coordination) : celui-ci est, avant tout, défini par les pratiques de ceux qui y vivent ou y travaillent, et y ont donc des besoins de santé. Le territoire n'est donc pas défini a priori par des limites administratives et notre PRS n'a pas cherché à définir un « territoire de santé » idéal, mais plutôt à chercher le bon « territoire de coordination ». Ce territoire est choisi par les professionnels qui co-construisent des projets visant à répondre aux besoins de santé. Le plus souvent, il se rapprochera sans doute des bassins de vie regroupant, en grande couronne, quelques agglomérations et leur environnement et, en petite couronne, un groupe de quelques communes reliées par de grandes infrastructures de transport ou mettant en commun certains services. Mais, ce n'est pas à l'ARS de le définir a priori et hors de la proposition des professionnels.

Usager/citoyen/patient/habitant... : de nombreux termes peuvent désigner les personnes qui ont des besoins de santé. Ils sont tous relativement limités ou excluants. Dans notre PRS, les mots usager, bénéficiaire, habitant, personne... sont presque interchangeables puisque chaque francilien est à la fois un habitant, un usager et un citoyen. Ils désignent toute personne ayant un besoin de santé ou d'autonomie. Il existe toutefois de légères nuances dans certains contextes :

Le terme « **usager** » sera utilisé pour identifier un individu utilisant un service en santé, il devient alors un usager du système de santé. Cette notion englobe plus largement la personne malade, le patient mais tout utilisateur de l'offre en santé qu'elle soit de prévention, hospitalière, médico-sociale ou ambulatoire, au sein d'une structure ou à domicile. L'usager a des droits « individuels » : accès à l'information, accès au dossier médical, participer aux décisions concernant sa santé... Il a aussi des droits « collectifs » : le droit, par exemple, d'être représenté dans des lieux d'expression des représentants d'usagers : conseils, commissions.

Le terme « **habitant** » sera employé pour désigner l'individu dans son quartier ou son territoire de vie.

Le terme « **citoyen** » sera utilisé pour désigner toute personne participant à la vie de la cité, au débat politique et à la construction des politiques publiques.

Le mot « **patient** » en revanche est réservé aux personnes qui sont effectivement prises en charge par le système de soins. Différentes appellations existent pour valoriser le **savoir expérientiel du patient**. Le patient expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et a appris à vivre avec. Le patient expert est avant tout acteur de sa propre santé. Ce terme est également employé dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique. Ce patient expert peut aussi intervenir en tant que personne ressource pour les autres : en appui des équipes soignantes, dans les programmes de formation... Le terme de pair aidant est surtout employé dans le secteur de la santé mentale.

PREMIERE PARTIE : AXES ET PROJETS DE TRANSFORMATION

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

Les parcours de santé seront améliorés en mobilisant les nombreux leviers et outils déjà utilisés ou qui seront expérimentés dans la région visant à :

La préservation du capital santé de chacun, grâce aux actions de promotion de la santé et d'amélioration des conditions de vie.

L'amélioration de la capacité du système de santé à repérer et prendre en charge (y compris en termes de prévention) ceux qui en ont besoin mais dont l'orientation est difficile, ou ceux qui ne parviennent pas à trouver les bonnes portes d'entrée et qui sont à ce titre mal pris en charge. Beaucoup de fragilités, qui possèdent une dimension le plus souvent à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale, pourraient être détectées plus tôt, ce qui retarderait considérablement l'apparition des complexités de la maladie et permettrait de préserver l'autonomie des personnes.

Le système de santé doit également renforcer sa capacité à appréhender chaque individu dans sa globalité et nécessiter des approches coordonnées, personnalisées et plurielles au-delà du sanitaire.

Le renforcement de la coordination des prises en charge, afin d'éviter les aléas de parcours, les interactions mal prises en compte entre différentes maladies et différents traitements, et de s'assurer que les stratégies thérapeutiques mises en place sont cohérentes avec les situations sociales des personnes (isolement, problèmes cognitifs, domicile inadapté...).

Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons six objectifs d'ici à 2022 :

- Avoir amélioré la couverture des parcours complexes par les dispositifs d'appui en ayant augmenté de 50% la file active de ces dispositifs
- Avoir entièrement couvert l'Île-de-France par le dispositif e-parcours
- Avoir diminué de 10% la part des hospitalisations « évitables »
- Avoir diminué de 20% le taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Avoir diminué la mortalité périnatale des territoires dans lesquels elle est supérieure à la moyenne nationale, pour l'avoir ramenée au niveau de cette moyenne
- Avoir conduit jusqu'à leur terme et évalué 10 expérimentations de financement au parcours

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Faire émerger et soutenir des territoires de coordination à l'initiative des acteurs

Des parcours sans rupture impliquent une grande capacité des acteurs à se coordonner pour prévenir les ruptures générées par le système de santé et à réduire les ruptures liées à des mécanismes sociaux (accès aux droits, compréhension du système, accessibilité géographique). Des dynamiques locales fortes, préfigurant un fonctionnement en « équipes territoriales », doivent apparaître et être soutenues.

1. Finalité de l'action

Le décloisonnement des parcours de santé implique une capacité des acteurs de terrain à s'organiser et à mettre en place des projets concrets permettant d'améliorer les prises en charge. Sur la durée du PRS, des coalitions d'acteurs doivent donc apparaître et se structurer dans l'ensemble de la région Île-de-France.

Ces dynamiques locales seront constituées sur une base territoriale, parce qu'on ne travaille bien ensemble qu'en se connaissant. Il s'agit bien de territoires d'action, dessinés à l'initiative des acteurs et pas sur une base administrative. Ces coalitions seront larges, incluront des acteurs bien au-delà du soin et de la santé (usagers et patients, services publics tels que l'aide sociale ou l'éducation nationale, élus locaux, tissu associatif...)¹.

L'Agence est déterminée à se positionner en appui de ces initiatives, d'abord pour formaliser un cadre leur permettant d'émerger, ensuite en leur fournissant un appui, un accompagnement via une « offre de services », paramétrable mais homogène. C'est à la description synthétique de cette « offre de services » qu'est consacré l'essentiel de l'axe 1.

Enfin, ces coalitions doivent être le lieu de la synthèse entre les différents leviers de contractualisation dont dispose l'Agence, et notamment les différents contrats d'objectifs et de moyens passés avec les structures de santé et les contrats locaux de santé ou de santé mentale. L'ensemble de ces contrats portent avant tout des enjeux de proximité mais doivent pouvoir faire l'objet d'échanges dans un cadre plus large.

L'émergence de territoires de coordination en Île-de-France

Les politiques de santé sont de plus en plus territorialisées. Si les territoires d'intervention sont nécessairement différents en fonction des problématiques, il a semblé nécessaire de faire émerger des « territoires de coordination », correspondant aux pratiques des acteurs, dans des bassins de santé où il est possible de travailler ensemble et en confiance. Plutôt qu'une définition administrative ou résultant d'une analyse statistique, les échanges ont conduit à privilégier des territoires proposés par les coalitions d'acteurs eux-mêmes, dans le cadre du projet « e-parcours » (cf. p. X) et de la dynamique qu'il a permis d'amorcer. Il en résulte entre 20 et 25 territoires, relativement homogènes puisqu'ils regroupent entre 400 000 et 700 000 habitants chacun, mais aux caractéristiques très diverses qui guideront la construction de réponses « sur mesure ».

¹ Ces notions ont été formalisées dans divers documents programmatiques, cf. par exemple *Construire l'avenir à partir des territoires*, Conseil national de l'ordre des médecins, janvier 2017. Elles constituent également le fondement de la méthode d'intégration mise en œuvre par les MAIA et de nombreux contrats locaux de santé.

2. Stratégie d'intervention

Le premier objectif est de permettre l'apparition de ces coalitions. Le cadre retenu à cette fin est le projet « e-parcours » (cf. encadré et fiche relative aux usages du numérique) dont le prérequis majeur est la capacité d'un groupe d'acteurs le plus large possible à formaliser un projet commun intégrant une notion de responsabilité populationnelle. D'autres cadres pourront également être pertinents, notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les contrats locaux de santé. Comme rappelé plus haut, les territoires proposés dans ce cadre serviront de maille de référence pour l'ensemble des projets de coordination.

Ces coalitions devront s'organiser, structurer une représentation, puis formaliser un projet, sur la base de priorités cohérentes avec celles du PRS, de l'identification des besoins de coordination, et des outils disponibles ou à créer. Elles mettront donc ces outils en œuvre en les adaptant à leurs besoins locaux, mais auront également pour rôle de formaliser une expression de besoins auprès de l'Agence. Le rôle de celle-ci sera ensuite de tenter de répondre au mieux à ces besoins, en s'appuyant sur ses partenaires techniques ou experts (réseaux régionaux pour les outils propres à certaines pathologies, structures régionales d'appui s'agissant de la qualité des soins, maillage de structures de prises en charge spécialisées, par exemple en addictologie ou dans la prise en charge des personnes précaires, GCS Sésan pour le numérique ou plateforme « Promosanté IdF »).

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Déployer la méthode d'intégration au-delà du champ des personnes âgées, en s'appuyant sur les compétences déjà disponibles dans les MAIA
- Couvrir la région en projets territoriaux de santé mentale
- Renforcer les conseils locaux de santé mentale : déploiement, articulation avec les CLS, intégration d'un volet adolescents, le tout dans le cadre d'un cahier des charges synthétique traduisant les priorités du PRS
- Faire évoluer le positionnement des structures d'appui ou de prise en charge spécialisées (filières AVC ou gériatrie, réseau Oncorif, CSAPA, PASS, ...) vers une approche plus territoriale

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : les dynamiques territoriales constituées ont vocation à s'emparer de l'ensemble des outils décrits pour tenter de régler les difficultés qu'elles auront identifiées sur leurs territoires. Ces dynamiques ont également vocation à être des incubateurs d'innovation (axe 3). Un accès facilité à des données territorialisées (axe 2) sera un élément essentiel.

En conformité avec l'axe 4, il sera essentiel que les patients, usagers, citoyens soient associés aux gouvernances qui se mettront en place. Ces dynamiques territoriales devront également être le lieu de convergence entre priorités de santé et autres politiques publiques, dans la logique de l'axe 5.

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas en lien direct avec d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisés

De nombreuses ruptures de parcours avec un impact socio-sanitaire certain sont dues à des fragilités qui auraient pu être détectées et prises en charge plus précocement.

Cela passe notamment par une mobilisation plus large des professionnels, soignants et non soignants, la mise à leur disposition d'outils adaptés à leurs pratiques, et par un système de santé qui évolue pour être plus perméable et réactif aux signaux.

1. Finalité de l'action

De nombreux signaux peuvent alerter sur un état de santé fragile ou dégradé et permettre d'éviter une dégradation de la santé des personnes. Or, bon nombre d'entre eux ne sont pas pris en compte ou transmis à la bonne personne au bon moment et ce pour de nombreuses raisons :

- personnes sans contact avec le système de santé voire en rupture de droits sociaux ; ayant des difficultés à s'orienter ou à accéder au bon professionnel,
- mais aussi méconnaissance par les professionnels concernés des signaux à détecter, de l'absence d'identification du bon interlocuteur ou absence de coordination entre les professionnels, en raison d'une prise en charge trop segmentée. .

Il en résulte une dégradation évitable de l'état de santé et des inégalités d'autant plus marquées selon que la personne est en capacité ou non de s'orienter dans le système de santé .

L'objectif n'est pas tant de multiplier les outils de dépistage ou de repérage, qui souvent existent, que de les intégrer dans les différents parcours de santé et dans la pratique des professionnels au quotidien. Cela signifie de rendre accessibles ces outils, en les faisant connaître et en les mettant facilement à disposition des professionnels qui auraient identifié un besoin.

Cela signifie également intégrer dans les démarches de repérage d'autres acteurs que ceux du soin, et notamment, les professionnels du quotidien, qui sont souvent les mieux placés pour détecter les signaux d'alerte tels que enseignants, professionnels de l'enfance, travailleurs sociaux.

Ces acteurs doivent être impliqués dans l'élaboration d'outils pour s'assurer de leur pertinence et disposer de possibilités d'alerter effectivement les professionnels du système de santé afin d'aider les personnes à être orientés dans des parcours de santé adaptés

Enfin, l'écoute du patient doit être centrale pour que tous les signes d'alerte soient détectés. Cette dimension doit devenir mieux valorisée dans les pratiques.

Le programme de suivi des nouveau-nés vulnérables

Le programme de suivi des enfants vulnérables (grands prématurés, enfants ayant présenté une pathologie périnatale sévère) est déployé sur tout le territoire francilien. Il vise à organiser un suivi par des professionnels formés aux problématiques spécifiques de ces enfants, pendant les 7 premières années de vie, pour limiter le risque de sur-handicap et l'impact des inégalités sociales sur le développement des enfants.

Le suivi du développement global de l'enfant (moteur, sensoriel, cognitif) et le repérage précoce des troubles du développement (notamment des troubles de la relation, des apprentissages), permettent d'intervenir très en amont en faisant appel à des prestations de psychomotricité et à l'orientation si nécessaire vers des prises en charge spécialisées (type CAMSP). Ce programme doit être poursuivi et intensifié dans les zones où les tensions sur la démographie des professionnels ne permettent pas de mettre en place un suivi adapté aux difficultés détectées. C'est d'autant plus important que ces territoires sont souvent les plus précaires.

2. Stratégies d'intervention

Prioriser les politiques de repérage et de dépistage, sur les territoires, les populations et les personnes à risque : les facteurs sanitaires (état de santé, comportements et facteurs de risque) mais aussi sociaux (pauvreté, ruptures de droit, difficultés linguistiques, travail en horaire décalé, isolement) sont souvent de bons indicateurs avancés, qui à la fois justifient et permettent, pour certaines pathologies ou populations (femmes enceintes vulnérables, jeunes avec conduites à risque, personnes précaires ou en rupture de droits), de mettre en œuvre des stratégies plus efficaces.

Elargir le champ de ceux qui repèrent : les professionnels du social, de l'habitat, de l'enfance et de l'éducation nationale, de la santé au travail, de l'insertion, doivent être les relais de premier rang des difficultés sociales et sanitaires des personnes avec lesquelles ils travaillent. Ils doivent être sensibilisés, lors de leur formation ou par des campagnes ad hoc, aux risques qui pèsent sur les publics avec lesquels ils sont en contact, et disposer d'outils adaptés et co-construits. Enfin, ils doivent avoir accès à des possibilités d'orientation, via des dispositifs d'appui aux parcours complexes ou la médecine de premier recours.

Intégrer le dépistage et le repérage précoce dans les dynamiques territoriales : la construction de programmes de repérage, ciblés sur les problématiques identifiées localement et fondés sur un réel partenariat entre les acteurs, sera une des priorités au sein de chaque territoire. Il faut pour cela que les acteurs puissent disposer d'outils, de protocoles validés, de ressources d'expertise identifiées, et de systèmes d'information partagés.

Construire des partenariats institutionnels ciblés : certaines institutions dans ou hors du champ de la santé (collectivités territoriales et notamment les CCAS, éducation nationale, y compris la médecine scolaire, et enseignement supérieur, acteurs de la santé au travail, assurance-maladie et le dispositif PFIDASS, acteurs de l'insertion) apparaissent comme devant être associés en priorité à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de repérage/dépistage, avec des partenariats traduits localement.

Faire en sorte que les personnes repérées ou dépistées soient prises en charge et suivies : le signal d'alerte doit pouvoir être systématiquement transformé en une prise en charge pertinente.

Ainsi, la construction d'un dispositif de repérage doit systématiquement s'accompagner d'un circuit d'adressage, de signalement, et d'un dispositif structuré et coordonné de professionnels qui assurent une prise en charge pertinente.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Dépister précocement les vulnérabilités en période périnatale, en s'appuyant sur les dispositifs à évaluer (entretien prénatal précoce, consultation d'accueil et d'orientation, plateforme d'appui pour parcours de grossesses complexe....) et sur la confortation des services de PMI

- Poursuivre le développement des dispositifs de diagnostic précoce dans le champ de l'autisme et des troubles spécifiques de l'apprentissage et mieux organiser le parcours gradué de diagnostic et de prise en charge
- Intégrer la pratique de la détection de la souffrance psychique aux pratiques des professionnels de santé non spécialisés en santé mentale
- Systématiser les consultations psy post urgences et les dispositifs de re-contacts après tentative de suicide.
- Conduire une démarche d'optimisation du repérage et de l'orientation des jeunes en situation de vulnérabilité avec un partage des signaux et une meilleure coordination des acteurs, et valoriser le rôle du psychologue comme ressource de premier recours
- Renforcer la politique de dépistage des cancers, notamment pour les populations éloignées du dépistage et les personnes à haut risque, raccourcir les délais de diagnostic et de prise en charge
- Conduire une démarche globale de repérage du risque cardiovasculaire (diabète, HTA, hypercholestérolémie, tabac, sédentarité, stress) pour les populations à risque, en s'appuyant notamment sur la campagne régionale de co-dépistage diabète - insuffisance rénale, et en faisant en sorte que les personnes dépistées soient effectivement prises en charge.
- Expérimenter des actions de repérage de l'épuisement de l'aidant
- Améliorer le taux de dépistage précoce du VIH chez les jeunes, en intégrant la démarche des 3 x 95%
- Renforcer la lisibilité et le rôle des consultations jeunes consommateurs (CJC)
- Améliorer le dépistage du saturnisme infantile à la fois dans les territoires à fort risque et dans les territoires à risque intermédiaire, notamment dans ceux d'entre eux faiblement couverts
- Améliorer la sensibilisation des professionnels de santé au repérage précoce à travers de stages au sein du service sanitaire des étudiants en santé orientés soit vers les dispositifs de dépistage soit vers des dispositifs passerelles en direction de publics fragiles

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres. La construction d'outils et de stratégies de repérage et leur diffusion sur le territoire, ainsi que de la capacité du système de santé à tenir compte des signaux, seront un objectif majeur des coalitions d'acteurs. Ces outils devront être intégrés dans les systèmes d'information (projet 4). Le caractère central des acteurs et professionnels hors du secteur sanitaire montre l'importance de l'enjeu que ces coalitions d'acteurs soient très larges (projet 1) et donc de sensibiliser certaines institutions, notamment l'éducation nationale et les services sociaux des collectivités territoriales, aux enjeux sanitaires (axe 5).

Par ailleurs la capacité du système de santé à rendre les personnes proactives quant à leurs propres signaux d'alerte et autonomes dans leur capacité d'analyse et d'orientation, ainsi qu'à garantir une écoute active des professionnels à leur contact, est essentielle (axe 4).

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec la déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé sexuelle, le programme régional de santé au travail et avec la sous-action 3 de l'action 4.1 du PRSE, relative au dépistage du saturnisme.

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques

L'usage du numérique et surtout son intégration dans les organisations et les pratiques professionnelles est un levier majeur d'amélioration des parcours de santé des franciliens au plus près de leur domicile ou de leur lieu de vie.

1. Finalité de l'action

De nombreux outils et services numériques permettent de coordonner les différents acteurs, temps et lieux de prise en charge et permettent de répondre aux évolutions sociétales qui renforcent également le pouvoir d'agir de l'utilisateur dans son parcours. Cette réponse numérique doit être adaptée aux particularités des populations auxquelles elle s'adresse, de leurs lieux de vie, pour ne pas générer de nouvelles inégalités. Les services et outils numériques peuvent ainsi contribuer à améliorer les parcours à travers cinq grandes catégories de services :

Renforcer le pouvoir d'agir de la personne : grâce aux services numériques, les usagers, de manière autonome, sont à même de mieux comprendre, évaluer, suivre leur état de santé et d'orienter leur parcours.

Renforcer les échanges entre les professionnels et le patient : à travers l'usage du numérique, la relation entre le patient et chacun des professionnels qui le suivent peut être facilitée, dans un souci de pertinence, de qualité, d'anticipation des besoins et d'organisation du parcours.

Faciliter l'exercice coordonné des professionnels au service du patient : le numérique participe par le partage et l'échange de l'information à la coordination du parcours au lieu de vie du patient, avec comme objectifs d'éviter les hospitalisations via le renforcement de la prévention, de diminuer la dépendance, d'organiser l'entrée et la sortie de l'hôpital. Cela passe par des services facilitant les échanges entre plusieurs professionnels au sujet de la situation de santé du patient.

Faciliter la réponse aux besoins d'une patientèle via une organisation concertée inter/intraprofessionnelle sur un territoire : de nouvelles réponses organisationnelles émergent grâce à des services numériques.

Faciliter l'élaboration de projets : Il s'agit d'améliorer la connaissance dont bénéficient les porteurs de projet à propos du territoire, des dispositifs, de l'organisation, et de leur fournir des outils de portage de projets (communication, élaboration, suivi, ...).

Le projet « e-parcours »

Ce projet, porté au niveau national, constitue la capitalisation de l'expérimentation « terr-esanté » conduite dans l'ouest du Val-de-Marne ainsi que du projet PAERPA parisien, avec un socle de services est un acquis essentiel : l'intégration ou l'accès d'un dossier patient partagé dans les outils informatiques usuels des professionnels concernés. En Île-de-France, l'ambition est de déployer des outils numériques de coordination sur l'ensemble de la région en moins de 5 ans. Ces outils ne pourront être déployés que sur la base d'une réelle volonté des acteurs de travailler ensemble. Dès les deux premières vagues de l'appel à projet dans le courant 2017, 12 projets correspondant aux prérequis, concernant l'ensemble des départements et couvrant des territoires regroupant près de la moitié de la population régionale, ont pu être proposés par des groupes

d'acteurs larges, regroupant professionnels de ville, structures hospitalières, médico-sociales ou de coordination et collectivités territoriales. Six ont été d'ores et déjà retenus par le ministère chargé de la santé, qui se prononcera sur les 6 autres au cours du premier semestre 2018. Les autres territoires de coordination seront couverts progressivement en 5 ans.

2. Stratégie d'intervention

La stratégie s'appuie sur l'espace numérique régional de santé (ENRS) qui met à disposition des professionnels et des usagers-patients un panier de services qui vise à faciliter l'organisation, la planification, le suivi, la coopération entre tous. La maturité de ce socle technique permet de déployer quatre axes d'intervention :

Compléter le portefeuille numérique régional. Les champs de la prévention et de la promotion de la santé, de l'accompagnement thérapeutique, de l'accès aux soins et de la conservation des droits et informations sanitaires des personnes en très grande précarité et/ou en errance, pourraient être mieux couverts par des services numériques.

Intégrer les services numériques régionaux et nationaux (DMP) dans les systèmes d'information de chacun des acteurs, notamment dans une optique de meilleure intégration territoriale et de coordination renforcée.

Implémenter le numérique dans un territoire au service d'un projet de santé impliquant une coopération et une coordination plus fluides entre les différents acteurs (cf. l'encadré sur le projet e-parcours).

Inscrire la télémédecine dans le quotidien : le socle technique est désormais opérationnel et la tarification entre progressivement dans le droit commun, à partir de 2018. Il s'agit désormais de faciliter la mise en œuvre d'une organisation territoriale adaptée

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Annuaire de structures et de services (RCP, services hospitaliers spécialisés en prises en charge des adolescents, RESAD, ...), à faire converger à terme vers les programmes structurants (ROR, DMP, Maillage) pour permettre leur accès via les outils métier/d'orientation.
- Outils d'échange (lettres de liaison, dossier de coordination en cancérologie), intégrés dans les logiciels métier des professionnels concernés.
- Outils d'aide à l'orientation : via-Trajectoire, ...
- Organisations de télémédecine : téléconsultations sur le lieu de vie pour les personnes en perte d'autonomie ou détenues, en particulier pour l'évaluation ou la réévaluation psychiatrique ; télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, des grossesses à risque, des personnes diabétiques, des pathologies neurologiques, des chimiothérapies à domicile, etc. ; téléexpertise pour la rétinopathie ou l'électroencéphalogramme du nouveau-né ;
- Applications et dispositifs connectés permettant l'autonomie du patient à domicile.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : les outils sont au service des projets de santé et des dynamiques territoriales. Ils sont aussi les supports d'un apprentissage du travail collectif pour ces dernières. Si les services numériques font ainsi partie d'une « offre de services », ils constituent une opportunité

pour faire évoluer les organisations et les pratiques. A ce titre, le numérique est bien entendu un des enjeux des innovations organisationnelles soutenues dans le cadre de l'axe 3. Il constitue également une vraie opportunité d'accroissement du pouvoir d'agir (axe 4).

Enfin ce projet constitue un élément essentiel des programmes de mise en œuvre « Transformation territoriale des organisations » et « Production et traitement des données » qui viendront en détailler les modalités.

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Offrir des dispositifs d'appui aux parcours complexes

L'objectif est d'améliorer l'appui aux professionnels de santé, aux aidants et aux patients eux-mêmes pour la mise en place et le suivi des prises en charge des patients en situation complexe. Cela passe par la convergence sur chaque territoire des dispositifs d'appui existants.

1. Finalité de l'action

Les professionnels de santé, et particulièrement les médecins traitants, ainsi que les patients et leurs aidants sont de plus en plus souvent confrontés à des situations complexes (pluri-pathologie, vieillissement de la population, maladies chroniques, complexité sociale, isolement du patient, ...) pour lesquelles un appui peut leur être nécessaire, en particulier pour :

- des demandes d'informations quant aux ressources du territoire pouvant être mobilisées
- une aide à la coordination du parcours de santé des patients, en lien avec les autres professionnels et partenaires du territoire
- le besoin d'une expertise médicale, sociale ou médico-sociale

Des dispositifs d'appui à la coordination existent mais ils sont souvent peu connus des patients et des professionnels de santé, difficilement lisibles les uns par rapport aux autres, et souvent consacrés à une pathologie ou une thématique (réseaux de soins thématiques) ou à une population particulière (CLIC, gestion de cas par les MAIA ou les réseaux, MDPH ...). Par ailleurs, ils relèvent de financeurs et/ou de modalités et circuits de financement différents, alors même que des moyens financiers importants existent quel que soit l'âge du patient, sa pathologie ou le motif de la requête.

Conformément à la stratégie nationale de santé, cette offre doit être rendue plus lisible et plus accessible pour les patients, les aidants et les professionnels. Un patient en situation complexe, caractérisée par l'addition de problèmes de santé multiples et d'une perte d'autonomie ou un isolement, qui justifie donc une prise en charge coordonnée à la fois soignante et sociale, doit pouvoir être évalué, orienté et bénéficier d'un projet de santé pertinent. Cela passe par la réorganisation des structures, leur rapprochement, l'identification d'un point de contact, de préférence unique, auprès duquel on est certain de trouver une réponse intégrée à savoir :

- un circuit unifié de traitement des sollicitations dans des délais qui ne créent pas de perte de chance ;
- une expertise transversale couvrant les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale, y compris la santé mentale et l'accès aux droits (lien avec les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé de l'assurance maladie), pour une prise en charge globale et coordonnée

Des préfigurations de guichets intégrés : la maison des aînés et des aidants à Paris, la plateforme Onco 94 dans le Val-de-Marne, les opérateurs regroupés en Seine-et-Marne et dans l'Essonne

Il existe déjà de nombreuses préfigurations de rapprochement de structures assurant la coordination des parcours complexes. A **Paris**, sur le territoire PAERPA (9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements), les équipes de la MAIA et du CLIC constituent la coordination territoriale d'appui et sont ainsi regroupées sous forme de « maison des aînés et des aidants », dans les mêmes locaux, avec le même personnel, ce qui lui a donné une beaucoup plus grande visibilité vis-à-vis des professionnels de ville et a amélioré le niveau de service à destination des personnes âgées. Dans le **Val-de-Marne**, le projet Terr-esanté a été conduit en s'appuyant sur le réseau Onco 94, devenu plurithématique et assumant désormais les missions d'une plateforme territoriale d'appui regroupant

en son sein la MAIA et les CLIC du territoire. En **Seine-et-Marne** ou dans **l'Essonne** sur plusieurs territoires, la MAIA, le CLIC et le réseau plurithématique sont portés par les mêmes opérateurs, ce qui permet là aussi une plus grande efficacité et surtout une réponse plus intégrée au service de l'amélioration des parcours.

2. Stratégie d'intervention

La convergence et l'intégration des dispositifs d'appui aux parcours complexes doit résulter du diagnostic conduit localement et de la volonté des acteurs. Autant que possible, elle doit s'appuyer sur l'existant, la richesse des compétences et de l'expérience accumulée. Elle s'appuiera sur les cinq éléments suivants :

Clarification des missions et des ressources : le niveau de service à attendre des dispositifs d'appui devra être précisé, en prenant en compte les projets de santé élaborés sur les territoires de coordination (réactivité, nature de l'appui, files actives prévisionnelles, ...). Les modalités et les niveaux d'intervention de chaque dispositif devront être définis afin d'identifier les missions respectives et de proposer une organisation intégrée. Les ressources financières aujourd'hui consacrées à cet appui seront identifiées et leur bon usage analysé pour vérifier leur adéquation à ce niveau de service souhaité.

Point d'entrée unique : dans chaque territoire un point de contact et des moyens simples de contact (mail, formulaire de contact interfacé avec les outils métier des professionnels, ligne téléphonique dédiée...) devront être identifiés, rendus opérationnels et portés à la connaissance des professionnels susceptibles d'y recourir.

Systèmes d'information : la capacité à traiter des informations dispersées, à évaluer rapidement les situations et à assurer un suivi coordonné des patients sera au cœur des missions des dispositifs d'appui. En conséquence ces dispositifs devront être associés de très près à la mise en œuvre locale du projet e-parcours.

Réingénierie des financements : la LFSS pour 2018 autorise la fongibilité des financements MAIA/réseaux. Cela ouvre la porte à un pilotage financier unifié de ces structures, qui intégrera des objectifs de file active et de résultat par rapport aux attentes en terme de niveaux de service.

Formation et ressources humaines : le métier de coordonnateur de parcours ou de gestionnaire de cas est un métier émergent, qui vise à suivre et à organiser le parcours des personnes en situation complexe. Des offres de formation tant initiales que continues existent : il conviendra de veiller à leur consolidation et leur actualisation.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Articulation avec les dispositifs d'orientation / évaluation / appui spécialisés : RESAD, PCPE, situations complexes autisme, accès à l'IVG, parcours des grossesses complexes, réseaux orientés maladies neurologiques, CSAPA pour ce qui concerne la polyconsommation ...
- Montée en compétence et accès à l'expertise de ces dispositifs « généralistes » en renforçant leurs liens avec les dispositifs d'appui régionaux (réseaux régionaux, CAPNeuro, psycom, ...)

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : parmi les premiers objectifs des dynamiques territoriales se trouve l'objectif d'unification des dispositifs d'appui aux parcours. L'accompagnement technique et administratif proposé par l'ARS fait ainsi partie de « l'offre de services » décrite p. 12. Par ailleurs les dispositifs

d'appui aux parcours disposeront parmi leurs outils de base des éléments décrits dans les projets relatifs au numérique, au repérage précoce et à l'accompagnement thérapeutique personnalisé.

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

L'accompagnement thérapeutique de proximité s'entend comme tous les dispositifs de proximité favorisant une appropriation du parcours de santé par le patient et un renforcement de son autonomie face à la maladie.

1. Finalité de l'action

Le retentissement de la maladie ou de la situation de perte d'autonomie sur la vie quotidienne est considérable et couvre tous les domaines inhérents à la qualité de la vie. D'un point de vue intrinsèquement lié à la pathologie, cela induit une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, de soins médicaux ou paramédicaux, de soins psychologiques et éducatifs, voire une perte de mobilité. Pour chacune de ces situations, des ruptures de prise en charges s'observent. Ce constat global met en évidence la nécessité de développer des dispositifs adaptés aux besoins des patients.

Ces modalités d'accompagnement peuvent s'appliquer à l'ensemble de thématiques prioritaires (patients chroniques, handicap, personnes âgées) ou tout simplement à un épisode de soin ponctuel, voire aux personnes détenues ou retenues qui n'ont de ce fait pas accès aux prises en charge.

Vers l'éducation thérapeutique en ville

Le protocole entre l'URPS médecins et l'ARS Île de France de juillet 2017 prévoit la mise en place d'un dispositif pour permettre aux médecins de ville la pratique d'une éducation thérapeutique par le biais de séances spécifiques abordant plus largement l'ensemble des déterminants de santé du patient chronique et favorisant l'acquisition de connaissances pour mieux gérer leur pathologie. Cette activité peut notamment s'envisager à l'annonce de la maladie ou faire suite à un épisode aigu qui a nécessité une hospitalisation d'urgence et éventuellement en relais d'un programme d'ETP délivré à l'hôpital.

2. Stratégie d'intervention

Intégrer au parcours de soins/santé les actions de prévention et promotion de la santé (telles que l'activité physique adaptée, nutrition, etc....) : La logique de parcours intègre l'action sur les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Cette action devra être intégrée de plus en plus dans les prises en charge assurées par les divers intervenants du système de santé. Cela pourra prendre par exemple la forme d'une coordination entre le médecin prescripteur et ces opérateurs par le biais d'outils construits à cet effet. Le dispositif « Prescriform » en constitue une illustration immédiate (cf. l'axe 5).

Mettre en œuvre et capitaliser des expérimentations nationales et territoriales d'accompagnement thérapeutique : un appel à projet national dédié à l'accompagnement des personnes malades, en situation de handicap ou à risque de développer une maladie chronique sur le plan administratif, sanitaire et social pour gagner en autonomie et qui vient en application de l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit entièrement dans ce cadre. Trois projets ont été retenus en Île-de-France et seront suivis pendant plusieurs années en vue d'affiner une définition et un référentiel de type d'action. Par ailleurs, une expérimentation de prévention chez les 50-75 ans à haut risque de diabète est mise en place en Seine-Saint-Denis en s'appuyant sur un coaching intensif autour de la diététique et de l'activité physique.

Inscrire l'éducation thérapeutique dans une logique de proximité, au plus près des lieux de vie : l'offre actuelle est à plus de 80 % hospitalière. L'objectif est de réorienter les pratiques vers les lieux de vie, pour augmenter la part des programmes en ville avec les professionnels de premier recours, les associations de patients et les collectivités territoriales en prenant en compte les territoires déficitaires et les besoins de santé identifiés. A cet effet, seront déclinés des appels à projets spécifiques à ce sujet et des structures ressources territorialisées, destinées à apporter une expertise méthodologique, seront mises en place. La qualité des actions devra être renforcée.

Enfin, en dehors d'une offre de programme autorisée par l'agence, la mise en évidence d'une pratique éducative complémentaire réalisée par les professionnels de premiers recours doit être rendu lisible et accompagnée. Le travail conjoint de l'Agence et de l'URPS médecins en est une illustration. D'autres expériences sont envisageables, notamment dans le cadre du pouvoir de dérogation dont dispose le directeur général de l'agence sur cette thématique.

Dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé, il convient d'inciter les promoteurs des programmes à mieux définir la prise en compte dans le déroulé des programmes d'ETP des conditions sociales et de vie des patients, afin de disposer de programmes répondant mieux aux contraintes sociales, professionnelles, familiales ou financières de ces patients

Structurer les prises en charge autour du lieu de vie : de nombreuses organisations se sont mises en place pour assurer des soins au lieu de vie (domicile mais aussi institutions médico-sociales, centres de détention ou de rétention par exemple), telles que réseaux, équipes mobiles intervenant en milieu extra-hospitalier, services de soins infirmiers à domicile « renforcés » ou hospitalisation à domicile. Ces organisations sont aujourd'hui insuffisamment structurées et coordonnées, ce qui se traduit par des délais de prise en charge trop longs et très hétérogènes en fonction des territoires. Il convient de progresser sur ces aspects.

Par ailleurs les besoins de prise en charge de certaines personnes hébergées dans des institutions qu'elles ne peuvent quitter que très difficilement (handicapées, personnes détenues ou retenues) ne sont pas tous correctement assurés, par exemple s'agissant des soins odontologiques ou du suivi gynécologique. La télémédecine peut offrir des réponses mais une offre adaptée doit par ailleurs être structurée.

Enfin certaines prises en charge pourraient être mieux adaptées aux besoins et souhaits des personnes, en allégeant la technicité lorsque c'est possible. C'est par exemple le cas des filières physiologiques en obstétrique qui devraient être déployées largement.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Mettre en place l'intervention d'équipes spécialisées à domicile (neurologiques ; réadaptation ; ...), en s'appuyant sur les SSIAD et les HAD, dans des délais raccourcis
- Mettre en œuvre dans les territoires un parcours global coordonné sanitaire, social, médico-social pour les personnes en situation ou à risques de handicap psychique
- « Restructurer » l'ETP, avec l'objectif d'une ETP plus proche des lieux de vie et des professionnels de ville (« ETP ambulatoire »)
- Renforcer la place des sages-femmes dans le suivi des grossesses à bas risque en proximité
- Intégrer dans le parcours de santé des pratiques non thérapeutiques, notamment l'activité physique adaptée, pour les patients souffrant de perte d'autonomie, de maladie chronique, en EHPAD, ...
- Systématiser la stratégie de réduction du tabagisme chez les personnes à haut risque ou prises en charge

pour cancer ou maladies cardio-vasculaires

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres et la construction d'un accompagnement thérapeutique de proximité fait partie des objectifs et des leviers à la disposition des dynamiques territoriales décrites p.

Les enjeux de mobilité liés aux pathologies chroniques, parfois invalidantes, doivent encourager le recours aux outils innovants notamment numériques (axe 3). L'accompagnement thérapeutique de proximité constitue par ailleurs un levier important du renforcement du pouvoir d'agir des patients détaillé dans l'axe 4. Enfin l'intégration de pratiques non thérapeutiques dans les parcours nécessite la mobilisation d'acteurs responsables des politiques publiques dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique (axe 5, projet 5).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec l'action 4.3 du PRSE 3, relative à la maîtrise des facteurs environnementaux de l'asthme et des allergies.

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours

Il s'agit d'expérimenter, à l'initiative des acteurs, des modes de financement permettant de fluidifier les parcours des patients sur le territoire, puis de déployer ces expérimentations.

1. Finalité de l'action

Les réflexions portant sur une « tarification au parcours », garante de plus de pertinence et de qualité des prises en charge, ainsi que d'une place accrue de la prévention, se multiplient². Pourtant aujourd'hui certains modes de tarification ou de financement induisent des ruptures, inadéquations ou incohérences dans la prise en charge des malades, ils peuvent avoir des effets pervers (ruptures de parcours / baisse de qualité des soins / renoncements aux soins), provoquer des blocages, etc. Ces inadaptations relèvent par exemple :

- D'une étanchéité entre plusieurs logiques de tarification parallèles ;
- D'une vision budgétaire plutôt qu'économique, qui ne tient notamment pas compte des restes à charge ;
- De difficultés pour fongibiliser certaines enveloppes financières.

Au niveau régional, l'ARS ne maîtrise qu'une part des dispositifs de financement, beaucoup de règles étant fixées au niveau national (soins de ville, tarification à l'activité hospitalière, certaines MIG, ...). Toutefois la loi permet désormais des dérogations (cf. encadré).

Il est donc possible de mettre en place, dans un cadre limité et donnant lieu à évaluation de l'efficacité médico-économique, des modes de financement alternatifs, avec l'objectif d'œuvrer à leur généralisation. L'enjeu est de mettre en place un cadre permettant aux acteurs, regroupés en dynamiques territoriales, de proposer des modes de financement susceptibles d'améliorer les parcours (en favorisant le maintien au domicile, la coordination des professionnels, l'anticipation des décompensations, les actions de prévention plutôt que de soin, la pertinence au regard des attentes des patients, ...), de les tester et de valider leur efficacité.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Le code de la sécurité sociale (art. L. 162-31-1) autorise désormais les ARS à mettre en place des expérimentations de modes de financement, à l'échelle régionale le cas échéant. Ces expérimentations permettent de déroger à l'ensemble des règles de financement prévues par la réglementation, et même à certaines règles relatives à l'organisation des soins. Les ARS ont une marge de liberté dans la manière dont elles sélectionnent ces expérimentations. L'ARS Île-de-France a choisi de s'ouvrir aux initiatives territoriales qui devront être suscitées, détectées et accompagnées, dans une logique de co-construction des projets qui paraîtront pertinents.

2. Stratégie d'intervention

Il s'agit de mettre en place un cadre d'expérimentations permettant aux acteurs regroupés en coalition de proposer des modalités de financement expérimental, lorsque cela répond à une difficulté identifiée dans le cadre

² Cf. notamment en 2017 : *Rapport charges et produits pour l'année 2018*, CNAMTS, juillet 2017 ; *Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre santé*, Sénat, MECSS, juillet 2017.

de leur dynamique territoriale. Cette possibilité sera également ouverte à l'Agence et à l'assurance maladie, ainsi qu'aux partenaires institutionnels (fédérations, URPS, collectivités territoriales). Les projets seront présélectionnés sur la base de critères simples, répondant à trois enjeux :

- **L'expérimentation répond-elle à un besoin identifié** : la manière dont elle améliorera le bénéfice ou la qualité de la prise en charge pour l'utilisateur, sans dégrader la sécurité, grâce à une meilleure coordination entre professionnels, est-elle claire ?
- **L'expérimentation peut-elle faire l'objet d'un passage à une échelle plus large**, parce qu'elle s'autofinance ou apporte un bénéfice médico-économique ?
- **L'expérimentation est-elle évaluable** : existe-t-il des indications suffisantes (exemples étrangers, tests à petite échelle, ...) qu'elle pourrait être efficace, et une méthodologie d'évaluation est-elle envisageable ?

Les projets ainsi présélectionnés bénéficieront ensuite d'un appui de l'Agence pour :

- Accéder à une méthodologie d'expérimentation à la fois robuste, suffisamment rapide et légère pour pouvoir être appropriée par les acteurs concernés.
- Trouver des territoires d'expérimentation, notamment là où des dynamiques territoriales suffisamment ancrées et transversales permettront de tester efficacement.

Il est raisonnable d'anticiper qu'en rythme de croisière, il sera possible d'accompagner, y compris financièrement, 5 à 10 projets à la fois.

Exemples d'expérimentations envisageables relevant des thématiques prioritaires

- Forfaitisation de certains épisodes de soins (séquence de séances de radiothérapie, pose d'une prothèse totale de hanche)
- Remboursement des soins réalisés par les psychologues et évaluation médico-économique de l'impact sur la consommation de médicaments
- Solvabilisation des soins réalisés par les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens (non pris en charge par l'Assurance maladie), dans le cadre d'un financement au parcours (nouveau-nés vulnérables, troubles spécifiques des apprentissages, adolescents en souffrance, ...)
- Prise en charge partielle du reste à charge pour l'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation
- Création d'unités de soins prolongés complexes en soins de longue durée pour des patients en SSR
- Intégration dans le tarif des EHPAD de certaines dépenses (médicaments, kinésithérapie, transports, ...)
- Visites de coordination à domicile effectuées par les médecins traitants pour les personnes en perte d'autonomie ou à faible mobilité
- Modèle économique de la coordination et modalités de partage des gains économiques découlant de l'amélioration des parcours

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les projets de l'axe 1 sont intrinsèquement liés les uns aux autres : les dynamiques territoriales constituées ont vocation à s'emparer de l'outil expérimental ici proposé pour tenter de régler les difficultés qu'elles auront identifiées sur leurs territoires, par exemple en tentant de mettre en place un accompagnement thérapeutique particulier ou parce qu'elles ont repéré une source de rupture particulière. Ce cadre d'expérimentation fait ainsi partie de « l'offre de services » décrite p. 12.

Ce cadre d'expérimentation doit également permettre d'accompagner les innovations organisationnelles soutenues dans le cadre de l'axe 3. En conformité avec l'axe 4, il sera essentiel que les patients, usagers, citoyens soient associés à l'identification des freins aux parcours d'origine financière, et aux expérimentations permettant de les lever.

Enfin ce projet constitue un élément essentiel du programme de mise en œuvre « Allocation de ressources ».

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

Une offre de santé plus conforme aux besoins : alors que la région connaît de profondes inégalités et que les dynamiques spatiales sont hétérogènes, l'offre de proximité poursuit un mouvement de concentration vers le cœur d'agglomération et quelques pôles dynamiques et il existe des « zones blanches » en matière de prévention collective. Cette évolution spontanée doit être contrecarrée, ralentie voire inversée lorsque des leviers efficaces existent. Par ailleurs, le diagnostic montre que, si le niveau d'offre est en moyenne très bon, il connaît quelques failles (personnes handicapées, enfants de 0 à 6 ans, vaccination).

Des soins plus pertinents et de meilleure qualité : la iatrogénie reste un problème prédominant de notre système de santé. Pour les personnes polyopathologiques, notamment âgées, elle est même une source majeure du recours aux soins. Par ailleurs, le recours à des soins non pertinents, de mieux en mieux documenté, reste également trop important et constitue une source importante de dépenses de santé (entre autres le recours inutile aux urgences ou aux soins hospitaliers non programmés). La culture de la qualité et de la pertinence sera développée en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.

Des ressources, notamment humaines, utilisées à bon escient : la bonne réponse aux besoins ne nécessite pas nécessairement de disposer de plateaux techniques complets partout et tout le temps, dans la mesure où indépendamment de leur coût, ils requièrent pour fonctionner des spécialistes très bien formés. Le maillage des plateaux techniques (imagerie, pharmacies à usage intérieur hospitalières et médico-sociales, blocs et réanimations, laboratoires de biologie médicale) aura donc été restructuré en vue de garantir une meilleure accessibilité et un usage optimisé des ressources. Les services d'urgence seront recentrés sur leur cœur de métier en s'appuyant sur le développement d'une offre alternative de services à la population, notamment en ville là où c'est possible.

Pour ce faire, nous nous fixons douze objectifs d'ici à 2022 :

- Avoir enrayé l'accroissement du recours à l'hôpital des personnes âgées
- Avoir stabilisé le nombre de passages aux urgences
- Avoir doublé le nombre d'évaluations des pratiques professionnelles impliquant à la fois des professionnels hospitaliers et de ville ou du secteur médico-social
- Avoir diminué de 25% la consommation d'antibiotiques en Île-de-France
- Avoir réduit de 10 points la polymédication chez les personnes âgées de plus 75 ans
- Avoir réduit la part des hospitalisations prolongées en psychiatrie (6 mois et plus) de 10% (en journées)
- Avoir augmenté de 50 % la file active des structures accueillant des personnes souffrant d'un handicap psychique
- Avoir atteint un taux moyen d'ambulatoire de 50% pour les séjours hospitaliers de médecine
- Avoir réduit de 10% les taux de fuite des territoires identifiés comme fragiles
- Avoir augmenté de 10 % l'accès aux activités « de recours » dans les territoires mal desservis
- Avoir fait converger les financements d'offre médico-sociale de 20 % s'agissant des personnes âgées et des personnes handicapées
- Avoir augmenté de 20% la part des prises en charge médico-sociales à domicile

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

Il s'agit de mieux connaître, mieux évaluer et mieux s'accorder avec les partenaires sur les besoins prioritaires, les territoires prioritaires et les réponses à apporter.

1. Finalité de l'action

L'ARS doit améliorer l'usage des corpus de données pour développer une approche territoriale et sociale plus précise et doit, pour cela, mieux mobiliser l'ensemble des bases de données disponibles (épidémiologie, socio-démographie, géographie populationnelle, offre de soins, consommation de soins et dépenses Assurance maladie, ...). L'utilisation des données est à approfondir à travers une meilleure structuration de son usage en interne à l'Agence, mais aussi en mobilisant l'ensemble des partenaires ou opérateurs (représentants des professionnels de santé, établissements, usagers, ORS, CIRE) mais aussi l'échelon régional voire national de l'Assurance maladie, les agences régionales d'urbanisme ou les institutions de recherche et les départements d'information médicale hospitaliers).

Le système d'information « suivi des orientations des personnes handicapées »

Le système d'information des maisons départementales des personnes handicapées a vocation à converger vers un système commun, intégré dans les stratégies d'urbanisation régionales. Dans ce cadre, l'ARS Île-de-France a fait le choix de financer le déploiement dans les huit départements d'un système d'information de suivi des orientations des personnes en situation de handicap vers les établissements et services médico-sociaux. Ce système s'inscrit dans le cadre de la « démarche une réponse accompagnée pour tous ».

Il permettra notamment de suivre la mise en œuvre des orientations dans le contexte de la réponse accompagnée, et de mieux connaître l'offre disponible. En miroir, le système d'information commun des MDPH permettra à terme de mieux connaître les besoins à partir d'une évaluation fine des situations individuelles.

2. Stratégie d'intervention

La connaissance des besoins et de la qualité des réponses peut être améliorée en Île-de-France sous plusieurs aspects répondant aux quatre interventions suivantes :

Le projet nécessite de **compléter la connaissance**, en inventoriant les bases de données disponibles en interne ARS et en externe et en identifiant les données manquantes nécessaires pour répondre aux objectifs du PRS2, en priorisant quatre thèmes : **la démographie des professionnels, les inégalités de santé, les besoins en matière de handicap et les soins non programmés**. Pour progresser sur certains de ces sujets, il sera nécessaire de construire des partenariats d'études (universités, écoles, ...) et d'échanges de données (CRIES, CREAL, conseils départementaux, MDPH, agences d'urbanisme, ...).

En second lieu, **l'accès aux corpus de données doit être facilité**, en anticipant le besoin d'informations et mettre à disposition des outils accessibles au plus grand nombre pour mener des analyses en particulier sur les priorités thématiques et les projets du PRS 2, à des niveaux territoriaux assez fins (structurer une production de tableaux de bord, mettre à disposition des données détaillées via un outil d'utilisation simple, enrichir le SIG « SantéGraphie », ...). Au-delà, pour permettre à plus d'intervenants de travailler sur les données, il sera

nécessaire de réaliser une documentation sur les sources de données disponibles pour permettre à tous d'avoir une connaissance des bases existantes et de leur utilité, incluant les biais et limites d'utilisation (fiches descriptives par base de données : SNIIRAM-DCIR, RPPS-ADELI, ...).

En troisième lieu, eu égard aux **enjeux en matière de prospective démographique**, il convient de développer des études dans ce domaine, et d'intégrer plus largement les dynamiques urbaines, territoriales et démographiques dans les études géo-populationnelles sous-tendant des actions de régulation des établissements de santé en Île-de-France et d'accompagnement des professionnels de proximité.

S'agissant de la connaissance des inégalités sociales de santé, il conviendra de saisir toutes les opportunités pour que l'identification de la position sociale (CSP, niveau de revenu, niveau d'éducation...) soit intégrée dans les systèmes d'informations au fur et à mesure de leur mise en œuvre, notamment pour ceux traçant le parcours des patients dans le système de soins. En attendant, l'analyse par des proxys (type de couverture sociale et lieu de domicile) devra être systématisée.

Enfin il s'agit de renforcer la lisibilité, la comparaison et la **connaissance infra-territoriale** des données socio-démographiques, environnementales et sanitaires, en étroite collaboration avec les acteurs et observateurs de l'aménagement des territoires, pour faciliter la priorisation de territoires à enjeux et accompagner la mise en œuvre d'aménagements urbains tenant compte des vulnérabilités.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Elaborer des tableaux de bord territorialisés pour chacune des priorités thématiques
- Améliorer (nature des informations et modalités de partage de l'analyse) les diagnostics territorialisés réalisés pour les CLS et CLSM
- Mener des études de cohorte ou relatives aux pratiques des professionnels (adressage, ...) associant les patients. Exemple : SINPATIC pour le cancer, modernisation du registre cardio-ARSIF, ...
- Consolider des partenariats d'étude : avec l'ORS (mission observation santé des jeunes), l'assurance maladie, PERINAT-ARS-IdF, ...
- Etablir des partenariats avec des équipes universitaires (en particulier en socio-anthropologie) pour améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale et évaluer les actions entreprises
- Améliorer la connaissance en routine de la démographie et de l'activité des professionnels de santé intervenant dans le champ des priorités thématiques.
- Mieux connaître les structures spécialisées sur les territoires (prise en charge des handicaps rares, SSR neurologiques, enquête rythmologie...)

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Il est d'ores et déjà évident que l'accès facilité à des données constituera la base des diagnostics et plans d'action qui pourront être élaborés au niveau territorial par les coalitions d'acteurs mentionnées dans l'axe 1.

Par ailleurs la construction d'une réponse aux besoins plus adaptée, telle que prévue dans les projets de l'axe 2, nécessite de pouvoir accéder et analyser les données aisément et sur une base partagée, notamment s'agissant des inégalités et des enjeux de démographie des professionnels. De la même manière, la stratégie de plaidoyer et de mobilisation des politiques publiques prévue à l'axe 5 devra mobiliser des données fiables.

Enfin ce projet constituera un élément essentiel du programme « Production et traitement des données ».

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet aura des points d'articulation ou de complémentarité avec le plan régional santé environnement 2017-2021 (PRSE³), notamment ses actions 2.3, 3.1, 3.2, 3.3 et 3.5, ainsi qu'avec le protocole de collaboration ARS-ANRU (cf. objectif 2.2 dédié aux actions de diagnostic).

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

³ PRSE 3 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/plan-regional-sante-environnement-prse-ile-de-france>

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Prioriser les moyens en fonction des besoins

Il s'agit de mieux connaître, mieux évaluer et mieux s'accorder avec les partenaires sur les besoins prioritaires, les territoires prioritaires et les réponses à apporter.

1. Finalité de l'action

Le diagnostic décrit une région Île-de-France où l'offre de santé, qu'elle relève de la prévention, des soins ou de l'autonomie, est très hétérogène. Polarisée au sein des agglomérations et particulièrement de Paris pour la plupart des aspects, elle apparaît au contraire beaucoup plus développée en grande couronne pour l'offre médico-sociale en établissements. Au sein même de ces grands espaces, les situations sont diverses, la Seine-Saint-Denis notamment apparaissant paradoxalement moins dotée alors même que l'état socio-sanitaire de la population justifierait des efforts particuliers. Au sein des franges des départements de grande couronne, l'offre sous tous ses aspects est concentrée dans des villes moyennes où elle est parfois fragile, notamment du fait de la démographie de certaines professions et du vieillissement accéléré de la population. A l'échelle locale, les quartiers en Politique de la Ville sont le plus souvent caractérisés par de très forts besoins de santé et un déficit majeur en ressources.

L'enjeu est donc de rééquilibrer cette offre en affirmant une détermination d'autant plus forte que les logiques de programmation induisent une forte inertie. Cette dynamique doit prendre en compte les grands déterminants épidémiologiques, y compris la caractérisation sociale qui détermine à la fois une exposition plus forte à certains risques, un état de santé plus dégradé, et des obstacles à l'usage du système de soins, une évolution démographique qui sera très différenciée en fonction des territoires. Elle doit également tenir compte de la démographie de certaines professions critiques et, dans certains territoires, du rôle spécifique d'établissements de santé le plus souvent publics qui assument de fait une responsabilité populationnelle et territoriale globale, et justifie une approche différenciée en leur faveur. Cette approche conduit nécessairement à envisager les possibilités d'accès aux soins primaires globalement et non par type de structure (ville, hôpital, médecine scolaire ou PMI, structures de prise en charge des addictions ou des personnes précaires) et en se préoccupant en premier lieu de la présence effective de professionnels plutôt que de l'existence de places, lits ou structures.

Le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires

La démarche pour l'égal accès aux soins vise à ce que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté et sur-mesure. Le plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires propose des solutions aux problématiques identifiées par les patients, mais aussi par les élus et les professionnels de santé. Sa déclinaison en Île-de-France vise particulièrement à répondre aux enjeux de démographie des médecins généralistes.

Le plan s'articule autour de 4 axes prioritaires :

- 1- Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- 2- La mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances
- 3- Une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue
- 4- Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale

2. Stratégie d'intervention

Ce contexte et ces besoins nécessitent une priorisation forte de l'allocation des ressources, prenant des formes différentes selon les champs identifiés. Cette priorisation, dans ses objectifs, ses méthodes et sa temporalité, doit être partagée, dans chaque champ, avec les acteurs régionaux. Elle impliquera des redéploiements de moyens importants, notamment au profit de la grande couronne et de la Seine-Saint-Denis s'agissant des moyens sanitaires, ainsi qu'entre certains champs de l'offre. Elle impliquera également d'introduire dans les logiques de priorisation les caractéristiques sociales des populations concernées, y compris à l'échelle très locale pour les soins de premier recours. Elle ne pourra être mise en œuvre que si elle est explicitée, débattue puis acceptée et ce d'autant qu'elle devra pour engager une réduction significative des inégalités territoriales, être conduite au moins sur la durée du Cadre d'orientation stratégique (COS).

Le premier enjeu est de construire un diagnostic par champ, tenant compte de l'état de l'offre mais aussi et surtout de l'état de santé de la population et de ses grands déterminants, notamment socio-démographiques. C'est le sens de la construction d'une cartographie des financements dans le champ médico-social, qui conduit à identifier des zones prioritaires et à proposer une démarche de convergence partielle sur 5 ans. Ce diagnostic pourra être relativement différencié, une partie de la réponse devant se faire en proximité mais une autre relevant du recours. Par ailleurs, dans certains domaines, les patients peuvent souhaiter une prise en charge plus ou moins éloignée de leur lieu de vie (santé sexuelle, certains champs de l'addictologie ;..), sans que cette hypothèse ne justifie en elle-même l'absence de disponibilités en proximité. Ce diagnostic par champ est précisé dans les focus thématiques de la cinquième partie de ce document.

Ce diagnostic par champ doit toutefois être dépassé pour deux raisons :

- **De plus en plus d'usagers relèvent de** champs qui ne peuvent être analysés séparément. Ainsi les personnes très âgées recourent aux EHPAD mais constituent désormais également une part dominante du recours aux USLD, au SSR, voire aux urgences dans certains territoires. De la même manière l'offre en périnatalité, à destination de certaines déficiences mentales ou en addictologie relève à la fois de la ville, de l'hôpital, des dispositifs de prévention individuelle ou collective et du médico-social.
- **Dans certains territoires, la réponse aux besoins connaît un déficit** qui impose d'envisager la situation dans sa globalité, en termes notamment de démographie de certaines professions critiques. La substitution de certaines formes de réponse par d'autres doit alors être envisagée, mais surtout une stratégie globale d'attractivité à l'égard des professionnels. Cela peut conduire à reconnaître, dans certains territoires, le rôle particulier du centre hospitalier de référence. Ce rôle échoit notamment aux centres hospitaliers de la Seine-Saint-Denis, [du sud] de la Seine-et-Marne et globalement de la « grande périphérie » régionale. Ces analyses devront être approfondies, territoire par territoire, pour identifier les leviers précis à mettre en œuvre localement.

Dans certains champs, et c'est particulièrement le cas de la démographie des professionnels, **des réponses sur mesure doivent être construites, qui tiennent lieu des enjeux d'attractivité globale du territoire**. Le lien avec les universités, la participation à la recherche, le lien avec des établissements ou équipes de référence via entre autres la télémédecine, l'exercice partagé entre plusieurs types de structures (qui requière une expertise poussée de l'Agence au plan notamment juridique), les conditions d'exercice (facilité d'échanges de l'information, participation à des dynamiques territoriales, modernité des équipements, ...) sont essentielles dans cette construction. Par ailleurs, les leviers directement à la main des pouvoirs publics (répartition des postes partagés, validation des terrains de stage, aides à l'installation ou à l'investissement) doivent être mobilisés en cohérence avec cette stratégie globale.

Cette démarche de priorisation sera accompagnée de la construction d'indicateurs numériques permettant de mesurer les rééquilibrages et de rendre compte aux partenaires, opérateurs et professionnels des territoires non prioritaires, du bon usage de cette allocation de ressources différenciée selon les territoires.

Une démarche partagée par l'ensemble des thématiques prioritaires

La démarche à mettre en œuvre pour chacune des thématiques prioritaires partage de nombreux points communs et notamment les étapes suivantes :

- Repérage des zones à fort besoin sur les priorités thématiques en croisant les indicateurs d'offre (densité des professionnels, situation des structures), la morbi/mortalité, des indicateurs socio-démographiques, des indicateurs de recours. Ce travail déjà réalisé pour certaines priorités (personnes âgées et handicapées, cancer, périnatalité, plan IVG, santé mentale) mais reste à faire pour d'autres.
- Rattrapage/rééquilibrage régional grâce aux outils de planification disponibles (places, financements, ...). A cet égard, les leviers des postes partagés (assistants partagés notamment) est le plus directement efficace pour les spécialités critiques.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les enjeux de connaissance des besoins (projet 2-1) sont évidemment primordiaux pour définir une stratégie de priorisation à un niveau suffisamment fin. Une optimisation des prises en charge non programmées (projet 2-3) ainsi que des parcours sans rupture, limitant le recours à des soins non pertinents ou liés à des décompensations (projet 2-4, axe 1) est essentiel pour diminuer la pression sur les établissements et les professionnels dans les zones en déficit.

Par ailleurs la stratégie d'investissement devra intégrer, outre les inégalités territoriales, les enjeux d'évolution des plateaux médicotecniques (projet 2-5). Les choix de priorisation devront bien entendu tenir compte de la situation particulière des enfants (projet 2-6). Enfin la capacité d'innovation et de recherche des territoires constitue un enjeu fort d'attractivité pour les professionnels (axe 3).

Les programmes de mise en œuvre « Ressources humaines » et « Allocation de ressources financières » seront particulièrement mobilisés par ces enjeux.

Les choix relatifs aux autorisations d'activité de soins ou d'implantation d'équipement matériel lourd devront particulièrement tenir compte de la stratégie d'intervention décrite ci-dessus. Des focus techniques décrivent la méthode et les objectifs suivis en matière de priorisation des ressources pour les différents domaines d'intervention (prévention collective, offre de soins et démographie des professionnels, offre médico-sociale).

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec le programme régional d'accès à l'IVG et la déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé sexuelle, ainsi qu'avec la déclinaison régionale du plan de réduction du tabagisme et du plan national addictions.

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées

L'accès aux prises en charge non programmées nécessite une nouvelle approche autour d'un patient. Cet accès, qu'il soit adapté ou non, est en forte progression au sein du système de santé.. Mieux anticiper ce phénomène et moins subir ses impacts, adapter les solutions aux spécificités de chaque territoire et aux besoins du patient sont autant d'enjeux et d'objectifs. Cela passe par une connaissance accrue des déterminants de cette dynamique.

1. Finalité de l'action

Les demandes de prises en charges non programmées sont en développement croissant dans la plupart des pays développés. Elles prennent deux formes : un recours à des structures lourdes et spécialisées pour des soins ne le nécessitant pas ; et un accès à des soins spécialisés insuffisamment organisé qui transforme les urgences en un passage obligé. Cette croissance a longtemps été observée plus qu'anticipée, subie plus que maîtrisée. Il en résulte des prises en charge non pertinentes et une désorganisation des parcours pour les usagers ; et une pression très forte sur le système de santé et notamment les soignants.

Si la plupart de ses causes semblent intuitives (sociales, organisationnelles, comportementales, épidémiologiques,...), l'intrication des différents facteurs, variable en fonction des spécificités des territoires, complexifie la compréhension du phénomène et l'identification des leviers adéquats pour agir. Dépasser une approche du soin non programmé limitée à une réponse structurelle pour une approche systémique transversale éclairée est un enjeu majeur du PRS 2. Pour ce faire, il convient sur la base d'un état des lieux à construire et d'une connaissance à parfaire :

- D'élargir le sujet de la réponse non programmée, au-delà du soin et du sanitaire, notamment à la prévention et au social.
- De dépasser la logique de réponse par le prisme de la gestion des offres et des flux à une réponse multimodale de proximité intégrant les spécificités liées aux typologies de patients, à leurs comportements, aux pratiques et aux conditions de prise en charge afin d'aboutir à une utilisation plus pertinente du système de prises en charge non programmées
- Développer le juste soin au bon endroit et au bon moment dans une organisation graduée des soins non programmés prenant en compte les spécificités des territoires et les besoins des populations, le cas échéant en s'appuyant sur de nouvelles structures innovantes
- De diminuer les prises en charges « non programmées » non urgentes par anticipation ou substitution vers des parcours de soins « programmés », notamment pour les pathologies chroniques

L'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit dans les EHPAD

Les résidents des EHPAD franciliens, dont la moyenne d'âge à l'entrée est de 86 ans, sont pour la plupart atteints de plusieurs pathologies dont des maladies neurodégénératives, nécessitant une vigilance des soignants aussi bien le jour que la nuit. Ainsi, l'organisation de l'accès à une compétence infirmière la nuit dans les EHPAD, via une présence physique quotidienne (1 infirmier mutualisé sur 3 à 4 EHPAD de proximité géographique) a été expérimentée depuis 2013 dans 22 EHPAD franciliens pour améliorer la continuité des soins et faciliter les retours d'hospitalisations des résidents. L'évaluation médico-économique a mis en évidence une diminution significative de la durée d'hospitalisation des résidents des EHPAD représentant 4 jours d'hospitalisations évités par an et par résident, depuis la mise en œuvre du dispositif. Par ailleurs, une amélioration de la qualité de vie des résidents, une réassurance ainsi qu'un renforcement des compétences des

équipes présentes la nuit au sein des EHPAD sont autant d'indicateurs positifs mis au jour par l'étude réalisée. Fort de ces résultats, le déploiement de l'organisation de la continuité des soins en EHPAD, via une présence physique ou un système d'astreinte, a été engagé fin 2017 par l'ARS IDF. Ce sont ainsi 71 nouveaux EHPAD qui s'engagent dans cette démarche dès 2018.

2. Stratégie d'intervention

Elle s'appuie sur deux leviers principaux, l'amélioration de la connaissance du phénomène, et la recherche d'une meilleure capacité du système de prise en charge à anticiper. Ce deuxième aspect s'appuiera sur un cadre ouvert, formé de quelques principes et objectifs forts, laissant aux acteurs locaux une grande autonomie pour mettre en œuvre des solutions impliquant un renforcement de la coordination territoriale.

A. Connaître – Mesurer – Evaluer

Quantifier les flux et suivre leur évolution dans le temps : Identifier les flux au plus proche des territoires, élaborer des suivis d'activité synthétiques et transversaux permettant d'anticiper les dynamiques. Cette approche devra se faire en concertation étroite avec l'Observatoire Régionale des Urgences qui pourrait avoir pour cible à moyen terme d'évoluer vers un observatoire régional des soins non programmés.

Identifier et analyser les différentes typologies d'utilisateurs : L'identification et la caractérisation de populations cibles au sein des flux est un enjeu majeur permettant d'envisager des actions spécifiques afin de réinsérer les patients dans des parcours de soins plus adaptés. Cela permettra de cibler le travail sur certains parcours particulièrement générateurs de prises en charge non programmées.

Réaliser un état des lieux et une cartographie de l'offre : La visualisation dans l'espace et le temps de l'offre de soins non programmés est un élément essentiel. L'élaboration d'outil d'aide à l'orientation pour le professionnel mais aussi pour l'usager, le cas échéant, pourra être envisagé à partir de cet état des lieux.

Identifier les attentes des acteurs (usagers, professionnels de santé, collectivités,...) : La prise en compte des évolutions sociétales et comportementales est essentielle pour mieux comprendre les attentes des usagers et de d'aider à proposer des offres de soins adaptées. La comparaison des différentes offres contribuera à optimiser les offres franciliennes et à favoriser la qualité et la sécurité de l'accès aux soins non programmés.

B. Agir – Anticiper

Accompagner les expérimentations sur les territoires : Il s'agit de contribuer au développement d'une doctrine régionale et territoriale partagée autour des soins non programmés. Cette doctrine, basée notamment sur un benchmark des structures offrant une réponse aux besoins de soins non programmés (telles que les centres de soins non programmés) réalisé à l'échelle nationale, sera étayée par les expérimentations territoriales en cours, avant d'être progressivement déployée en Île-de-France. Par ailleurs, le développement d'une démarche permettant une utilisation efficiente des dispositifs de PDSA devra être abordé.

Informier – communiquer – Innover : La communication en cohérence avec les orientations choisies et partagées vers les professionnels mais aussi et surtout vers les usagers sera capitale. Il pourra s'agir d'information sur l'accès aux soins non programmés, d'éducation en santé, de responsabilisation des usagers, d'outils d'orientation, etc.

Anticiper et mieux préparer le système de réponse de soins non programmés :

- Elaborer un plan visant à organiser l'orientation, la gestion des flux et les prises en charge de patients au niveau du territoire et avec l'ensemble des acteurs de santé concernés
- Définir et disposer des moyens humains et matériels nécessaires en amont du phénomène

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- accès sans délai à l'expertise (cardiologie, gériatrique, ... : consultations semi urgentes, accès dédiés) pour les patients souffrant de maladies chroniques à risque de décompensation
- Recours aux soins palliatifs en alternative à des prises en charge génératrices de décompensation
- Renforcer la mobilité des dispositifs et les actions d'aller vers en s'appuyant sur les équipes mobiles ou l'intervention sur le lieu de vie (y compris institutions diverses) de professionnels spécialisés (gériatrie, psychiatrie, ...), le cas échéant en appui d'HAD polyvalentes
- définir sur chaque département le schéma actualisé de réponse à l'urgence psychiatrique
- Renforcer ou restructurer certaines capacités hospitalières critiques, notamment dans les territoires hors agglomération : UNV, SMUR pédiatriques, réanimations néonatales, parcours AVC, PDS neurochirurgie/NRI, accueil des urgences pédiatriques en période épidémique, dans une logique de proximité
- HAD à déclenchement rapide, en lien avec les SAU/UHCD/professionnels de ville

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Un des enjeux essentiels de l'amélioration de la connaissance des besoins porte sur les prises en charge non programmées (axe 2). Par ailleurs, l'amélioration des parcours de santé devra se traduire par une diminution du recours aux passages par les urgences, au profit d'une anticipation des décompensations ou des hospitalisations. Pour cela la capacité des acteurs à s'organiser au niveau territorial sera essentielle (cf. l'axe 1).

Par ailleurs, de nombreuses innovations, numériques et organisationnelles, devraient permettre de diminuer le recours aux soins non programmés, notamment aux urgences (axe 3). Enfin la bonne information des usagers et patients potentiels constituera un levier essentiel de recours pertinent aux soins non programmés (axe 4 et notamment projet 4-4).

Les choix relatifs aux autorisations d'activité de soins ou d'implantation d'équipement matériel lourd devront particulièrement tenir compte de la stratégie d'intervention décrite ci-dessus.

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec le dispositif ORSAN et notamment son volet « AMAVI ».

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité

Mobiliser les professionnels de santé et les usagers pour faire progresser la qualité des prises en charge avec des soins plus pertinents et plus sûrs.

1. Finalité de l'action

La progression de la qualité des prises en charge repose sur l'amélioration de deux dimensions incontournables que sont la sécurité et la pertinence. Le périmètre d'intervention est large. Il concerne à la fois les produits de santé (lutte contre la iatrogénie et l'antibiorésistance, diminution des psychotropes), les infections associées aux soins, les actes diagnostiques ou thérapeutiques, les modalités de prises en charge (ambulatoire versus hospitalisations complètes) et les parcours (hospitalisations évitables, recours aux urgences).

Entre 255 000 et 470 000 évènements indésirables graves évitables annuels surviennent en établissement de santé ou sont à l'origine d'une hospitalisation, parmi lesquels près de 41 % sont associés à un produit de santé et 23 % à une infection associée aux soins. Plus de 10 000 décès par an seraient liés à une erreur médicamenteuse ou un effet indésirable. Les personnes âgées sont une population fortement touchée par ce phénomène : 10 à 20 % des hospitalisations des 75 ans et plus sont liés à la iatrogénie médicamenteuse (notamment à la polymédication) et ce pourcentage passe à 25 % chez les 85 ans et plus⁴. Si la culture de gestion des risques est désormais bien implantée à l'hôpital, elle doit être mieux diffusée en ville et dans le secteur médico-social, où ces enjeux sont devenus très présents⁵. De plus en plus, la culture de la pertinence et de la sécurité sera transversale, centrée sur le patient plutôt que sur le fonctionnement d'une institution.

La pertinence des pratiques permet elle aussi d'améliorer la qualité et la sécurité et de limiter les dépenses évitables (actes redondants ou inutiles, prescriptions de génériques, biosimilaires). 20 à 30% des prescriptions seraient non pertinentes. Son renforcement se heurte à l'organisation cloisonnée de notre système de santé et à des modes de financement insuffisamment incitatifs. Une meilleure coordination des acteurs lors du parcours du patient permettrait d'éviter gaspillage et actes inutiles. Des marges de progression importantes existent mais elles ne pourront être utilisées qu'en mobilisant les professionnels dans des dynamiques positives et partagées plutôt que par des outils de régulation.

⁴ Sources des données pour ce paragraphe :

- DREES. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS). 2011
- Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park BK, Breckenridge AM. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*. 2004 Jul 3;329(7456):15-9.
- Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003 Mar 5;289(9):1107-16.
- Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med*. 2011 Nov 24;365(21):2002-12.

⁵ Des programmes nationaux de santé publique y contribuent déjà, notamment le programme de prévention des infections associées aux soins (Propias) et le programme national pour la sécurité des patients (PNSP 2013-2017)

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS)

Cette instance réunit l'ARS, l'assurance maladie, des représentants des usagers, des établissements et des professionnels de santé (Elle est présidée par un représentant de l'URPS médecins). Elle vise à animer la démarche d'amélioration de la pertinence des soins en Île-de-France. Le choix méthodologique a été celui d'une co-construction forte des actions, les thématiques étant sélectionnées en commun et les projets mis en œuvre sur des territoires identifiés à l'initiative des professionnels. D'emblée, les travaux se sont orientés vers la pertinence des parcours (recours à l'hospitalisation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, notamment) plutôt que des soins.

2. Stratégie d'intervention

Il s'agit de co-construire un dispositif s'appuyant sur les professionnels de santé et les usagers, autour de quatre leviers.

Placer les professionnels de santé au cœur de la démarche. Pour cela il s'agira de s'appuyer sur le rôle des pairs et des sociétés savantes pour multiplier les relais de diffusion des recommandations auprès de professionnels de santé, de déployer des outils numériques d'aide à la décision médicale, de proposer des formations initiales et continues qui intègrent la qualité, la gestion des risques et la pertinence des soins. L'évaluation des pratiques professionnelles, y compris au niveau territorial, devrait devenir la norme.

Informers les patients et usagers sur la qualité et la pertinence des soins pour leur permettre de prendre des décisions éclairées et de faire évoluer leurs perceptions et leurs comportements : sur le modèle des campagnes américaines et canadiennes « choosing wisely » (choisir avec soin), il s'agit d'aider les médecins et les patients à engager des conversations sur l'utilisation excessive de médicaments et d'actes médicaux, et de soutenir les efforts des médecins pour aider les patients à faire des choix pertinents en intégrant leur parole et leur environnement socio-économique (habitat, professionnel, familial...) à chacune des phases du parcours.

Favoriser, au niveau territorial et de manière décloisonnée, le développement de la culture de la sécurité et de la gestion des risques en mettant l'accent sur la prévention, la déclaration et la gestion des événements indésirables associés aux soins. Les retours d'expérience constituent un outil essentiel et leur mise en place est un pas important vers une culture de la sécurité. Le développement collectif d'une « culture positive de l'erreur » sera soutenu (notification de meilleure qualité, participation active aux analyses de dysfonctionnement, définition et mise en œuvre des actions à mener). Les structures régionales de vigilance et d'appui seront mobilisées à cette fin, en appui aux établissements, aux professionnels et aux usagers, et dans une approche territoriale plutôt que dans des situations centrées sur l'hôpital.

Il s'agira enfin de **renforcer la continuité de la prise en charge tout au long du parcours entre soins de ville, établissements, services médicosociaux et prise en charge à domicile** : faciliter la communication et les échanges (dossiers patients de coordination, lettres de liaison, conciliation médicamenteuse pour sécuriser le partage d'information aux points de transition du parcours de soin du patient) entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs du parcours de soins (médicaux, paramédicaux, administratifs...), notamment autour du domicile.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans les institutions accueillant des malades chroniques. Dans les ESMS cela passe par la mise en œuvre de plans d'action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse reprenant les bonnes pratiques déjà identifiées et un partenariat de qualité avec les officines et les pharmacies à usage intérieur (PUI) dans une perspective de déploiement des missions de ces dernières dans le champ médico-social
- Améliorer les pratiques professionnelles, notamment en s'appuyant sur la dynamique professionnelle initiée au sein de l'IRAPS
- Systématiser les pratiques de réévaluation périodique des personnes vivant avec un trouble psychique
- Diminuer le recours aux soins sans consentement et à la contention en psychiatrie et réduire la part des séjours longs
- Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique
- Diminuer le recours à l'hospitalisation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, sur la base de projets territoriaux construits avec les professionnels
- Améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les patients souffrant de maladies chroniques, notamment grâce au conseil pharmaceutique y compris en ville.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

De plus en plus, l'amélioration de la pertinence et de la qualité évolue des soins vers une approche plus globale favorisant le parcours. Dès lors les outils mis en place dans le cadre de ce projet ont vocation à être élaborés et déclinés territorialement dans le cadre des projets de l'axe 1 (il apparaît par exemple que les systèmes d'information de coordination, ou des modes de financement intégrant les enjeux de qualité, sont de puissants outils d'amélioration de la qualité).

L'innovation et la recherche doivent être fortement orientées vers ces dimensions (axe 3). Par ailleurs l'implication des patients dans leurs prises en charge, le renforcement de leur pouvoir d'agir ainsi que la qualité de la relation soignant-soigné constituent un levier essentiel d'amélioration de la qualité des soins (cf. l'axe 4).

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet s'appuiera notamment sur le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS).

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Faire évoluer les plateaux médicotechniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge

Les « plateaux médicotechniques »⁶ sont des composantes structurantes de l'organisation des prises en charge. Leur nécessaire adaptation doit prendre en compte les contraintes liées à la fois

- **à la nature des prises en charge** qui sont pour une part moins standardisées, fonction des besoins et spécificités des patients, plus chroniques, plus âgés et donc en attente de proximité.
- **aux impératifs de gradation des équipements** en niveaux de proximité, de recours et d'expertise. Cette gradation est indissociable d'une nécessaire cohérence des équipes professionnelles et des compétences notamment médicales ainsi que de la technicité croissante des prises en charge.

1. Finalité de l'action

L'évolution des plateaux médicotechniques répond à deux enjeux parfois contradictoires :

- **De nombreux éléments poussent à la mutualisation et à la concentration** : coût, innovation et complexité des équipements; technicité et compétences attendues accrues et diverses tant pour les recours diagnostics que pour les recours thérapeutiques et de suivi ; qualité et sécurité des soins avec recommandations et réglementation visant à l'assurer ; attractivité pour les professionnels dont compétences et savoir-faire sont liés pour partie au niveau d'activité ; recherche clinique... .
- **L'enjeu de proximité s'accroît**, du fait des inégalités existantes, mais aussi du recentrage des prises en charge sur le lieu de vie et le domicile et de l'objectif de garantir un niveau fort d'accès et de qualité pour des prises en charge récurrentes (accroissement des pathologies chroniques, vieillissement et handicap) ou non programmées.

Cette double évolution implique de faire évoluer la gradation des soins et de la décliner résolument dans une logique de territoire à 3 niveaux :

- Proximité dans le cadre du territoire de coordination autour du domicile/lieu de vie
- Recours pour les spécificités techniques et de compétences spécifiques notamment
- Expertise pour les pathologies rares ou la génétique moléculaire par exemple.

Cela passe par une évolution des objectifs et des moyens matériels et des organisations des plateaux médicotechniques, notamment leur capacité à s'inscrire dans des flux numériques (coordination des professionnels et dossiers médicaux communicants, transmission de résultats et d'analyses, télémedecine) et une mutualisation adaptée des compétences (accès à l'expertise, échanges médicotechniques, interprétation de résultats...) au-delà des modes d'exercice. L'organisation des transports sanitaires (personnes, prélèvements..) et de la logistique doit également être revisitée.

⁶ Ils comprennent les éléments suivants : Imagerie (diagnostique et interventionnelle), biologie, génomique, pharmacies à usage intérieur, stérilisation, bloc opératoire et interventionnel, explorations fonctionnelles, réanimations et unités de soins critiques.

Cela passe aussi par le renforcement, en tant que de besoin, des équipes qui, au-delà des modes d'exercice, doivent être organisées sur une base territoriale. Il s'agit de permettre une mutualisation suffisante des contraintes (permanence, continuité), promouvoir l'attractivité et la compétence professionnelle (accès aux équipements à l'état de l'art, masse critique de gestes complexes notamment), et favoriser l'intégration à la recherche notamment clinique et aux actions de formation.

C'est dans ce cadre que le recours et l'expertise des plateaux techniques doivent projeter leur accès vers l'ensemble de la population d'un territoire de coordination et des établissements qui répondent à leurs besoins.

Les plateaux médicotecniques « expert ou de référence » doivent enfin intégrer la notion de capacité de montée en puissance, sur laquelle est désormais basée la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles en conformité avec le volet accueil massif des victimes du dispositif ORSAN.

Le développement des prises en charge ambulatoires en médecine

Le virage ambulatoire est un des objectifs majeurs de la stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une stratégie globale visant à éviter autant que possible la présence des patients au sein des institutions de soins ou médico-sociales, et à privilégier les prises en charge à domicile. Dans son volet hospitalier, il consiste à favoriser les prises en charge ambulatoires, par exemple en hôpitaux de jour, en substitution de l'hospitalisation complète. Il concerne la chirurgie, la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation mais aussi la médecine. Une restructuration des plateaux médicotecniques doit accompagner cette évolution : meilleure programmation des rendez-vous et des prises en charge, meilleure articulation avec la ville notamment via l'échange d'informations, etc.

2. Stratégie d'intervention

Les objectifs sont différents mais complémentaires selon que l'offre est de proximité, de recours ou d'expertise

- **Proximité**: L'objectif est de permettre une meilleure accessibilité en distance et délais pour l'ensemble des usagers en prenant en compte les contraintes et la diversité des publics, la capacité de mobilité effective des différentes catégories sociales, les impératifs de permanence de l'accès, particulièrement dans les territoires en périphérie de région où une offre pérenne et solide devra être renforcée et garantie. **Un socle de prises en charge de proximité est décrit plus bas.** Il est organisé sur une base territoriale, par les établissements et structures dédiées assumant une responsabilité populationnelle, dans un maillage d'équipements coordonnés ou de laboratoires multi-sites. Autant que possible ce plateau médicotecnique de proximité doit être capable de se délocaliser au lieu de vie.
- **Recours**: la logique est celle de la poursuite de la concentration des équipements, en évitant les redondances et en renforçant les sites concernés pour assurer un meilleur maillage en équipements, autour des groupements hospitaliers de territoires mais aussi des autres établissements. L'offre se développera sous la forme de réseaux multi-sites.
- **Expertise**: la logique de rassemblement des compétences et équipements nécessaires notamment au niveau des groupes hospitaliers de l'APHP sera poursuivie. Mais cette concentration, tant pour le recours que pour l'expertise doit être accompagnée d'un fonctionnement en équipes et filières de prise en charge partant des territoires.

Le socle de prises en charge de proximité, dans le cadre d'une organisation territoriale graduée et formalisée doit répondre aux missions de soins programmés et non programmés, mais aussi de prévention et

d'information. Organisé dans le cadre d'un projet territorial porté par les acteurs du territoire, il doit concerner le sujet des équipements dépendant ou non du régime des autorisations, mais aussi celui des ressources/compétences/formation, des aspects de logistique et transports, de la plateforme et des flux numériques. **Ces activités de proximité ne doivent plus être exercées de manière isolée mais s'insérer dans une organisation territoriale graduées des soins et formalisée.** Elles intègrent l'accès à :

- L'imagerie diagnostique, notamment les IRM
- Une prise en charge pertinente des soins non programmés
- La biologie sur la base de laboratoires multi sites.
- Des soins critiques
- Des blocs opératoires conventionnels permettant d'assurer les activités de chirurgie générale (viscérale, orthopédique, ORL, urologique, ophtalmologique, vasculaire)
- Une prise en charge obstétricales (maternité ou centre périnatal de proximité)
- Des prises en charge récurrentes sous forme ambulatoire (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie).
- Des fonctions médicotechniques, qui peuvent être organisées non pas en proximité mais dans un cadre mutualisé et en réseau : stérilisation, URC, dispensation médicamenteuse permettant l'accès à une expertise de pharmacie clinique et à des technologies modernes (robotisation), accès à des produits sanguins dans les conditions prévues par le schéma d'organisation de la transfusion sanguine.
- La génétique moléculaire
 - **En recours**
 - Plateaux techniques spécifiques
 - Imagerie interventionnelle
 - Biologie médicale
 - Stérilisation
 - Réanimations polyvalentes et spécialisées
 - Biologie hautement spécialisée
 - Chirurgie robotisée
 - **En expertise**
 - Génétique moléculaire
 - Salles opératoires hybrides

Les principaux leviers mobilisés pour parvenir à ces objectifs seront

- **la politique d'allocation des ressources**
- **les leviers d'intervention réglementaires** (droit des autorisations, schéma de permanence des soins) mais également la contractualisation territoriale et régionale, qui sera envisagée en intégrant la logique populationnelle et l'inscription des plateaux de recours et d'expertise dans des logiques de filière territoriale. Dans ce cadre l'ARS se réserve la possibilité, en accord avec les acteurs concernés, de délivrer à titre dérogatoire, sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, des autorisations d'activités de soins à des groupes d'établissements, qu'ils soient publics ou privés, sur un même territoire. Ces autorisations dérogatoires seront conditionnées par une organisation territoriale des soins permettant de garantir sur l'ensemble des sites la sécurité et la qualité des soins
- **la politique d'accompagnement des professionnels de santé** (Programme de mise en œuvre « ressources humaines en santé »)
- **les systèmes d'information** devront évoluer rapidement pour intégrer cette dimension territoriale. Les formes d'exercice partagé et mutualisé seront développées. La télémédecine doit être un levier pour faire

converger concentration des expertises et maintien de ces expertises en proximité (développement des téléconsultations, des télé expertises, ...).

- Enfin la **programmation régionale de l'investissement hospitalier** qui sera établie intégrera au premier chef ces enjeux.

Illustrations d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Promouvoir une offre obstétricale et pédiatrique de proximité en grande couronne
- Soutenir l'organisation graduée de la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages
- Développer l'offre ambulatoire et en SSR neurologique
- Soutenir les filières physiologiques pour les grossesses à faible risque
- En cancérologie, faire évoluer le modèle vers des organisations capables de rendre des diagnostics rapides et évitant les pertes de chance, des centres de référence intervenant en appui aux établissements de proximité et aux prises en charge à domicile et, s'agissant de la chirurgie, des mutualisations territoriales d'autorisations et d'équipes
- Mieux couvrir le territoire pour les prises en charge medicotechniques en urgence (AVC, USC non adossées à des réanimations)

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les enjeux de connaissance des besoins (projet 2-1) sont évidemment essentiels pour justifier cette stratégie d'évolution des plateaux medicotechniques. La stratégie d'investissement devra aussi intégrer les enjeux d'inégalités territoriales (projet 2-2).

L'optimisation des prises en charge non programmées, l'amélioration des parcours reposera en partie sur l'accessibilité des plateaux medicotechniques, des compétences médicales correspondantes et la prise en charge des enfants (axe 1, projets 2-3 et 2-6). L'intégration dans les systèmes d'information de la dimension territoriale (projet 1-4) sera essentielle. La qualité et la pertinence des soins découlent en partie d'une bonne gradation des soins (projet 2-4). Enfin la qualité de la recherche clinique dépend en grande partie des possibilités d'accès à un plateau technique efficace (axe 3).

Les programmes de mise en œuvre « Ressources humaines », « Production et traitement des données » et « Allocation de ressources financières » seront particulièrement mobilisés par ces enjeux.

Les choix relatifs aux autorisations d'activité de soins ou d'implantation d'équipement matériel lourd devront particulièrement tenir compte de la stratégie d'intervention décrite ci-dessus, et notamment la possibilité à titre dérogatoire, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, de délivrer des autorisations à des groupes d'établissements, publics ou privés, dans le cadre d'une organisation territoriale des équipes médicales et soignante et des équipements, permettant de garantir sur chaque site du groupe sécurité et qualité des soins. Ces autorisations de groupe seront la traduction concrète des projets médicaux partagés des GHT, mais également des projets en commun portés par les groupes d'établissements privés à l'échelle d'un territoire.

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec le programme régional d'accès à l'IVG, le dispositif ORSAN et le schéma d'organisation de la transfusion sanguine (SOTS).

Le dispositif ORSAN régional

L'évolution de la gradation des soins et des plateaux techniques doit prendre en compte le plan ORSAN régional (Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle), dont l'élaboration est pilotée par L'ARS Île-de-France. Ce plan est décliné en six volets¹, qui devront tous être arrêtés sur la durée du PRS. L'élaboration de ces volets s'appuie sur une démarche en quatre étapes :

- 1) Connaître et analyser les aléas, les risques et leurs impacts
 - a. *Modéliser les replis hospitaliers en situation d'inondations majeures, en tenant compte des scénarii de crue élaborés par la DRIEE, de l'observation de l'activité de soins (données réelles, analyse par spécialité ...) et des organisations territoriales.*
- 2) Assurer le développement de comportements adaptés face aux crises et améliorer la formation des professionnels aux SSE
 - a. *Développer une approche commune de la gestion des risques et des crises*
 - b. *Accroître la résilience des ES et EMS face aux SSE et aux crises*
 - c. *Accompagner les établissements de santé dans leur démarche d'audits de risques et d'élaboration des plans de sécurisation*
 - d. *Développer les compétences des équipes régionales en matière de damage control (DC ground zero et DC chirurgical)*
- 3) Mettre en place des outils (outils de prévision, d'alerte ou de gestion de crise)
 - a. *Mettre en place un observatoire des urgences*
 - b. *Adapter les systèmes d'information existant à la gestion des SSE (ROR, SIG, outils de gestion de crise ...)*
- 4) Adapter les prises en charge (équipement et structures de soins, organisations fonctionnelles, labellisation ...)
 - a. *Structurer une filière de traumatologie pédiatrique au sein de la région (petite et grande couronne)*
 - b. *Rationaliser le recours aux transports sanitaires par vecteur aérien*
 - c. *Garantir une réponse régionale face au risque NRBC*
 - d. *Gérer le risque épidémique exceptionnel (épidémies saisonnières, pandémies, microorganismes émergents...).*

¹ Les six volets du dispositif ORSAN sont les suivants :

- accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN AMAVI ») ;
- prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (« ORSAN CLIM ») ;
- gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« ORSAN EPI-VAC ») ;
- prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (« ORSAN BIO ») ;
- prise en charge d'un risque NRC (« ORSAN NRC »).
- Urgence médico-psychologique (« ORSAN UMP »)

Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants

La petite enfance est une période essentielle au regard de la santé, parce que le suivi du développement de l'enfant permet d'identifier précocement troubles et pathologies dont la prise en charge permet d'éviter ou limiter les conséquences à long terme. Or la santé des enfants apparaît particulièrement inégalitaire en Île-de-France. Il s'agit donc de garantir un accès équitable et systématique à une offre de services en matière de prévention, dépistages, éducation à la santé, soins, prise en charge du handicap.

1. Finalité de l'action

« Les inégalités de santé dans l'enfance renvoient de façon encore plus forte qu'à l'âge adulte à des enjeux de justice sociale : elles sont plus particulièrement intolérables, parce qu'elles ont des conséquences non seulement immédiates, mais aussi sur la durée et la qualité de vie des personnes devenues adultes »⁷.

Aujourd'hui, les besoins de base en termes de prise en charge préventive et curative de l'enfant ne sont pas totalement couverts dans certains territoires : on y observe les effets cumulés des difficultés en démographie de santé, qui touchent les services de PMI et de santé scolaire, et sur certains territoires franciliens les médecins libéraux et hospitaliers, de l'impact des dépassements d'honoraire sur l'accès aux soins, mais aussi de l'augmentation des besoins liés à un nombre croissant d'enfants confrontés à la précarité ou à la pauvreté, qui peuvent avoir des conséquences sanitaires très dommageables chez le jeune enfant. La précarité, voire la grande précarité (migrants, familles hébergées ou sans logement...) peut rendre non pertinentes des organisations efficientes dans d'autres contextes. Ces situations sont concentrées sur certains territoires.

La protection maternelle et infantile (PMI) contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé du jeune enfant. Elle est pour certains jeunes enfants, le seul interlocuteur dans le champ de la santé en dehors des urgences. Or, ce dispositif n'est actuellement plus suffisamment opérant du fait de tensions sur la démographie médicale et de politiques départementales priorisant parfois les missions de protection de l'enfance sur les missions de santé.

Dans les premières années de la vie, le suivi du jeune enfant s'attache à vérifier le caractère harmonieux de son développement. Quand un trouble est dépisté (moteur, psychique, cognitif, sensoriel...), l'orientation précoce doit rapidement permettre de poser un diagnostic et d'initier une prise en charge. Les ressources existent en Île-de-France, mais sont insuffisamment structurées pour garantir un accès pertinent aux ressources adaptées aux besoins sur tout le territoire. La gradation de l'offre n'est actuellement pas suffisamment lisible dans certains domaines. Cette organisation non optimale peut être responsable de prises en charges retardées (délais de rendez-vous, listes d'attente) ou des renoncements aux soins (actes non remboursés).

Pour remédier à ces difficultés, il s'agit en premier lieu d'identifier les territoires prioritaires en matière de réduction des inégalités territoriales, du fait d'indice de précarité élevé et de la faiblesse de l'offre de santé de l'enfant : médecine libérale, hospitalière, salariée non hospitalière (PMI, médecine scolaire, centres de santé ...).

Sur ces territoires doit être recherchée la mise en place d'organisations permettant de répondre aux besoins, en renforçant la place de la protection maternelle et infantile et de la santé scolaire lorsque c'est possible, en s'appuyant sur des organisations innovantes sinon.

⁷ *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, IGAS, 2011

Enfin, afin d'éviter l'aggravation de problèmes de santé qui auraient pu être traités facilement dans l'enfance, il convient de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé pour les jeunes enfants d'une part, et d'autre part de structurer les ressources permettant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant des pathologies ou des troubles du développement, pour garantir un accès précoce et pertinent à une offre graduée.

Le projet Réduction de la mortalité infantile et périnatale (RéMI)

Ce projet avait pour objectif de documenter les causes de la surmortalité en Seine-Saint-Denis et de décliner un plan d'actions visant à améliorer les indicateurs de périnatalité. Basé sur les volets épidémiologique et socio-anthropologique d'une étude réalisée en 2014, il a conduit au déploiement de plusieurs actions portées par les partenaires (CPAM, DRIHL, Conseil départemental, réseau de santé périnatale, établissements de santé ...). Ces actions visent à promouvoir les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles notamment améliorer la coordination du parcours de prise en charge de la grossesse, le repérage et la prise en charge de situations à « risque » (diabète, HTA, addictions, souffrance psychique, violences...), la coordination des acteurs, notamment sur les situations médico-psychosociales complexes, les formations pluridisciplinaires. Plusieurs projets d'intervention auprès de publics en très grande précarité (femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement) ont été expérimentés.

2. Stratégie d'intervention

Renforcer le pilotage de la politique régionale de santé du jeune enfant : il s'agit de mettre en place une gouvernance régionale de la santé de l'enfant, dotée d'un tableau de bord régional des besoins, ressources, et usages de ces ressources en santé du jeune enfant, décliné à un niveau territorial fin. L'objectif est de mettre les besoins en débat public, afin d'inscrire les réponses sur un agenda politique partagé par les parties prenantes.

Elaborer conjointement avec les collectivités territoriales une stratégie permettant au dispositif de PMI d'être efficace sur l'ensemble du territoire francilien, en particulier dans des territoires concernés par une offre libérale faible et des indicateurs de précarité fort, dans le cadre d'une politique partagée de réduction des inégalités de santé territoriales. Pour cela il conviendra :

- d'accompagner les collectivités territoriales dans la mise en œuvre des mesures permettant d'assurer les missions de prévention, promotion de la santé de la PMI (recrutements de professionnels de santé, de médecins notamment)
- de renforcer les partenariats avec les services de PMI autour des thématiques conjointes de périnatalité et santé de l'enfant : accès aux soins des populations, vaccination, protection de l'enfance...
- d'étudier toute stratégie permettant d'assurer les missions sanitaires de protection maternelle et infantile quand les services départementaux des collectivités ne sont pas ou plus en mesure de proposer sur certains territoires cette offre de prévention.

Garantir l'accès à un « panier de services de prévention » pour tous les jeunes enfants (20 consultations prévues dans les six premières années de la vie, bilans de santé à l'école (3-4 ans, 6 ans), vaccinations, prévention bucco-dentaire, éducation nutritionnelle, prévention de l'obésité ...). Deux types de leviers doivent être développés : certains portent sur la démographie médicale, en développant des facilitations à la pratique en PMI et en élargissant le cadre des médecins susceptibles de contribuer aux missions de PMI. ; D'autres leviers portent sur la diversification des professionnels de santé amenés à contribuer spécifiquement à la prise en charge des enfants. Cela devrait permettre notamment de :

- Favoriser l'accès à une offre de consultations de prévention et de promotion de la santé pour les enfants de moins de 6 ans qui en ont le plus besoin, et dans le respect du choix des familles, avec une offre adaptée aux besoins du territoire.
- Garantir l'accès à une séance de vaccination gratuite dans la proximité du domicile des familles.
- Encourager le développement de formations visant à renforcer les compétences pédiatriques des médecins généralistes des territoires, systématiser une formation à la prévention et la promotion de la santé ;
- Expérimenter des stages ambulatoires des médecins généralistes en PMI, santé scolaire, auprès de pédiatres libéraux ;
- Soutenir les initiatives facilitant l'exercice de ces médecins formés dans les quartiers en Politique de la Ville ;
- Expérimenter la mise en place de postes partagés entre l'hôpital, la PMI, et autres cadres d'exercice.
- Expérimenter des prises en charge pluridisciplinaires et de pratiques avancées, associant des professionnels du champ de la santé du jeune enfant (puériculteurs, infirmiers, psychomotriciens, psychologues...);
- Expérimenter sur un territoire l'inscription du parcours de santé de l'enfant dans le cadre des projets e-santé, et ainsi améliorer la coordination des acteurs ;
- Expérimenter, en lien avec les partenaires concernés, un accès solvabilisé ou gratuit à une consultation de diététicienne, dans une double dynamique : renforcement des compétences familiales et culturelles d'une part, prise en charge de l'enfant à risque d'obésité d'autre part.

Développer des actions collectives de prévention et de promotion de la santé, en priorisant au sein des appels à projet des interventions collectives en matière de prévention et promotion de la santé des enfants tels qu'allaitement maternel, santé bucco-dentaire, prévention de l'obésité ou des accidents domestiques, etc.

Structurer les ressources permettant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant des pathologies ou des troubles du développement, pour proposer une offre graduée de professionnels formés et organisés pour la prise en charge :

- Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages (TAP) : Structurer dans des territoires ciblés une offre graduée de diagnostic et de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, de la ville (experts de type 1) jusqu'aux centres de référence de type 3, avec participation de la médecine de l'éducation nationale.
- Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA) : Participer à la mise en place du plan autisme par des actions visant à améliorer le repérage précoce et l'orientation des enfants.
- Améliorer la prise en charge précoce des enfants vulnérables présentant des pathologies en rapport avec leur pathologie périnatale (SEV) : renforcer le dispositif de prise en charge en psychomotricité et améliorer les orientations vers les structures type CAMSP, CPM, SESSAD, ou les passerelles vers les autres dispositifs (TAP, TSA...).
- Renforcer le repérage précoce des troubles du développement du jeune enfant en poursuivant les actions de sensibilisation autour des enjeux de santé, des professionnels au contact des jeunes enfants, dans les milieux scolaires, périscolaires et de la petite enfance
- Améliorer la prise en charge des enfants repérés par les dispositifs de dépistage (surdité, dépistage biologique néonatal...) en structurant l'offre de diagnostic et de prise en charge.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

Ce projet de transformation ne résume pas les problématiques et orientations de la thématique prioritaire « Périnatalité et santé du jeune enfant », cette dernière étant concernée par la plupart des axes de transformation. En revanche il met l'accent sur la nécessité d'une intervention visant à réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès à la prévention et aux soins pour les jeunes enfants. Ces inégalités peuvent avoir des conséquences sur leur développement et leur santé, à court, moyen et long terme.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Les enjeux de connaissance des besoins (projet 2-1) sont évidemment essentiels pour justifier les stratégies en faveur de la santé des jeunes enfants. Par ailleurs la politique de priorisation territoriale des ressources devra tout particulièrement tenir compte de la situation de la santé des jeunes enfants, et de la disponibilité des ressources en offre de prévention (notamment de vaccination) et de soins qui constituent des facteurs d'inégalités à long terme (projet 2-2).

Le parcours de santé des enfants devra être intégré dans la stratégie globale d'intervention décrite à l'axe 1, particulièrement s'agissant des enjeux de repérage des fragilités et de coordination des professionnels à la fois sanitaires, sociaux ou au sein de l'éducation nationale. Les services de PMI et les réseaux de périnatalité devront particulièrement être impliqués dans les dynamiques territoriales. Dans ce contexte la mobilisation d'institutions extérieures au champ de la santé (axe 5) sera essentielle. Enfin la santé des enfants constitue un domaine où l'augmentation du pouvoir d'agir apparaît particulièrement essentiel (axe 4 et notamment projet relatif à l'information de proximité).

La démographie des professionnels impliqués dans la santé de l'enfant constitue un enjeu essentiel du programme de mise en œuvre « Ressources humaines en santé ».

4. Liens avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet tient notamment compte du programme régional de suivi des enfants vulnérables et du programme régional de dépistage néonatal de la surdité permanente bilatérale. Il est en lien avec la la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

Axe 3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

Sur le plan de la recherche ;

- **Un égal accès aux protocoles de recherche clinique pour chaque patient indépendamment de leur lieu de prise en charge.** Les conditions facilitant l'effort de recherche des professionnels de santé doivent dans ce cadre être réunies, notamment par le biais de la formation et d'une diffusion optimale de l'information assurées sur l'ensemble du territoire.
- Une meilleure connaissance issue du développement de la recherche en santé publique (sur les déterminants de santé, sur les inégalités sociales ou encore sur les services en santé) afin d'éclairer l'intervention publique et d'intégrer les résultats de ces recherches dans la prise de décision..

S'agissant de l'innovation :

- une détection précoce et un accompagnement des initiatives à fort potentiel portées par les acteurs de terrain
- **le développement et la diffusion des solutions innovantes** pour favoriser une organisation du système de santé centrée autour du lieu de vie et garantissant un accès à une expertise appropriée sur l'ensemble du territoire.

Pour les acteurs de santé, le résultat des actions mises en œuvre doit se matérialiser par :

- Des organisations plus souples, plus agiles, plus efficaces et plus sécurisées,
- De nouveaux métiers et de nouvelles pratiques adaptés à l'évolution du progrès médical, du progrès scientifique et à l'évolution sociétale,
- Des établissements de santé recentrés sur leurs missions d'expertises.

Pour atteindre ces résultats, nous allons promouvoir dans la région un écosystème **d'innovation**⁸, décrit dans le premier projet de transformation de l'axe. Cet écosystème a vocation à permettre des progrès dans l'ensemble des champs d'intervention de l'Agence, prévention et promotion de la santé (projet 2), maintien de l'autonomie à domicile (projet 3), qualité, pertinence et efficacité des prises en charge (projet 4).

Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons trois objectifs d'ici à 2022 :

- **Développer la recherche en santé publique (prévention et en promotion de la santé, soins primaires, système de santé...)** en ayant doublé le nombre de dossiers financés dans le cadre d'appels à projet institutionnels
- **Réduire les inégalités territoriales** d'accès à la recherche et à l'innovation en Île-de-France en ayant doublé le nombre d'inclusions dans des essais cliniques dans les établissements de santé hors CHU et hors CLCC
- Développer l'innovation sur les territoires en ayant identifié, accompagné et évalué au moins **10 projets d'innovation territoriale chaque année**

⁸ Voir la définition de l'innovation dans l'introduction du PRS

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

Mettre en place une organisation régionale de promotion et de diffusion des innovations dans les territoires

Définir, mettre en œuvre et rendre lisible une stratégie régionale en matière d'innovation en santé implique de consolider les coopérations entre les différents partenaires régionaux.

Une organisation régionale structurée et lisible doit ainsi permettre d'améliorer la visibilité des acteurs, des solutions développées et des dispositifs d'accompagnement et de soutien mis en place.

1. Finalité de l'action

La région francilienne est caractérisée par un écosystème particulièrement dense. De nombreux acteurs interviennent et assurent des activités de promotion, de transfert, de valorisation, etc. dans les domaines de la recherche et de l'innovation en santé. Pour autant, il n'existe pas au niveau régional de stratégie d'intervention partagée entre les acteurs. Ceci a pour conséquence un manque de visibilité des actions innovantes conduites et une iniquité d'accès à la recherche des franciliens et des professionnels dans les territoires.

Il apparaît ainsi nécessaire de renforcer les partenariats pour donner du sens à l'action régionale et consolider, ou mettre en place le cas échéant, des dispositifs de communication partagés visant à mutualiser et valoriser les initiatives et les dispositifs de soutien existants.

Objectifs stratégiques et opérationnels

Deux principaux objectifs sont poursuivis :

- Définir, mettre en œuvre et rendre lisible une stratégie régionale en matière de recherche clinique, de recherche en santé publique et d'innovation
- Améliorer la visibilité et faciliter les échanges

Groupement régional pour la recherche clinique et l'innovation, AP-HP, Medicen Paris Region, ... : vers un écosystème régional de la recherche et de l'innovation

L'ARS Île-de-France a construit des relations solides avec des acteurs implantés et reconnus pour leurs actions en matière de soutien à l'activité de recherche et innovation tels que l'AP-HP, le GIRCI Île-de-France, Medicen Paris Region, la CCI Paris Île-de-France, l'incubateur Tech Care Paris. Elle a soutenu de grands projets, innovants et structurants, portés par les acteurs franciliens (par exemple, la création de la plateforme SeqOIA dans le cadre du Plan France Génomique 2025). Elle a également été à l'initiative de la création du Lab Santé Île-de-France.

Le PRS 2 doit permettre de consolider ces partenariats et démarches. En ce sens, il doit encourager les principaux acteurs régionaux à s'associer pour partager une vision stratégique du développement de la recherche et des innovations dans les territoires au service d'un système de santé plus juste et de qualité.

2. Stratégie d'intervention

Mettre en place une instance régionale intégrant les principaux partenaires de l'écosystème régional en santé et du développement économique (APHP, Région, GIRCI, Lab Santé Île-de-France, fédérations, CCI Paris Île-de-France, Medicen Paris Region, acteurs de terrain et usagers, etc.) afin de définir une stratégie collective donnant lieu à des actions partagées.

Mettre en place une plateforme régionale d'information (appels à projet en cours, principaux financeurs et financements proposés selon le stade de maturité de la solution, cartographie des acteurs, etc.), de valorisation de projets innovants et d'échanges entre acteurs, ainsi que de transfert de connaissance pour l'aide à la décision publique. Capitaliser sur les dispositifs déjà développés ou en cours de développement et organiser les modalités de transférabilité.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'organisation mise en place au service de l'innovation a vocation à appuyer les trois autres projets de transformation de l'axe 3, chacun dans leur champ.

Par ailleurs, l'innovation territoriale et organisationnelle est un enjeu important de l'amélioration des parcours, autour duquel les dynamiques territoriales de l'axe 1 devraient être capables de se mobiliser. De manière générale, la possibilité d'expérimenter des financements au parcours pourra être le soutien d'innovations dans tous les domaines.

Enfin, l'organisation régionale structurée que nous cherchons à mettre en place devra participer au renforcement des capacités de traitement des données de santé au niveau régional (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé »).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

Encourager le développement de la recherche en santé publique et l'usage de la e-santé au service de nouvelles modalités de prévention et de promotion de la santé

Afin de renforcer nos connaissances et mieux guider notre action et nos prises de décisions, le développement de la recherche en santé publique, en particulier interventionnelle, sur les volets prévention et déterminants de santé doit être encouragé.

Par ailleurs, le développement et l'intégration de solutions innovantes (organisationnelles, technologiques, sociales, ...) facilitant un accès équitable à la prévention nécessitent d'être accompagné.

1. Finalité de l'action

En complément des actions de prévention et promotion de la santé engagées depuis plusieurs années, de nouvelles modalités d'intervention peuvent être imaginées pour en favoriser un meilleur et égal accès et augmenter leurs impacts sur les populations et dans les territoires. Par ailleurs, la réduction des écarts sociaux impose de mieux comprendre les mécanismes de constitution des inégalités, aussi bien dans l'interface entre déterminants et état de santé qu'au sein du système de santé ; cette compréhension impose une approche quantitative et épidémiologique, mais aussi une approche qualitative et en sciences humaines et sociales.

La recherche en santé publique, pourtant encouragée par des dispositifs nationaux comme les appels à projet portés par l'IRESP par exemple, peine à se développer, notamment dans son volet interventionnel qui permet de tester et de valider des solutions. Des modalités d'intervention régionales doivent ainsi être mises en place pour structurer ce domaine de recherche et l'aider à se développer.

D'autre part, il existe un nombre croissant de dispositifs de e-santé, tels que des objets connectés ou encore des applications mobiles, ayant pour objet d'intervenir sur le bien-être et l'accès à l'information en santé, la santé des populations, l'accès au système de santé et le suivi des prises en charge, qui jouent un rôle de plus en plus important en prévention-promotion de la santé (ex : application nutritionnelles, dispositifs d'auto mesure, indicateurs de mesure poids, activité physique...). Il convient d'encourager la validation des usages et de penser des organisations pour une intégration efficace avec l'enjeu essentiel que ces outils n'aggravent pas les inégalités sociales et territoriales de santé mais contribuent à les réduire.

L'Action Coordonnée Recherche en Services de santé

L'ACReSS a pour objectif d'animer et structurer une communauté pluridisciplinaire de recherches en services de santé en France en renforçant le tissu de recherche et les interfaces entre chercheurs, décideurs et autres acteurs du domaine, en vue notamment de préparer au lancement d'appels à projets européens dans ce champ.

Organisée par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) et l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), son lancement a eu lieu le 9 janvier 2018, avec la participation de l'Agence. Deux thèmes ont été mis en avant, l'évaluation et les collaborations pluridisciplinaires.

2. Stratégie d'intervention

La stratégie dans son ensemble consiste à développer l'intervention de l'ARS d'une part, auprès des institutions nationales pour contribuer à la définition des orientations des programmes de recherche en santé publique et d'autre part, auprès des partenaires régionaux pour encourager le développement de la recherche en santé publique.

Par ailleurs, elle vise également à promouvoir la co-conception et l'évaluation en vie réelle de dispositifs numériques et organisationnels en faveur de la prévention et de la promotion en santé en vue d'en valider la pertinence et l'impact dans une perspective de déploiement. Le volume et la qualité de la recherche interventionnelle en santé publique en Île-de-France doivent se développer et se traduire à moyen terme en modification des pratiques. Cette stratégie se décline en six orientations :

Identifier les besoins régionaux de connaissances en santé publique dans les domaines de la recherche interventionnelle, des sciences sociales et humaines en santé, prioritairement autour du lien entre déterminants sociaux et état de santé, ainsi que de l'évaluation médico-économique des actions de promotion de la santé ;

Positionner l'ARS en tant que partenaire pour l'élaboration des appels à projet du GIS Iresp, pour la sélection des projets, leur financement et leur suivi

Mettre en place des dispositifs de soutien complémentaires et intégrés (financier et méthodologique) à ceux proposés dans le cadre des appels à projet nationaux, dispositifs destinés à améliorer l'adéquation de ces AAP aux besoins de connaissance franciliens (notamment, analyse des besoins, utilité d'une intervention de l'ARS, impact du programme sur l'état de santé, ...).

Participer au centre régional de recherche et d'expertise en santé publique (Cerresp), réseau en cours de constitution, afin d'identifier les compétences, équipes et projets de recherche en Île-de-France.

Favoriser le co-développement et l'évaluation en vie réelle de solutions via des appels à manifestation d'intérêt ou des appels à projets sur des thématiques prioritaires de santé publique ciblées, et **faire en sorte que les solutions validées soient généralisables dans la région.**

Faciliter la mise en relation des opérateurs de santé et des industriels par l'organisation de journées d'échange, voire une plateforme d'information

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Diffuser les connaissances acquises grâce aux études portant sur les inégalités dans la prise en charge des cancers
- Mettre en place le suivi d'une cohorte d'AVC sévères depuis la réanimation jusqu'au domicile

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Ce projet de transformation thématique a vocation à s'appuyer sur l'organisation régionale structurée décrite dans le projet 3-1.

L'innovation en prévention et en promotion de la santé, notamment lorsqu'elle s'appuie sur la recherche interventionnelle, est un levier important d'amélioration des politiques et des prises en charge, notamment s'agissant des projets relatifs au repérage précoce, à l'accompagnement thérapeutique de proximité et de

l'ensemble des projets des axes 4 et 5. S'agissant particulièrement de l'axe 5, la construction de partenariats de recherche et d'étude avec des institutions hors du champ de la santé (études d'impact en santé, par exemple) constitue ainsi un levier important.

Cette innovation pourra s'appuyer sur des capacités renforcées de traitement des données de santé au niveau régional et territorial (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé »).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

Accompagner la diffusion de technologies et d'organisations innovantes, favorisant le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables

Les technologies, notamment de e-santé (domotique, objets connectés, télémédecine, etc.), et les organisations innovantes visant à permettre le maintien sur le lieu de vie constituent une opportunité majeure, qui nécessite toutefois d'en améliorer le repérage afin de pouvoir les valider et organiser leur diffusion sans aggraver les inégalités ni diminuer la qualité des prises en charge.

1. Finalité de l'action

Il existe un foisonnement de dispositifs de *e-santé* intégrant des capteurs visant à prévenir les risques de dégradation de l'état de santé ou de perte d'autonomie sur le lieu de vie (ex : la domotique pour la détection de chutes, les applications m-santé pour la prévention et l'éducation thérapeutique, dispositifs médicaux et objets connectés pour surveillance de la tension, de la glycémie...). Ils constituent aujourd'hui un des leviers les plus prometteurs de maintien ou de renforcement du pouvoir d'agir des personnes face à leur maladie ou à la perte d'autonomie, et de possibilité de retarder autant que possible l'institutionnalisation, conformément aux objectifs du PRS.

Ces dispositifs ne sont pas toujours connus ou disponibles de façon équitable entre les opérateurs, territoires et populations. Par ailleurs, leur pertinence n'est pas toujours objectivée et l'intégration dans une organisation globale de la prise en charge peu développée.

Il est ainsi nécessaire de s'assurer d'une égalité d'accès à l'information pour ne pas générer d'écart entre territoires et populations, de la pertinence des technologies développées et de la mise place d'une organisation efficiente liée à leur usage.

Il s'agit ainsi de rendre accessible à tous la connaissance des dispositifs existants en matière de domotique, de dispositifs médicaux, objets connectés et services « m-santé » au service des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap et de personnes atteintes de pathologies chroniques en situation complexe, ou de personnes isolées ou incapables de quitter leur lieu de vie pour d'autres motifs (personnes détenues ou retenues, ...).

Le Géron'd'if, gérontopôle d'Île-de-France

Le Géron'd'if, gérontopôle d'Île-de-France, a pour mission de rapprocher et de dynamiser les acteurs de la recherche, du soin, de la formation, et de l'entreprise dans le domaine du vieillissement. Il facilite le transfert de la recherche, du développement technologique (« silver économie ») et de l'évaluation vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés.

Géron'd'if est soutenu par l'ARS, la région Ile-de-France, l'AP-HP et les fédérations FHF, FEHAP et URIOPSS. Son mode de fonctionnement collaboratif répond :

- au besoin de décloisonner et d'accélérer la translation de la recherche vers l'industrie, les professionnels et les seniors.
- au besoin de d'évaluation scientifique des innovations (clinique, médico-économique et du point de vue des usages) en mettant en place des approches basées sur les preuves .

- à la constitution et à l'exploitation de cohortes et de grandes bases de données, coordination de multiples terrains d'expérimentation (sanitaire, médico-sociale, domicile...)

Recherche sur les robots sociaux en gériatrie, usage de costume de simulation du vieillissement pour les formations, impact médico-économique du dispositif infirmières de nuit en EHPAD, Cohorte DEPART (Déterminants du risque de Perte d'Autonomie chez la perRsonne âgée non dépendanTe) en collaboration avec la médecine générale, Cohorte ELCAPA (ELderlyCAncer Patient), projet PREPAD (prévention de la perte d'Autonomie de la personne âgée / programme d'exercices physiques adaptés à la personne âgée à domicile...) sont autant d'illustrations de la diversité des projets en gériatrie et en gérontologie accompagnés par Gérard'if.

2. Stratégie d'intervention

Elle consiste à organiser le cycle détection / validation / diffusion grâce à trois leviers :

Améliorer la connaissance et la visibilité de solutions innovantes en organisant des temps d'échanges, de présentation et de retours d'expériences entre acteurs, sur des thématiques identifiées (exemple : prévention des chutes et domotique)

Organiser des appels à manifestation d'intérêt ou des appels à projets permettant ;

- d'identifier les initiatives, acteurs et pratiques innovantes permettant de favoriser le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus fragiles
- d'accompagner la mise en place de « pilotes » pour évaluer l'usage de dispositifs de domotique, dispositifs médicaux et autres objets connectés et proposer de nouvelles organisations favorisant la préservation de l'autonomie et le maintien sur le lieu de vie. Cela pourra prendre la forme du développement de territoires d'expérimentation en s'appuyant notamment sur le réseau des Living Lab santé Autonomie. L'enjeu principal de ces pilotes sera d'évaluer en vie réelle leurs impacts sur la préservation de l'autonomie et le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables ainsi que, le cas échéant, leurs conditions de déploiement.

Assurer la diffusion notamment en communiquant des résultats auprès d'acteurs tels que mutuelles, complémentaires santé et autres assureurs, collectivités locales et bien sûr l'Etat et l'assurance maladie, pour déploiement (prise en charge partielle ou totale de dispositifs ayant démontré un résultat probant).

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Soutenir Gérard'if pour promouvoir l'innovation, la recherche, la formation et l'évaluation en gérontologie
- Diffuser les résultats de l'expérimentation relative à l'accès aux soins somatiques du Centre douleurs et soins somatiques du CH Barthélémy Durand
- Diffuser les résultats de l'expérimentation relative aux personnes souffrant du syndrome de Prader-Willi, conduite entre les centres ressources et l'IME La Gabrielle

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Ce projet de transformation thématique a vocation à s'appuyer sur l'organisation régionale structurée décrite dans le projet 3-1.

Les innovations, technologiques et organisationnelles, qui permettent de renforcer l'autonomie des personnes constituent un levier important d'amélioration des parcours et de la qualité des prises en charge au plus près du lieu de vie. Elles doivent donc venir appuyer les projets de l'axe 1 (entre autres celui relatif à l'intégration des systèmes d'information dans les parcours) et permettre de réduire le recours non pertinent aux soins non programmés. Elles peuvent également constituer des objets de travail partenarial en dehors du champ de la santé, notamment dans le domaine du logement inclusif (axe 5). Elles pourront s'appuyer sur des capacités renforcées de traitement des données de santé au niveau régional (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé »).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 3 : Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

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

Il s'agit d'une part, de soutenir le développement de la recherche clinique en consolidant notamment les missions et l'activité de l'observatoire régional de la recherche clinique (ORRCI) d'Ile-de-France et d'autre part, d'inciter à la recherche sur les services de santé et en particulier sur l'organisation des soins primaires.

Par ailleurs, l'action vise à mieux identifier les initiatives locales et accompagner le développement et la diffusion d'innovations organisationnelles adossées ou non à des technologies de santé par le co-développement et l'évaluation en vie réelle de solutions.

1. Finalité de l'action

Favoriser la qualité et la pertinence des prises en charge dans un contexte économique en tension et, par ailleurs, caractérisé par des besoins de santé en évolution, se traduit par la recherche et la mise en place de dispositifs visant à repenser les organisations (filiales de prise en charge, partage d'information...) adossées ou non à des technologies de santé innovantes.

Dans ce cadre, l'action poursuit plusieurs finalités :

L'accès à la recherche clinique dans les territoires : en fonction de son lieu de résidence et donc des filières de prise en charge les plus accessibles, les chances d'accéder aux protocoles les plus récents varient. Symétriquement, pour les professionnels et les équipes, la possibilité de promouvoir ou de participer à des recherches constituent un facteur d'attractivité. Il y a donc un enjeu géographique et territorial à ce que des structures de santé où la recherche est aujourd'hui peu développée progressent sur ce plan.

Encourager la recherche sur les systèmes de santé : les soins primaires, le maintien à domicile, la préservation de l'autonomie des patients, la recherche sur la pertinence des soins ou sur les organisations de santé devraient prendre une place beaucoup plus importante car elles constitueront à l'avenir les axes de progrès essentiels de la qualité des prises en charge. Ces champs de recherche étant toutefois relativement nouveaux, une attention particulière doit y être portée.

Soutenir des organisations qui répondent à des besoins et spécificités des territoires : détecter et accompagner les initiatives portées par les acteurs de terrains, assurer les conditions de leurs évaluations dans une perspective de déploiement.

Les maisons de santé et centres de santé universitaires

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu la labellisation de structures d'exercice coordonné universitaires, avec la triple vocation soins – enseignement – recherche, reconnues par l'université. L'arrêté du 18 octobre 2017 en a défini les conditions de qualification. L'objectif est de soutenir la structuration progressive d'une activité de recherche et d'enseignement spécialisée dans le champ des soins primaires et ainsi de faire progresser la qualité des prises en charge.

Afin d'encourager le développement d'une activité de soins, de formation et de recherche, une réflexion régionale sera proposée sur cette base en associant les acteurs de façon à mieux appréhender leurs attentes et

favoriser ainsi un maillage territorial adapté dans le cadre d'un appel à projets..

2. Stratégie d'intervention

La stratégie visera d'une part, à une diffusion de cette recherche dans des structures, hospitalières ou non, qui y participent aujourd'hui trop peu. D'autre part, la stratégie poursuivra comme objectif le soutien aux initiatives organisationnelles innovantes émanant des acteurs des territoires, y compris des structures de petite taille mais avec un grand potentiel d'innovation (structures d'exercice coordonné, établissements et services médico-sociaux intervenant au domicile, ...). Six leviers sont identifiés :

Consolider l'observatoire régional de la recherche clinique et de l'innovation (ORRCI) en vue de produire des rapports d'activité et des analyses ciblées sur l'activité de recherche et des innovations organisationnelles mises en place dans les territoires franciliens.

Mettre en place des partenariats visant à améliorer l'outillage, notamment méthodologique, des équipes susceptibles de participer à des projets de recherche sur les services de santé, notamment en soins primaires. Le groupement régional pour la recherche clinique et l'innovation et l'AP-HP constitueront à cet égard des acteurs essentiels.

Promouvoir, en lien avec les partenaires concernés, une **formation initiale et continue** des professionnels, notamment des personnels non médicaux, adaptée aux enjeux de la recherche et au déploiement d'innovations.

Structurer le maillage territorial par le dispositif de **qualification des structures d'exercice collectif universitaire**.

Promouvoir des pilotes portés par des acteurs des territoires pour développer et évaluer en vie réelle des innovations organisationnelles adossées ou non à des technologies de santé

Proposer, en lien avec l'AP-HP, des modalités de diffusion des progrès médicotecniques en étant force de proposition sur l'évolution des modèles économiques et en intégrant les besoins de formation

Développer et consolider les registres afin de faciliter et évaluer la qualité et la pertinence des prises en charge

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Mieux associer l'AP-HP et le GIRCI aux projets des autres établissements de santé et des structures d'exercice collectif en filière
- Tenir compte de l'accès à l'innovation dans le processus de renouvellement des autorisations DOS OK ???
- Généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale (il en existe trois actuellement)
- Renforcer la recherche clinique en ambulatoire sur l'antibiorésistance chez l'enfant
- Diffuser la simulation en santé comme outil de formation initiale et continue
- Créer et exploiter des registres sur les champs où leur utilité a été identifiée (rythmologie, mortalité néonatale, ...)

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Ce projet de transformation thématique a vocation à s'appuyer sur l'organisation régionale structurée décrite dans le projet 3-1.

La recherche clinique et sur les systèmes de santé, notamment lorsqu'elle porte sur les soins primaires, a vocation à déboucher sur des innovations permettant d'améliorer les parcours dans leur dimension clinique (axe 1), la pertinence du recours aux soins non programmés et plus généralement la qualité des soins (projets 2-3 et 2-4). Elle pourra s'appuyer sur des capacités renforcées de traitement des données de santé au niveau régional (programme de mise en œuvre « Production et traitement de données de santé ») et sur une plus grande implication dans la recherche des professionnels de santé (programme de mise en œuvre « Ressources humaines en santé »).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

Des Franciliens mieux et plus équitablement informés sur la santé, sur les façons de la préserver, sur les droits et l'accès au système de santé, et sur son utilisation optimale.

Des citoyens⁹ plus capables de décider, d'agir pour leur santé et d'influencer leurs conditions de vie, contribuant à l'amélioration de l'état de santé physique et mental, y compris pour ceux éloignés du débat public.

La généralisation des patients-experts pour différentes maladies chroniques, usagers-formateurs pour différents types d'acteurs : patients, professionnels du soin, professionnels de l'accompagnement à l'emploi et de l'insertion sociale.

Des actions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces, prenant en compte les savoirs et l'expertise des bénéficiaires (à la fois les personnes et les familles), dans une approche de santé communautaire.

Des citoyens et usagers plus impliqués dans l'élaboration et le suivi des politiques de santé régionales, avec comme corollaire une réduction des écarts de santé, ainsi que dans la politique de gestion des risques.

Des représentants d'usagers ayant un vrai statut dans les différentes instances de concertation, plus à même d'influencer les débats et de participer à l'amélioration de l'efficacité du système de santé.

Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons sept objectifs d'ici à 2022 :

- Avoir doublé le nombre de dispositifs déclinés par l'Agence permettant de renforcer la représentation des usagers ou l'expérience patient
- Avoir intégré dans 10 politiques structurantes mises en œuvre par l'Agence un dispositif de participation citoyenne (contre 3 sur la période du premier PRS : contrats locaux de santé, évaluation des impacts en santé des transports sur le territoire de Plaine commune, identification des priorités du PRS 2)
- Avoir mis en œuvre des écosystèmes fondés sur l'information de proximité dans 10 territoires socialement défavorisés (quartiers politiques de la ville ou couverts par des ateliers santé-ville, CLS et CLSM, territoires ruraux...).
- Avoir fait de Santé.fr un outil numérique de référence d'information sur la santé
- Avoir doublé le nombre de groupements d'entraides mutuels déployés sur l'Île-de-France en passant de 55 à 110
- Avoir doublé le nombre de formations initiales et continues intégrant des « patients expérimentiels »
- Avoir réduit la part des hospitalisations sans consentement de 6 points

⁹ Les notions clés indispensables à la compréhension de l'axe 4 : pouvoir d'agir, citoyens/usagers/habitants, etc., sont définies dans l'introduction du PRS.

Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif

Ce projet vise à renforcer les droits individuels et collectifs des usagers dans leurs parcours de santé en développant leur pouvoir d'agir. D'une part, pour accroître l'information en santé du patient ainsi que sa participation et son implication dans son parcours, le savoir expérientiel du patient doit être reconnu et pris en compte. D'autre part, le développement de la représentation des patients, usagers et familles est essentiel pour renforcer les droits collectifs et agir sur le système de santé.

1. Finalité de l'action

Le savoir acquis par le patient qui vit avec sa problématique de santé est souvent méconnu ou sous-estimé par les professionnels. Ce savoir « pratique » lui donne une plus grande autonomie dans son contexte familial, social et professionnel.

A partir des connaissances acquises sur sa pathologie ou son état, le patient s'adaptera mieux à son environnement et permettra d'en faire profiter d'autres patient que ce soit au travers de communautés (associations de patients, forums, groupes d'entraide ...), soit en contribuant au développement de patients experts qui vont accompagner d'autres patients dans leurs parcours de soins.

Outre cet accompagnement individuel, l'usager du système de santé peut être aidé par des représentants d'usagers. Dans les établissements de santé, plus de 900 représentants sont désignés dans les commissions des usagers (CDU). Plus d'un tiers des postes reste à pourvoir notamment dans les établissements de faible capacité. Il s'agit donc à la fois de promouvoir l'intérêt de l'agrément en santé auprès des associations d'usagers et d'encourager les associations agréées à soutenir des candidatures de leurs membres.

Dans le secteur médico-social, la représentation des usagers est à la fois moins contraignante mais aussi plus difficile à mettre en œuvre selon les situations spécifiques des bénéficiaires de ces services. Pour des raisons liées à ses handicaps ou pathologies, l'usager y est souvent représenté par sa famille. Il s'agit de promouvoir la participation et l'implication des résidents et des familles, aussi bien dans les dispositifs légaux comme les conseils de la vie sociale (CVS) ou les personnes qualifiées (PQ) que dans les différents projets menés par les structures médico-sociales. Il convient donc pour cela de développer tous les moyens favorisant l'information des résidents et des familles.

Dans le secteur ambulatoire, la représentation des usagers n'est pas encadrée mais des expérimentations ou démarches innovantes se mettent en place. Ces projets sont à poursuivre et à valoriser.

Les commissions des usagers, un positionnement renforcé dans les établissements de santé

Ces commissions, mises en place fin 2016 ont de nouvelles compétences par rapport aux précédentes commissions, notamment en matière de qualité et de sécurité des prises en charge, et peuvent s'autosaisir de certains sujets. Le bilan qui sera fait du premier exercice devra permettre d'identifier les acquis réellement apportés afin de déterminer les développements à poursuivre et inspirer des pratiques au-delà du champ des établissements de santé. Dans le domaine médico-social, des établissements ayant des difficultés à mettre en place les conseils de la vie sociale ont développé des formes de démocratie directe qu'il conviendra de faire connaître après évaluation.

2. Stratégie d'intervention

S'appuyer sur le savoir expérientiel du patient et créer les conditions favorables à sa capacité d'agir

Promouvoir la place du patient expert (ou patient ressource) dans les programmes d'ETP, par l'information et la formation des usagers

- Développer les programmes d'ETP ambulatoire au plus près des usagers
- Intégrer les proches aidants aux programmes d'ETP
- Développer les modalités de soutien par les pairs (pairs aidants, patients pairs) en santé mentale et dans les maladies chroniques
- Développer l'intervention des patients ressources dans les programmes de formations médicale et paramédicale
- Expérimenter des projets d'accompagnement sanitaire, sociale et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap prévus par l'article 92 de la LMSS

Permettre au système de santé d'assurer les droits individuels des usagers pour améliorer la qualité du système de santé

- Orienter les usagers vers les dispositifs et outils permettant de répondre à leurs demandes ou réclamations.
 - Promouvoir la médiation pour prévenir les situations potentiellement conflictuelles, par le recours aux instances de représentation des usagers et aux personnes qualifiées pour examiner les griefs des usagers et résidents afin d'améliorer la qualité de l'établissement
 - Expérimenter le guichet d'accueil des demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations au sein des Conseils territoriaux de santé (CTS), et notamment leurs formations usagers
- Promouvoir les actions développées par les établissements pour renforcer les droits des usagers : évaluation de la satisfaction patients, échanges entre usagers et professionnels, acculturation des professionnels aux droits des usagers
- Renforcer les droits des usagers par des projets portés par les structures intervenant au plus près des lieux de vie : associations de médiation et d'accès aux droits, centres de santé, maisons de santé, réseaux, SSIAD, HAD...
- Mener des actions spécifiques à destination des publics vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, familles monoparentales, bénéficiaires des minima sociaux, personnes sous main de justice...

Développer la participation et l'implication des usagers, familles, aidants, de leurs associations et de leurs représentants pour porter la parole de l'utilisateur

- Promouvoir l'agrément auprès des associations d'usagers et encourager la diversité associative
- Encourager les candidatures d'usagers du système de santé
 - Par la promotion de la formation de base et continue
 - Par l'implication des usagers et de leurs représentants dans la qualité du système de santé
- Développer les appels à candidatures de personnes qualifiées dans le secteur médico-social
- Animer le réseau des instances de représentation des usagers dans les territoires pour améliorer la visibilité et le fonctionnement de ces dispositifs

- Favoriser la représentation des usagers dans les différents comités de sélection, commissions, instances au sein de l'agence et dans les dispositifs soutenus par l'ARS.
- Créer une dynamique d'échange entre les niveaux de représentation local, territorial et régional
- Développer un partenariat avec l'union régionale des associations d'usagers sur l'agrément et constituer un réseau actif d'associations, fédérer les acteurs institutionnels pour développer les désignations des personnalités qualifiées
- Participer aux réflexions et travaux sur la création d'un statut du représentant des usagers

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Développer la construction des programmes d'éducation thérapeutique avec les patient-experts
- Intégrer des patient-experts ou ressources dans les projets d'action de l'Agence et à la réflexion sur la prise en charge des patients présentant un trouble psychique y compris à l'hôpital
- Renforcer les compétences psycho sociales des jeunes et soutenir la mise en place de programmes dans la durée, y compris hors du système de santé (établissements scolaires, ...), en associant les jeunes et leur entourage, et en favorisant la création d'espaces d'échanges entre équipes éducatives, jeunes, et familles
- Développer la prévention, les modalités de soutien par les pairs (groupes d'entraide mutuelle, médiateurs sociaux en santé, étudiants relais santé pairs, adultes relais, etc.)
- Développer l'accès à des programmes de Psychoéducation ayant fait leurs preuves (via l'éducation thérapeutique notamment)
- Maîtriser / réduire le recours aux restrictions de liberté (soins sous contrainte, isolement, contention) et préserver la dignité du patient
- formation à la vie sexuelle/affective des personnes handicapées
- Participation, par leur présence, des personnes concernées aux réunions des cellules de concertation pluriprofessionnelle autour de situations psychosociales complexes
- Renforcer les droits des usagers notamment des personnes vulnérables, dans le secteur médico-social et à domicile : personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, personnes détenues
- Améliorer le fonctionnement des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux
- Promouvoir le dispositif de médiation par les personnes qualifiées en renforçant l'information aux usagers et en favorisant la coordination de leurs interventions

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes. Ce projet doit par ailleurs être mis en regard de l'axe 1, l'amélioration de la coordination des parcours passant nécessairement par un renforcement de la prise en compte de la parole de l'usage et de son pouvoir d'agir. C'est tout particulièrement le sens du projet 1-5 (accompagnement thérapeutique de proximité), les dispositifs de proximité devant intégrer particulièrement le savoir expérientiel. Par ailleurs le renforcement du pouvoir d'agir individuel des usagers dans le système de santé constitue un important vecteur d'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge (projet 2-4).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

Renforcer la participation des franciliens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé

Dans le cadre de la mise en place de la démocratie en santé, les habitants d'un territoire sont amenés à donner leur avis et contribuer à l'élaboration des politiques de santé. Cette nouvelle place des habitants résulte de l'évolution de la réglementation et d'une demande sociale d'implication accrue dans les décisions publiques. Il s'agit de mettre en place cette participation directe des habitants et non seulement des usagers. Les conditions d'association des habitants déterminent le fait que cette participation contribue à la réduction des inégalités, ou au contraire vienne les aggraver.

Ce processus facilitera notamment le développement souhaité de la santé communautaire, définie (conformément à l'acception québécoise) comme une « discipline fondée sur la participation et l'engagement de chaque membre de la communauté géographique et sociale qui a pour objet l'amélioration de l'état de santé de la communauté et la recherche d'une utilisation optimale des services sanitaires et sociaux ».

1. Finalité de l'action

La participation des habitants sert une vision élargie de la santé qui dépasse le soin et la maladie pour s'intéresser aux facteurs qui peuvent l'influencer (déterminants de la santé parmi lesquels les conditions de travail, les relations sociales, les habitudes de santé, etc.). Tous les habitants, malades ou non, sont ainsi concernés. Depuis une quinzaine d'années, la participation en santé se développe au travers d'instances de représentation des usagers dans les établissements et administration de la santé. Cependant, la **participation directe des habitants** à la santé n'est pas incitée et peu développée.

Cette participation peut pourtant constituer une des stratégies de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, à condition que les modalités de participation s'affranchissent des processus de sélection sociale. Elle vise à améliorer la santé de la population en assurant une meilleure adéquation entre offre, besoins et demandes de santé et en développant la capacité d'agir des habitants sur leur propre santé. Au plan méthodologique, il est acquis que la prise en compte des habitants les plus éloignés du débat public et les plus défavorisés améliore la qualité de la réponse non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour l'ensemble de la population.

Elle implique d'irriguer en profondeur les méthodes de travail et doit donc être mise en place à toutes les échelles : au niveau régional, il convient de faire participer les habitants à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du PRS, à partir de focus groupes dans des populations spécifiques (expérimenté dans les quartiers populaires) ou de plateformes web ; au niveau local, il faut améliorer la participation aux dispositifs de la politique de la ville, et dans d'autres politiques publiques. Les modes de consultation numérique quant à eux permettent de consulter les habitants sur des grandes questions quelle que soit l'échelle géographique.

L'association des habitants à l'élaboration du PRS à travers une expérimentation conduite dans N quartiers populaires

Huit associations adhérentes à la Fédération régionale des associations de médiation sociale et culturelle ont organisé, dans la phase de diagnostic du PRS, chacune deux rencontres avec des habitants (une dizaine par association) pour recueillir leurs avis sur l'élaboration du projet. Au cours de ces rencontres, les habitants ont pu exprimer ce qu'étaient pour eux la santé, les facteurs qui l'influençaient positivement et négativement. Ils se sont

mis d'accord sur une liste de thématiques prioritaires.

Cette expérimentation a permis de confirmer certains besoins (la coordination entre soignants, par exemple) mais aussi de faire émerger des questions inédites, nouvelles ou sous-estimées comme l'importance de la relation soignant-soigné, de certains éléments d'environnement pour l'autonomie, par exemple les cheminements ou le fonctionnement des ascenseurs, ou encore des éléments d'explicitation de la pratique genrée de l'activité physique. Elle a vocation à constituer un prototype d'autres actions de ce type sur la durée du PRS, dans la phase de préparation ou de mise en œuvre d'interventions.

2. Stratégie d'intervention

Mettre en œuvre un dispositif participatif avec les habitants : Il s'agit de partir de l'expérience citoyenne pour élaborer les politiques sanitaires, en utilisant l'expression directe d'habitants volontaires, de façon ouverte dans le cadre de « focus groups ». Cette modalité de travail a été expérimentée avec les habitants de quartiers populaires sur les priorités de santé et doit être poursuivie sur la construction d'actions et le suivi du PRS, en veillant à des modalités atteignant les habitants moins habitués à la participation citoyenne.

Renforcer la participation des habitants dans les dispositifs locaux : La participation citoyenne dans les ASV et CLS doit être renforcée car elle est en général confinée au diagnostic local de santé. Or des expériences conduites dans certaines villes montrent que cette participation peut améliorer la conception et la mise en œuvre des actions. De même pour les CLSM ou encore d'autres dispositifs, comme les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé) : il a été montré que la participation des jeunes est indispensable pour la réussite du programme d'établissement dans lequel le projet du comité est intégré. Enfin il est intéressant de s'appuyer sur les conseils territoriaux de santé pour la mise en œuvre de dispositifs participatifs locaux.

Systématiser la mobilisation des instances participative de la politique de la Ville dans l'élaboration et le suivi des politiques de santé. Il est nécessaire que ces instances (conseils de quartiers, conseils « citoyens », collectifs d'associations, associations de proximité, etc...) soient outillées pour mieux infléchir ces politiques.

Consulter les franciliens à partir de plateformes numériques : Pour poursuivre l'objectif de participation des citoyens à la politique de santé, il est important de pouvoir les consulter occasionnellement ou de façon suivie sur des questions importantes pour l'agence. Pour ce faire peuvent être mobilisés les plateformes web, les budgets participatifs, etc. et tout autre dispositif participatif ayant montré son efficacité. Pour prévenir l'inégalité d'accès aux technologies numérique, des dispositifs doivent être mis en œuvre vers des publics spécifiques, par exemple par l'élaboration d'une réponse collective élaborée avec l'appui d'associations de terrain.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes, des habitants mieux informés et plus impliqués dans leurs prises en charge étant plus à même de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques. Ce projet doit par ailleurs être mis en regard de l'axe 1, les citoyens devant être associés aux dynamiques territoriales.

Un certain nombre de dispositifs sont partenariaux et doivent être pilotés en lien avec d'autres institutions publiques, notamment l'éducation nationale ; la prise en compte des citoyens sous l'angle de la santé constitue en lui-même un objet de plaidoyer (cf. l'axe 5).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec l'action 3.4 du PRSE visant à mettre en place une démarche locale participative d'identification et de résorption des zones de multi-exposition

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité

Il s'agit de rendre accessible l'ensemble des informations sur la santé (promotion de la santé, impact des déterminants sociaux, prévention, offre de service, droits) à chaque francilien au plus près de son lieu de vie grâce à l'intervention de médiations socio-sanitaires et au développement de la santé de proximité avec une dimension participative.

1. Finalité de l'action

L'information en santé à destination des habitants, diffusée dans le cadre de relations de confiance, peut permettre l'intervention des habitants sur les déterminants de leur santé, l'adoption de comportements favorables à la santé et un recours aux soins dans de meilleures conditions et au bon moment. Les habitants, des quartiers populaires en particulier, déclarent ne pas se sentir concernés par l'information issue des campagnes nationales d'information trop éloignées de leur mode de vie, ne pas savoir quelle information choisir parmi la multitude diffusée chaque jour, et n'être en confiance qu'avec des personnes proches (associations, médiateurs sociaux, personnes relais) ou leur médecin.

Ces sujets sont désormais bien étudiés et l'efficacité de certaines formes d'intervention a été montrée grâce à des expérimentations. On connaît l'importance de l'interconnaissance locale des acteurs et de la lisibilité des ressources locales. Les interventions doivent être basées sur l'approche « aller-vers », professionnalisée (grâce à des médiateurs sociaux ou en santé, ou à des personnes relais formées aux questions de santé), et co-construites avec leurs bénéficiaires en fonction de leurs besoins.

Des expériences de maison de santé mettant en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé avec participation des habitants se sont développées en quelques lieux de la région. Elles sont devenues des sources fiables d'information et constituent à cet égard une évolution très favorable pour l'amélioration du pouvoir d'agir des habitants. Cette approche doit être rapprochée de la « santé communautaire » anglo-saxonne. Il existe par ailleurs des difficultés de communication entre soignant et soigné exprimées par les citoyens, soulignées par les habitants des quartiers populaires eux-mêmes et documentées dans la littérature, qui éloignent du système de santé et créent des pertes de chance.

En se basant sur ces progrès de la connaissance et ces expérimentations prometteuses, il s'agit de construire un dispositif d'information de proximité en s'attachant à un maillage fin d'acteurs (professionnels, associations, personnes relais, habitants, etc.) dans le champ socio-sanitaire au niveau des quartiers et en milieu rural.

Promosanté-idf.org, une plateforme de ressources en promotion de la santé pour les acteurs de l'information de proximité

La plateforme de ressources francilienne en promotion de la santé, PromoSanté Île de France a été créée dans la continuité du pôle régional de compétences. PromoSanté IdF, financée par l'Agence régionale de santé, a pour mission principale de faciliter le développement de projets en promotion de la santé, en référence aux orientations de la politique régionale. Ainsi, PromoSanté IdF a pour vocation de mettre à disposition des ressources documentaires et méthodologiques et un accès facilité à des formations existantes, ainsi que de contribuer à l'appropriation des données de la science au sein des pratiques et de faciliter la consolidation des connaissances à partir des expériences de terrain.

Ses principes d'action incluent la limitation de l'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé, le soutien aux projets coopératifs alliant éducation pour la santé et actions sur les facteurs environnementaux, la reconnaissance de l'altérité et donc du débat.

2. Stratégie d'intervention

La construction du dispositif d'information en santé de proximité, sur le territoire francilien, se réalise à partir des trois grands objets articulés de la manière suivante :

Identifier et renforcer la diffusion de proximité d'une information accessible aux franciliens en besoin de littératie en santé : A partir d'un recensement des ressources locales et des besoins exprimés par les habitants, il s'agira de mettre en lien les acteurs de proximité : relais non spécialisés et médiateurs sociaux, afin de rendre visible et lisible le dispositif d'information de proximité inhérent à chaque territoire. De plus, nous chercherons à renforcer la formation en santé des médiateurs sociaux et des personnes relais (habitants-relais, habitants-experts). La montée en charge de la plateforme ressource promotion de la santé ainsi que de santé.fr permettra que les associations et personnes relais puissent acquérir un socle de connaissances et de compétences en santé.

Accompagner les professionnels de santé, vecteurs d'information de référence en santé, au renforcement de la littératie en santé : L'enjeu est de travailler les modalités de communication soignant-soigné dans les territoires de proximité, à raison de cinq territoires par an. Pour lutter contre les expériences négatives de soins (incompréhension, sentiment d'être jugé, ..), il sera nécessaire d'engager des projets de dialogue entre les professionnels de la santé et les habitants de quartiers populaires par une recherche action afin d'identifier les barrières à la littératie en santé. Ces projets permettront également d'identifier les solutions pour améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Par ailleurs, avancer sur la littératie en santé à destination d'un public diversifié (handicapé, âgé, faible scolarisation, issu de l'immigration, etc.), à partir d'enquêtes de besoin de façon à améliorer les modalités de communication avec les personnes à faible niveau de littératie.

Encourager l'émergence d'au moins dix écosystèmes favorisant information de proximité, participation et approche globale de santé impliquant à la fois professionnels de santé et relais non spécialisés : L'enjeu serait qu'à l'échelle d'un territoire, l'information de santé portée par les acteurs non spécialisés et les professionnels de santé conduisent à l'émergence d'écosystèmes s'appuyant sur l'approche globale de la santé : prévention promotion de la santé, soins et sur une coopération entre les acteurs locaux. La démarche favorisera le développement de coopérations entre les promoteurs sur un ensemble d'objectifs de santé publique correspondant à des priorités territoriales et appuyées sur des avis exprimés par les habitants.

Dans ce cadre, nous soutiendrons et ferons la promotion de structures de soins de proximité (Maisons de santé pluridisciplinaire, centres de santé) et dispositifs de coordination type Plateforme territoriale d'appui (PTA) et Communauté professionnelle territoriales de santé (CPTS) reprenant cette démarche, prioritairement sur des territoires en contrat local de santé. Ce type de démarche pourrait favoriser une auto-organisation communautaire des habitants du quartier autour des problématiques de santé communes.

Dans le cadre de ces trois objectifs, nous intégrerons le service sanitaire des étudiants en santé comme un levier pour faciliter la convergence entre la formation des professionnels et le développement de la prévention en proximité.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Développer des outils de communication en périnatalité adaptés au contexte de vie des femmes et organiser le recours aux services d'interprétariat (droit à l'information en langue maternelle) et de médiation socio-sanitaires
- Mise en place de Plateforme régionale d'appui aux opérateurs en promotion de la santé : Promo Santé IDF
- Soutenir l'action des promoteurs locaux de santé (associations, collectivités, etc...) en les aidant à se structurer en coalitions, coopératives et alliances.
- Faciliter l'insertion de professionnels en formation (service sanitaire) dans des actions de promotion de la santé
- Accroître la visibilité de l'offre pour les patients en lien avec les animateurs de filière neurologique
- Développer les plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes âgées
- Généraliser les guides santé mentale territoriaux et leur mise en ligne

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes, des habitants mieux informés et plus impliqués dans leurs prises en charge étant plus à même de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques.

Sur les territoires où ces « écosystèmes » seront construits, la participation de l'ensemble des acteurs devra être recherchée. Ainsi l'intégration de ces objectifs au sein de ceux des dynamiques territoriales (axe 1) sera essentielle. Les collectivités territoriales concernées devront être impliquées de façon très importante (axe 5).

Par ailleurs les enjeux de l'information de proximité et de la relation soignant-soigné devront trouver une place dans la formation des professionnels de santé ou de la médiation (Programme de mise en œuvre « ressources humaines en santé »).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet n'est pas concerné par d'autres plans ou programmes régionaux.

Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé

Faciliter l'accès à une information en santé de qualité grâce au numérique

Faire de santé.fr, aujourd'hui encore en phase de test, l'outil majeur d'information santé grand public et de référence des franciliens.

1. Finalité de l'action

Des habitants et des patients souhaitent être de plus en plus acteurs de leur santé et pour cela, font un usage massif et croissant de recherche d'informations santé sur internet, à travers les sites spécialisés et les réseaux sociaux. Toutefois les enquêtes montrent un grand niveau d'insatisfaction et une faible confiance dans l'information disponible en ligne, qui peut être biaisée, non validée ou périmée. L'information publique et/ou institutionnelle en santé, voire tout simplement validée scientifiquement, est éparpillée sur le web et à faible impact.

C'est pourquoi la loi de modernisation de notre système de santé a prévu la création d'un « service public de l'information en santé ». Dans ce cadre a été élaboré *Santé.fr*, une application développée par l'ARS Île-de-France pour le compte du ministère chargé de la santé et aujourd'hui en cours d'expérimentation. D'ici à 2022 cette application doit être devenue légitime et constituer un outil de référence en le faisant connaître, en l'enrichissant grâce à une intégration systématique dans les politiques nationales, régionales ou locales et en faisant la preuve de son efficacité pour les citoyens, les patients et les professionnels.

Par ailleurs une réflexion systématique doit être conduite quant à l'opportunité et aux modalités de l'information numérique dans la conception de programmes de promotion ou de promotion de la santé ou d'amélioration des parcours de santé.

Enfin, l'enjeu de l'appropriation équitable de l'information en santé par les différents groupes sociaux passe à la fois par un effort sur les contenus (lisibilité des messages, identification des catégories et groupes sociaux...), sur les modes de diffusion et sur l'amélioration de la littératie en santé (cf. projet précédent)

***Santé.fr*, une application grand-public pour accéder à une information en santé de référence**

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place d'un service public de l'information en santé, permettant de mettre à disposition du public et des usagers de l'information en santé de référence et scientifiquement validée. Sa première traduction concrète est l'application *Santé.fr*, dont le prototype a été réalisé par l'ARS Île-de-France et qui est en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire. Cette application permet d'accéder, d'une part, à des informations sur les pathologies, les prises en charge, les droits à l'assurance maladie, etc., et d'autre part à des informations géolocalisées relatives à l'offre de santé (professionnels ou structures prenant en charge telle ou telle pathologie, etc.). Le contenu provient d'institutions nationales et des partenaires régionaux.

2. Stratégie d'intervention

Le premier enjeu est de faire de *Santé.fr*, aujourd'hui encore en phase de test, l'outil majeur d'information santé grand public et de référence des franciliens, sur au moins trois aspects :

- Une information santé de référence, produite par des organismes publics ou mandatés et faisant autorité scientifique et médicale (structures universitaires, réseaux régionaux de référence, etc.) ;
- Une information au plus proche des besoins des franciliens puisque l'objectif est de disposer d'une information autant que possible géolocalisée, s'agissant de l'offre de santé (consultations spécialisées, etc.) ou de certains facteurs de risque ;
- Une information réactive, grâce à la possibilité de générer des alertes plus ou moins ciblées (campagnes de prévention, alertes sanitaires, etc.)

L'animation éditoriale régionale de *Santé.fr* doit être co-construite avec les internautes et les parties prenantes régionales (choix des sources et des contenus référencés, adaptation à partir des données d'usage et des retours des internautes). Notamment les associations œuvrant dans le champ de la santé, de la médiation, de la politique de la ville, etc., ainsi que les collectivités territoriales doivent y être associées.

Les possibilités offertes par l'information numérique, et notamment *Santé.fr*, doivent donc être intégrés systématiquement dans les politiques de l'agence et ses relations avec les partenaires, ainsi que l'ensemble des producteurs locaux d'information en santé (hôpitaux, réseaux, dispositifs d'appui aux parcours, structures de prévention, établissements et services médico-sociaux ou collectivités territoriales, notamment). Autant que possible, la convergence vers un outil unique plutôt que vers une information dispersée à travers des sites Internet ou des applications dédiés devra être recherchée afin d'en renforcer l'impact et la visibilité.

Un outil permettant l'accès à un contenu dense, réactif et fiable pourra ensuite être promu auprès des Franciliens.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Améliorer la lisibilité de l'organisation de prise en charge et de prévention pour les prises en charge structurées en filière
- Permettre la géolocalisation des acteurs de la prévention primaire sur la nutrition et l'activité physique, des programmes d'éducation physique, des consultations d'aide au sevrage tabac, des associations et clubs sportifs certifiés « activité physique adaptée »
- Information et accès pour les professionnels de santé aux outils disponibles
- Accès pour les jeunes à un panier de services de prévention et à une offre de services territorialisée et adaptée à leurs besoins.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

L'ensemble des projets de l'axe 4 s'inscrivent dans un continuum permettant de renforcer le pouvoir d'agir en santé de l'ensemble des personnes, des habitants mieux informés et plus impliqués dans leurs prises en charge étant plus à même de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques. Plus particulièrement, ce projet constitue le pendant du projet relatif au renforcement de l'information de proximité, les outils numériques ne bénéficiant pas de la même manière à tous les publics en fonction de leur degré d'autonomie et nécessitant la mise en place d'autres modalités d'information complémentaires.

Les outils et services numériques constituent un des leviers forts de mise en œuvre du PRS, à travers notamment l'amélioration de la coordination des parcours (projet 1-4), la pertinence du recours aux soins non programmés (projet 2-3) et l'innovation (axe 3). Une stratégie globale d'urbanisation des référentiels, services et

informations disponibles est donc nécessaire pour leur déploiement optimisé. C'est l'un des enjeux du programme de mise en œuvre « production et traitement des données de santé ».

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec les sous-actions du PRSE visant à mieux informer la population sur les risques :

- 1.2
- Action 1.3 relative au développement d'un réseau régional ressource en santé environnement
- Action 2.2 relative aux risques liés à l'amiante
- 2.4
- 3.5
- Action 4.1 relative à la réduction des risques environnementaux chez la femme enceinte et le jeune enfant
- Action 4.2 relative aux risques auditifs liés notamment à l'écoute et la pratique de musique

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Les résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans :

Si l'action coordonnée, sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, etc.) est reconnue par tous les acteurs comme le principal levier d'amélioration de l'état de santé d'une population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, **la prise en compte systématique des enjeux sanitaires et des enjeux d'équité en santé dans les politiques et les grands projets franciliens** devra devenir une « routine », un réflexe dans leur élaboration.

Afin d'atteindre ces résultats, l'Agence a déterminé quatre champs d'intervention privilégiés en articulation avec d'autres politiques publiques. Le plaidoyer¹⁰ constituera un outil transversal, mobilisé dans chacun de ces champs.

Cette action a vocation à se déployer dans l'ensemble des politiques publiques, qu'elles soient portées par des acteurs régionaux (services de l'Etat, conseil régional, représentation régionale du CNFPT, ...) ou locaux (départements, communes et établissements de coopération, etc.). A ce titre les divers documents de planification locaux (plans locaux d'urbanisme, pour l'habitat, de développement durable, plans locaux climat, ...) devraient à terme intégrer les enjeux de santé. Cette dimension locale implique une mobilisation du siège de l'Agence, mais également des délégations départementales. Les conseils territoriaux de santé seront également un maillon essentiel.

Dans le cadre de cet axe, nous nous fixons six objectifs d'ici à 2022 :

- Avoir doublé le nombre de partenaires ayant inscrit dans leur agenda politique la santé ou ses déterminants
- Avoir doublé le nombre de personnes ayant accédé à un habitat inclusif
- Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire
- Avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une « clause santé » dans l'un de leurs trois piliers
- Avoir doublé le nombre de collectivités signataires de contrats locaux de santé proposant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique adaptée
- Avoir doublé le nombre de collectivités ayant mis en place des actions pour faciliter l'accès à une alimentation saine suffisante pour les ménages en insécurité alimentaire

¹⁰ Cette notion est définie dans l'introduction du PRS.

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale

L'Agence a mené une politique intersectorielle active, à travers notamment des conventions entre administrations permettant d'aborder des questions sanitaires complexes de façon transversales. Certaines de ces conventions relevaient d'une volonté régionale (avec la PJJ, le rectorat de Versailles ou la DRJSCS), d'autres déclinaient de façon précise des plans nationaux, comme le plan régional de santé au travail (PRST)

En complément de cette stratégie de coordination de politiques publiques, et de mise en œuvre de plans transversaux, il est souhaité développer une stratégie de plaidoyer (cf. l'introduction du PRS sur cette notion). L'élaboration de cette stratégie est un autre moyen pour l'Agence de contribuer à un débat permettant de faire évoluer les politiques publiques ou les grandes interventions collectives dans un sens favorable à l'équité en santé, et à la résolution de problèmes de santé aux origines sociales, urbaines, environnementales ou autres.

1. Finalité de l'action

La démarche de plaidoyer puise sa source dans l'approche écologique de la santé qui met en évidence les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement (habitat, conditions de travail, réseaux sociaux, caractéristiques des organisations et des quartiers, politiques publiques...). En Île-de-France, cette approche est d'autant plus importante que les problématiques d'inégalités sociales de santé caractéristiques de la région sont fortement intriquées à l'environnement socio-urbain.

Reconnue comme un pilier incontournable pour promouvoir la santé, par la charte d'Ottawa, le plaidoyer est un processus actif qui vise à traduire des problèmes individuels en enjeux sociaux. Il fait intervenir des mesures stratégiques pour influencer d'autres acteurs : personnes, communautés, décideurs afin qu'ils s'attachent aux facteurs sous-jacents favorisant une collectivité en meilleure santé.

Il s'agit ainsi d'améliorer les conditions de vie, de travail et d'accès aux services par la réforme des politiques sociales, et de promouvoir des macropolitiques favorables à la santé par un travail partenarial de renforcement des capacités des collectivités et autres acteurs régionaux afin qu'ils s'attaquent plus directement aux causes de la mauvaise santé.

Les interventions antérieures de l'Agence sur certains déterminants socio-urbains de la santé - logement, habitat, éducation, aménagement - témoignent d'un investissement progressif dans la pratique du plaidoyer. A présent, la structuration d'une stratégie de plaidoyer centrée sur les déterminants socio-environnementaux va permettre à l'Agence d'examiner ses actions déjà en cours sur les politiques citées précédemment en vue de gagner en efficacité. Elle devra les faire converger vers des changements précis. Elle cherchera également à pénétrer de nouveaux champs.

Le plaidoyer en faveur de l'hébergement des femmes enceintes et sortant de maternité

L'Agence a depuis plusieurs années soutenu la prise de conscience et l'élaboration de politiques publiques vis-à-vis du phénomène émergent des femmes enceintes ou avec nouveau-né sans hébergement : en soutenant des études telles qu'ENFAMS ou celles liées à REMI, en valorisant leur résultats, en proposant l'inscription de la question dans le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, en contribuant à des programmes conjoints avec la DRIHL, en soutenant des expérimentations et en finançant leur évaluation. Aujourd'hui, cette question

majeure est inscrite à l'agenda des politiques publiques

2. Stratégie d'intervention

Organiser et outiller l'Agence : Un cadre de gouvernance doit être défini, qui inclut un pilotage scientifique. Ensuite les collaborateurs devront être formés, sur la base d'un plan de formation complet construit avec l'aide d'une expertise extérieure.

Déployer une ou plusieurs campagnes de plaidoyer, à titre d'exemple : Toutes les politiques ne peuvent faire l'objet d'un plaidoyer pour des raisons de ressources et d'opportunités. Une méthode de priorisation sera mise en place qui tiendra compte, d'une part, des populations à privilégier dans le PRS et, d'autre part, des critères d'impacts sur les déterminants, des marges d'intervention offertes, et les preuves de retour sur investissement passées. L'identification des sujets dans d'autres plans pourra également être un critère de choix, comme par exemple le plaidoyer « pour un urbanisme favorable à l'équité en santé » ou le plaidoyer « pour un environnement de travail favorable la santé » (PRS2 et Plan régional santé au travail respectivement).

Renforcer les capacités et compétences des autres acteurs et partenaires, régionaux et locaux, pour qu'ils s'emparent du plaidoyer et mettent en œuvre des politiques favorables à la santé : l'objectif visé est que les acteurs en charge de construction ou de déploiement de politiques nationales et régionales s'emparent des questions de santé liées au contexte socioéconomique et environnemental et apprennent à inviter la santé au cœur de leurs actions. A terme, l'objectif du projet plaidoyer est de promouvoir les résultats des campagnes pour participer à l'inscription de sujets dans les agendas politiques, à toutes les échelles.

Exemples d'objets de plaidoyers identifiés dans le cadre des thématiques prioritaires

- Favoriser l'accès ou le maintien de la scolarité pour les enfants en difficultés
- Favoriser le renforcement des facteurs faisant de l'école un environnement favorable à la santé mentale dans le sens des écoles bienveillantes (cf. le rapport Moro-Brison)
- Mobiliser les politiques publiques pour renforcer les dispositifs d'accès des femmes sans hébergement en sortie de maternité à des hébergements stabilisés en présence de leurs jeunes enfants
- Développer l'emploi accompagné pour soutenir les personnes et les entreprises inclusives

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

La stratégie de plaidoyer s'appuiera sur les éléments de priorisation identifiés dans le reste du PRS, en fonction des priorités thématiques ou des déterminants de santé mis en avant dans l'axe 5. Elle pourra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec la convention signée avec l'ANRU et le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, ainsi que l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales.

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles

La capacité d'accéder à un logement et de bénéficier de conditions d'habitation positives est déterminante, notamment pour les enfants et les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Par ailleurs, des populations présentent une vulnérabilité particulière aux risques sanitaires liées au logement. L'Agence doit donc déclencher un travail partenarial visant à ce que les acteurs (collectivités, bailleurs) tiennent compte de ces enjeux dans leur politique du logement et de l'habitat.

1. Finalité de l'action

Quatre situations sont repérées comme nécessitant un plaidoyer de l'Agence auprès des pilotes de politiques publiques, des collectivités territoriales et des opérateurs du logement :

- Un nombre croissant de personnes en situation de handicap souhaite choisir son habitat. Elles expriment une demande de projet social, dans un environnement adapté et sécurisé garantissant inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire. Le développement de l'habitat inclusif est une réponse permettant de mettre en œuvre ce droit.
- Des personnes disposent d'un logement mais celui-ci et son environnement peuvent ne pas être favorables à leur santé. Des actions de prévention et de gestion de situation doivent être conduites en proximité pour permettre le maintien dans le logement.
- Il convient également d'apporter une attention particulière à toutes les femmes suivies en maternité sans solution d'hébergement ainsi qu'aux sorties de maternité pour les ménages sans solution d'hébergement. A titre d'exemple plus de 1000 situations de femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement en Seine-St-Denis en 2016 ont fait l'objet d'une orientation par le SIAO vers un hébergement d'urgence.
- La question de l'habitat indigne est une problématique prégnante en Île-de-France, qui nécessite la mise à jour constante des modes d'intervention existants, que ce soit en matière de prise en charge du bâti ou des occupants. Ces modes d'intervention doivent également prendre en compte les évolutions réglementaires ainsi que le développement des intercommunalités au sein des territoires. Ces changements impliquent de créer de nouveaux partenariats, d'identifier les acteurs concernés, intervenant sur différentes échelles territoriales.

Le développement de l'habitat inclusif

L'objectif est de faire évoluer les réponses apportées aux besoins et aux attentes des personnes handicapées et de leurs aidants, en développant des dispositifs promouvant leurs capacités et leur participation et en favorisant une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme à leur souhait. Pour ce faire, un diagnostic des attentes en matière d'habitat inclusif des personnes en situation de handicap prises en charge dans des établissements de santé mentale ou accompagnées par des établissements et services médico-sociaux sera établi. Des solutions adaptées seront alors progressivement élaborées. Elles reposeront sur la mobilisation des bailleurs sociaux, des aidants et des associations, et seront financées par recours à la prestation de compensation du handicap des habitants ainsi que par une aide couvrant les coûts de coordination et de régulation de la vie collective. Les habitants de ces logements continueront à être accompagnés par des services médico-sociaux, dans une perspective de transition vers le logement autonome, selon leur libre choix..

2. Stratégie d'intervention

Développer une offre d'habitat inclusif : celle-ci doit être proposée aux patients chroniques stabilisés pris en charge au long cours dans des établissements spécialisés et aux personnes en situation de handicap le souhaitant et assortie d'une offre d'accompagnement et de services, de proposition d'adhésion à des Groupes d'entraide mutuelle, par la mobilisation en proximité des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur les territoires où les collectivités, les bailleurs et l'offre de soins (secteurs de psychiatrie notamment) ou médico-sociale) auront priorisé cette stratégie.

Le partenariat avec les MDPH et les services intégrés d'accueil et d'orientation sera déterminant pour mettre en œuvre le plan de relance des pensions de famille et des résidences accueil. Par ailleurs, des opérations de fongibilité de dotations sanitaires vers des dotations médico-sociales seront à conduire pour en assurer une part du financement.

Intégrer les difficultés découlant de la souffrance psychique dans la gestion du parc de logements : la souffrance psychique se manifestant dans certains ensembles d'habitat social doit être prévenue et accompagnée, les phases de crise nécessitant une mobilisation particulière d'acteurs. Pour ce faire, Il convient de renforcer de manière systématique les liens entre les bailleurs et les conseils locaux de santé mentale, et de renforcer les compétences des intervenants de premier niveau que sont notamment les gardiens d'immeubles.

Ces liens renforcés doivent aussi contribuer à prévenir les risques de perte de logement en cas d'hospitalisations longues de patients isolés.

Réduire les sorties de maternité sans solution de logement ou d'hébergement, par le renforcement et l'extension territoriale du dispositif d'accueil des femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement expérimenté en Seine-St-Denis (dans le cadre du projet RéMI) en mobilisant les services de l'Etat afin de prioriser ce public dans les orientations prononcées par les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), ainsi que par la conduite d'un plaidoyer en direction des bailleurs pour faciliter l'accès de ces familles au logement en sortie des dispositifs d'hébergement d'urgence

Lutter contre l'habitat indigne passe par l'amélioration du bâti, mais également par le suivi sanitaire et social des populations. Des dispositifs innovants et multi partenariaux tels que les ORCoD-IN (Opérations de Requalification des Copropriétés Dégradées d'Intérêt National) et l'appel à projet régional SULHI (Stratégie Urbaine de Lutte contre l'Habitat Indigne) sont déployés afin de résorber des problématiques d'habitat indigne observées à l'échelle de copropriétés ou de quartiers. Il est nécessaire de compléter ces dispositifs par l'accompagnement sanitaire et social des publics les plus fragiles qui peuvent vivre dans des conditions délétères pour leur santé. En effet, les formes d'atteinte à la santé liées à l'habitat peuvent prendre différentes formes : les situations de grand surpeuplement, l'exposition à des risques spécifiques comme le plomb, les copropriétés dégradées, etc. Ces expositions peuvent avoir des conséquences sanitaires. Qu'il s'agisse de pathologies allergiques et respiratoires, ou des cas de saturnisme infantile liés à la dégradation des peintures dans les logements anciens, ces pathologies ont un impact direct sur la santé physique, mentale et sur le bien-être social des habitants et en particuliers des jeunes enfants. L'accompagnement sanitaire et social doit en tant que de besoin se faire en lien avec les professionnels de santé, en passant par exemple par le développement des interventions des CMEI (Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur).

Le rapprochement avec les nouvelles intercommunalités devra permettre d'envisager de nouveaux modes de coopération et de donner une nouvelle envergure à la lutte contre l'habitat indigne.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Dans des territoires à fortes populations d'origine immigrée, promouvoir l'intervention de médiateurs socio-sanitaires dans le champ de la périnatalité
- Soutien à l'habitat inclusif dans le cadre de la désinstitutionalisation des personnes en situation de handicap psychique et soutien aux SAMSAH spécialisés ou intervenant dans des logements adaptés
- Améliorer la connaissance de l'habitat des personnes âgées dépendantes grâce au partenariat avec l'Agence Nationale de l'Habitat et les collectivités locales
- Intégrer dans chaque projet territorial de santé mentale un volet « logement pour les personnes vivant avec un trouble psychique »
- Capitaliser les expériences réussies développées dans le cadre des CLSM sur l'amélioration de l'accès ou le maintien dans le logement
- Accélérer les procédures permettant l'aménagement de l'habitat en cas de perte d'autonomie, et le financement des aides humaines, matérielles et techniques (MDPH, APA, conférence des financeurs)
- S'appuyer sur les gérontechnologies pour faciliter la vie à domicile des personnes âgées dépendantes

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'aménagement, du logement et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de l'habitat et du logement.

Ce projet devra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4), ainsi que des innovations émergeant dans le champ du renforcement de l'autonomie à domicile (projet 3-3).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec le troisième plan régional santé environnement et le schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, ainsi que l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris

La dynamique d'aménagement du Grand Paris aura des effets indéniables sur la santé et le bien-être des franciliens. Elle impactera les conditions de vie et sociales, l'accès aux soins et le cadre environnemental, en même temps qu'elle constitue une opportunité majeure de mieux inscrire la santé dans l'aménagement régional.

1. Finalité de l'action

L'ambition de l'Agence, dans le cadre de cette dynamique de projet, est d'œuvrer pour la réduction des inégalités sociales et territoriales et de porter une attention particulière, dans la mise en place des projets d'urbanisme, quant aux impacts différenciés, notamment sur les populations socio-économiquement fragiles qui subissent un état de santé moins bon et des cumuls d'inégalités (travail, accès aux services, rupture du lien social, exposition aux nuisances ; etc.). Cet objectif passerait par une implication des populations éloignées de la parole publique en lien avec l'axe 4 du PRS 2.

Cette action répond à trois spécificités propres à notre région :

- L'enjeu considérable que constituent les inégalités sociales et territoriales de santé en Île-de-France et leur structuration dans le fonctionnement urbain (ségrégation, enclavement et cumul d'inégalités) ;
- Les questions environnementales, et plus particulièrement la qualité de l'air, nécessitent également une vigilance en lien avec les modes de vie et l'organisation urbaine (1,6 millions de Franciliens exposés à des valeurs annuelles de NO₂ supérieures au seuil réglementaire¹¹) ;
- Le Grand Paris (200km de métro ; 70 000 nouveaux logements par an ; projets de renouvellement, de développement économique et urbain, en lien avec les Jeux Olympiques et paralympiques de 2024) générera de nouvelles pressions démographiques, des enjeux de mobilité et de recomposition des bassins de vie et d'emplois, etc.

L'objectif est donc que les dynamiques d'aménagement urbain soient contributives à la réduction des écarts sociaux en santé et tiennent compte des besoins des populations impactées.

L'appel à manifestation d'intérêt « Santé Environnement et Aménagement durable »

Cet appel à manifestation d'intérêt a été lancé en février 2016 par la direction régionale IDF de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et l'ARSIF. Il a pour objectif de sensibiliser et accompagner les collectivités et les aménageurs sur les grands enjeux de santé-environnement, et de les aider à bâtir un cadre urbain sain et agréable à vivre, conformément aux attentes et besoins des populations franciliennes. Au final, 6 projets ont été accompagnés méthodologiquement et financés dont notamment 4 évaluations des impacts sur la santé (EIS) et une expérimentation sur l'urbanisme favorable à la santé. Parmi ces projets, 3 secteurs d'aménagement sont situés dans la géographie du nouveau programme national de rénovation urbaine (NPNRU).

¹¹ Bilan 2015 de la qualité de l'air, Airparif.

2. Stratégie d'intervention

Structurer une communauté de réflexion accueillant les professionnels de la santé publique et de l'aménagement du territoire autour d'un urbanisme favorable à l'équité en santé. Cette communauté permettrait d'inscrire plus largement la santé et la réduction des inégalités de santé dans les actions des professionnels de l'aménagement et de la santé. La communauté prendra son sens autour de l'organisation d'événements annuels et des modalités de sensibilisation des étudiants en urbanisme, chercheurs, de formation continue auprès des professionnels.

Des interfaces seront notamment établies entre cette communauté, le collectif régional des ASV, les coordinateurs CLS, la communauté régionale santé environnement (action 1.3 du PRSE 3), etc. et au niveau réglementaire dans le cadre des avis rendus par les services de l'Etat sur les projets d'urbanisme.

Promouvoir la santé au cœur des documents de planification territoriale en Île-de-France : il s'agit de définir un cadre de travail interne, des mécanismes d'accompagnement des collectivités (évaluation de l'impact en santé, enrichissement des avis réglementaires, actions de sensibilisation, etc.) et de valorisation d'initiatives exemplaires pour inscrire plus largement la santé dans les futurs documents de planification urbaine qui seront mis en œuvre sur les territoires du Grand Paris. Cette action s'inscrit dans le processus instauré par les lois ALUR et NOTRe visant à la généralisation des plans locaux d'urbanisme intercommunaux en Île-de-France, à partir de 2019-20. Une implication de l'ARS dans l'élaboration du schéma de cohérence territoriale métropolitain permettra de préfigurer l'investissement plus conséquent ayant vocation à être mis en œuvre lors de l'élaboration de ces futurs plans.

Mettre en place des passerelles entre actions de promotion de la santé, mobilisation des relais sociaux et aménagement urbain : de nombreuses actions de promotion et d'éducation à la santé seraient d'autant plus efficaces et durables si elles étaient pensées en lien avec des projets d'aménagement et de programmation urbaine : c'est particulièrement le cas pour les actions de promotion de la santé dans le champ de l'activité physique, de l'alimentation saine et suffisante, et de la santé mentale.

En miroir, les projets d'aménagement urbain sont mieux appropriés par les populations quand celles-ci sont amenées à donner leur point de vue sur les impacts de ces projets en termes de bien-être, de conditions de vie et de santé.

Sur les cinq années du PRS, l'Agence généralisera des appels à projets dédiés ciblant des actions de promotion et d'éducation à la santé, dans le cadre ou la continuité de projets de renouvellement urbain ANRU 2. Une attention sera portée en particulier sur la question de l'appropriation différenciée des environnements de vie par les femmes, la co-construction avec les habitants et sur le développement de projets de promotion de la santé en lien avec les projets d'aménagement dans les territoires avec une forte prévalence de pathologies chroniques. Les champs de la nutrition et de la promotion de la santé mentale seront particulièrement valorisés.

En parallèle, la généralisation de pratiques visant à mêler démarche de promotion de la santé et démarche d'aménagement urbain devrait être portée en particulier dans le cadre :

- Des contrats de ville, de la gestion urbaine de proximité (GUP) des quartiers ANRU ;
- Des Contrats Locaux de Santé (CLS) et des CLSM ;

Ces démarches mixtes porteront également sur les conditions du cadre de vie quotidien (hygiène de proximité, espaces publics, etc...).

Mobiliser des outils financiers et organisationnels pour anticiper et répondre aux besoins en termes d'offre dans les territoires franciliens en dynamique de projet urbain : deux mécanismes urbains impliquent une attention particulière : la densification démographique liée aux projets sur certains territoires du Grand Paris ; et le renouvellement urbain, pour lequel la requalification des quartiers passe parfois par un retour d'une offre de soins : un travail d'anticipation et d'accompagnement est nécessaire, aussi bien sur la présence de professionnels libéraux, l'offre en établissements de santé, en établissements spécialisés, que l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées et handicapées. L'action s'appuiera notamment sur la mise en place conjointe entre ARS, collectivités, et pilotes des projets urbains, de programmes d'actions et de d'accompagnement financier dans le cadre des projets de renouvellement urbain en Île-de-France, ainsi que l'appui au déploiement de nouvelles actions améliorant l'inscription de l'offre de soin dans des territoires de projet, les quartiers de gare, notamment ceux du Grand Paris.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'aménagement, du logement et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de l'urbanisme et de l'aménagement.

Ce projet est par ailleurs articulé avec l'ensemble des actions, démarches et outils visant à une meilleure intégration de la santé dans les projets d'aménagement (notamment déclinée dans le PRSE 3, autour de la structuration d'outils méthodologiques, démarches d'acculturation et de capitalisation des premières études emblématiques menées en Île-de-France), et est pensé en lien étroit avec l'axe 2 s'agissant de l'anticipation des besoins de santé, de leur connaissance fine et territorialisée et l'anticipation des évolutions démographiques et urbaines à venir.

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec l'action 1.3 du PRSE 3 visant la création d'une communauté régionale santé environnement ainsi qu'avec la convention signée avec l'ANRU et avec l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la Ville

Il s'agit de pouvoir s'appuyer sur une politique publique existante, globale et transversale, et de travailler à renforcer la prise en compte de la thématique santé dans toutes ses déclinaisons opérationnelles.

1. Finalité de l'action

Les quartiers politiques de la ville sont les quartiers les plus frappés par avec les inégalités sociales et territoriales. Cibler ces quartiers et s'appuyer sur la politique de la ville permet d'optimiser l'action de l'ARS sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Objectifs stratégiques et opérationnels : Le PRS doit pouvoir être un levier pour inciter les partenaires institutionnels à donner une place réelle à la santé dans la politique de la Ville. Les contrats de ville ont été signés pour la période 2015-2020. Aussi, notre PRS 2018-2022 aura-t-il vocation à pouvoir faire évoluer la démarche dans les prochains contrats de ville.

La politique de la Ville en Seine-Saint-Denis, préceuseure en matière de santé

Dans le département de Seine-Saint-Denis, bon nombre de collectivités (intercommunalités et communes) ont intégré un volet opérationnel santé dans leurs contrats de ville, en reprenant bien souvent les axes de leurs CLS. On peut citer pour exemple, le contrat ville de Plaine Commune qui fixe un de ses objectifs prioritaires ainsi : « améliorer le niveau de santé de la population dans son ensemble en réduisant de moitié les écarts de santé entre le territoire et la région Île de France ». Cet objectif est alors décliné en différentes actions, telles que : développer l'accès aux soins sur le territoire ; accroître les dispositifs de lieux de prévention tout particulièrement dans les domaines suivants : santé mentale, addiction et conduite à risque ; permettre à chacun de vivre dans un environnement respectueux de sa santé (condition d'accès aux logements, niveaux de pollution sur le territoire...).

Devant le constat d'une hétérogénéité régionale dans la construction des contrats de ville et leur prise en compte des enjeux de santé, il s'est révélé important de pouvoir travailler à des solutions qui permettent une meilleure prise en compte de ces questions, de manière homogène, sur l'ensemble du territoire francilien.

2. Stratégie d'intervention

Intégrer un volet santé dans chaque contrat de ville : il s'agit d'homogénéiser la prise en compte de la santé dans les contrats de ville, via la rédaction d'une documentation de cadrage, une animation territoriale entre les délégations départementales et les sous-préfectures et un dialogue renforcé avec les préfetures les plus concernées par le sujet.

Sensibiliser les élus et les directions générales des collectivités aux démarches et dispositifs existants : il s'agit de construire des outils de dialogue avec ces acteurs permettant à l'Agence, notamment aux délégations départementales, de diffuser les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé et de viser à ce qu'elles soient intégrées aux dispositifs portés par les collectivités.

Renforcer la capacité d'intervention des démarches locales de santé : il s'agit de pérenniser le réseau existant, notamment les coordonnateurs d'ASV et de CLS, en renforçant l'ingénierie et les formations disponibles et en s'engageant à long terme dans ces partenariats.

Procéder à une estimation de l'impact sur la santé et l'accès aux soins des changements dans les politiques publiques, et notamment toute diminution d'intervention publique dans les quartiers en Politique de la Ville, et identifier les réponses alternatives souhaitables.

Favoriser le déploiement des CLSM dans les quartiers prioritaires politique de la ville : il s'agit d'apporter des ressources à ce déploiement, pour en montrer la validité et l'intérêt et mieux les outiller (méthodologie ; culture partagée entre les professionnels de santé et les acteurs du social, du logement, etc. ; formation). Il s'agit de la mesure 55 du plan d'actions du Comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Mieux coordonner les acteurs de la périnatalité, y compris dans les domaines sociaux, du logement, etc., et notamment dans les quartiers prioritaires politique de la ville, territoires où la précarité sociale est importante, et ce afin de réduire la morbi-mortalité et la mortalité infantile
- Travailler sur la question de l'accès des femmes à l'IVG sans attendre l'ouverture de leurs droits
- prendre en compte l'accessibilité des structures ambulatoires de santé mentale dans les projets de renouvellement urbain
- soutenir le meilleur accès des personnes vivant avec un trouble psychique aux équipements culturels et sportifs.

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'aménagement, du logement et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de la politique de la Ville.

Ce projet devra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4), notamment le projet relatif à l'information de proximité.

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, ainsi qu'avec l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante

Le projet de transformation vise à mobiliser les leviers des différentes politiques publiques, à l'échelle régionale et locale, pour créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et favoriser l'accessibilité à une alimentation saine et suffisante pour les ménages en insécurité alimentaire¹².

1. Finalité de l'action

Les effets bénéfiques et la contribution des activités physiques et sportives (APS) à l'amélioration de l'état de santé ne sont plus à démontrer. Pourtant, beaucoup reste à faire pour promouvoir leur pratique. En Île-de-France, seul 14% de la population atteint les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. De surcroît, la pratique d'APS est fortement déterminée par le niveau de diplôme, les revenus, les catégories socioprofessionnelles mais aussi le lieu de résidence, l'accès à un environnement favorable (équipement, attractivité du territoire, etc.).

Malgré la surabondance d'aliments, l'insécurité alimentaire est une réalité qui touche 6,3% des personnes vivant dans l'agglomération parisienne¹³. Les conséquences peuvent être graves pour la santé et le bien-être tant physique que psychosocial des personnes : obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, malnutrition, détresse psychologique, isolement social. L'insécurité alimentaire ne concerne pas uniquement les personnes et les familles pauvres ou sans emploi, mais également des individus avec un emploi stable mais dont le salaire n'est pas suffisant pour faire face à leurs charges comme les ouvriers et les employés non-qualifiés, les personnes avec de faibles pensions de retraite, des familles monoparentales, par exemple. Ces dernières années, les organismes et associations doivent faire face, non seulement à l'augmentation continue de la demande, mais aussi à la diversification du profil des bénéficiaires et de leurs besoins. Par ailleurs, une large majorité des ménages contraints à des restrictions alimentaires demeurent en dehors de tout dispositif d'aide et reste invisibles aux yeux des institutions. Compte tenu du caractère plurifactoriel de la problématique, des efforts concertés entre différents acteurs doivent être déployés pour agir sur l'insécurité alimentaire.

Il s'agit donc dans le cadre de ce projet de mobiliser les acteurs de différentes politiques publiques, et en premier lieu les collectivités territoriales, afin de promouvoir et développer la pratique d'activités physiques et sportives comme facteur de santé (cet enjeu devra être fortement porté dans le contexte des jeux olympiques et paralympiques de 2024, qui peuvent constituer un levier majeur de facilitation de l'activité sportive inclusive) et de faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante pour les ménages en insécurité alimentaire.

Le plan régional sport santé bien-être

Depuis 2012, la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir la pratique des APS est un socle commun d'intervention entre l'ARS et la DRJSCS. Cette démarche est consolidée en 2017 par le lancement pour 3 ans

¹² Le terme « insécurité alimentaire » est utilisé pour qualifier la situation des personnes qui n'ont pas accès à une alimentation sûre et nutritive en quantité suffisante, qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine.

¹³ *Les inégalités sociales et territoriales des pratiques alimentaires, de l'obésité et de l'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne en 2010*. Alisirs 2010

du Plan régional sport-santé bien-être d'Île-de-France, un plan d'actions pour mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé et du sport en Île-de-France. Ce plan s'inscrit dans deux logiques fondamentales, l'une consiste à intervenir systématiquement en amont des maladies, des complications et de l'incapacité et l'autre, vise à inscrire la démarche dans des contextes territoriaux, sociaux, populationnels. Il vise à :

1 Développer le recours à l'offre médico sportive régionale en recensant les structures du secteur sportif, les inciter à participer à la démarche et réaliser une campagne de communication régionale à destination des professionnels de santé. L'enjeu essentiel est de ne pas aggraver les inégalités avec une prescription médicalisée mais non remboursée. Il conviendra d'associer les médecins libéraux, « orientateurs » vers le milieu sportif, à la définition de la stratégie régionale.

2 Sensibiliser et former les professionnels de la santé et du sport à leurs problématiques respectives.

3 Favoriser le développement de parcours d'activité physique - santé. Il s'agira d'appliquer un cadre de pratique sécurisé tout au long du parcours, de renforcer les interactions entre les acteurs d'autres politiques publiques afin de pérenniser les parcours d'activité physique - santé, de favoriser la pratique de l'activité physique au quotidien en interaction avec son environnement de vie, enfin, d'organiser via un carnet de suivi les transitions entre la pratique d'une activité physique adaptée à l'hôpital et les clubs référencés ou certifiés « Prescri'forme ».

2. Stratégie d'intervention

Faciliter l'accès des publics en difficulté sociale à la pratique d'activité physique quotidienne et d'activité sportive encadrée : cela nécessite des actions de proximité prenant en compte les freins à l'accès : garde d'enfants, fragmentation des temps de travail, accessibilité aux équipements, offre d'activité physique familiale, etc. Il s'agit de structurer une offre en s'appuyant sur les structures recevant ces publics (PMI, planning familial, centres sociaux, régies de quartier, structures d'aide alimentaire, associations de médiation sociale, etc...) et les collectivités locales, notamment celles en CLS et politique de la Ville. Il s'agit également de lutter contre les représentations sociales qui éloignent certains groupes de femmes de la pratique de l'activité physique.

S'assurer que l'offre d'activité physique adaptée destinée aux patients en affection longue durée (ALD), atteints d'obésité ou d'hypertension, soit accessible à toutes les catégories sociales : le Plan régional sport santé bien-être (2017 – 2019) a notamment pour objectif d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapie non médicamenteuse et d'en développer la recommandation par les professionnels de santé, sans aggraver les inégalités s'agissant d'une prescription médicalisée mais non remboursée. Il s'agit aussi de mener des actions de facilitation de l'activité physique des femmes, par une communication en direction des femmes elles-mêmes (stratégies d'exemplarité) mais aussi en direction des hommes, pour lutter contre les représentations sexistes freinant la pratique féminine de l'activité physique

Améliorer l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire : les bénéficiaires de l'aide alimentaire ne représentent que la partie la plus visible des personnes en insécurité alimentaire. On estime qu'environ 3 à 4 fois plus de personnes seraient concernées par ce phénomène. Plusieurs causes de non-recours aux aides ont déjà été identifiées : difficultés de repérage des ménages en insécurité alimentaire, défaut de coordination au niveau local, méconnaissance de l'offre, absence ou inadaptation de l'offre, critères d'accès à l'aide alimentaire trop restrictifs, difficultés d'accès à l'offre (psychologique, physique, géographique, etc.). Pour améliorer l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire l'Agence mettra à disposition des acteurs intervenant auprès des publics en difficulté des outils pour améliorer le repérage et l'orientation des ménages en insécurité alimentaire.

Développer des stratégies alternatives à l'aide alimentaire : en complément des actions d'amélioration de l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire, les acteurs publics, dont l'ARS et ses partenaires peuvent contribuer à la réduction de l'insécurité alimentaire en agissant sur le renforcement des compétences individuelles (gestion du budget, planification des repas et des achats, préparation et conservation des aliments, etc.) et en améliorant la disponibilité, la proximité et l'accès économique aux aliments (développement de l'agriculture de proximité au profit des ménages en insécurité alimentaire, circuits courts et groupes d'achat collectifs pour améliorer l'accès aux aliments frais et augmenter le pouvoir d'achat, etc.).

Inscrire l'insécurité alimentaire à l'agenda politique : bien qu'il soit indispensable de répondre aux situations d'urgence, ces actions ne permettent pas d'agir sur les causes de l'insécurité alimentaire. Aussi, l'Agence souhaite influencer directement ou indirectement les parties prenantes afin qu'elles soutiennent et mettent en œuvre des actions contribuant à prévenir l'insécurité alimentaire. La stratégie de plaidoyer impliquera, entre autre, la mise à disposition de données pour illustrer les causes profondes et l'ampleur de la problématique, la sensibilisation des parties prenantes, la mobilisation de la société civile et l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes.

Plaidoyer pour garantir le droit d'accès à la restauration scolaire pour tous : la restauration scolaire occupe une place importante dans l'alimentation et le quotidien des élèves, notamment pour ceux issus de familles défavorisées. En effet, le repas de midi représente, pour certains, le seul repas complet et équilibré de la journée. Or, les données de fréquentation de la restauration scolaire en France montrent de fortes disparités selon le contexte social et familial des élèves. L'Agence souhaite s'engager dans un plaidoyer auprès des collectivités territoriales pour réduire les inégalités d'accès à la restauration scolaire.

Exemples d'actions relevant des thématiques prioritaires

- Intégrer l'activité physique adaptée dans l'offre en soins de support pour les patients souffrant de perte d'autonomie ou de maladies chroniques
- Poursuivre la politique de développement de l'activité physique adaptée en EHPAD, en mobilisant la filière STAPS, dans le cadre de la démarche qualité en lien avec la nutrition et la prévention des chutes
- S'appuyer sur la conférence des financeurs pour faciliter la transition de la prévention collective vers la prévention individuelle dans tous les domaines dont l'activité physique
- Inciter à l'intégration d'éducateurs activité physique adaptée (APA) dans les équipes de soins somatiques et psychiques
- Inscrire le sport en milieu ordinaires dans les dispositifs contractuels, notamment les CLSM
- Développer un plaidoyer pour l'accès social à la restauration collective des collégiens
- Agir avec les collectivités locales pour des circuits courts en faveur d'une alimentation suffisante et de qualité pour les groupes sociaux les moins favorisés

3. Liens avec d'autres éléments du PRS

Au sein de l'axe 5, il existe une forte connexité entre les sujets de l'activité physique et sportive, de la nutrition, et de la politique de la Ville. Le plaidoyer sera mobilisé dans le champ de ce projet.

Ce projet devra également se nourrir des travaux menés sur l'accroissement du pouvoir d'agir des populations et la participation des citoyens à l'élaboration des politiques (axe 4). Enfin l'activité physique adaptée et les enjeux liés à la nutrition constituent un enjeu essentiel de l'accompagnement thérapeutique de proximité (projet 1-5).

4. Lien avec d'autres plans ou programmes régionaux

Ce projet est en lien avec la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes et avec le plan régional sport santé bien-être, ainsi qu'avec l'ensemble des plans déclinés localement par les collectivités locales dans ces domaines.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

DEUXIEME PARTIE : PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

Programme n° 1 : transformation territoriale des organisations de santé

Les objectifs fixés par le PRS 2 supposent le plus souvent d'activer un certain nombre de leviers (ressources humaines, budgétaires, juridiques...) au nombre desquels figurent une nouvelle approche de la territorialisation des organisations de santé, autour de dynamiques endogènes suscitées par les professionnels et acteurs de terrain.

Ainsi, des sujets tel que le déploiement des SI territoriaux, y compris la télémédecine ou encore le décroisement ville-hôpital autour des leviers du parcours, de la pertinence ou de l'amélioration des pratiques professionnelles ont vocation à être portés et déployés par des dynamiques territoriales proposées par les acteurs territoriaux représentant les secteurs sanitaires et médico-sociaux .

A ce titre, la transformation territoriale des organisations fait l'objet d'un programme de mise en œuvre 2 et aura à répondre aux enjeux suivants :

- D'améliorer la qualité et la pertinence des soins et des prestations délivrés à la population
- D'accompagner l'évolution structurelle de notre système de santé vers une approche centrée sur l'usager, son domicile ou son lieu de vie
- De garantir la soutenabilité financière de notre système par la maîtrise dynamique des dépenses, l'efficacité des dispositifs, l'optimisation des ressources et des moyens

Ainsi, en lien avec les partenaires, en déployant les leviers nationaux ou proposés par les acteurs, et les méthodes et outils visant à transformer les organisations, il s'agira d'une part de contribuer à rendre opérationnels les objectifs du PRS, mais aussi de permettre à chaque projet d'intégrer le potentiel territorial.

Dans ce contexte, deux principes d'intervention seront déclinés afin d'accompagner la mise en œuvre de du PRS :

Principe 1 : Proposer une convergence de l'ensemble des actions inscrites dans le programme d'intervention vers des logiques territoriales partagées

1.1 une logique de transformation au plus près des dynamiques des territoires

- Un décroisement ville-hôpital-médico-social
- Une optimisation de la coopération et coordination entre professionnels
- Une amélioration de la pertinence des prises en charge (prévention des hospitalisations évitables, adéquation des modalités des prises en charge...)
- Un égal accès à l'ensemble des étapes d'un parcours de santé
- Un déploiement des innovations organisationnelles

1.2 Mobiliser les ressources de l'ARS au service de projets territoriaux

Consolider l'animation territoriale :

- Proposer une organisation permettant de repérer les projets émergents ou susciter l'émergence de projets répondants au mieux aux orientations stratégiques de l'ARS IdF, en s'appuyant en premier lieu sur les délégations départementales.
- Pour les initiatives ciblées, il s'agira alors de proposer une structure permettant, en fonction du niveau de maturité des initiatives, de caractériser ou qualifier les projets. Une implication plus en amont induit

également une capacité à proposer un soutien le plus approprié, d'une part, et, d'autre part, poser les termes des futures évaluations.

- Une fois les projets identifiés, qualifiés, mis en œuvre et évalués, l'enjeu de la reproductivité devra trouver un écho dans les logiques d'intervention proposées.

Renforcer les capacités à la conduite du changement :

- la mise à disposition d'une boîte à outils conduite de projet/ programme
- Proposition de stratégie d'accompagnement (communautés de pratiques / d'acteurs ou projet « phare »)

Principe 2 Ancrer les dynamiques territoriales dans l'ensemble des projets et stratégie repérés

2.1 Accompagner la mise en place de coalition d'acteurs au sein des dynamiques territoriales, à l'échelle des territoires :

Appuyer les visions et leaderships partagés

Favoriser la transversalité et le développement des capacités organisationnelles autour de « projets de santé » non exhaustifs mais qui seront le support de l'apprentissage d'un fonctionnement collectif

S'appuyer sur l'intégration et la simplification des dispositifs d'appui existants

Renforcer la visibilité et la lisibilité des chantiers prioritaires et des outils dédiés à l'émergence et au soutien des projets. A titre d'exemple, cela pourrait se traduire par une meilleure communication sur les enjeux et les étapes clés des appels à projets.

Orienter résolument les principaux outils de contractualisation de l'Agence (CLS et CLSM, PTSM, CPOM sanitaires et médico-sociaux notamment) dans le sens d'une territorialisation accrue des objectifs des acteurs, autour des parcours et de la promotion de la santé.

2.2 L'impact des SI dans la transformation territoriale des organisations

En s'appuyant sur le levier offert par le projet « e-parcours », l'ars offre aux acteurs une première brique permettant d'élaborer des modalités de travail conjointes en capitalisant sur les outils existants et en faisant évoluer le bouquet de services régional selon les besoins et usages identifiés par les acteurs :

- Déploiement de SI partagés permettant les prises en charge de proximité
- Stratégies de repérage et de prise en charge précoces
- Accompagnement thérapeutique de proximité
- Dispositifs territoriaux d'appui aux parcours complexes
- Expérimentations de modalités de financement innovant là où c'est pertinent

2.3 Faire évoluer les structures d'expertise, d'appui ou de prise en charge spécialisées

De nombreuses structures, mises en place et financées pour fournir aux professionnels un appui à leur projet : réseaux régionaux, filières, structures membres du réseau régional d'expertise, de vigilance et d'appui, etc. Il existe également des maillages de structures spécialisées dont les missions mêlent prévention, expertise et prise en charge de proximité (permanences d'accès aux soins, structures de prise en charge des addictologies, CÉGIDD, COREVIH, etc.)

L'action de l'ensemble de ces structures doit être réorientée vers un soutien aux dynamiques territoriales, sous forme de capacité d'animation et de pilotage de projets d'une part, d'apport d'expertise et d'insertion dans les parcours de santé d'autre part.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Programme n° 2 : ressources humaines en santé

Il n'y a pas de système de santé sans professionnels de santé formés en nombre et en qualité. Or la région Île-de-France n'est pas épargnée par les problématiques de démographie des professionnels de santé, à la fois en nombre par rapport à la population à couvrir mais également en termes de répartition, sans oublier les conditions de travail qui sont largement tributaires des conditions de vie et de logement des professionnels de santé. A ce titre, le programme de mise en œuvre du PRS dédié aux ressources humaines en santé apparaît comme une composante à part entière de la stratégie de l'ARS Île-de-France pour les années à venir.

Ainsi peut-on rappeler ici les principaux constats auxquels nous devons apporter des éléments de réponse dans le cadre du présent PRS :

- La région Île-de-France est la première région de France métropolitaine touchée par les difficultés d'accès à un médecin généraliste : 37% de la population francilienne est en effet située dans une « zone d'intervention prioritaire », soit plus de 4,5 millions d'habitants, ce qui fait de la région Île-de-France le premier « désert médical » français quand on rapporte le nombre de médecins généralistes au volume de population à prendre en charge
- Une très forte hétérogénéité dans la répartition des professionnels de santé, au sein de Paris intra-muros, au sein des trois départements de petite couronne, au sein de la grande couronne. On constate une très forte inégalité dans l'installation des professionnels de santé.
- Un dispositif de formation très riche mais qu'il convient de coordonner et de renforcer pour conserver son excellence et son attractivité
- Des conditions de travail de plus en plus difficiles, aussi bien en établissement de santé qu'en exercice libéral, qu'il convient de prendre en compte, qui sont renforcées notamment en petite couronne par les surcoûts d'exercice liés à la cherté de la région.
- Des métiers qui sont engagés dans une profonde évolution, liée aux changements de mode de prise en charge et au renforcement des compétences de la plupart des professionnels, et dont l'essentiel est devant nous.
- Un impact sur les dispositifs de type PMI, santé scolaire ou santé au travail qui interagit fortement avec à la fois l'offre de prise en charge et l'effectivité des actions de prévention

Dans ce contexte, en lien étroit avec l'ensemble des institutions et partenaires concernés, et dans le cadre du plan national d'accès territorial aux soins, l'ARS Île-de-France souhaite élaborer un véritable schéma régional des ressources humaines en santé d'Île-de-France, structuré autour de plusieurs grands axes présentés ci-dessous.

Principe 1 : développer et partager les outils d'une véritable analyse démographique ainsi qu'une vision globale et prospective dans le champ des ressources humaines en santé

L'objectif est de pouvoir disposer d'une analyse fine de la situation existante concernant les différents professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, ainsi que de projections démographiques à partager avec l'ensemble des partenaires concernés dans la région. Cela apparaît en effet comme un préalable indispensable à la mise en place d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à l'échelle de la région mais également des territoires de coordination.

Principe 2 : veiller à ce que la formation des personnels médicaux et paramédicaux soit en cohérence avec les besoins de santé des franciliens

L'objectif est de pouvoir qualifier des professionnels en nombre suffisant, avec des compétences adéquates, pour répondre aux besoins de santé de la population francilienne et aptes à s'adapter aux évolutions des prises en charge et des modes d'exercice.

Cela passe par une analyse quantitative des besoins en professionnels de santé pour la région, mais également par une approche qualitative sur les contenus de formation. Une meilleure réponse aux besoins de santé identifiés dans la région passe ainsi par exemple par un renforcement de l'offre de formation en médecine générale ou encore par un rééquilibrage entre les territoires dès la formation initiale (internat, Contrats d'engagement de service public, assistants partagés...). L'intégration de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences (coordination et fonctionnement en parcours, intégration des enjeux sociaux, des technologies numériques, réflexion sur la relation soignant-soigné, sur la santé communautaire...) et la création de nouveaux métiers (infirmiers de coordination, infirmiers cliniciens, pratiques avancées...) sont de véritables enjeux à intégrer.

Le déploiement des expérimentations en cours depuis quelques années (infirmiers de coordination, infirmiers cliniciens, pratiques avancées...) est un véritable enjeu à intégrer de même que le développement des nouveaux métiers de la coordination (gestionnaire de cas, infirmiers, cadres de santé, secrétaires...)

Il s'agira également d'accompagner la réorganisation de l'offre de formation à l'échelle des territoires, déjà engagée au travers de la mise en place des GHT notamment.

Enfin la mise en place du service sanitaire des étudiants en santé doit être l'occasion à la fois d'une appropriation précoce des enjeux de prévention que les professionnels auront, à l'avenir, à porter, et d'une démarche pluriprofessionnelle permettant de faciliter le travail collaboratif.

L'ensemble de ces actions seront menées en étroite collaboration avec les partenaires institutionnels de l'Agence, et notamment l'Université et la Région Île-de-France (cf. schéma régional des professions paramédicales).

Principe 3 : inciter les professionnels de santé à exercer dans les territoires les plus déficitaires de la région, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins

En cohérence avec le plan national d'accès aux soins, l'ARS Île-de-France souhaite continuer à proposer aux professionnels de santé des dispositifs favorisant l'installation dans les zones déficitaires de la région. Cela est vrai aussi bien pour l'installation des professionnels en ville, au travers du soutien accordé à la filière Médecine générale, des dispositifs tels que les contrats d'engagement de service public (CESP) ou les assistants universitaires de médecine générale (AUMG), mais également en établissement de santé (primes d'engagement dans la carrière hospitalière, primes d'exercice territorial, dispositif d'assistants spécialistes partagés, postes de cliniciens hospitaliers...). Un travail partenarial doit également permettre d'améliorer la situation dans les secteurs de la PMI, de la santé scolaire, voire des autres dispositifs publics.

Cela passe par un maintien de la mobilisation financière de l'Agence sur ces sujets et par une meilleure communication sur les différents dispositifs existants.

Principe 4 : accompagner les professionnels de santé en exercice afin de les fidéliser dans la région et sur leurs métiers

L'ARS Île-de-France est fortement mobilisée pour améliorer les conditions de travail et développer le bien-être au travail des professionnels de santé de la région. Elle soutient à ce titre un certain nombre d'actions

d'accompagnement des établissements de santé financées par le FIR et a mis en place pour les médecins hospitaliers un dispositif de conciliation et de médiation sous l'égide de la Commission Régionale Paritaire.

Elle souhaite par ailleurs continuer à plaider auprès de ses partenaires institutionnels pour une meilleure prise en compte des sujets de conditions de vie et de transport des professionnels de santé, ainsi que celles de cherté de la vie et de l'installation, dans l'élaboration des politiques publiques.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Programme n° 3 : allocation de ressources en santé

Les dépenses publiques de santé relevant de l'état financier régional obligatoire représentaient en 2016 35,3 Md€, soit 17,4% des dépenses nationales (19,3% pour les établissements de santé, mais 14,2% pour le médico-social, traduisant le rôle de recours de la région et la structure différente des besoins de santé, ainsi qu'une sous-dotation historique s'agissant du médico-social). Parmi ces dépenses, 8,1 Md€ relèvent de dotations attribuées, avec des marges de manœuvre très diverses, par l'Agence régionale de santé. Ce programme vise deux objectifs principaux :

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

Principe 1 : Créer les conditions permettant de restituer la politique de l'agence dans sa globalité aux travers des moyens financiers

Le premier aspect essentiel du programme est de parvenir à une mise en forme, cohérente du point de vue de la programmation financière, des crédits d'intervention de l'agence non plus en fonction des de la nature juridique ou du type de destinataire des enveloppes (MIGAC/DAF/OGD/FIR...), mais en fonction de l'apport de ces dernières à la stratégie de santé telle qu'elle est définie à travers les projets du PRS 2.

Cette volonté se traduira par l'identification et la programmation pluriannuelle des crédits en fonction des priorités du projet régional de santé et la mise en œuvre d'outils et méthodes d'aide à la décision pour l'arbitrage des nouvelles actions. Cette programmation pluriannuelle fera l'objet d'un suivi en même temps que la mise en œuvre du PRS.

Le programme de mise en œuvre est lancé depuis une année, sur la base d'une collaboration accrue et plus transparente entre services de l'Agence. Sa première réalisation concrète a été de créer une table de correspondance entre les projets du PRS et les nomenclatures budgétaires et comptables. Cette table de correspondance permettra d'assurer un suivi financier cohérent avec la stratégie.

Ce groupe de travail a permis également de mettre en place une nouvelle méthodologie d'arbitrage des projets financés par l'enveloppe FIR et d'abondement par fongibilité de cette enveloppe de manière à ce que l'assiette de crédits soit plus importante que celle déléguée par le niveau national.

Ces principes et méthodes de travail contribueront sur la durée du PRS à :

- Promouvoir un pilotage financier annuel et pluriannuel sur des bases partagées
- La restitution de l'usage des moyens financiers cohérente au regard de la politique de l'agence dans sa globalité
- L'élaboration et le pilotage du plan de mise en œuvre du PRS (sur 5 ans)

Principe 2 : Mieux mobiliser la fongibilité

Le second aspect du programme de mise en œuvre est l'explicitation de la stratégie de l'agence consistant à renforcer la fongibilité des différentes enveloppes, aujourd'hui étanches en fonction du « métier » dont elles relèvent ou de leur nature juridique.

A cet égard, formaliser des cibles à moyen terme de niveau de fongibilité, un processus et un calendrier d'élaboration ainsi que des critères de sélection des projets retenus dans ce cadre de gestion financière transverse à l'agence semble essentiel. Sur certains aspects, ce cadre devra être partagé avec l'assurance maladie et le ministère chargé de la santé, notamment pour ce qui concerne la fongibilité entre enveloppes fermées et financement « sur le risque », c'est-à-dire à l'activité. Ce dialogue est indispensable pour, par exemple, améliorer le pilotage des dépenses de médicaments, de transport ou de soins paramédicaux pour les résidents d'EHPAD. En sens inverse, il peut être justifié d'ouvrir certains financements à l'activité en contrepartie de réductions de capacités de structures financées par dotation.

Des critères de révision régulière des engagements de l'agence au vu des résultats attendus, au-delà des seuls aspects juridiques, pourraient également être envisagés.

Par ailleurs, sur certains sujets clefs du PRS (SI médico-sociaux, dispositifs de prévention collective et notamment PMI), une programmation financière conjointe avec les collectivités territoriales concernées doit être recherchée.

Tout ceci oriente fortement vers l'enjeu d'une gestion pluriannuelle des enveloppes, particulièrement celles qui sont identifiées à tort ou à raison comme offrant des marges de manœuvre (aides en trésorerie en particulier).

Principe 3 : optimiser l'allocation des ressources

Il s'agit, afin de dégager des marges de manœuvre, de mettre en place des processus et des outils permettant de réévaluer la pertinence et l'efficacité de la dépense. Le pilotage de certaines enveloppes pourra ainsi évoluer, les dépenses qui n'apparaissent pas cohérentes avec la stratégie et les priorités régionales pourraient être réévaluées et les crédits dès lors dégagés réattribués à de nouvelles actions.

Principe 4 : Mettre en œuvre le cadre d'expérimentation de financements favorisant la qualité des parcours

Le troisième aspect du programme « Allocation de ressources » repose sur l'expérimentation des modalités de financement permettant de limiter les ruptures de parcours, comme le prévoit l'axe 1 (cf. p. 26).

L'objectif est de conduire, sur la durée du PRS, dix expérimentations évaluées positivement, cohérentes avec les priorités du PRS et de préférence construites ou co-construites par des acteurs de terrain. Cet enjeu sera intégré dans le dispositif de suscitation et de repérage des innovations puisque des financements expérimentaux pourront constituer un des outils proposés pour aider à la mise en place des innovations.

Programme n° 4 : production et traitement de données de santé

4 grandes thématiques donnent le cadre de notre action :

1. E-Parcours
2. Sécurité des Systèmes d'Information
3. Traitement de l'information
4. Innovation

Principe 1 : déployer les services numériques dans le cadre du projet « E-Parcours »

L'ARS Île-de-France s'est engagée, avec l'ensemble des partenaires de la région, dans un vaste programme de construction et de déploiement de services numériques visant à favoriser la coopération et la coordination entre professionnels et entre professionnels et patients/usagers.

Ce programme « e-Parcours » accompagne une profonde mutation de l'organisation de la prise en charge du parcours patient y incluant des dispositifs d'appui à la coordination, facteur de réussite du projet, pour lesquels le programme prévoit la mise à disposition d'outils numériques dédiés.

L'ambition est d'offrir à tout professionnel et tout usager nécessitant une prise en charge coordonnée un espace régional unique sécurisé qui lui permette d'accéder aux informations et services utiles pour cette coordination :

- Les informations du patient ;
- Les services de communication inter-professionnels et entre usagers et professionnels ;
- Les référentiels / protocoles et bonnes pratiques métiers.

Ce programme inclut naturellement les services numériques nationaux tels que le dossier médical personnel, la messagerie sécurisée ou encore le dossier pharmaceutique.

Un premier socle de services

L'expérimentation nationale « Territoires de Soins Numériques » (TSN), déclinée en Ile de France via le projet Terr-eSanté qui s'est déroulé sur le Nord-Ouest du département du Val de Marne, a permis de construire un premier socle de services indispensables. Ce premier socle de services d'échange et de partage d'informations médicales et sociales est composé des services numériques suivants :

1. services de partage d'information pour la prise en charge coordonnée d'un usager/patient (dossier de coordination, évaluations, compte-rendu de consultation, d'examen de biologie et d'hospitalisation, partage de l'image, volet de synthèse médicale, messagerie sécurisée...) ;
2. services relatifs à l'organisation (connaissance et recherche d'une offre en santé, cercle de soins, plan de prise en charge, rendez-vous en ligne, aide à l'orientation, signalement, télémedecine...) ;
3. services référentiels (protocoles, bonnes pratiques, support d'évaluations, accès à des bases de données, bases de connaissance, ...) ;
4. services de base (référentiel de l'offre géo localisée, authentification/identification des usagers et des professionnels, hébergement, traçabilité...) ;
5. services d'interopérabilité (modalités d'accès et d'intégration des services numériques dans les outils métiers).

Les services nationaux

A ces services construits régionalement, viennent s'ajouter, de manière transparente, l'accès au dossier médical personnel (accessible depuis l'environnement régional), la messagerie sécurisée (utilisable directement par les professionnels depuis leur poste de travail et selon les cas directement intégrée à leurs propres logiciels), la prescription/ dispensation électronique.

Pour un professionnel ou un usager, le dossier médical personnel et le dossier de coordination forment ainsi un espace unique de partage d'information. Il est à noter que ces informations ne sont partageables qu'après consentement express du patient.

Un enrichissement permanent des services

Le socle de services présenté supra vise à être enrichi. Ainsi, toute nouvelle offre de service numérique, quel que soit le vecteur par lequel elle se réalise, devra s'adosser à ce socle de services.

En effet, il est important que l'espace unique sécurisé reste cohérent et indissociable. Le risque majeur serait de laisser se développer des services construits de manière désordonnée, qui rendrait illisible cet espace numérique. Tout professionnel ou tout usager doit avoir le réflexe du point d'entrée numérique santé unique. Ce point d'entrée lui permet de naviguer en toute sécurité et de bénéficier d'une offre de services qualifiés.

La télémédecine ne doit pas échapper à ce cadre de cohérence. Après une phase d'expérimentation, la téléconsultation et la télé-expertise vont entrer dans le droit commun. Nombre de solutions vont voir le jour et les professionnels, comme les usagers vont pouvoir accéder à ce service assez facilement. Le déploiement de cette activité devra s'inscrire dans les projets territoriaux associés au programme e-Parcours afin que les professionnels et les usagers inscrivent cette activité dans le champ de l'espace numérique.

La télésurveillance reste quant à elle au stade expérimental. Le volet organisationnel reste à inventer. Cette activité devra s'inscrire également dans les projets territoriaux du programme e-Parcours en s'adossant notamment aux dispositifs d'appui territoriaux.

Les facteurs de succès

- une gouvernance territoriale

Le numérique prend tout son sens dans une organisation définie. Chacun doit pouvoir déterminer quand, avec quel service, pour quoi faire, au bénéfice de quel(s) acteur(s), il peut accéder ou bien échanger une information. Ceci ne peut se faire que si l'ensemble des intervenants d'une prise en charge connaît son rôle dans l'organisation générale.

La gouvernance territoriale a vocation à faire en sorte que cette organisation soit connue et reconnue par tous. Ainsi, le numérique prendra sa place car son usage aura été préalablement déterminé.

Parallèlement au déploiement numérique, les dispositifs d'appui territoriaux vont se mettre en place. Ces dispositifs Ils devraient contribuer favorablement au développement de l'usage du numérique.

- une garantie technique et une interopérabilité forte

L'accès à ces services numériques par les professionnels doit être facilité. Ainsi, un des objectifs principaux du projet Terr-eSanté a été de définir les modalités d'intégration de ces services dans les outils des professionnels de santé :

- Accès transparent à partir des outils des professionnels
- Alimentation automatique à partir des SI des établissements et des laboratoires de biologie
- Gestion des notifications

Pour atteindre cet objectif un travail a été réalisé avec différents éditeurs de solutions logicielles avec l'appui de l'Asip santé qui définit les normes d'interopérabilité au niveau national. Ce travail a permis de valider également des modalités d'intégration des outils des professionnels de santé à la plate-forme numérique régionale et les réaliser techniquement. A émergé de ce travail un cadre technique qui peut désormais être mis à disposition des éditeurs pour réaliser cette intégration.

- Une démarche de déploiement collective

Le numérique va générer des changements de pratiques. Toutefois, ces changements ne pourront s'opérer que si collectivement l'ensemble des professionnels s'inscrivent dans cette démarche.

L'enjeu est donc ici d'arriver à sensibiliser l'ensemble des professionnels d'un territoire les informer les former et les accompagner, dans cette démarche de changement.

Cet accompagnement doit s'organiser collectivement si l'on veut que la dynamique s'enclenche. Chaque professionnel aura son rôle à jouer pour favoriser ces nouveaux usages numériques dans le quotidien.

- Le GCS Sesan, garant opérationnel de la cohérence globale du SI et de son urbanisation

Le GCS Sesan assure pour le compte de l'ARS la maîtrise d'ouvrage opérationnelle du système d'information régional et à ce titre est garante de son urbanisation. Elle assure chaque fois que nécessaire l'accompagnement au déploiement de leur usage. Le GCS sera ainsi mobilisé auprès des professionnels des territoires pour participer à ce déploiement.

Les pré-requis d'équipements indispensables

Un constat partagé par tous est la diversité et parfois l'obsolescence voire l'absence de solutions logicielles dont sont dotés les professionnels et les établissements, en particulier médico-sociaux.

Or, la mise à disposition des Professionnels de santé et médico-sociaux d'outils locaux performants intégrés à la plate-forme numérique régionale constitue naturellement un pré-requis à la réalisation de ce projet

Le déploiement des services numériques implique donc nécessairement la mise en œuvre d'actions visant à renforcer l'équipement des structures et des professionnels et notamment des professionnels du premier recours et du secteur médico-social.

Par ailleurs, afin de garantir un égal accès à tous, une action conjointe sera menée avec la région et les départements pour favoriser le déploiement du très haut débit.

Indicateurs de résultats : l'objectif est de faire adhérer 50% des professionnels à l'usage du numérique à horizon de 5 ans.

Principe 2 : renforcer la sécurité des systèmes d'information

Les enjeux de la sécurité des systèmes d'information de santé sont multiples : garantir l'intégrité des données de santé, assurer la disponibilité des services et des informations médicales, protéger la confidentialité des informations sensibles et assurer la traçabilité des actions.

La sécurité des Systèmes d'Information s'est d'abord focalisée sur l'accompagnement des établissements de santé dans le cadre de la certification des comptes en mettant à leur disposition des Responsables de la Sécurité des SI. Avec l'obligation pour les structures de santé de disposer d'un DPO (Data Protection Officer, successeur du CIL) d'ici mai 2018¹⁴, une nouvelle mission d'accompagnement similaire à celle relative aux RSSI est désormais proposée par le GCS SESAN à ses adhérents. Par ailleurs, une réflexion est engagée pour proposer une offre de service d'accompagnement au-delà des structures sanitaires, notamment pour les structures médico-sociales ou les professionnels de santé libéraux.

L'offre de services numériques régionaux prend une part de plus en plus importante dans la prise en charge des patients, voire dans certains cas, quasi vitale. Il convient de mener l'analyse de risque ad hoc et de garantir un niveau de disponibilité qui y réponde.

La cyber criminalité est en plein essor et touche de manière importante les établissements de santé (plus de 1300 attaques recensées sur 2015). Par conséquent, la réglementation sur la sécurité évolue régulièrement. L'ASIP prévoit de publier en 2018 plusieurs référentiels opposables en matière de sécurité (portant sur l'identification, l'authentification et la gouvernance de la sécurité).

La sécurité des SI est donc une problématique essentielle qu'il faudra adresser dans le cadre du nouveau schéma directeur régional des SI de santé et médico-sociaux. Parmi les questions à adresser, il conviendra de s'interroger sur la façon de sensibiliser l'ensemble des acteurs à cette problématique (communication) et sur les modalités d'accompagnement possibles.

Principe 3 : mieux structurer le traitement des données

Le traitement de l'information pour la production d'indicateurs ou la réalisation d'études est une étape clé de chacun des axes du PRS2, que ce soit pour alimenter un diagnostic ou pour assurer le suivi et l'évaluation des actions.

L'ARS doit :

- approfondir son utilisation des données pour développer une approche territoriale plus précise,
- mobiliser l'ensemble des bases de données disponibles (épidémiologie, socio-démographie, géographie populationnelle, offre de soins, consommation de soins et dépenses Assurance maladie, ...),
- se préparer à mobiliser les nouvelles bases de données régionales issues du système d'information régional décrit dans la 1^{ère} partie du PMO.

Le traitement de l'information est à approfondir à travers une meilleure structuration de l'usage des données en interne à l'Agence, mais aussi en mobilisant l'ensemble des partenaires externes (ORS, CIRE,

¹⁴ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

échelon régional voire national de l'Assurance maladie, agences régionales d'urbanisme, équipes universitaires ou institutions de recherche et départements d'information médicale hospitaliers).

Le déploiement du système d'information régional (SIR) et la mobilisation des données issues de ces solutions permettent de développer le traitement régional de l'information en santé impliquant l'ensemble des acteurs, et ainsi constituent une opportunité unique de fournir - aux professionnels de santé, aux structures sanitaires et médico-sociales, aux chercheurs - un outil d'investigation tant dans le domaine du pilotage régional que celui de l'épidémiologie, la recherche ou l'évaluation en santé.

La question de l'urbanisation des données et de la mobilisation des technologies dites « Big Data » devront être expertisées dans ce cadre.

L'ARS Île-de-France assure la maîtrise d'ouvrage stratégique des projets de traitement régional de l'information ; le GCS SESAN est en charge de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle.

Une gouvernance du SIR et du traitement régional de l'information en santé a ainsi été établie en accord avec le Comité d'Orientation Stratégique des Systèmes d'Information de Santé (COSSIS) pour définir et partager les règles et pratiques de réalisation d'études régionales basées sur les données de santé produites dans la région, conduisant à la production d'une charte de l'information en santé. Cette gouvernance peut être représentée comme suit :

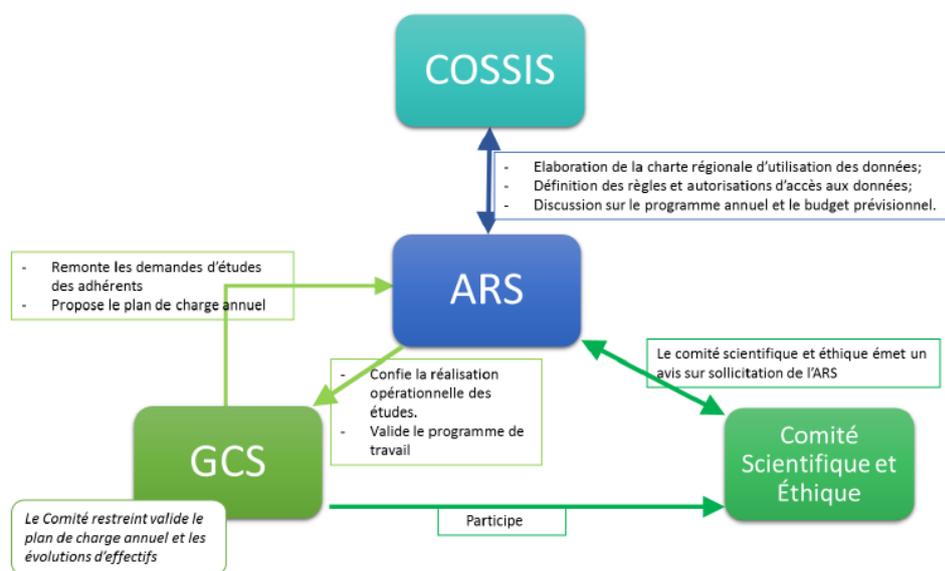


Figure 1 gouvernance régionale du traitement des données

Enfin, la connaissance des besoins et de la qualité des réponses peut être améliorée en Île-de-France sous plusieurs aspects répondant aux quatre interventions suivantes :

- Compléter la connaissance : inventorier les bases de données disponibles en interne ARS, au GCS SESAN et en externe, identifier les données manquantes nécessaires pour répondre aux objectifs du PRS2 ; construire des partenariats d'études (universités, écoles, ...) et d'échanges de données (CRIES, CREA, Conseils Départementaux, MDPH, agences d'urbanisme, ...).
- Faciliter l'accès aux données : anticiper le besoin d'informations, mettre à disposition des outils accessibles au plus grand nombre pour mener des analyses en particulier sur les priorités thématiques et les projets du PRS2 (à des niveaux territoriaux assez fins) ; produire une documentation sur les

- sources de données disponibles pour permettre à tous d'avoir une connaissance des bases existantes et de leur utilité, incluant les biais et limites d'utilisation.
- Développer des études de prospective démographique : intégrer plus largement les dynamiques urbaines, territoriales et démographiques dans les études géo-populationnelles sous-tendant des actions de régulation des établissements de santé en Île-de-France et d'accompagnement des professionnels de proximité.
 - Renforcer la lisibilité, la comparaison et la connaissance infra-territoriale des données (socio-démographiques, environnementales et sanitaires) en étroite collaboration avec les acteurs et observateurs de l'aménagement des territoires : faciliter la priorisation de territoires à enjeux et accompagner la mise en œuvre d'aménagements urbains tenant compte des vulnérabilités.

Ce projet aura des points d'articulation ou de complémentarité avec le PRSE3 2017-2021¹⁵ et le PRAPS¹⁶, ainsi qu'avec le protocole de collaboration ARS-ANRU (cf. objectif 2.2 dédié aux actions de diagnostic).

Principe 5 : renforcer la place de l'innovation

L'ensemble de ces projets de production et de traitement de l'information nécessite la mise en place d'une veille organisationnelle et technologique, conduisant à la conduite d'expérimentations sur les territoires concernés. Ainsi, le PRS2, doit avoir pour ambition de proposer des organisations innovantes tant pour ce qui concerne l'organisation sanitaire que médico-sociale et les nouveaux usages que vont permettre le déploiement de ces outils mais également les nouveaux métiers, les évolutions d'organisation interne que de tels outils doivent permettre. Etant donné les enjeux et la fonction de régulateur que joue l'ARS, il est nécessaire de définir la stratégie d'intégration des innovations en particulier le processus de réponse/soutien par rapport aux initiatives des industriels ou des organisations, les modalités d'intégration au SI régional, les mécanismes d'aide ou de processus de remboursement du dispositif médical. Ainsi, le périmètre proposé n'est évidemment pas de faire une analyse exhaustive des outils d'innovation mais davantage d'expérimenter de nouvelles organisations et usages innovants dans les territoires concernés.

¹⁵ PRSE 3 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/plan-regional-sante-environnement-prse-ile-de-france>

¹⁶ PRAPS : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

Programme n° 5 : information et communication en santé

I – La communication, pour quoi faire ?

La communication a comme fonction - généralement bien identifiée - de « valoriser » l'institution qu'elle sert : on parle alors de communication institutionnelle. Mais elle peut aussi - et surtout - être une condition de réussite des ambitions de transformation du système de santé et des pratiques des professionnels à condition d'être mobilisée en conséquence¹⁷.

A ce titre, le PMO information-communication pourra être mobilisé pour :

- proposer un dispositif d'écoute et de mesure des opinions, représentations avant le développement d'un plan d'action ou d'une politique publique ;
- mettre en place des dispositifs d'information et/ou de conviction, larges ou ciblés ;
- concevoir des outils d'agrégation et de mise à disposition de contenus de référence (santé.fr), des actions de communication au plus près des territoires et prenant en compte les besoins spécifiques des populations... ;
- développer des dispositifs de communication à même de contribuer fortement à faire émerger le sujet Santé dans des univers-cibles : stratégie de relations presse ciblée, opérations de relations publiques, présence proactive et d'influence en ligne (mobilisation et ciblage des médias sociaux et de leur capacité de conversation), dispositif d'étude ad hoc, stratégie de Livre Blanc...

L'approche nouvelle qui consiste à faire de l'information – communication un programme de mise en œuvre du PRS suppose que l'on puisse juger ex-post de sa pertinence. Dans certains cas, cela supposera de mettre en place, en amont des plan de communication, des indicateurs spécifiques à la communication.

II - Cinq principes d'action pour mettre en œuvre le PMO

Principe n°1 – Co-construire les plans d'action dédiés avec les chefs de projet de transformation

Tous les projets de transformation ne nécessitent pas un traitement spécifique et ambitieux en termes d'information et de communication. Mais pour certains, l'évolution des connaissances et/ou des opinions peut apparaître comme une condition préalable à un changement attendu de comportements ; ceux-là gagneront à mobiliser ces ressources.

Mais alors, comment mesurer - projet de transformation par projet de transformation – la place que l'information communication pourrait utilement avoir pour aider à la réussite des objectifs ? Comment le faire de manière suffisamment opérationnel pour permettre d'anticiper les allocations de ressources nécessaires aux programmes à engager ?

En première intention, chaque responsable de projets de transformation devra faire une première analyse de l'importance ou non de mobiliser a priori les leviers information communication. Il le fera à l'aide de questions clés

¹⁷ Les exemples sont nombreux (sécurité routière, impôts...) de la capacité d'une information - construite et ciblée à partir d'une connaissance fine des comportements des usagers - à améliorer l'efficacité de l'action publique. La mobilisation du levier information communication dans une logique opérationnelle peut permettre de renforcer l'efficacité des actions opérationnelles de l'Agence et donc son efficacité (ex. moindre recours aux urgences).

permettant de décrire les objectifs attendus sur les publics et/ou partenaires cibles en termes de notoriété, lisibilité, engagements, changement de comportements....

Les questions-clés :

- quels objectifs stratégiques de l'axe et/ou du projet de transformation ?
- quelle cartographie des acteurs / décideurs ?
 - o quelle hiérarchie selon leur impact potentiel sur la réussite de l'axe ou – au contraire – sur leur capacité de «résistance » ?
- quels objectifs opérationnels pour chacun des projets de transformation ?
 - o quels sont les publics cibles ?
 - o quels sont leurs niveaux de connaissance / de compréhension / d'appétence des questions de santé ?
 - o que souhaitons-nous qu'ils sachent / comprennent / pensent/ agissent ?
 - o quels sont les possibles freins et leviers identifiés à ce stade ?
 - o comment pourrais-je mesurer les avancées sur le sujet dans X ans ?

Sur la base de ce premier travail, l'équipe communication de l'ARS travaillera – au cas par cas- avec les responsables de projets de transformation sur :

- les messages-clés à porter ;
- l'approche stratégique la plus adaptée ;
- le plan d'actions dédié pour répondre aux enjeux et objectifs fixés ;
- les conditions de son déploiement (en interne et/ou à l'aide de prestataires spécialisés selon l'ampleur et/ou la nature des plans d'action).

Principe n°2 – Mettre en place une plate-forme de veille

Les axes du projet régional de santé comme ses projets de transformation supposent de pouvoir disposer – en amont comme en aval des plans d'action - d'un dispositif adapté de veille. De nouvelles expressions de besoin seront soumises par les pilotes des axes et des programmes en début de période. Par ailleurs, sur les modalités proposées, les pilotes des axes et des programmes pourront avoir accès à une plate-forme de veille permettant d'accéder en permanence à l'ensemble du corpus produit sur leur thématique de prédilection. Cette plate-forme sera proposée dès le début 2018 sur les thèmes faisant d'ores et déjà l'objet de veilles spécifiques par le pôle information–communication : Grand Paris, Périnatalité, Droits des usagers, Démographie des professionnels de santé, Transformation des organisations de santé, Vaccination et Automatisation des pharmacies. Ces champs actuels de veille pourront naturellement être amenés à évoluer en fonction des nouvelles expressions de besoin nécessaires au pilotage du PRS.

A noter, qu'à l'instar des études, un tel matériau de veille peut également être pensé à destination de nos parties prenantes externes quand la diffusion de l'information peut être, en soit, un levier de transformation.

Principe n°3 – Mettre en place un dispositif performant d'appui à l'animation territoriale

La nouvelle stratégie territoriale de l'ARS sera portée par les Délégations départementales de l'Agence ; ce sont elles qui mettront en œuvre la stratégie de l'ARS sur les territoires en créant les conditions de l'adhésion et de la mobilisation des acteurs de santé et en les accompagnant pour encourager les initiatives locales.

L'animation se fera au plus près des territoires, à l'échelon des 24 ou 25 territoires de coordination en cours de constitution. Elle prendra notamment la forme de « Rencontres territoriales » qui rassembleront, d'un côté les élus et les acteurs institutionnels du territoire, et de l'autre, les professionnels de santé (médecins, kiné, infirmiers,...).

Pour les accompagner, l'Agence s'adjoindra les services d'une agence de communication événementielle à même d'aider l'Agence à définir un format type à la hauteur des enjeux de cette nouvelle stratégie territoriale et d'épauler chaque DD dans le montage et l'animation de chacune de ces rencontres.

Principe n°4 – Mettre en place une plate-forme relationnelle à l'ARS Île-de-France

La transformation souhaitée du système de santé repose en partie sur la capacité de l'ARS à agir sur les différents acteurs, que ce soit en termes de compréhensions, de perceptions, de représentations, voire, de comportements. Dès lors, la question est lancinante au sein des ARS en général – et de celle d'Île de France en particulier- de savoir comment porter directement nos messages et nos informations vers les professionnels de santé, les usagers, les élus.... Les outils de communication de l'Agence (site internet, réseaux sociaux, infolettre Partenaires santé, présence médiatique...) poursuivent en partie cet objectif. Mais nous en mesurons difficilement « l'audience par contact utile » car il s'agit de « médias » et non d'une « plate-forme » relationnelle permettant des contacts suivis et personnalisés. D'un autre côté, les nombreux colloques et rencontres organisés par l'ARS tout au long de l'année permettent de tels contacts individualisés ; mais nous ne gardons pas mémoire des participations ni ne faisons d'analyse des sujets porteurs ou de ceux qui le sont moins par type de public (pas de connaissance ni d'utilisation de datas bases, la plate-forme d'inscription en ligne utilisée générant de simples tableaux).

L'ARS Île-de-France expérimentera une démarche de type « CRM » qui désigne un ensemble d'outils et de techniques destinés à enregistrer, traiter et analyser les informations relatives aux relations nouées avec différents afin de pouvoir optimiser les informations qui leurs sont proposées (elle pourrait également – ou à la place – travailler sur la possibilité de développer une application ARS pour smartphone, avec une version pour les professionnels de santé et une pour le grand public). La puissance et l'efficacité de ce type de solutions pour « entrer en conversation » avec les parties prenantes d'une entreprise ou d'une organisation font largement leurs preuves dans l'univers public ou parapublic : Sncf Transilien, Anact, Météo France... L'objectif est de permettre un suivi fin des relations nouées avec nos interlocuteurs, indépendamment du moyen de contact (email, téléphone, événement...). Une telle approche permet de mieux « capitaliser » sur la connaissance que l'on a d'une relation et de « convertir » (par exemple, un médecin participant à une journée d'échanges dans une DD, devient une « cible » pour un CLS). Une base de données relationnelle permettra à l'Agence de « pousser » des informations de manière ciblées (par territoire, par type de publics, par centres d'intérêts...), à la fois dans une logique de moyen terme (travailler à l'information de communautés) et de très court terme (gestion de crise : par exemple, alerte de proximité sur l'engorgement d'un service d'urgences). Cela peut par ailleurs éviter quelques dysfonctionnements opérationnels (par exemple, une DD appelle un médecin ayant été contacté la veille par le siège...).

L'idée n'est pas nécessairement de mettre en place un système immédiatement universel pour tous nos publics, mais d'expérimenter sur un public-cible afin de mesurer les potentiels que cela peut avoir pour l'ARS.

Principe n°5 – Mobiliser de nouveaux leviers de communication pour faire réussir les projets de transformation

Le PMO est une démarche assez innovante pour l'Agence. Elle est un changement de paradigme qui interroge nécessairement la place – et les moyens – de la communication externe de l'Agence. En dépend la capacité de l'Agence à mettre effectivement en œuvre les actions de communication. Certaines sont d'ores et déjà signalées dans les documents du PRS2 : organisation de journées d'information et de communication thématiques, mise en place d'événements thématiques réunissant les partenaires concernés par l'innovation, promotion de santé.fr... D'autres devront être imaginées collectivement pour favoriser la réussite de tel ou tel objectif : stratégie d'influence sur les réseaux sociaux, action de lobbying, nudge¹⁸, plan de marketing direct au plus près de territoires ciblés, notamment en direction des réseaux professionnels locaux et des professionnels de santé... Cela suppose que le Pôle information communication mobilise des prestations qu'il ne maîtrise pas seul ou pas suffisamment et donc, qu'il ait recours à des prestataires extérieurs spécialisés. En guise d'exemple (liste non exhaustive) :

- **Community management et influence en ligne**
 - o La réussite d'un certain nombre de programmes de transformation suppose que l'Agence sache promouvoir « ses » sujets sur les espaces d'information, de sensibilisation, de discussion et de conviction que sont les réseaux sociaux. Cela dépasse l'utilisation que l'Agence fait aujourd'hui de ses propres comptes pour diffuser ses informations. Cela suppose un travail supplémentaire de veille et d'intervention, véritable stratégie d'influence à même de faire avancer les connaissances, les perceptions et les opinions sur un certain nombre de sujets, préalables à d'éventuels changements de comportements. C'est par exemple ce que fait l'AP-HP en matière de veille de tendances émergentes ou d'alertes, et le ministère des Solidarités et de la santé en matière d'influence sur la vaccination. Pour ce faire, l'ARS pourrait utilement s'adjoindre les services d'un prestataire spécialisé qui intervient déjà sur ce même type de prestations pour d'autres institutions et entreprises.
- **Publicité et achat d'espaces**
 - o Certains enjeux de communication supposent une capacité de forte visibilité du message porté. Cet enjeu « d'impact » (faire progresser très fortement la notoriété d'un sujet, d'une consigne, d'un programme) peut nécessiter le recours à de la présence publicitaire (médias classiques ou réseaux sociaux). La production de créations publicitaires pourra se faire via le studio graphique de l'Agence (cf. « AVC, et si j'étais concerné ? » - janvier 2018) ou via le recours à une prestation externe ad hoc. Par ailleurs, compte tenu de la réglementation en matière d'achat d'espace (interdiction d'achats directs par les annonceurs), l'ARS cherchera à

¹⁸ La théorie du Nudge est un concept des [sciences du comportement](#), [de la théorie politique](#) et [d'économie](#), qui fait valoir que des suggestions indirectes peuvent, sans forcer, [influencer](#) les motivations, les incitations et la [prise de décision](#) des groupes et des individus, au moins de manière aussi efficace sinon plus efficacement que l'instruction directe, la législation, ou l'exécution. Le Nudge consiste à mettre les individus dans un contexte de choix qui les incite à adopter un comportement spécifique recherché.

s'adjoindre les services d'une centrale d'achat publicitaire lui permettant, le cas échéant, d'être opérationnelle rapidement si nécessaire.

- **Marketing direct et/ou street marketing**

- L'ARS outille un certain nombre d'acteurs de terrain pour s'adresser aux usagers-patients au plus près des territoires (par exemple, en matière de prévention). Cette approche pourrait être complétée par des plans d'action permettant d'adresser directement nos messages et informations à un certain nombre de publics, professionnels ou grand public. Dans cette hypothèse, l'ARS travaillera avec des expert en marketing-direct (le marketing direct est un ensemble de techniques qui permettent de toucher directement la cible en diffusant un message personnalisé et incitatif vers une cible d'individus dans le but d'obtenir une réaction immédiate et mesurable)

Le programme sera par ailleurs l'occasion d'interroger l'articulation de nos actions de communication avec l'échelon national, à l'heure où Santé publique France, par exemple, semble s'orienter vers des stratégies d'information communautaire au détriment de campagnes média (publicitaires) grand public pour « faire bouger » les comportements.

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

TROISIEME PARTIE : PRIORITES THEMATIQUES DE SANTE

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

Périnatalité et santé du jeune enfant

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie / population concernée :

- 178 000 enfants domiciliés en IDF nés en 2016. (- 3,5% depuis 2010) ;
- 178 167 accouchements enregistrés en IDF en 2016 (-3,4% depuis 2010) ;
- 51 284 IVG réalisées chez des femmes domiciliées en IDF en 2015 ;
- Moins de femmes en âge de procréer (15 et 49 ans) : -0,7% en 10 ans en IDF ;
- Taux de mortalité maternelle : 12 pour 100.000 naissances en IDF (8.3 en F. métro)
- Taux de mortalité infantile (décès < 1 an) : 3.8‰ naissances vivantes (3.5‰ en F. métro) ;
- Taux de mortinatalité (enfant sans vie, terme > 22SA ou poids > 500g) : 9,6‰ naissances totales en IDF (8,6‰ en F.) ;
- Taux de prématurité (< 37SA) : 7,2% des naissances vivantes domiciliées en IDF (7,0% en F.) ;
Taux de grande prématurité (< 33 SA) : 1,5% des naissances vivantes (1,4% en F.) ;
- Taux des troubles durables du langage oral et écrit et des autres troubles spécifiques des apprentissages (« dys ») : 3 à 7% des enfants de 3 à 12 ans en France.

1.2 Principales problématiques de santé

Dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance, la région IDF se caractérise par des indicateurs de mortalité et de morbidité moins favorables que les moyennes nationales : surmortalité infantile, périnatale et maternelle, plus grande fréquence des naissances prématurées, plus fort taux de prévalence de l'obésité infantile, par exemple.

L'IDF se caractérise également par d'importantes disparités territoriales en termes d'indicateurs de santé périnatale et infantile, à mettre en lien avec le poids des déterminants, individuels, sociaux, environnementaux, et la prévalence des comorbidités (obésité, diabète...), elles-mêmes liées aux déterminants sociaux. Les travaux réalisés en Seine-Saint-Denis dans le cadre du programme RéMI¹⁹ ont confirmé l'interaction de la précarité sociale, avec l'organisation et la qualité des soins (qualité des soins non optimale, orientations et suivis inadéquats, précarité non prise en compte ou non accompagnée...).

L'offre de soins en périnatalité et petite enfance est inégalement répartie sur le territoire francilien, concentrée sur Paris et certaines zones de la petite couronne (92), et plus difficilement accessible en grande couronne (77, 91, 95) et l'accès des populations à une prise en charge adaptée à leurs besoins reste une préoccupation, notamment dans les situations médicales ou sociales complexes.

- Les femmes enceintes ne bénéficient pas systématiquement d'un repérage précoce et efficace des situations de vulnérabilité, qui permettrait une orientation vers le parcours le plus adapté à leurs besoins, et la mobilisation pertinente des ressources. La consultation préconceptionnelle, en amont de la grossesse reste à développer (repérage des comorbidités).
- La coordination des acteurs (ville-hôpital, santé-social) et la prise en compte des déterminants sociaux, notamment de la précarité et de ses conséquences, des besoins d'accompagnement en médiation ou interprétariat, sont encore insuffisamment développés.

¹⁹ Réduire la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis (RéMI)

- Une part importante des femmes est demandeuse d'accouchements plus physiologiques ou naturels.
- L'offre de soins ambulatoires se transforme en lien avec l'évolution du champ de compétences des sages-femmes, avec notamment le suivi des grossesses à bas risque en pré et post-partum en ville (Prado, sorties anticipées).
- Les grossesses par procréation médicalement assistée (PMA) augmentent régulièrement (3,1% des naissances en 2015 versus 2,6 % en 2009, données agence de la Biomédecine). Elles concernent des femmes plus âgées (21% sont des femmes âgées de 40 ans en 2015 en IDF), plus à même de présenter des comorbidités (diabète, obésité, hypertension...), majorant les risques de complications et la nécessité d'un suivi spécialisé pluridisciplinaire.
- La surmortalité maternelle observée est liée à des problématiques d'organisation de l'offre, de pratiques professionnelles inadaptées (manque de repérage des facteurs de risque, orientations vers des plateaux techniques inadaptés, insuffisance des consultations pluridisciplinaires, insuffisance d'entraînement au travail en équipe). La première cause directe de mortalité maternelle reste l'hémorragie du postpartum (HPP), posant des enjeux de formation, organisation, disponibilité de produits sanguins – cf ENCMM).
- Le programme régional de suivi des enfants vulnérables (grands prématurés, enfants ayant présenté une pathologie périnatale sévère) qui permet de suivre les enfants et de leur proposer des actions de prévention précoce, se heurte à la disponibilité variable des ressources sur certains territoires.
- Les ressources en matière de dépistage et de prise en charge des enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages sont inégalement réparties sur le territoire francilien et insuffisamment organisées pour permettre aux enfants qui en ont le plus besoin d'accéder aux services et professionnels adaptés (médecins, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes). La diminution des effectifs de la PMI et la santé scolaire, particulièrement impliquées dans le repérage et l'orientation des enfants, limite leur capacité d'intervention. En l'absence de gradation des soins, les centres référents sont sursollicités pour des demandes ne relevant pas de leur expertise. Par ailleurs, certains actes essentiels (psychomotricité hors nomenclature) ne sont pas remboursés, majorant encore les inégalités sociales d'accès.
- Les urgences pédiatriques sont confrontées à une forte augmentation de leur activité, dans un contexte de tensions démographiques (ville, hôpital) et en l'absence de solutions alternatives.
- La forte progression des maladies chroniques de l'enfant pose par ailleurs les enjeux d'une plus grande fluidité de leurs parcours et de la place des réseaux de santé.
- Le nombre croissant de femmes enceintes ou de femmes sortant de maternité avec leur nouveau-né sans logement est une préoccupation majeure. Les dispositifs mis en place sont dépassés, l'impact sur la santé à court et moyen terme risque sera important (morbi-mortalité).

1.3 Principales professions concernées : état des lieux et projections

La démographie des professions intervenant spécifiquement dans le champ de la périnatalité et de la santé de l'enfant est **contrastée**.

Les **densités régionales** des professions médicales, rapportées aux populations concernées, sont proches des moyennes nationales, hormis la densité de sages-femmes, très en deçà de la moyenne nationale. Les effectifs des professions médicales ont globalement progressé entre 2010 et 2015, et la part des professionnels de moins de 40 ans a augmenté. Toutefois, l'arrivée de ces nouveaux professionnels ne pourra pas compenser la cessation d'activité attendue d'un nombre important de médecins aujourd'hui âgés de plus de 60 ans et la restriction de l'accès des professionnels à diplômes étrangers hors UE, par la modification des règles d'accès à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en 2017.

Pour les infirmières-puéricultrices, la densité est inférieure à la moyenne nationale et la part des professionnelles de moins de 35 ans, plus faible qu'au niveau national.

L'IDF se caractérise par d'importantes **disparités** entre départements (Paris et Hauts de Seine sont les mieux dotés, à l'inverse la Seine et Marne cumule densités faibles et professionnels plus âgés).

Le **mode d'exercice** des professionnels de santé évolue : à l'exception des sages-femmes, les professions médicales privilégient l'exercice salarié ou mixte. Les jeunes professionnels modulent leur temps de travail, privilégient des surspécialisations (pédiatrie, gynécologie-obstétrique). Cette nouvelle donne sociologique génère de nouvelles contraintes sur l'organisation des services, notamment pour les lignes de garde.

La médecine salariée non hospitalière (protection maternelle et infantile, santé scolaire) attire peu les jeunes professionnels, avec des taux de vacance de postes médicaux importants dans ces services.

Les perspectives d'évolution des effectifs des professionnels médicaux du champ de la périnatalité restent préoccupantes. Il est probable que les effectifs de pédiatres et anesthésistes ne seront pas en adéquation avec les besoins de prise en charge de la population. Des perspectives sont certes ouvertes par l'évolution des métiers, les infirmières de pratique avancée, les protocoles de délégation de tâches, le développement des coopérations entre professionnels, la mise en place de protocoles de gradation des soins entre médecins généralistes et pédiatres, le développement du recours aux nouvelles technologies (télémédecine). Toutefois le regroupement des équipes et des plateaux techniques devra être poursuivi dans les zones où il existe des tensions sur les ressources médicales et où ces regroupements ne dégradent pas l'accessibilité. Lorsqu'il existe des difficultés d'accessibilité qui ne permettent pas d'envisager des regroupements ou mutualisations de moyens, les ressources médicales devront être renforcées de manière ciblée, en jouant sur l'ensemble des leviers.

1.4 Bilan du PRS 1

Amélioration de la mortalité périnatale en Seine-Saint-Denis :

- Le taux de mortalité infantile a baissé de 5,2‰ à 4,4‰ (-15%) en Seine-Saint-Denis entre les années 2007-2009 et 2014-2016, alors que dans le même temps, il augmentait de 20% dans le Val d'Oise (3,6‰ à 4,6‰), de 15% en Essonne et dans le Val de Marne (de 3,5‰ à 4,0‰).
- Le taux de mortinatalité a baissé de 12,8‰ à 10,8‰ (-15%) en Seine-Saint-Denis entre les années 2005-2007 et 2014-2016. Il a augmenté dans le même temps 9,0 à 10,0‰ (+10%) en Essonne.

Amélioration du parcours IVG en IDF:

- Une amélioration du parcours en période estivale qui permet de ne plus orienter vers l'étranger de femmes ayant sollicité une IVG dans les délais légaux depuis 3 ans.

Amélioration du suivi des enfants vulnérables en IDF :

- Le programme est étendu sur l'ensemble du territoire francilien depuis 2015 : 2 600 enfants vulnérables ont été inclus dans un programme de suivi en 2016 (dont 85% des nouveau-nés prématurés éligibles) et 450 enfants ont bénéficié de psychomotricité.

Implantations opposables :

- Les territoires de l'Essonne et du Val d'Oise, dépourvus en centre de PMA, ont été couverts sur la période du PRS1.
- Le PRS avait prévu de maintenir le nombre des implantations de maternité. Sur sa durée, 13 maternités ont fermé ou se sont regroupées (dont seulement 2 publiques), essentiellement pour des difficultés de recrutements de médecins (anesthésistes, obstétriciens).

Qualité de la prise en charge :

- Le taux de césariennes est en légère décroissance depuis 2012, de 23,1 % à 22,5 % en 2016.

- 80 % des grands prématurés (<33 SA) naissent dans des maternités adaptées à leur niveau de risque (type 3 ou type 2B).
- Selon les données du PMSI 2010-2014, les actes relatifs à l'HPP diminuent: -43% embolisations ; -31% ligatures artérielles ; -16% hystérectomies. Le nombre d'actes de tamponnements (probable utilisation de sonde de Bakri) a par contre augmenté de 53%.

2. Sens de l'action à conduire

Dans le champ de la périnatalité et de la santé du jeune enfant, plusieurs défis majeurs sont à relever :

- Prendre en compte le gradient social et la précarité ;
- Organiser la prise en charge de la grossesse en proximité, en garantissant la qualité et la sécurité des soins périnataux ;
- Dans un contexte d'une offre réduite dans le champ de la santé de l'enfant, notamment en PMI, assurer sur tous les territoires les missions de promotion de la santé, de prévention et de prise en charge de l'enfant en situation sociale complexe.

1. Améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale et évaluer les actions entreprises par un travail de recherche.

Pour améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale, la compréhension des dynamiques en jeu, et ainsi éclairer davantage la décision, l'ARS doit pouvoir s'appuyer sur des partenariats universitaires. Des programmes de recherche interventionnelle doivent être développés, en particulier sur les systèmes de santé et sur l'impact du gradient social (pauvreté, absence de droits sociaux, exclusion du logement, expositions professionnelles...).

2. Faire face aux tensions démographiques des professionnels du champ de la périnatalité et de la santé du jeune enfant, en favorisant un maillage territorial permettant l'accès à la prévention et à des soins gradués, sur l'ensemble du territoire.

De nouvelles **organisations sont à expérimenter** pour faciliter la présence des acteurs de la périnatalité et de la santé du jeune enfant, au sein des établissements de santé, en libéral et dans les services de PMI et de santé scolaire, en facilitant le décloisonnement des modes d'exercice (postes partagés, postes permettant un exercice mixte, aide à l'installation en territoire déficitaire), en promouvant des interventions pluridisciplinaires (« gradation » des soins, intervention de professionnels non médicaux), ou encore en développant des projets innovants (télémédecine, e-parcours).

Dans le champ de la santé de l'enfant, les jeunes professionnels de santé doivent être davantage incités à **se former** (systématisation des stages en pédiatrie, PMI, santé scolaire pour les étudiants en médecine et les internes de médecine générale, promotion de formations universitaires complémentaires pour les médecins généralistes).

Mais surtout, la **structuration de l'offre** doit permettre au médecin de premier recours de disposer de relais permettant la prise en charge de maladies chroniques, de pathologies complexes, de troubles du développement, auprès de médecins ayant une compétence renforcée dans le champ de la santé de l'enfant (pédiatres, médecins de PMI, médecins ayant acquis une compétence en santé de l'enfant, réseaux, centres de référence...).

La **Protection Maternelle et Infantile** est un outil essentiel de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans le champ de la périnatalité et de la santé du jeune enfant. Une stratégie doit être élaborée

conjointement avec les collectivités territoriales, afin de rendre la protection et la promotion de la santé au bénéfice de l'enfant et la famille plus opérantes sur les territoires les plus fragiles, notamment en mobilisant des ressources pluriprofessionnelles impliquées (médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychomotriciens, psychologues ,...

3. Améliorer la coordination des parcours complexes en périnatalité et santé du jeune enfant, pour prendre en compte les vulnérabilités d'ordre médical, social, ou psychologique que cumulent certaines familles

Les parcours complexes en périnatalité et santé du jeune enfant recouvrent des situations très diverses, femmes enceintes atteintes de comorbidités, difficultés sociales et psychosociales liées à la précarité, dépression du postpartum, troubles du développement en rapport avec des pathologies néonatales nécessitant des suivis prolongés, troubles spécifique des apprentissages de l'enfant...

Prévu à trois moments clés de la grossesse, lors de la déclaration de grossesse, de l'entretien prénatal précoce, de l'entrée dans le suivi en établissement de santé, le repérage des vulnérabilités médico-psychosociales doit être amélioré et systématisé, Face aux difficultés psychosociales, de nombreux soignants se résignent faute de pouvoir les affronter seuls. Dès lors, il est nécessaire de renforcer l'articulation ville-hôpital autour des parcours rendus complexes par la vulnérabilité des patients et les conséquences de la précarité en formant les acteurs au repérage et à l'orientation, en améliorant le partage et la traçabilité des informations, la communication patients-professionnels, le pouvoir d'agir individuel et collectif, le travail en pluridisciplinarité (travailleurs sociaux, psychologues, autres spécialités médicales), la médiation socio-sanitaire.

Des expérimentations doivent s'envisager sous forme de consultations d'orientation précoce, en début de grossesse évaluer le risque psychosocial et les besoins spécifiques (interprétariat, médiation), repérer les antécédents médicaux, obstétricaux, les conduites addictives, et permettre l'orientation vers le niveau de soins adapté.

La coordination des parcours complexes doit permettre aux femmes d'accoucher sur le plateau technique adapté à leurs comorbidités et aux complications éventuelles. La structuration du parcours de ces femmes enceintes en fonction d'une gradation des soins doit être poursuivie,

La coordination des acteurs autour de la prise en charge des enfants vulnérables présentant des séquelles moyennes ou graves (troubles moteurs, sensoriels et cognitifs) nécessite un maillage des ressources dans la proximité du domicile en facilitant le recours précoce à des ressources spécialisées pluridisciplinaires, en structures type CAMSP, en fonction de la prévalence de la prématurité, sur les territoires où l'offre de soins ambulatoires est déficitaire.

La prise en charge des troubles des apprentissages nécessite la structuration, dans des territoires ciblés, d'une offre graduée de diagnostic et de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages, financée au forfait-parcours, de la ville (experts de type 1) jusqu'aux centres de référence de type 3, avec participation de la médecine de l'éducation nationale. Elle implique la formation des praticiens (médecins, paramédicaux) de type 1 pour le diagnostic précoce, et l'organisation de centres de compétence de type 2 en proximité (structures hospitalières multidisciplinaires, CMP, CMPP, réseau), conventionnés avec un centre de référence de type 3, réservé aux diagnostics complexes.

4. Améliorer la pertinence des soins et garantir la qualité et la sécurité des prises en charge afin de diminuer la morbi-mortalité maternelle et infantile.

L'analyse des événements indésirables graves (EIG) en périnatalité déclarés entre 2012 et 2016 et l'étude nationale sur les morts maternelles (ENCMM) montrent des facteurs contributifs récurrents, qui interrogent le travail en équipe, la répartition des tâches entre professionnels, les protocoles, la formation et la gestion du personnel.

L'ARS doit accompagner le développement de la culture qualité et sécurité des soins, en veillant à ce que les établissements déclarent les EIG, les analysent et mettent en place des mesures correctrices, en particulier dans le cas des décès considérés comme évitables (HPP).

Il importe de développer l'analyse des dysfonctionnements de parcours et de liens ville-hôpital ; de favoriser les analyses systémiques, en présence d'un pair extérieur ; d'organiser des formations des équipes par simulation, en prévention et/ou dans les suites d'EIG.

5. Développer des modes de communication et d'information adaptés aux besoins des familles et des enfants

L'enjeu est de donner une plus grande place aux femmes, aux familles et aux enfants et de les rendre davantage acteurs de leur santé.

Des initiatives doivent être engagées pour permettre aux femmes de prendre une part plus active dans le suivi de leur grossesse. Elles ont des difficultés à exprimer leurs interrogations et inquiétudes sur le déroulement de la grossesse, et ce d'autant que leur étayage familial et social est réduit, à comprendre l'importance des prescriptions, des examens de dépistage ou des échographies, et à évaluer la gravité de certains symptômes de la grossesse. Elles témoignent de leurs difficultés à prendre en compte les informations peu compréhensibles ou parfois contradictoires de certains professionnels, ou encore des consignes incompatibles avec les contraintes de leur vie quotidienne en contexte de précarité. Aussi il convient de travailler sur la forme que prend la communication, individuelle ou collective, et de lever les obstacles pratiques pour la mise en œuvre des recommandations par les patientes.

Pour cela, il est nécessaire de :

- Développer des actions de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de sensibilisation aux symptômes pathologiques de la grossesse ;
- Promouvoir des démarches valorisant des approches en santé communautaires ;
- Développer des outils de communication adaptés au contexte de vie des femmes et organiser le recours aux services d'interprétariat (droit à l'information dans la langue maternelle) et de médiation socio-sanitaire ;
- Sensibiliser les professionnels aux particularités de l'information aux patients en pédiatrie en insistant sur l'alliance thérapeutique triangulaire : jeune enfant – parents – professionnels, sur l'importance de documents d'information adaptés à l'âge.

3. Objectifs formalisés

- Diminuer les taux régionaux de mortalité infantile et de mortinatalité, en réduisant de 20% les taux des 4 départements aux taux les plus élevés : 95,93, 91 et 94
- Atteindre un taux de prise en charge dans une structure adéquate de 80% pour deux pathologies maternelles traceuses : obésité sévère et formes sévères de drépanocytose
- Atteindre une adéquation entre les décès maternels déclarés EIG sur le portail et ceux enregistrés dans le PMSI
- Diminuer le taux de césarienne pour les grossesses à bas risque de 12,6% à 10,5% en IDF
- Atteindre un taux d'inclusion dans le programme régional de suivi des enfants vulnérables de 90% des grands prématurés et 70% des RCIU

- Atteindre un taux de suivi à 2 ans de 80% et de suivi à 5 ans de plus de 50% (suivi : système HYGIE)
- Faire en sorte que le délai de première consultation des enfants présentant un trouble spécifique des apprentissages dans les centres de référence ne soit pas supérieur à 6 mois (suivi : bilan d'activité des centres de référence)
- Doubler le nombre de postes d'assistants spécialistes partagés en périnatalité dans les territoires déficitaires
- Accompagner au moins trois projets de promotion de la santé périnatale reposant sur des approches en santé communautaire

4. Principales stratégies d'intervention

De façon préalable, il est nécessaire de considérer les évolutions péjoratives des indicateurs de mortalité infantile dans plusieurs territoires, révélatrices de difficultés qui dépassent la seule période périnatale, et la fragilité des acquis dans d'autres territoires : de telles évolutions imposent une action en périnatalité, ainsi que dans la période d'aval (petite enfance) renforcée de façon volontariste dans ces territoires.

Ce renforcement passe

- a) par la priorisation absolue des moyens sanitaires sur ces zones
- b) par l'adaptation accélérée du système de soins, notamment par une action contre les ruptures de prise en charge
- c) par une intervention organisée et structurée sur les déterminants de santé en lien avec le champ de la périnatalité, et en particulier sur l'interface entre les différentes traductions de la précarité et les conditions de grossesse, d'accouchement, et de petite enfance.

Axe de transformation 1 – Améliorer l'organisation des parcours sur les territoires

Projet de transformation 1-2 : Construire des dispositifs de repérage précoce et de construction individualisée du parcours de santé

- Former les acteurs du soin au repérage et au dépistage des vulnérabilités sociales, psychologiques et médicales et des situations complexes des femmes enceintes.
- Soutenir les dispositifs contribuant à l'entrée dans un parcours de soin adapté à la vulnérabilité et à la pathologie (consultation d'accueil et d'orientation en début de grossesse, dispositif d'accueil personnalisé pour situations complexes...).
- Organiser un parcours gradué de diagnostic et de prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages avec trois niveaux de prise en charge, et former les professionnels au repérage et au dépistage.

Projet de transformation 1-3 : Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours

- Organiser un outil régional permettant l'interprétation à distance des EEG pédiatriques (téléexpertise).
- Organiser le déploiement du dispositif de dépistage de la rétinopathie chez le nourrisson.
- Favoriser la télésurveillance des grossesses à risques hospitalisées en HAD dans des territoires distants des maternités.
- Favoriser la participation des réseaux de santé périnatale aux expérimentations de parcours e-santé.

Projet de transformation 1-5 : Expérimenter des modes de financement permettant d'éviter les ruptures induites par les modes de tarification

- Expérimenter et évaluer la solvabilisation des soins réalisés par les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes (non pris en charge par l'Assurance maladie), dans le cadre d'un financement au parcours (nouveau-nés vulnérables, troubles spécifiques des apprentissages, parentalités complexes....).
- En cas de vulnérabilités repérées, et en absence de couverture sociale de base et/ou complémentaire (attente de l'ouverture des droits ou de l'ACS), expérimenter et évaluer au plan médico-économique la solvabilisation des actes de prévention et de soins réalisés en début de la grossesse, jusqu'à la prise en charge à 100 % au cours du 6^{ème} mois de grossesse (lutte contre le renoncement aux soins).

Axe de transformation 2 – Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

Projet de transformation 2-1 : Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

- Engager des partenariats avec des équipes universitaires de recherche pour améliorer la connaissance des déterminants de la santé périnatale, mettre en place des programmes de recherche interventionnelle et évaluer les actions entreprises.
- Amélioration le codage PMSI des morts-nés, pour disposer d'indicateurs fiables de suivi de la mortalité à l'échelle régionale.
- Evaluer les dispositifs mis en place pour faciliter le recours aux soins et le suivi des femmes sans hébergement en sortie de maternité.
- Evaluer le programme régional de suivi des enfants vulnérables, à partir de la base de données HYGIE-SEV.

Projet de transformation 2-2 : Prioriser les moyens en fonction des besoins notamment sur les territoires en sous offre

- Mobiliser le levier des assistants partagés en faveur de zones sous dotées dans le champ de la périnatalité, notamment pour les établissements situés aux marches de l'IDF.
- Elaborer, conjointement avec les collectivités territoriales une stratégie, permettant au dispositif de PMI d'être opérant sur l'ensemble du territoire francilien, dans le cadre d'une politique partagée.

Projet de transformation 2-6 : Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants

- Cf. l'ensemble du projet de transformation

Axe de transformation 3 - Favoriser un accès égal et précoce à l'innovation

Projet de transformation 3-2 : Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

- Généraliser la formation par la simulation des équipes, in situ, après analyse systémique d'un EIG en périnatalité en présence d'un pair extérieur à l'établissement (compétences techniques et non techniques).
- Accompagner les innovations organisationnelles (pratiques avancées, délégations de tâches, circuits

courts...), en particulier dans la prise en charge des urgences pédiatriques.

Axe de transformation 4 – Permettre à chaque francilien d’être acteur de sa santé et de la politique sanitaire

Projet de transformation 4-3 : *Développer de pouvoir d’agir des habitants par l’information de proximité*

Dans les territoires à forte population immigrée, promouvoir l’intervention de médiateurs socio-sanitaires, l’utilisation de l’interprétariat, ainsi que les démarches de santé communautaire en périnatalité.

Axe de transformation 5 – La santé dans les politiques

Projet de transformation 5-1 : *Structurer une stratégie de plaidoyer*

Mobiliser les pilotes des politiques publiques pour renforcer les dispositifs d’accès des femmes sans hébergement en sorties de maternité et leurs nouveau-né à des hébergements stabilisés.

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

Santé des adolescents et des jeunes adultes

1. Etat des lieux

1.1 Population concernée :

Cette tranche d'âge qui couvre l'adolescent et le jeune adulte correspond à un moment où le jeune se détache progressivement de sa famille, découvre une forme d'autonomie, et initie sa propre trajectoire de vie : celle-ci interagit avec celle de ses pairs et avec le contexte social. C'est un moment de passage de l'enfance à l'âge adulte où la prise de risques fait partie du développement normal de l'adolescent. C'est aussi le moment où se cumulent l'effet des déterminants liés au contexte de vie de la famille et ceux qui impactent plus directement le jeune. Il s'agit donc à la fois d'une période de fragilités qui peuvent être à l'origine de difficultés rencontrées plus tard dans la vie d'adulte, mais aussi d'une période d'opportunités si elle permet aux jeunes de prendre confiance en leurs capacités.

1.2 Etat de santé : données générales extrapolables

Les enquêtes sont concordantes autour de grands principes : un état de santé plutôt bon (9 jeunes sur 10 se disent en bonne santé), mais des écarts importants existent en fonction du niveau de revenu, mais aussi de la structuration des familles et du sexe.

La santé perçue des collégiens

La dernière enquête HBSC 2014 montre qu'en matière de santé mentale : 82% des adolescents scolarisés en collèges ont une perception positive de leur vie et se situent dans une projection positive de leur avenir. Mais ce sentiment plutôt positif de bien-être tend à se dégrader entre la 6^{ème} et la 3^{ème} où il passe de 81,6% à 77, 1% et diminue plus fortement chez les filles que chez les garçons.

La santé perçue des jeunes en insertion (Recherche Action PRESJAE INSERM 2011 et la comparaison avec l'étude SIRS 2010 concernant les jeunes en population générale montrent que :

19% des jeunes en insertion ont une perception négative de leur état de santé général, 20% de leur état de santé physique (versus 10% pour les autres jeunes) 30% de leur état de santé psychologique (versus 15% pour les autres jeunes). Les questions de santé constituent un frein à leur insertion : 33% ont une pathologie non traitée. Le renoncement aux soins concerne 31% des jeunes notamment pour les soins primaires (visite chez le médecin généraliste, la pharmacie, le dentiste). Le recours aux urgences est important avec 15% de jeunes hospitalisés dans les 12 mois.

Les jeunes de 15/25 ans en Île de France présentent par ailleurs certaines spécificités en termes de comportements par rapport aux autres régions (source Baromètre santé INPES 2010, extraction régionale par l'ORS)

Sexualité : le niveau de recours à la contraception d'urgence et à l'IVG est plus important que dans les autres régions (18,1% chez les 15/29 ans contre 11,3%). On note deux fois plus de rapports sexuels non protégés, avec en parallèle, des déclarations d'IST plus fréquentes que dans les autres régions.

Produits addictifs : l'Île de France se caractérise par la surconsommation notamment de cannabis (plus d'un tiers des 15/25 ans fument quotidiennement avec des niveaux d'usage plus élevés que dans d'autres régions. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer des drogues, mais l'écart se resserre entre 15/24 ans.

Tabagisme : il touche un tiers des 15/ 24 ans, fumeurs réguliers, avec une tendance à une plus grande précocité de l'expérimentation, un rapprochement des comportements hommes et femmes, aujourd'hui au même niveau.

Surpoids/ obésité : la prévalence est plus forte dans la région Île de France et en augmentation ; un francilien sur dix entre 12 et 18 ans est en excès de poids.

Situations de mal être et de stress : elles s'expriment par des fréquences plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicides par rapport à d'autres régions. La proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a augmenté de 6 à 8% entre 1997 et 2005 en Île de France.

1.3 Cadres préexistants et acteurs à l'œuvre

Le champ de la santé des jeunes mobilise une grande diversité d'acteurs (professionnels : médecins généralistes, pédiatres, infirmières, médecins scolaire), de structures : offre médico-sociale spécialisée (CSAPA, CJC..), dispositifs de prévention (dépistage Ceggid), offre sanitaire (secteur de pédopsychiatrie ..), accueil des jeunes dans une dimension globale (PAEJ, BIJ...), acteurs institutionnels régionaux (DIRPJJ, Assurance Maladie, DRJSC, Académies..), collectivités locales (Conseil Régional, Conseils départementaux, villes), mais avec souvent un manque de visibilité quant aux résultats produits et l'existence de déficits de prise en charge dans certains territoires à fort besoin de santé.

2. Finalités de l'action sur la période du PRS 2

Améliorer la capacité d'agir des jeunes

Aider les jeunes à être pleinement acteurs de leur santé passe par le renforcement de leurs compétences et habiletés, par la mise en place d'un climat scolaire propice à l'estime des autres et de soi, d'un environnement de vie favorable à leur épanouissement. Il sera donc nécessaire de développer la promotion de la santé et notamment les compétences psycho sociales dans les programmes d'enseignement et de favoriser la mise en œuvre du Parcours Educatif de santé en y associant les familles, la communauté éducative et les professionnels de santé, les acteurs publics, et associatifs des champs de la prévention du périscolaire.

Une présence renforcée dans les périodes de transition, les moments de risques de rupture dans le parcours de vie du jeune. Une culture partagée entre les personnels de l'éducation nationale, et le secteur de santé afin de mieux interpréter les signes de fragilité, ou de souffrance, des interventions simples, précoces, coordonnées entre acteurs doivent permettre d'éviter de surmédicaliser ces situations qui peuvent avoir des origines diverses : questionnement identitaire, isolement, décrochage et difficultés scolaire, familiales, conduites à risques. Elles viseront aussi à désengorger certaines structures comme les centres médico psychologiques, les centres médico psycho pédagogiques ou les services hospitaliers de pédopsychiatrie, destinés à prendre en charges des situations plus complexes et plus aigües.

La santé de jeunes : levier de réduction des ISTS

Il faut agir sur les déterminants qui pèsent sur le jeune directement à travers son rapport à l'éducation, à l'insertion et indirectement par le biais de sa famille (niveau de revenu, nature du logement, ...) ainsi que sur le système d'accès aux droits et à la santé. Il est nécessaire de replacer le cadre de l'intervention pour la santé des jeunes dans une approche territorialisée (zones considérées comme socialement défavorisées, quartiers

politiques de la ville) et de privilégier une approche partant des publics prioritaires (jeunes en insertion, étudiants salariés, jeunes en situation de handicap..).

Dans ce cadre, une attention particulière est portée aux actions visant à favoriser le respect de la différence (y compris de la diversité sexuelle) et prévenir les attitudes, paroles et comportements discriminatoires et stigmatisants ainsi que leurs conséquences chez les jeunes.

L'adaptation de l'offre de soins aux spécificités de l'adolescence et du jeune adulte

La prise en charge des adolescents nécessite des compétences et organisations sanitaires spécifiques (service de pédiatrie avec des prises en charge globales répondant à l'ensemble des besoins au - delà du soin) Les coopérations doivent être développées entre pédiatres, psychologues, éducateurs, professionnels des soins primaires : médecins généralistes, médecins scolaires.

La transition adolescents/ adultes : la question du passage de témoins entre acteurs de la prise en charge

A 16 /18 ans, cette transition se fait difficilement s'agissant des soins somatiques et du SSR qu'il s'agisse des maladies chroniques, mais aussi du passage à la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte avec des risques de ruptures de parcours, de décompensations. Plusieurs propositions peuvent être développées dans la cadre du PRS2 : penser la transition en partenariat, organiser des consultations de transition, co-construire des parcours, un protocole de suivi partagé.

3. Objectifs formalisés

Intégrer les compétences psycho sociales dans les programmes d'éducation à la santé et à la citoyenneté, de prévention des conduites à risques.

.Assurer la disponibilité d'une offre d'accueil de premier recours dans tous les départements, via les Maisons des Adolescents, et d'un système de référence identifié pour les cas les plus complexes.

. Développer des alliances entre les acteurs de l'éducation et de la santé dans les trois académies permettant d'améliorer le repérage précoce des jeunes en situations de vulnérabilités et de les orienter vers une prise en charge adaptée (éducative, sociale, sanitaire..).

4. Principales stratégies d'intervention

AXE 1. AMELIORER L'ORGANISATION DES PARCOURS

1. Renforcer les dispositifs de repérage-précoce des jeunes en situation de vulnérabilité

La plupart des troubles psychiques se déclarent avant 14 ans .Il est donc essentiel de mieux interpréter les signes de fragilité ou de souffrance des jeunes et de favoriser le travail en réseau entre les acteurs de la santé scolaire, universitaire, de l'insertion et de la santé. C'est dans ce cadre qu'a été initiée en 2016/2017, la Mission bien-être et santé des jeunes, sur l'Académie de Versailles : une démarche de coopération et de plaidoyer entre acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs. Il est proposé de modéliser cette démarche d'association des acteurs du territoire au repérage précoce, à l'écoute, et à l'orientation des jeunes en situation de mal être, d'étendre les

bonnes pratiques identifiées au niveau régional dans les deux autres académies (Paris, Créteil) et de développer des projets territoriaux sur les trois Académies.

2. Faire des MDA des têtes de réseaux territoriales pour développer des projets adolescents

Les MDA ont vocation à animer et coordonner les acteurs de l'adolescence d'un territoire, à organiser la sensibilisation et les partages d'expertises, à développer une veille sur les problématiques de l'adolescence. Cela suppose de développer leur ancrage territorial, à la fois en continuant à étendre leur présence dans les territoires, via l'organisation de dispositifs avancés, et en renforçant leur partenariat avec les autres acteurs éducatifs et de santé (notamment la pédopsychiatrie et l'offre libérale, les Points accueil écoutes jeunes, la PJJ, l'ASE, les collectivités locales ... sur la promotion de la santé, la prévention du décrochage scolaire, l'accès aux soins. Le positionnement et le fonctionnement des Maisons des adolescents doit aussi devenir plus lisible aux jeunes et aux familles et aux acteurs des territoires.

3. Renforcer la mobilité des dispositifs en place par des actions «d'aller vers» des jeunes qui ne viennent pas facilement et spontanément vers les dispositifs de prévention, repérage, orientation soins : mise en place de consultations avancées de CJC (Consultations de jeunes consommateurs) en matière de prévention des addictions, développement d'antennes et de permanences dans les territoires mal couverts par les MDA, les Cegidd.- dans le cadre notamment de la stratégie nationale de santé sexuelle.

4. Développer et renforcer les parcours de soins et l'accompagnement des adolescents atteints de maladies chroniques fréquentes (Obésité, asthme) coordonnées par le médecin de premier recours dans le cadre des réseaux dans certains territoires. Des parcours de soins sont à développer pour les maladies spécifiques (type mucoviscidose) coordonnés par des équipes spécialisées.

AXE 2 AMELIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS ET LA QUALITE DES REPONSES

5. Consolider le partenariat d'étude avec l'ORS (mission observation de la santé des jeunes) pour réaliser un tableau de bord territorialisé de la santé des jeunes 12/25 ans couvrant les différents niveaux géographiques et partagé par les acteurs des politiques publiques.

6 .Expérimenter pour une période de trois ans un dispositif assurant l'accès gratuit à des consultations de psychologues cliniciens pour les adolescents et jeunes adultes (11/21 ans)

Cette mesure inscrite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2017 s'appliquera en Île de France sur 6 territoires dans deux départements : les Yvelines et le Val d'Oise. Elle fera l'objet d'une évaluation globale afin d'en mesurer l'efficacité dans une perspective de développement à une plus large échelle.

7. Développer les interventions vers les catégories de jeunes à fort besoin de soutien santé pour leur insertion sociale et professionnelle :

- Favoriser l'accès à la prévention et aux soins des jeunes en insertion accueillis en missions locales, en écoles de la deuxième chance, en foyer de jeune travailleur en partenariat avec l'Assurance Maladie (extension, appropriation du dispositif Parcours Santé Jeunes). Dans le cadre du PRS et de la stratégie nationale de santé sexuelle, il s'agira de continuer à développer des actions de promotion de la santé, de renforcer les liens en matière de repérage/orientation avec la médecine de ville, les centres de santé, les MDA, consultations jeunes consommateurs, Ceggid, CMP et de soutenir la mise en place de conseillers professionnels -référents santé en appui des professionnels de la Mission locale.

- Améliorer la santé des étudiants qui sont souvent de fait éloignés des services de santé et se trouvent dans une situation de rupture de prise en charge ou de renoncement aux soins pour des raisons financières. Nous mettrons l'accent sur des actions de promotion de la santé ciblée (santé sexuelle, santé mentale, addictions), sur la réduction des obstacles financiers aux soins, en particulier pour les spécialités à forte présence de secteur 2 : gynécologie, et sur l'amélioration du système de soins de première ligne en développant les partenariats entre les Services de santé Universitaires et les structures polyvalentes de proximité (Centre de santé).

8. Améliorer la réponse hospitalière au niveau des urgences et de la prise en charge des situations de crise des jeunes qui y sont souvent surreprésentés par rapport aux autres catégories de populations en tenant compte du tempo de la crise et en développant des solutions de l'aval : formation des équipes, réflexion sur les prises en charge d'aval.

AXE 4 : POUVOIR D'AGIR -PERMETTRE A CHAQUE FRANCILIEN D'ETRE ACTEUR DE SA SANTE

9. Développer la prévention par les pairs avec la définition d'un cadre et d'un protocole d'intervention au niveau territorial en s'appuyant sur les associations et structures existantes (ex dans les établissements scolaires :CESC, Conseils de vie collégiens et lycéens).

AXE 5 : LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES

11. Structurer une stratégie de coordination des politiques publiques visant à la mise en cohérence des interventions des acteurs concernant les jeunes les plus vulnérables socialement, notamment les jeunes majeurs non soutenus familialement, scolarisés ou déscolarisés, pour certains en grande précarité (avec des difficultés pour se nourrir, se loger) par une action concertée (Conseils départementaux, le conseil régional, l'ASE..). Il est également indispensable d'étendre la stratégie de bienveillance dans les relations adultes/ jeunes, dont les relations dans le cadre éducatif.

Santé et autonomie des personnes handicapées

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie / population concernée :

Les projections démographiques à horizon 2025 montrent un accroissement de la population de l'Île-de-France avec un sous équipement persistant de la région (**Taux d'équipement global de 4,15°/°° Île-de-France contre 5,16 °/°° France entière, avec un écart de 0,32 points sur le champ du handicap adulte et de 2,3 points pour l'enfance handicapée**). Par ailleurs, la région doit faire face plus que d'autres à un contexte socio démographique qui majore de fait les besoins (migration / forte inégalité sociale – territoriales / importance des familles monoparentales / durée des déplacements domicile travail).

Dans le champ du handicap, la stratégie quinquennale met en avant l'évolution des besoins exprimés par les personnes en situation de handicap et indique que la réponse sous forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes. La réponse aux besoins d'accompagnement va désormais se construire d'abord dans le cadre de dispositifs inclusifs. Elle va nécessiter également une transformation systémique des pratiques de tous les acteurs du handicap concernés par la Réponse accompagnée pour tous afin de transformer l'offre et de construire des solutions d'accompagnement avec les personnes et leur familles.

1.2 Principales problématiques de santé

Or des difficultés voire des déficits d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, tous âges et tous handicaps confondus, sont constatées particulièrement pour celles accueillies en établissements médico-sociaux. C'est le cas en particulier pour les soins de premier recours mais également pour les soins bucco-dentaires et les soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap.

Par ailleurs, quel que soit le type de handicap, les établissements sont confrontés à la question du vieillissement des personnes handicapées.. Chez les personnes handicapées, ces effets consistent en l'apparition d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap, d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge et d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie.

1.3 Principales professions concernées : état des lieux et projections

La campagne « Tableau de bord ANAP » menée en 2015 auprès de l'ensemble des établissements du champ du handicap a permis d'identifier plusieurs points de vigilance concernant les professionnels de ces établissements : un taux d'absentéisme de 8,9% qui est cependant plus élevé dans les établissements où la charge en soin est importante (polyhandicap notamment, 13%); un taux de turn-over important (20%) et des difficultés de recrutement avec un taux d'ETP vacant estimé à 3,4%. Le secteur est particulièrement concerné par des problématiques d'attractivité, de fidélisation des personnels et de qualité de vie au travail. Un manque de ressources médicales est souvent constaté, particulièrement concernant les psychiatres. Ce manque de ressources médicales est aggravé par le manque de professionnels de ville tels qu'orthophonistes et kinésithérapeutes. Le manque de formation au handicap des professionnels de ville est également un facteur aggravant.

La période du PRS 2 sera marquée par le virage inclusif des accompagnements. Celui-ci majorera le recours des personnes handicapées aux professionnels de ville. Ceux-ci devront être accessibles. Il sera nécessaire de définir une politique de formation régionale, pour accompagner les professionnels de ville et des établissements médico-sociaux à un meilleur travaillé ensemble.

2. Finalités de l'action sur la période du PRS 2

En s'appuyant sur une gouvernance partenariale renforcée avec les Conseils départementaux, les MDPH, la CPAM et l'Education nationale, la mise en œuvre de la politique souhaitée par l'Agence régionale de santé en faveur du handicap devra permettre de :

- 3.1.** Favoriser une vie en milieu ordinaire, par la mobilisation des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire. Dans ce cadre, l'Agence met en place une politique de développement de l'offre « hors les murs » et un dispositif d'emploi accompagné ;
- 3.2.** Favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, avec la création de 16 Pôles de Compétences et de Prestations Externalisée (PCPE), et l'adaptation de la gestion de cas au champ de l'autisme (8 dispositifs intégrés en cible) ;
- 3.3.** Tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes, de l'enfance à l'âge adulte, de l'âge adulte au vieillissement ;
- 3.4.** Améliorer le parcours de prévention et de soins des personnes handicapées.
- 3.5.** Organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence lorsqu'elles se présentent afin de prévenir ou gérer les ruptures de parcours.

3. Objectifs formalisés

Objectif 1 : faire en sorte que chaque personne handicapée puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins et à ses souhaits ;

Objectif 2 : réduire les inégalités territoriales de santé en répartissant les mesures nouvelles, en fonction des besoins de la population (indice global de besoin) et de l'offre existante (indice populationnel pondéré par l'indice global de besoin).

4. Principales stratégies d'intervention

Axe 1- Améliorer l'organisation des parcours sur le territoire

L'accompagnement des personnes en situation de handicap tout au long de leur vie constitue un enjeu fort impliquant l'ensemble des acteurs de la politique du handicap. Ainsi, l'accompagnement des situations individuelles critiques en lien avec les MDPH et l'accès aux soins des personnes en situation de handicap constitueront des axes majeurs du futur PRS. Elles s'inscrivent dans le cadre de la « Réponse accompagnée pour tous ». La notion de parcours se déclinera selon trois axes :

1.1- Garantir à chaque personne en situation de handicap un parcours de vie adapté.

- a. dépister et accompagner de manière précoce les jeunes en situation de handicap, notamment dans le champ de l'autisme ;
- b. permettre une scolarisation et une inclusion en milieu scolaire des enfants handicapés ;
- c. accompagner les adolescents et les jeunes adultes en situation de handicap lors des périodes de transition ;
- d. accompagner par des mesures adaptées le vieillissement des personnes handicapées ;
- e. favoriser l'insertion et la formation professionnelle des personnes en situation de handicap

1.2- Organiser la réponse territoriale en termes d'intégration et de coordination pour les parcours complexes et/sans solution

- a. contribuer à la mise en place du dispositif d'orientation permanent en portant le déploiement du système d'information des orientations (répertoire opérationnel des ressources médico-sociales couplé à l'outil ViaTrajectoire) ;
- b. déployer une réponse territorialisée de l'évolution de l'offre, avec le développement de partenariats institutionnels et la mise en place d'une Equipe Relais Handicap rare ;
- c. prévenir les ruptures de parcours à l'entrée et à la sortie de l'hôpital et déployer le dossier de liaison unique (DLU) dans tous les ESMS ;
- d. prévenir les ruptures de parcours à domicile.

1.3- Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

- a. Développer les soins de premier recours (soins somatiques, soins bucco-dentaires et prise en charge gynécologiques pour les femmes handicapées) ;
- b. Adapter l'accueil aux urgences ;
- c. Développer l'intervention de l'hospitalisation à domicile et des réseaux de soins palliatifs en établissements médico-sociaux.

Axe 2 -Améliorer la réponse aux besoins de la population

Quatre axes prioritaires d'amélioration sont d'ores et déjà identifiés:

2.1 Poursuivre la réduction des inégalités territoriales ;

- a. Identifier les besoins et prioriser les territoires ;
- b. Déployer un système d'information des orientations partagé par l'ensemble des acteurs de la démarche Réponse accompagnée pour tous dans tous les territoires ;
- c. Construire un outil d'aide à la planification et à la restructuration de l'offre.

2.2- Améliorer la réponse qualitative en termes d'accompagnement

- a. Identifier les priorités croisées pour tous les types de handicap, en améliorant notamment la lisibilité et la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social ; Le lien avec la psychiatrie sera particulièrement recherché notamment pour :
 - 1) Les personnes avec autisme en :
 - i. constituant un recours en termes de prise en charge de l'urgence et de la crise pour les personnes avec autisme ;
 - ii. développant une complémentarité avec les établissements médico-sociaux dans l'accompagnement des personnes avec autisme ;
 - iii. identifiant des opérations de fongibilité possible entre hôpitaux de jour psychiatriques pour enfants autistes et instituts médico-éducatifs.
 - 2) les personnes avec des troubles psychiques en :
 - i. identifiant les séjours inadaptés (supérieurs à 270 jours) ;
 - ii. soutenant financièrement le développement de l'habitat inclusif ;
 - iii. proposant des opérations de fongibilité permettant :
 - la création d'équipes mobiles ;
 - la création de SAMSAH ;
 - iv. positionnant l'hôpital comme recours pour les soins et en phase aigüe de crise, ou pour les réévaluations.
- b. Améliorer la prise en charge qualitative par type de déficience, notamment les troubles du spectre

autistique, le handicap psychique, le polyhandicap, le handicap rare, le handicap neurologique, les déficiences sensorielles et les troubles du comportement.

2.3- Accompagner la mutation du secteur médico-social en faveur de prises en charges plus souples, évolutives et davantage tournées vers le domicile

1. Tester de nouveaux modes d'accompagnement pour favoriser le maintien à domicile et notamment, les services, les équipes mobiles, les pôles de compétences et de prestation externalisée, les dispositifs intégrés adaptés au champ du handicap ;
2. Accompagner la réforme des autorisations des établissements médico-sociaux.

2.4-Améliorer l'efficacité des établissements médico-sociaux et la restructuration du secteur par la généralisation des CPOM.

Axe 3 -Favoriser un accès égal et précoce à l'innovation

Dans le champ du handicap, l'objectif est de :

3.1- Poursuivre le déploiement de la télémédecine (téléconsultations et télé-expertises) dans les établissements médico-sociaux, en accompagnant la pérennisation des projets en cours d'expérimentation dans le champ du handicap (autisme, polyhandicap), en promouvant la mise en place de nouveaux dispositifs sur des thématiques telles que la neuropédiatrie, les soins somatiques et d'autres spécialités médicales (dermatologie).

3.2- Développer des systèmes d'information au service de la coordination et des parcours, y compris des parcours complexes

3.3- Développer des modalités organisationnelles innovantes de prise en charge et du parcours de la personne en situation de handicap sur la base d'expérimentations menées et permettre ainsi le déploiement d'une nouvelle offre sur la base d'une modélisation (prise en charge des Prader Willi, par ex.)

Axe 4 -Rendre chaque francilien acteur de sa santé

L'objectif est de développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) auprès des personnes en situation de handicap sur des thématiques prioritaires :

4.1. L'accès aux soins bucco-dentaire, avec la formation et l'information à la santé buccodentaire des personnes handicapées, des aidants et des professionnels avec à terme, la formation d'un référent bucco-dentaire dans chaque ESMS en Île-de-France.

4.2-l'accès aux soins gynécologiques pour les femmes handicapées, grâce à l'intervention de sages-femmes en établissements médico-sociaux, pour assurer une formation des femmes handicapées à la prévention, à la sexualité, et assurer une mission de prévention auprès de cette population, notamment de violences faites aux femmes.

Axe 5 Mobiliser les politiques publiques au service de la santé

La mobilisation des politiques publiques en faveur du handicap se décline en deux objectifs :

5.1.- En lien avec l'objectif stratégique d'inclusion de la personne handicapée dans la cité, créer les conditions d'habitat, de logement, et d'hébergement, favorables à la santé des enfants et des adultes d'une part, compatibles avec toute situation de handicap d'autre part.

5.2- Poursuivre les actions de plaidoyer en faveur des personnes handicapées en lien avec la CRSA médico-sociale, et notamment systématiser les évaluations d'impact en santé pour les publics en perte d'autonomie dans les grandes opérations d'aménagement ou de construction.

Santé et autonomie des personnes âgées

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie / population concernée :

Les projections démographiques à 2030 montrent une croissance très importante des personnes âgées (+52 % pour les 75 ans et plus, et + 56 % pour les 85 ans et plus). En 2014, la région Île-de-France compte plus de 776 000 personnes âgées de 75 ans et plus et plus de 228 000 personnes âgées de 85 ans et plus. L'augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans ne sera pas homogène, la grande couronne étant plus marquée par cette évolution (+ 40% de 2010 à 2030 contre + 22 % à Paris).

Les personnes âgées dépendantes représentent près de 19 % de la population francilienne de plus de 75 ans. La majeure partie d'entre elles (59 %) vit au domicile et potentiellement un quart de ces personnes vit seul. L'association des aidants naturels est essentielle, sachant que la moitié d'entre eux ont le même âge que le conjoint aidé, et que leur implication a souvent des conséquences dramatiques sur leur propre état de santé.

Le nombre de personnes évaluées comme dépendantes augmenterait de 3000 personnes / an.

1.2 Principales problématiques de santé

En schématisant, la première maladie chronique apparaît souvent vers l'âge de 65 ans et l'âge de 75 ans à partir duquel se concentre les gains en espérance de vie, est souvent celui de la poly-pathologie, le risque de perte d'autonomie s'aggrave autour de 85 ans. Plus spécifiquement, 200 000 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies associées sont recensées (cf. la priorité thématique « maladies neurodégénératives »).

La population âgée se caractérise par une forte consommation de soins de ville et hospitaliers. La part des séjours en hospitalisation complète de patients de 75 et plus représente 19 % des séjours MCO versus 6 % de la population en Île-de-France et cette augmentation se concentre sur les 85 ans et plus (+11% en 3 ans). Avec comme caractéristiques une entrée plus fréquente par les urgences (près de 70 % des séjours hospitaliers de 85 ans et plus), des durées de séjours plus longue, et avec un recours plus fréquent à différentes facettes de l'offre hospitalière (SSR, HAD, Hôpital de jour).

Ce double défi démographique et épidémiologique oblige le système de santé à s'organiser en décloisonnant les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

1.3 Principales professions concernées : état des lieux et projections

La démographie de gériatres est fragile : il existe des difficultés de recrutement notamment en grande couronne, il en est de même pour les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Le déficit de médecins traitants a un impact direct sur la prise en charge des personnes âgées fragilisées.

Il est enfin nécessaire de travailler sur la démographie des professionnels de la gérontologie, afin de conforter les politiques publiques de la formation et de l'emploi dans ce secteur créateur d'emplois (sur la durée du PRS 1, plus de 3 300 équivalents temps plein (ETP) de personnels soignants ont été créés dans le secteur médico-social).

2. Sens de l'action à conduire

L'organisation du parcours de santé des personnes âgées doit s'appuyer sur une offre territorialisée et décloisonnée pour permettre aux usagers d'accéder à une réponse graduée, tenant compte des spécificités liées à l'âge.

Il est indispensable de fédérer les acteurs d'un même territoire autour d'une feuille de route commune, fruit d'une animation territoriale structurée, permettant de gagner en lisibilité d'action des différents professionnels et de prévenir les ruptures de parcours.

Le renforcement de l'accompagnement à domicile est une priorité au cours des années à venir, afin de retarder voire d'éviter l'entrée en établissement et de respecter le libre choix des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile.

Pour ce faire, il convient d'agir sur le développement de l'offre en soins pour le soutien de la vie à domicile, par des services d'aide et de soins ou par le recours à des accueils temporaires et de répit en établissement. Il faut aussi offrir des services spécialisés pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et leurs aidants et expérimenter des solutions innovantes d'accompagnement à domicile. Cela implique une évolution du rôle du secteur médico-social et notamment **des établissements qui sont une ressource majeure pour le territoire.**

Cela passe par une ouverture des établissements vers les solutions numériques, facilitant l'accès à des spécialités médicales, vers un réseau territorial de professionnels hospitaliers et libéraux et par des stratégies de regroupement, de restructuration pour une plus grande efficacité.

3. Objectifs formalisés

1/ Réduire les disparités d'offre gérontologique entre les départements afin de garantir un accès plus équitable de proximité pour l'ensemble des franciliens.

2/ Accroître la qualité des réponses médico-sociales liées à l'évolution des besoins des personnes âgées très dépendantes afin de limiter les hospitalisations évitables

- Augmentation de la proportion de résidents en EHPAD bénéficiant d'une continuité des soins la nuit
- Augmentation de la proportion de résidents en EHPAD bénéficiant d'une prise en charge dans le cadre d'une pharmacie à usage intérieur

3/ Diminuer la iatrogénie chez les personnes âgées :

- Iatrogénie médicamenteuse : diminution en EHPAD de la part des personnes de plus de 75 ans avec plus de 7 molécules dispensées
- Iatrogénie liée à l'hospitalisation : augmenter la part des interventions pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur dans des délais < à 48 h et développer les organisations pluridisciplinaires gériatrie/chirurgie.

4. Principales stratégies d'intervention

Axe 1 : AMELIORER L'ORGANISATION DES PARCOURS SUR LES TERRITOIRES

I- Fédérer les acteurs de la prise en charge des personnes âgées autour d'une feuille de route territoriale commune

L'animation territoriale est une clé de voute de l'organisation du parcours à l'exemple de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) qui facilite un travail de

formalisation et d'harmonisation des outils de communication et d'échanges d'informations médicales et sociales autour du patient.

Il convient de rendre plus cohérente et lisible l'action des acteurs et professionnels de la coordination et de l'intégration sur les territoires en regroupant leurs différentes missions pour aller vers une simplification de l'organisation, y compris au-delà des barrières d'âge ou des approches par pathologie.

Pour **les situations les plus complexes** qui mettent en échec les différents professionnels impliqués autour de la personne âgée et de leur entourage, des professionnels dédiés peuvent venir en appui.

II – Prendre en compte les spécificités liées à l'âge dans le parcours de soin

Le système de santé doit promouvoir une organisation capable d'inventer des circuits valorisant une approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelles.

- Améliorer l'accès à l'avis gériatrique en ambulatoire (hôpital de jour, consultations), et durant le séjour hospitalier au moyen de filières de soins gériatriques structurées
- Promouvoir des stratégies de repérage et de prise en charge des problématiques gériatriques, à l'entrée (notamment aux services d'urgence) et à la sortie de l'hôpital (assurer le lien avec la ville et le secteur médico-social via des outils de communication, de signalement et de suivi)
- Affirmer le principe de gradation des soins et favoriser les organisations «inter-filières» avec d'autres spécialités médicales notamment avec les filières cardiologie, oncologie, chirurgie, psychiatrie

Axe 2 : AMELIORER LA REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Il s'agit d'organiser une réponse territorialisée dans une logique de parcours, en développant une offre nouvelle sur les territoires les moins bien dotés et en faisant évoluer l'offre existante.

I - Poursuivre la réduction des inégalités territoriales

Il existe de grandes disparités de dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées entre les départements franciliens, dues à des équipements et des coûts historiques différents.

Afin d'améliorer l'équité d'accès à l'offre et réduire ces inégalités territoriales, **une méthode de priorisation des territoires** a été réalisée en intégrant les dynamiques démographiques et épidémiologiques confrontées à l'ensemble de la ressource assurance maladie mobilisée sur le parcours de santé (actes IDEL auprès des 75 ans et plus, EHPAD, accueils de jour, SSIAD, HAD, SSR gériatrique, USLD, court séjour gériatrique). Une fois ces territoires départementaux définis, les moyens nouveaux seront attribués à ceux apparaissant comme les plus prioritaires. En l'absence de mesures financières nouvelles, la stratégie devra se porter sur les effets des restructurations en cours ou à venir (par regroupement, extension, fusion) afin d'optimiser les ressources locales, en partenariat avec les institutions concernées.

II – Améliorer l'efficacité des établissements et services médico-sociaux / dispositifs sanitaires gériatriques

Le secteur médico-social doit intégrer les **nouvelles réformes** budgétaires et contractuelles (passage à l'EPRD et signature de CPOM) qui auront un effet restructurant.

Cette **logique d'efficacité du système** devra être renforcée en s'appuyant davantage sur la capacité de gestion et de pilotage des gestionnaires, avec par exemple la recherche de mutualisations des ressources et compétences entre établissements et services.

Par ailleurs, cela permettra aux établissements de proposer un service rendu de meilleure qualité, avec notamment l'accès à une pharmacie à usage intérieur et la possibilité d'attirer certains professionnels dans des secteurs d'activités en tension (médecins traitants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes).

III – Accompagner la mutation du secteur médico-social et sanitaire en faveur de prises en charges plus souples, évolutives et davantage tournées vers le domicile

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés :

- Tester de **nouveaux modes d'accompagnement** dans le secteur médico-social pour favoriser le maintien à domicile, tels que des accueils de jours itinérants, des plateformes d'accueils temporaires offrant du temps de répit aux aidants, et les EHPAD dits « hors les murs » offrant une palette de services intégrés au domicile.
- **Déployer les expérimentations** ayant fait leurs preuves par extension ou en ciblant des territoires prioritaires : le déploiement de la continuité des soins en EHPAD par une présence ou astreinte infirmière s'engage progressivement sur la région, les SSIAD dits « renforcés » permettent quant à eux à des personnes âgées très dépendantes de continuer à vivre chez elles.
- Dans le champ sanitaire, il convient de **repenser la place des USLD et du SSR** dans le parcours de soins en lien avec les établissements médico-sociaux, notamment en testant des unités de soins prolongés complexes pour les malades le plus lourds

Axe 3 : FAVORISER UN EGAL ACCES ET PRECOCE A L'INNOVATION

S'appuyer sur le partenariat avec le Gérontopôle d'Île-de-France, **Gérontif**, pour promouvoir la recherche, la recherche et l'évaluation en gérontologie.

S'appuyer sur les **gérontotechnologies** pour faciliter la vie à domicile des personnes dépendantes.

Axe 4 : RENDRE CHAQUE FRANCILIEN ACTEUR DE SA SANTE

S'appuyer sur les **patients et les aidants experts** à des fins pédagogiques, tant pour les usagers (partage d'expériences, groupes d'entraide, café des aidants) que pour les institutionnels (focus groupe....) ou pour la formation des professionnels de santé.

Soutenir les **actions en faveur des aidants**, via les plateformes d'accompagnement et de répit et des actions lancées conjointement avec la CNAV, en relai des leviers mobilisables auprès de la conférence des financeurs.

Renforcer le pouvoir d'agir individuel en sensibilisant sur la fin de vie et l'intérêt des **directives anticipées**.

Axe 5 : MOBILISER LES POLITIQUES PUBLIQUES AU SERVICE DE LA SANTE

Intégrer des **actions de prévention** tout au long du parcours de santé en s'appuyant sur un travail partenarial avec tous les acteurs institutionnels, via les Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Déployer une stratégie régionale, pour **accroître la lisibilité et l'accessibilité l'offre de prévention** de proximité. Les dimensions de l'habitat et des aides techniques devront faire l'objet d'une attention particulière s'appuyant sur la dynamique promue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Ces partenariats sont également structurés par des conventions cadres avec les acteurs de l'assurance retraite et de l'assurance maladie dans le cadre du Plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Age et de la convention avec le PRIF (Prévention Retraite Île-de-France).

Ils s'articulent notamment par l'échange et l'analyse conjointe de données, la diffusion de référentiels et la structuration d'une offre d'évaluation et de recherche.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Santé mentale

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie / population concernée

La politique de santé mentale en Île de France s'inscrit dans un continuum qui englobe la bonne santé mentale, la souffrance psychique aiguë ou durable, la maladie psychique, la maladie chronique, le handicap psychique. Elle concerne toute la population à des degrés divers et implique de nombreuses interfaces entre promotion de la santé et prévention / offre de soins / accompagnement. D'un côté, en termes de promotion de la santé, elle cherche à développer les attitudes, les conditions de vie et d'environnement individuels et collectifs favorables à la santé mentale. D'un autre côté, les prises en charge en termes de prévention, de dépistage, de suivi des parcours de soins visent à réduire l'impact des troubles psychiques et des troubles liés aux addictions tant pour les personnes touchées que pour la société.

Les politiques de santé mentale doivent prendre en compte les déterminants socio-économiques et environnementaux tels que la pauvreté, la discrimination, les faibles niveaux d'instruction et l'instabilité économique. En Île de France, l'importance de ces facteurs a été mise en évidence notamment autour :

- d'une grande diversité des situations de dégradations de l'habitat - qui augmentent le risque, entre autres, de problèmes psychiques - mais dont deux problématiques se distinguent par l'ampleur des besoins d'intervention qu'elles recouvrent : l'habitat indigne et les copropriétés dégradées ou vulnérables²⁰
- de la nécessité de renforcer la protection de la santé émotionnelle des familles monoparentales, notamment celle des enfants, confrontées à l'absence prolongée de domicile fixe²¹
- du phénomène d'exclusion générée par les troubles mentaux, un tiers des personnes sans abri souffrant de troubles psychiques graves²².
- des spécificités de la région telles que la part plus importante des migrants, la part plus importante des étudiants, la perception plus aiguë du psycho-traumatisme.

Pour le système de soins, les prises en charge pour maladies psychiques et les traitements par psychotropes représentent le premier poste de dépenses (22,5 Mds€) de l'assurance maladie et touchent 13% des personnes couvertes. En Île-de-France, le recours aux soins psychiatriques des établissements de santé concerne 360.000 personnes par an; le recours aux psychiatres libéraux concerne 316 000 personnes; 225 700 franciliens ont une reconnaissance ALD 23; enfin, la part des motifs psychiatriques dans le recours au médecin généraliste est mal documentée mais des enquêtes montrent que cela s'inscrit en tête de leurs préoccupations.

Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie des franciliens est sensiblement inférieur à la moyenne nationale (indice 0,79). Cependant, malgré la densité de professionnels, le taux de recours aux soins ambulatoires délivrés par les établissements atteint à peine la moyenne nationale.

Mais, avant tout, la situation régionale se caractérise par l'amplitude des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques, quelle qu'en soit la modalité. Ainsi, la comparaison des taux de recours des habitants des 8

²⁰ Diagnostic préalable à l'élaboration du schéma régional de l'habitat et de l'hébergement, Institut d'aménagement et d'urbanisme – IAU, 2015

²¹ Enquête Enfams, Observatoire du Samu social de Paris, 2014

²² Enquête Samenta, Observatoire du Samu Social, 2011

départements donne (pour une moyenne régionale =à 1) des indices allant :

- De 0,82 (77) à 1,16 (75) en hospitalisation temps plein,²³
- De 0,67 (93) à 1,65 (75) en hospitalisation temps partiel,
- De 0,44 (95) à 1,65 (75) pour les actes ambulatoires,
- De 0,62 (93) à 1,70 (75) pour les psychiatres libéraux.²⁴

Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires.

Concernant les structures médico-sociales adultes (MAS, FAM, SAMSAH) spécifiquement dédiées au handicap psychique, le nombre de places s'élève à 2376, représentant un taux d'équipement de 0,36 pour 1000 habitants de plus de 20 ans, soit environ 23% de l'offre médico-sociale pour personnes en situation de handicap. On note de fortes disparités entre départements, ceux de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne enregistrant un taux d'équipement très supérieur à la moyenne régionale. A l'inverse, les Hauts-de-Seine disposent de peu de places dédiées au handicap psychique. Certains départements sont par ailleurs très déficitaires en SAMSAH (Essonne, Hauts-de-Seine, Paris et Val-d'Oise)

Sur la période du nouveau schéma régional, les évolutions démographiques des territoires franciliens vont rester divergentes et risquent de creuser les écarts au détriment de ceux où les taux de recours sont déjà plus faibles.

Par ailleurs, la prévalence des troubles psychiatriques est importante chez les usagers de drogues et réciproquement. Les prévalences du VIH et du VHC sont également plus importantes dans les populations de patients présentant des troubles psychiatriques sévères qu'en population générale. Les troubles psychiatriques sont également associés au maintien de pratiques à risque chez les usagers de drogues.

1.2 Principales professions concernées : état des lieux et projections

En Île-de-France, l'offre de soins spécialisée est plus dense qu'en moyenne nationale : 4 925 psychiatres et pédopsychiatres y exercent fin 2015 (source RPPS) ; le nombre de psychologues était de 13 481 (source Adeli), celui des orthophonistes de 4 582. Cependant, la répartition de ces professionnels sur la région est fortement inégale : en 2015 la densité de psychiatres pour 100 000 habitants va de 99 (Paris) à 16 (Seine-et-Marne), la densité de psychologues va de 198 (Paris) à 76 (Seine-Saint-Denis).

La période 2018-2022 verra la décréue du nombre de psychiatres et en particulier de pédopsychiatres. Le défi de la réduction des inégalités infra régionales sera d'autant plus difficile à relever.

Par ailleurs, la Loi de modernisation de notre système de santé de 2016 inscrit les acteurs de la prévention, de l'éducation, du logement, de l'hébergement et de l'insertion dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

2. Sens de l'action à conduire

Quelques principes d'action aident à définir les objectifs prioritaires :

- **faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations**

²³ Source ATIH, indice standardisé 2015 de consommation des résidents de chaque département par rapport à la moyenne régionale, en journées (pour les séjours) ou en actes ambulatoires.

²⁴Pour les psychiatres libéraux, source ARS à partir des données assurance maladie, indice 2014 calculé à partir du taux de recours des résidents d'un territoire à un psychiatre libéral.

La petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire la proportion d'enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants.

Il s'agit, en premier lieu, d'agir en amont des difficultés en donnant une impulsion majeure aux programmes de développement des compétences psychosociales et de prévention précoce. Ces programmes sont composés d'actions intersectorielles favorisant les conditions psychosociales essentielles au développement psychologique, affectif, cognitif et social des jeunes enfants.

Pour les soins, la précocité des interventions vise à réduire les retards constatés au diagnostic ou à l'entrée dans le soin. Il trouvera une déclinaison spécifique dans le cadre du 4ème plan autisme.

En termes d'allocation de ressources pour l'offre de soins, il s'agira de prioriser la psychiatrie de l'enfant et des adolescents jeunes adultes.

Plus globalement, la facilité et la convivialité d'accès au soin psychiatrique doit être renforcée : organisations favorables à la réduction des délais d'attente, lisibilité et information sur l'offre, appui aux professionnels de premier recours, en particulier les médecins généralistes, mais aussi les travailleurs sociaux et éducateurs, les services publics départementaux et les services hospitaliers somatiques, en particulier maternités et pédiatries.

- **faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques (Axe 1)**

Cela implique par exemple de mieux organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. L'objectif est de définir pour chaque territoire de santé un schéma des urgences psychiatriques pour les adultes et les enfants lisible et évaluable : permanences des soins, appui au premier recours, dispositif de signalement et d'allers-retours, prévention des ruptures de soins et des ré hospitalisations, organisations favorables au consentement, re-contact des personnes après tentative de suicide.

Cela implique aussi de faciliter l'accès à des soins somatiques adaptés. Les malades psychiques chroniques ont une espérance de vie diminuée de 5 à 10 ans, selon les études, du fait de facteurs combinés : mauvaise observance, difficultés relationnelles, pauvreté, iatrogénie...La continuité du suivi somatique et psychique en ville et en établissement sera aussi la priorité pour la prise en charge des personnes avec trouble du comportement alimentaire.

Les efforts pour améliorer la prise en charge somatique en établissement de santé de ces personnes seront poursuivis. La priorité doit porter sur la continuité du suivi par un médecin traitant, sur l'accès aux campagnes de dépistage, sur la santé bucco-dentaire, sur la prise en charge des comorbidités addictives, et sur l'accès des personnes handicapées à des bilans périodiques et aux soins techniques.

- **agir pour des pratiques « orientées rétablissement » (Axes 1 et 4)**

Cela passe par des projets personnalisés et leur réévaluation régulière, par le soutien des méthodes de réhabilitation psychosociales et remédiation cognitive, par l'accompagnement de proximité associant professionnels de santé et travailleurs sociaux, le développement des programmes ETP en santé mentale, le développement des « consultations » famille et des groupes pro famille, l'inclusion par l'école et les loisirs pour les enfants.

- **Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation de ressources (Axe 2)**

Pour l'allocation des ressources en psychiatrie, les priorités ci-dessus définies seront prises en compte (précocité, ambulatoire, enfants et adolescents, innovation).

Pour la réduction des inégalités, des territoires de santé prioritaires ont été identifiés à partir des indicateurs d'offre et de recours aux soins (territoires 77, 93, 85), l'objectif étant de faire converger les taux de recours. La prise en compte de la précarité a été instaurée dans les dotations sur la base de l'IDH2 des aires de recrutement des établissements. Ces modulations seront poursuivies et amplifiées au cours du présent schéma, en tenant compte des évolutions démographiques différenciées ; elles devront aussi être prises en compte par les établissements au sein de leur zone

d'intervention. La convergence sera également soutenue en mobilisant les expertises disponibles dans les territoires ayant un écart positif à la moyenne au bénéfice des patients des territoires déficitaires.

- **mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain (Axe 3)**

Augmenter le nombre d'acteurs impliqués dans la recherche et la formation est le vecteur prioritaire ; ce qui a été impulsé avec les premiers dispositifs territoriaux de recherche et formation devra être poursuivi et déployé sur tous les champs : psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, du sujet âgé, dans le champ médical et paramédical, dans le domaine organisationnel ou technologique. De la même façon sera recherchée l'inclusion d'un plus grand nombre d'acteurs dans les collaborations psychiatrie / neurosciences, du fait de leur apport dans le diagnostic et les stratégies d'intervention (par exemple à travers l'imagerie, la génétique, ou certaines techniques interventionnelles).

La formation mais aussi la télémédecine sont des vecteurs pour développer les pratiques avancées, la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle.

En santé mentale, la santé numérique doit être placée au service de l'autonomie des personnes. La diffusion d'outils évalués et accessibles financièrement (applications, jeux, objets connectés) devra être soutenue par les DTRF et les centres experts.

- **soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes (Axes 4 et 5)**

Promouvoir le respect et les droits des personnes, et leur pouvoir d'agir passe d'abord par l'information des citoyens et des usagers ; le public jeune doit être la cible prioritaire des nouveaux développements, ainsi qu'une meilleure articulation entre l'information générale en ligne et l'information de proximité jusqu'à l'orientation vers le soin quand nécessaire.

En termes d'implication des usagers et des proches, plusieurs actions prioritaires doivent être amplifiées : poursuivre le déploiement des groupes d'entraide mutuelle, participer au deuxième programme national de médiateurs santé pairs.

En termes de droits et libertés, l'Île de France n'échappe pas à l'augmentation du recours aux soins sans consentement ; compte tenu, là aussi, des fortes disparités constatées, les bonnes pratiques doivent être diffusées pour contenir puis inverser cette tendance ; par ailleurs l'obligation de traçabilité du recours à la contention et/ou à l'isolement s'inscrit dans un objectif de limitation de ces pratiques, appuyé par les recommandations sur la prévention et gestion de situations de violence.

Pour la prise en compte de la santé mentale dans la cité, les conseils locaux de santé mentale resteront un outil privilégié ; les projets territoriaux de santé mentale seront un deuxième niveau de coordination, pour renforcer l'articulation des politiques publiques, avec l'Éducation, la Politique de la Ville, le logement, l'emploi, et la justice.

Il s'agit dans ces partenariats d'une part d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, et d'autre part de développer les dispositifs d'inclusion des personnes vivant avec un trouble psychique. Les accès à la culture ou à une activité physique adaptée sont illustratifs de ces deux versants.

3. Résultats attendus d'ici 5 ans

Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations

- mettre en place d'ici 2022 au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce et développement des compétences parentales sur chaque département
- renforcer les programmes de type expérientiel de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire pour enfants de 6 à 12 ans.
- augmenter le recours aux soins pour les 0-4 ans et leurs parents de 15%
- disposer d'ici 2022 d'au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres sur chaque département.

Faire du domicile le centre de gravité du parcours

- augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, établissements d'hébergement) de 15 %
- augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile
- réduire la part des hospitalisations prolongées (6 mois et +) de 10% (en journées)
- passer de 800 à 1200 places de logement accompagné recensées

Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques

- disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'une organisation de re contact après tentative de suicide
- disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'un schéma des urgences psychiatriques adultes
- disposer pour chaque territoire d'une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes, et pour l'évaluation des perdus de vue

Agir pour des pratiques « orientées rétablissement »

- organiser dans chaque territoire l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique, et disposer dans chaque territoire d'une plateforme compétente en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale
- organiser dans chaque territoire un dispositif de liens entre la pédopsychiatrie et la médecine scolaire

Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain

- généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale (3 DTRF actuellement)
- construire un registre des outils de santé numérique accessibles aux patients

Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes

- disposer de projets territoriaux de santé mentale pour toute la Région un an après la publication du PRS
- développer un réseau de formateurs sentinelle et intervention en crise suicidaire sur chaque département
- réduire la part des hospitalisations sans consentement de 6 points
- soutenir l'implantation et le développement des CLSM en passant de 58 CLSM actifs sur la région en 2017 à 116 CLSM en 2022
- augmenter le nombre de GEM troubles psychiques sur la région en passant de 48 à 80.
- Participer au deuxième programme de déploiement des médiateurs de santé pairs en santé mentale et à son évaluation

Maladies neuro-dégénératives et neurologiques

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie/Population concernée

En 2015, le nombre de personnes affectées par la maladie d'Alzheimer en France est estimé entre 850 000 (Etude PAQUID) et 1 000 000 de cas, les estimations d'incidence s'établissant à environ 200 000 à 250 000 nouveaux cas par an. En Île-de-France, on estime le nombre de malades à 151 000. La majorité des cas surviennent chez les personnes âgées, 70 % des personnes atteintes ayant plus de 75 ans et l'âge médian du diagnostic se situant autour de 85 ans. Moins de 2 % des cas (1 200) surviennent avant l'âge de 60 ans.

En Île-de-France aujourd'hui, ce sont 100 000 personnes qui ont été victimes d'un AVC, plus de 29 000 souffrent d'une maladie de Parkinson ou apparentée (MP) et plus de 15 000 d'une sclérose en plaque (SEP). Ces prévalences sont en augmentation, du vieillissement de la population. A titre d'exemple : le nombre de séjours à la phase aiguë d'un AVC (hors Accident ischémique transitoire ou AIT) ne cesse de croître: 17 877 en 2014 et 19 049 en 2016 (*annexe 1; fig 1*). 25 % des séjours concernaient en 2016 des patients âgés de 85 ans et plus ; cette valeur sera de 30 % en 2020.

Des inégalités de prise en charge persistent en fonction des territoires (le taux de séjours AVC en UNV varie de 43% à 74% selon les territoires), de l'âge (seulement 20 % des plus de 85 ans ont accès à l'UNV) et de la sévérité de l'AVC

1.2 Principales problématiques de santé

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative ainsi que d'autres maladies apparentées : la démence vasculaire, la maladie à corps de Lewy, la dégénérescence lobaire fronto-temporale, la démence associée à la maladie de Parkinson. Ces maladies ne relèvent pas de la même prise en charge ni du même traitement. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont des affections caractérisées par une détérioration progressive de multiples fonctions cognitives, suffisamment grave pour gêner la vie quotidienne de ceux qui en sont atteints. A ce titre, ces maladies ont un impact majeur sur la vie des patients, de leurs familles et de la société.

Les pathologies neurologiques peuvent avoir des parcours de santé différents, initialement hospitalier puis ambulatoire (AVC), ou essentiellement ambulatoire (MP, SEP).

Toutes les suspicions d'AVC, quel que soit l'âge, doivent pouvoir être évaluées en extrême urgence en Unité Neuro-Vasculaire (UNV). Entre 2014 et 2016, le nombre de séjours AVC avec passage en UNV a progressé de 18 %. Toutefois seulement 63 % des séjours ont lieu en UNV en 2016. Le nombre d'AVC va encore augmenter dans les années à venir, nécessitant d'augmenter les capacités des UNV et de fluidifier encore le parcours. Le développement de nouvelles technologies comme la thrombectomie des infarctus cérébraux pourra nécessiter des ajustements de la PDSSES. Le parcours de soins des maladies neurodégénératives doit être amélioré pour favoriser un diagnostic de qualité, éviter les situations d'errance et bénéficier de l'accompagnement adapté. En 2016 en IDF, seuls 40 % des patients atteints de MP et 20 % des patients atteints de SEP ont eu accès à une consultation neurologique (données SNIIR AM – IDF).

L'activité neurochirurgicale évolue sous une double contrainte : technicisation de plus en plus importante et vieillissement de la population avec une augmentation des pathologies rachidiennes dégénératives et cérébrales (comme la stimulation cérébrale fonctionnelle des mouvements anormaux) ; le développement vers l'ambulatoire

concerne la neurochirurgie fonctionnelle : prise en charge de la spasticité et de la douleur (neurotomie, pompes, stimulateurs médullaires).

Les neuroradiologues interventionnels sont de plus en plus sollicités pour réaliser des actes de désobstruction artérielle urgente dans les infarctus cérébraux. Etant donné le vieillissement de la population souffrant d'affections neurologiques et les progrès thérapeutiques, des parcours « neuro-gériatriques » sont à mettre en place ; à la phase aiguë des AVC entre UNV et service de gériatrie aiguë, et à la phase de rééducation dans les établissements disposant de SSR neurologique (et/ou locomoteur) et gériatrique avec mutualisation des compétences des professionnels et du plateau technique.

Dans le cadre du virage ambulatoire, le maintien au domicile de ces patients ayant de multiples déficiences nécessite de renforcer les liens ville hôpital, l'accès aux professionnels de la rééducation en libéral (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...) et l'offre en secteur médicosocial.

1.3 Principales professions concernées

La maladie d'Alzheimer nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels : médecin généraliste, médecin spécialiste (gériatre, neurologue, psychiatre), professionnels paramédicaux (infirmier, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, masseur-kinésithérapeute), psychologues, aide-soignant, accompagnant éducatif et social (regroupement des diplômés d'aide médico-psychologique et d'auxiliaire de vie sociale) et travailleurs sociaux. De nouvelles fonctions et compétences ont été créées avec une formation spécifique dans le cadre de l'accompagnement de ces malades : assistant de soins en gérontologie et gestionnaire de cas. L'Île-de-France doit déjà faire face à une pénurie de certains professionnels dans certains territoires mettant en difficulté la prise en charge de ces malades : médecins généralistes, médecins gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD, psychomotriciens, ergothérapeutes...

Pour les neurologues, la densité régionale est plus importante que la densité nationale (5.7 vs 4.1 pour 100 000 habitants) mais elle est très faible dans les départements de Seine et Marne, de l'Essonne et du Val d'Oise (*annexe 2*).

Pour les **neurochirurgiens**, la densité est de 0.9 vs 0.8/ 100 000 habitants en métropole avec une grande concentration des professionnels à Paris (68%), dans le Val-de-Marne (13%) et dans les Hauts de Seine (12%) où se situent les centres hospitaliers avec neurochirurgie. **Les neuroradiologues interventionnels** sont de plus en plus sollicités pour réaliser des thrombectomies. La coopération avec d'autres professionnels formés pour réaliser ces actes est à mettre en place.

L'accès aux **kinésithérapeutes et aux orthophonistes** est de plus en plus difficile, en particulier en libéral. La prise en charge réadaptative des patients neurologiques lourdement handicapés est complexe et longue. Les interventions auprès de ces patients sont conditionnées par la démographie des professionnels et par la valorisation des prises en charge libérales.

Le plan AVC a prévu la fonction d'**animateur de filières** AVC, dont la mission principale est la constitution, l'animation et la formalisation de la filière territoriale dans toutes ses composantes (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et professionnels libéraux). Les missions des 20 animateurs ont évolué et concernent actuellement les AVC, la MP et la SEP.

2. Sens de l'action à conduire

2.1/ Poursuite du déploiement de certains dispositifs dans les zones géographiques les moins bien pourvues

Plusieurs dispositifs sont encore insuffisamment déployés et la couverture du territoire francilien n'est pas satisfaisante, ce qui engendre des inégalités dans les parcours de soins. Il faut poursuivre leur déploiement notamment en ce qui concerne : les plateformes d'accompagnement et de répit, les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD, les unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD et en USLD et les unités cognitivo-comportementales (UCC) à l'hôpital.

2.2/ S'assurer du bon fonctionnement et de la bonne articulation des dispositifs entre eux au profit d'un parcours le plus fluide possible

Une évaluation de chaque dispositif devra être réalisée afin de mesurer l'atteinte des objectifs fixés et procéder à des ajustements si nécessaire. Par ailleurs, l'articulation de ces dispositifs entre eux, gage de la fluidité du parcours du malade, devra également être appréciée.

Le déploiement de la télémédecine, pourra jouer un rôle majeur dans les articulations. Le recours à l'expertise hospitalière associant les EHPAD et les médecins généralistes est une nécessité qui devra prioriser les zones peu dotées en établissements de santé et à faible densité médicale. Les actes concernés sont la téléconsultation ou la téléexpertise en psychogériatrie, douleur, soins palliatifs, et la télé expertise en dermatologie et cardiologie notamment.

Pour les 5 ans à venir, l'action s'inscrit dans la continuité du plan AVC en associant le plan maladies neurodégénératives, en particulier pour la MP et la SEP. La réflexion doit s'élargir au parcours des personnes ayant un handicap neurologique et permettre de **mutualiser un certain nombre d'actions** communes (par exemple le recensement des ressources de coordination, d'évaluation de soins et de prise en charge médico-sociale)

- **Améliorer le recours à l'expertise neurologique en IDF**, indispensable pour confirmer ou infirmer un diagnostic, pour suivre les traitements très spécifiques à ces pathologies et prendre en charge le handicap
 - en poursuivant les travaux pour tenter de réduire les inégalités territoriales en termes de démographie de neurologues (assistants spécialistes partagés et télémédecine)
 - en organisant l'accès aux médecins de médecine physique et réadaptation et aux gériatres formés à la prise en charge de ces pathologies,
 - en travaillant sur des protocoles de coopération entre professionnels (infirmières de coordination).
- **Améliorer le recours aux professionnels de rééducation (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) en travaillant**
 - sur la démographie de ces professionnels et sur la tarification de leurs actes
 - sur les transports sanitaires pour se rendre chez ces professionnels
- **Améliorer la qualité de vie** des personnes présentant un handicap neurologique et de leurs aidants
 - en identifiant les risques de rupture dans les parcours de soins
 - en adaptant les parcours de santé au sein de chaque territoire, en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs déjà présents en IdF :
 - télémédecine,
 - dispositifs de coordination (tels les réseaux SEP),

- dispositifs d'évaluation telles les EM-RR
 - dispositifs de soins (SSIAD, HAD, HADR),
 - structures d'accompagnement ou d'hébergement médicosocial (SAMSAH, SAVS, CLIC, MAIA, MAS, FAM, EHPAD)
- en expérimentant l'appui des psychologues au sein des SSIAD PH
 - en améliorant les pratiques professionnelles au sein des structures d'exercice collectif
 - en organisant des journées de formation sur le handicap neurologique au sein des territoires
 - en formant et en soutenant les aidants.
- Poursuivre les informations grand public de **prévention** et **développer l'éducation thérapeutique**
- **Développer des accueils temporaires et des hébergements pour patients cérébrolésés.**

3. Objectifs formalisés)

Objectif 1 : augmenter à 50% la proportion d'EHPAD franciliens ayant un PASA au terme du PRS 2

Objectif 2 : doubler le nombre de plateformes d'accompagnement et de répit sur la région

Objectif 3 : améliorer le recours à l'expertise, la coordination et la visibilité des parcours

Objectif 4 : réduire les inégalités de prise en charge des patients (territoires, sévérité, âge)

Objectif 5 : accompagner le virage ambulatoire : adapter les parcours de santé dans la proximité au sein des territoires

4. Principales stratégies d'intervention (6200 caractères espaces non compris)

Les différentes stratégies d'intervention s'intègrent dans les projets de transformations du SRS de la façon suivante

Axe 1. Améliorer l'organisation, la coordination, l'animation et la visibilité des parcours

Veiller à la bonne articulation des dispositifs dédiés aux malades Alzheimer sur les territoires, du diagnostic à la fin de vie, en s'appuyant sur la méthodologie d'intégration (MAIA) qui promeut non plus la coordination des acteurs mais leur intégration. Pour les situations complexes, des professionnels aguerris, les « gestionnaires de cas », interviennent directement auprès des malades.

Poursuivre la promotion et le financement les animateurs de filières neurologie.

Pour favoriser la bonne articulation entre les différentes étapes du parcours, il est nécessaire de poursuivre le financement des animateurs de filières AVC, en élargissant leurs missions à l'ensemble des parcours neurologiques et d'améliorer la visibilité de ces parcours pour le grand public et les professionnels et ce en lien avec le ROR, le centre ressource francilien des traumatisés crâniens (CFRTC) et CAP NEURO.

Indicateurs :

- Nombre de patients pris en charge au sein des différentes filières (SNIIR AM)
- Publication d'annuaires régionaux et territoriaux décrivant les différents parcours

Mettre en place un téléEEG régional pour réduire les inégalités de prise en charge des patients

La réduction des inégalités territoriale justifie de déployer la télémédecine pour l'ensemble des pathologies neurologiques, entre secteurs hospitalier, libéral et médicosocial. La mise en place d'un TéléEEG régional permettra d'analyser les électroencéphalogrammes (EEG) réalisés en particulier en service de néonatalogie et de réanimation. Indicateurs : nombre d'actes de télémédecine réalisées dans le cadre de téléEEG

Améliorer les prises en charge par les kinésithérapeutes et orthophonistes en expérimentant des modes de financement

L'accès aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes est de plus en plus difficile, en particulier en libéral. La prise en charge réadaptative des patients neurologiques lourdement handicapés est complexe et longue. Les interventions auprès de ces patients sont conditionnées par la démographie des professionnels et par la valorisation des prises en charge libérales. Il est donc nécessaire d'expérimenter des modes de financement permettant une prise en charge rapide au décours d'une aggravation neurologique ayant nécessité ou non une hospitalisation et ainsi éviter une rupture de soins

Indicateur : nombre de professionnels réalisant l'expérimentation

Expérimenter des consultations pluridisciplinaires d'évaluation des traumatismes crâniens légers (sur 2 à 3 sites)

Malgré la bénignité apparente du traumatisme initial, une proportion non négligeable de ces blessés (de 15 à 25% selon les études) présente une évolution défavorable, traduite par un syndrome post-commotionnel persistant avec des difficultés de retour au travail. A ce jour, il n'existe aucune filière organisée de prise en charge de ces patients.

Indicateur : nombre de patients évalués au sein d'une filière organisée

Renforcer les accueils de jours pour patients neurologiques jeunes

Pour accompagner le virage ambulatoire, il est nécessaire de renforcer l'offre en secteur médicosocial et en particulier les accueils de jour et hébergements en structures médicosociales.

Indicateur : nombre de patients ayant accès à ces accueils de jour

AXE 2 : Améliorer la réponse aux besoins de la population

- Favoriser la prévention en santé, tout public, visant à encourager des comportements limitant les facteurs de risques de la maladie comme le diabète, l'hypertension artérielle, ou l'hypercholestérolémie qui sont associés à une survenue plus fréquente de la maladie. Par ailleurs, une activité physique régulière, le régime alimentaire méditerranéen, un réseau social actif, une activité intellectuelle stimulante sont des facteurs de protection qu'il convient aussi d'encourager.
- Améliorer le repérage des troubles cognitifs auprès des professionnels en proximité des usagers comme les pharmaciens d'officine (formation par e-learning).
- Poursuivre le déploiement de certains dispositifs dédiés aux malades Alzheimer dans les zones géographiques les moins bien pourvues.

- Veiller au bon fonctionnement de ces dispositifs avec des professionnels formés qui travaillent en équipe pluridisciplinaire.
- Offrir une palette d'actions en direction des aidants non professionnels et des couples aidants/aidés grâce au déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit car seule une diversité d'offre est en mesure de répondre aux besoins des aidants à un moment donné de l'évolution de la maladie de leur proche.

Soutenir les postes d'assistants partagés pour les neurologues en direction de la grande couronne

Ceci est indispensable pour développer en grande couronne le repérage précoce, confirmer ou infirmer un diagnostic, en urgence ou non, débiter, reconduire ou non les traitements très spécifiques à certaines de ces pathologies neurologiques, poursuivre les interventions non pharmacologiques incluant les neurostimulations profondes, la prise en charge du handicap physique et cognitif.

Indicateurs

- nombre de postes d'assistants neurologiques partagés créés
- nombre d'assistants restant en grande couronne.

Créer 25 postes d'infirmiers de coordination (IDEC) en neurologie au sein des services de neurologie de la région pour améliorer les prises en charge non programmées des patients ayant une pathologie neurologique.

La mission principale de ces IDEC sera d'apporter une réponse rapide aux appels des patients, de leur entourage et des professionnels afin de diriger les patients vers les professionnels adaptés, dans les meilleurs délais et de réduire les passages inappropriés aux urgences

Indicateurs:

- pourcentage de patients avec maladie neurodégénérative ou un antécédent d'AVC ayant eu accès aux consultations de spécialistes (neurologues ...) *Base administrative SNIIR AM*
- évolution du nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations non programmées

AXE 3 : améliorer l'accès à l'innovation

Promouvoir , expérimenter les gérontechnologies : outils de géolocalisation, détecteurs de chutes, éclairage automatique au sol, animaux artificiels, robots pour aider les malades dans certaines tâches domestiques ou remédier à l'angoisse des malades, serious games...

AXE 5 : La santé dans toutes les politiques

Soutenir l'adaptation des logements individuels

Procéder à une évaluation du domicile par un ergothérapeute, aménagement du domicile, installation de gérontechnologies, aides techniques pour les malades.

Soutenir l'habitat inclusif pour les patients en situation de handicap neurologique

La mesure 19 du PMND vise l'amélioration de la réponse aux attentes et aux besoins d'accompagnement à domicile des personnes malades quel que soit leur âge et leur lieu de vie. Il nous faut donc diversifier les formes d'habitat adaptées aux besoins des personnes en situation d'handicap neurologique et/ou en perte d'autonomie.

Indicateur : nombre de personnes bénéficiant d'un habitat inclusif

Sensibiliser la médecine du travail au repérage des troubles cognitifs pour les personnes en activité professionnelle

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Cancers

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie / population concernée

Les marqueurs sont plutôt favorables dans la région avec une sous-mortalité par cancer de 10% chez les hommes par rapport à la France métropolitaine. La situation des franciliennes en revanche est équivalente à celle de l'ensemble des françaises²⁵.

En Île-de-France, 21 000 décès par cancer sont dénombrés chaque année, soit 29% du total des décès, un tiers des décès chez les hommes et un quart des décès chez les femmes. Ces décès surviennent avant 65 ans dans 31% des cas (mortalité prématurée)²⁶. Pour le seul régime général, 50 000 nouveaux cas de cancers sont pris en charge en ALD chaque année dont 48 % chez l'homme et le nombre total de patients pris en charge au cours d'une année est de près de 370 000²⁷. Une forte hétérogénéité entre les territoires et les populations est observée (Telle-Lamberton et al., 2016)²⁸.

Entre 2005 et 2012, les taux de mortalité diminuent pour toutes les localisations de cancer, à l'exception du cancer du poumon chez les femmes²⁹.

En ce qui concerne l'incidence, les taux nationaux³⁰ diminuent chez les hommes pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du larynx, du poumon, de la vessie et les cancers colorectaux, ils augmentent pour les cancers du foie, du pancréas, des testicules, du rein, du système nerveux central, de la thyroïde et les mélanomes. Chez les femmes, ils diminuent pour le cancer du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire, de l'estomac et pour le cancer colorectal, ils augmentent pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du foie, du pancréas, du larynx, du poumon, du corps de l'utérus, de la vessie, du rein, du système nerveux central, de la thyroïde et pour les mélanomes.

Les projections démographiques, prenant en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, à risque de cancer stable sur la période, suggèrent les évolutions suivantes à dix ans (estimations ORS) : augmentation respectivement de 15% du nombre de nouveaux cas de cancer annuels et de 21% du nombre de décès ; respectivement pour les cancers du poumon, colorectal et sein, augmentation d'incidence de 14%, 19%, 9% et augmentation du nombre de décès de 18%, 23%, 14%.

1.2 Principales problématiques de santé

Le nombre de malades augmente en lien avec le développement des thérapies, la durée de vie sous traitement et également le vieillissement de la population et le décalage de l'âge pour nombre de traitements.

Différents types de besoins se développent tels que l'évaluation globale et personnalisée des patients, la structuration du suivi des patients notamment sous traitements, l'accès à la cytogénétique et à la génétique

²⁵ Base de données Score-santé. Période 2011-2013

²⁶ Base de données Score-santé. Période 2011-2013

²⁷ Données CNAM-TS, transmission FNORS. Année 2014

²⁸ Telle-Lamberton M, Karusisi N, Saunal A. Cancers et inégalités territoriales en Île-de-France : analyses spatiales. Rapport & Enquête. Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), 2016.

²⁹ Base de données Score-santé. Années 2011-2013. On note également sur la période une augmentation du cancer du pancréas chez les femmes et du système nerveux central, non statistiquement significative, qui demanderait des analyses plus détaillées.

³⁰ Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. INVS. FRANCIM. 2013.

On ne dispose pas de données d'évolution de l'incidence des cancers en Île-de-France

moléculaire au diagnostic, pour évaluer le pronostic et réaliser le suivi. La pratique des dépistages est à renforcer notamment dans le cancer colorectal où l'impact attendu serait majeur. Malgré les évolutions récentes en matière de lutte contre le tabagisme et de soutien aux vaccinations, les stratégies de réduction des facteurs de risque doivent être renforcées. Ceci requiert une évolution des organisations, la mise en place de dispositifs de suivi et une évolution des métiers.

1.3 Principales professions concernées

Quatre spécialités médicales ont été analysées : les oncologues médicaux, les radiothérapeutes, les hématologues (spécialistes en hématologie et médecins compétents en maladies du sang) et les anatomo-cytopathologistes, étant précisé que d'autres spécialistes interviennent dans la prise en charge des pathologies cancéreuses, ainsi que des professionnels non médicaux.

Entre 2011 et 2016, les effectifs de praticiens en exercice ont augmenté dans les trois premières spécialités, et plus particulièrement en oncologie médicale et en hématologie, et sont restés quasiment stables en ACP. Cette progression s'explique notamment par l'apport de médecins à diplômes étrangers et par des départs plus tardifs à la retraite.

Cependant, malgré cette évolution favorable de la démographie des professionnels impliqués dans le traitement des cancers, des postes de PH demeurent vacants et certaines équipes franciliennes sont fragiles (effectif très restreint ne permettant pas d'assurer une continuité de service et une prise en charge de qualité). Les tensions concernent plus particulièrement certains territoires, le plus souvent en grande couronne, ou certains établissements.

Toutes les spécialités, hormis l'oncologie médicale, ont été marquées par une forte progression de la part des médecins de plus de 60 ans au cours de la période considérée, d'où des départs en retraite en nombre important attendus dans les années à venir.

A contrario, la filiarisation de ces spécialités à l'internat et l'augmentation du nombre de postes qui leurs sont affectés aux ECN depuis 2010, notamment en oncologie et, dans une moindre mesure en hématologie, devraient se traduire par l'arrivée d'un nombre important de nouveaux diplômés.

Pour l'ACP, l'augmentation des postes aux ECN n'ayant été que temporaire en raison des difficultés pour disposer d'un nombre suffisant de terrains de stage pour l'accueil des internes, son effet sera limité.

Des projections ont été réalisées sur la période 2017-2026.

Les résultats sont les suivants :

- pour l'oncologie médicale, des effectifs projetés en forte augmentation d'ici 2026 (+46%) et en progression un peu moins forte en l'absence d'arrivée de nouveaux médecins à diplômes étrangers (+22%)
- en radiothérapie, des effectifs également en augmentation, mais de façon moins soutenue (+19%) dans le scénario tendanciel, et une progression beaucoup plus modérée (+6%) en l'absence d'arrivée de nouveaux médecins à diplômes étrangers
- pour l'hématologie (spécialistes et médecins compétents en maladies du sang), une progression sensible des effectifs dans le scénario tendanciel (+19%), et moins soutenue (+8%) en l'absence d'arrivée de médecins à diplômes étrangers
- enfin, en ce qui concerne l'anatomo-cytopathologie, des effectifs médicaux en baisse de 12% entre 2016 et 2026 dans le scénario tendanciel, la baisse intervenant plus particulièrement sur la fin de la période.

Les perspectives d'évolution de la démographie médicale étant incertaines, il est difficile d'affirmer que les effectifs futurs de médecins seront en adéquation avec les besoins croissants de prise en charge de la population, d'où l'intérêt de promouvoir l'évolution des métiers (infirmières de pratique avancée) et le développement des coopérations entre professionnels de santé, le développement du recours aux innovations organisationnelles (télémédecine) et le regroupement des équipes.

En attente pédiatres, gériatres, MG, radiologues.

2. Sens de l'action à conduire

L'action s'inscrit dans la continuité de la politique développée depuis le premier plan cancer. Ces 15 années ont permis d'initier ou de renforcer des stratégies d'intervention qui demeurent d'actualité étant donné le contexte d'évolutions fortes de l'épidémiologie et de la prise en charge des cancers. Il s'agit donc de prendre en compte l'augmentation et l'évolution des besoins et de réduire les ruptures dans les parcours. Pour les 5 ans à venir :

- **Réduire les facteurs de risque de cancers, en premier lieu le tabac.** Les autres axes de prévention d'un cancer doivent également être renforcés (consommation à risque d'alcool, mauvais équilibre nutritionnel, vaccination contre l'hépatite B et le papilloma virus), améliorer le repérage, le dépistage et le traitement des personnes touchées par le VHC, prévenir le mélanome et les cancers de la peau, renforcer la coordination des politiques publiques pour réduire le risque de cancer lié aux expositions professionnelle et environnementale en articulation avec le PNRT et le PNRE
- **Guérir plus de malades** en améliorant l'accès aux dépistages, les délais et la prise en charge des dépistages positifs, en réduisant les risques de séquelles et de second cancer ; en poursuivant l'amélioration de la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ; en facilitant l'entrée dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique ; en prenant en compte tout au long du parcours les spécificités liées à l'âge, à la complexité médico-psychosociale, au choix du patient.

L'accès au diagnostic et aux soins sera facilitée par la mise en place des organisations dites en « circuit court », l'organisation des territoires sera poursuivie et proposera une articulation avec les activités de recours et garantira l'accès à l'innovation.

Face à l'arrivée sur le marché de nouvelles technologies de santé (médicaments, dispositifs médicaux et actes) efficaces et extrêmement coûteuses :

- Permettre un accès équitable à ces innovations tout en assurant la soutenabilité financière du système de santé.
 - De s'assurer de la qualité des soins et de leur organisation
 - De favoriser la pertinence des soins
- **Améliorer la vie pendant et après le cancer** et limiter le risque de second cancer et de rechute, en facilitant les prises en charge à domicile, les parcours, le lien ville-hôpital; en améliorant l'accès aux soins de support, l'activité physique adaptée, la démarche palliative, en encourageant la diminution des facteurs de risque ; en facilitant le maintien et la reprise de l'activité professionnelle, de l'éducation, de la formation.
 - **Réduire les inégalités de santé** en prenant en compte les inégalités sociales, en réduisant les écarts territoriaux, et en prévenant les inégalités produites par le système de soins. La réduction des écarts peut passer par la mobilisation de moyens nouveaux à travers notamment l'évolution des métiers en cancérologie (pratique avancée...) et des organisations.

3. Objectifs formalisés

1. Réduire les risques de cancer :
 - à 5 ans, Réduction de 10% de la part des fumeurs quotidiens
 - à 10 ans, moins de 20% de fumeurs quotidiens
 - en 2032, génération sans tabac (enfants nés en 2014)
2. Elargir les stratégies de remise de test dans le dépistage organisé du cancer colorectal pour atteindre un taux de participation supérieur à 45%. Déployer le dépistage du cancer du col de l'utérus pour atteindre une couverture de 90%. Mettre en œuvre les dépistages ciblés du cancer du sein chez les femmes à risque élevé.
3. Améliorer la réponse en ville et faire évoluer l'organisation hospitalière. (diminuer les venues inappropriées aux urgences, réduire le délai d'accès à l'imagerie)
4. Proposer une organisation de l'accès et du déploiement de l'expertise à l'échelle des territoires intégrant la multiplicité des organisations et dispositifs (augmenter le taux d'inclusion dans les essais cliniques, délai d'accès aux soins des personnes dépistées positives).
5. Améliorer la pertinence des prises en charge au regard de la complexité chirurgicale (augmenter le taux de réalisation des chirurgies complexes ovaire, œsophage, pancréas par les équipes rodées et dans le bon environnement) et de l'évolution des prises en charge du cancer (éviter les actes non nécessaires, exemple du cancer de la prostate).

4. Principales stratégies d'intervention

Des actions issues du cadre d'intervention régional dédié à la cancérologie s'intègrent, en fonction de la grille de lecture, à plusieurs projets de transformations du PRS.

Ci- après, une déclinaison permettant de citer un grand nombre d'actions en les situant par rapport aux axes de transformations du PRS. Une limite toutefois à cette approche. A titre d'exemple une même action pouvant être innovante (donc axe 3) et relever de l'amélioration du dépistage (projet 1.2 et 2.2). En outre, le choix a été fait de situer la question majeure des inégalités dès la conception de chaque action. C'est pourquoi, la lutte contre les inégalités se situe aussi bien dans l'appréhension des différentes thématiques que dans les modalités de mise en œuvre.

Les programmes d'actions déclinés dans cadre d'intervention du PRS dans le champ du cancer, s'intègrent dans les projets de transformation du SRS comme suit :

Axe 1 : Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

- **Développer le repérage précoce et favoriser la construction de parcours de santé individualisés : 19 actions**
 - Organiser pour toutes les femmes à partir de 25 ans l'accès au frottis cervico-utérin, en coordination avec l'assurance maladie, en élargissant la mobilisation des différentes professions habilitées à prélever le frottis. La structure de dépistage a pour mission de s'assurer de la prise en charge ultérieure de l'ensemble des femmes dépistées dans la région dans et hors dépistage organisé.
 - Mener à bien la régionalisation du dépistage organisé (actuellement sein, colo-rectal, col de l'utérus en renforçant les missions de relation avec la population, avec les professionnels de santé, le suivi des positifs et l'assurance qualité du dispositif

- Evaluer des stratégies complémentaires de remise de test dans le dépistage organisé du cancer colorectal.
- renforcer l'organisation des dépistages ciblés vers les personnes à risque élevé de cancer
- dépister et traiter HBC (parcours hépatite C).
- Engager les établissements au travers des CPOM à organiser le diagnostic en circuit court, à promouvoir l'évaluation des fragilités précocement et de façon itérative, orienter de façon adaptée les parcours tumeurs rares, les spécificités : + de 75 ans, AJA, complexité psychosociale.
- Mettre en place un dispositif de suivi des patients sous traitement dans tous les établissements autorisés à l'activité de chimiothérapie pour garantir la contribution des acteurs de la ville dans les parcours. Diminuer ainsi le taux de recours aux urgences. Renforcer l'accès aux soins de support en structurant les ressources hospitalières et en ville.
- Mettre en place dans les établissements autorisés en chimiothérapie, une RCP cancéro-palliative, une consultation de soins palliatifs au sein des soins de support.

Axe 2 : Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

- **Améliorer la connaissance des besoins et la qualité des réponses**
 - Suivre de façon régulière la consommation tabagique dans la région et par département et son évolution
- **Prioriser les moyens en fonction des besoins, notamment sur les territoires en sous-offre**
 - Itérer le moi(s) sans tabac, et renforcer la démarche partenariale dans la région.
Prioriser les actions de sortie du tabagisme sur les territoires à forte mortalité évitable à travers un renforcement des actions partenariales, et des dispositifs de soutien à l'abandon du tabac.
Soutenir et renforcer le sevrage tabagique notamment par l'incitation des professionnels de santé, dont les nouveaux prescripteurs à se former et à utiliser les outils d'aide au sevrage.
Renforcer l'action vers des territoires et publics prioritaires (jeunes, publics vulnérables, femmes enceintes, patients atteints d'un cancer, « publics en difficulté spécifique », publics à risque d'exposition cumulée (environnementale et/ ou professionnelle).
Renforcer la prise en charge des dépendances au tabac dans les établissements sanitaires (notamment par le renforcement des consultations de tabacologie, la formation des professionnels de santé au repérage, etc.), médico-sociaux (notamment par l'accès aux TSN, CO2 et développement de la formation des professionnels, etc) et sociaux, en lien avec les conduites addictives.
 - Diffuser les nouvelles recommandations INCa visant une réduction de la consommation d'alcool.
 - Renforcer la couverture vaccinale HPV. Mobilisation des professionnels en cohérence avec les orientations ministérielles à destination des médecins libéraux pour renforcer le taux de vaccination HBV, HPV
 - Déployer le repérage précoce et notamment par l'usage de la télédermatologie
 - Développer les prises en charge en hospitalisation à domicile ou les prestations à domicile
- **Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant la pertinence des soins et la sécurité :**
 - Renforcer la place de l'usager dans la décision thérapeutique (entrée dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique) et prendre en compte dans la décision thérapeutique tout au long du parcours des spécificités liées à l'âge, à la complexité médico-psychosociale, au choix du patient : lien gériatre oncologue, lien soins palliatifs oncologue sur le modèle des campagnes américaines et canadiennes « choosing wisely » (choisir avec soin),
 - Améliorer la qualité de prise en charge à domicile : développer les prises en charge en hospitalisation à

- domicile ou les prestations à domicile - accompagner la montée en charge des acteurs de ville pour une prise en charge de qualité plus en proximité du domicile
- Accompagner la qualité de la fin de vie par une anticipation de la démarche palliative
 - Renforcer la sécurité et la pertinence des traitements en cancérologie en sécurisant le parcours (conciliation médicamenteuse), améliorant l'observance et en anticipant les effets secondaires (information, formation, déclaration, surveillance, éducation thérapeutique) pour limiter la iatrogénie
- **Faire évoluer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins**
- Accompagner, restructurer les activités de soins dans le cadre du renouvellement des autorisations. Encourager les coopérations, les recompositions pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge, l'accès diagnostique et thérapeutique :
 - en chimiothérapie, l'objectif est d'aboutir à la constitution d'équipes d'oncologues et spécialistes d'organe qualifiés/compétents en cancérologie couvrant en expertise la cancérologie fréquente, portant les RCP spécialisées, et couvrant une file active suffisante pour développer la recherche clinique
 - en chirurgie des cancers, garantir le niveau d'expertise lié aux évolutions et la qualité de la prise en charge sans aggraver les ISTS. Veiller à l'adéquation entre la prise en charge et la qualité du plateau technique, l'environnement, la continuité des soins, la composition de l'équipe et le niveau d'activité pour les situations complexes et de recours. L'accès à la reconstruction et notamment la reconstruction immédiate doit être garanti.
 - en radiothérapie externe, engager les opérateurs non dotés pour un accès à la stéréotaxie.
- Axe 3 : Un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche**
- **Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge :**
- Développer les pratiques avancées et les services numériques au service du parcours.
 - Encourager l'innovation par le développement au plan territorial de la recherche clinique, le soutien aux projets innovants (plateforme génomique, anatomocytopathologie numérique).
- Axe 4 : Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire**
- **Mieux mobiliser l'information en santé grâce au maillage de proximité**
- Développer l'information et l'éducation à la santé pour empêcher ou retarder la première consommation de tabac par des méthodes validées pour renforcer les compétences psychosociales des jeunes et notamment des plus exposés (jeunes en formation professionnelle, etc.)
 - Multiplier les actions déployant les lieux sans tabac pour dénormaliser le fait de fumer
- Axe 5 : La santé dans toutes les politiques**
- **Structurer une stratégie de plaidoyer**
- Actions de plaidoyer visant la réduction des facteurs de risque de cancer vers le monde du travail, et la cité..
 - Renforcer l'implication des municipalités dans la lutte contre le tabac (inscription de la lutte contre le tabagisme dans les CLS, mobilisation des villes comme partenaires d'actions dans le cadre de moi(s) sans tabac, développement de lieux publics sans tabac.
- **Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante**

- En prévention primaire, à long terme, engager le maximum d'opérateurs dans le parcours éducatif en santé.
- En prévention tertiaire, orienter les patients vers une prise en charge adaptée pour diminuer les facteurs de risque de récurrence et de moindre efficacité des soins.

Dans le cadre du PRAPS, un renforcement des actions de dépistage et de réduction des risques est prévu notamment en direction des personnes hébergées.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Maladies chroniques cardiométaboliques

1. Etat des lieux

Les MCCM ont la particularité de présenter une interrelation forte. Elles recouvrent les cardiopathies ischémiques dont la complication majeure est l'insuffisance cardiaque chronique ainsi que trois des facteurs de risque (FDR) des cardiopathies ischémiques, le diabète, l'obésité et l'HTA, qui, au-delà d'être des facteurs de risque, sont également des affections chroniques à part entière nécessitant une prise en charge complexe de longue durée et pouvant évoluer elles-mêmes vers des complications graves.

L'insuffisance rénale chronique peut être également incluse dans les maladies cardiométaboliques chroniques en tant que complication notamment de la maladie diabétique et de la maladie hypertensive.

Il importe également de noter que les autres FDR des cardiopathies ischémiques sont l'âge, le sexe, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le stress et la sédentarité.

1.1 Epidémiologie

En Île-de-France, selon les données de l'assurance maladie, ce sont plus de 2 millions de personnes qui sont pris en charge (traitées, en ALD et/ou ayant été hospitalisées) pour au moins une maladie cardio-métabolique en 2015³¹ :

- 242 300 pour une cardiopathie ischémique, dont 30 % de femmes
- 96 600 pour insuffisance cardiaque, dont 50 % de femmes
- 547 800 pour diabète, dont 46 % de femmes
- 1 015 200 pour HTA, dont 60 % de femmes
- 8 400 pour insuffisance rénale chronique terminale traitée (avec 7 700 dialyses chroniques, 700 greffes), dont 39 % de femmes.

Ces chiffres sous-estiment la réalité puisqu'ils n'incluent pas, par nature, les pathologies silencieuses encore méconnues. Or, à titre d'exemple, l'HTA était non diagnostiquée et non traitée en 2006 chez 18% des adultes ayant participé à l'étude ENNS³². De même, on estime à environ 1% de la population adulte ayant un diabète méconnu³³ et à 10% la population ayant une dysfonction rénale méconnue.

Par ailleurs, en 2012, l'obésité concernait 14,5% de la population francilienne soit plus d'1,5 million de personnes dont un demi-million était en situation d'obésité sévère et 100 000 en obésité morbide.

Des inégalités territoriales majeures sont observées en termes de prévalence du diabète, qui se traduisent par exemple par une forte corrélation entre l>IDH2 et la prévalence approximée par les ALD³⁴ et celle de l'obésité. La prévalence du diabète est la plus élevée dans les départements de la Seine Saint-Denis, du Val d'Oise et de la Seine et Marne, celle de l'obésité est plus marquée dans les départements de la Seine Saint-Denis, l'Essonne, le Val de Marne et de Seine et Marne chez les jeunes de 17 ans en 2014³⁵.

³¹ <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-cardio-neurovasculaires-1ere-partie.php>

³² Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. Numéro thématique. Bull Epidemiol Hebdo 2008;(49-50):1- 16.

³³ Cogneau J, Balkau B, Weill A, Liard F, Simon D. Assessment of diabetes screening by general practitioners in France: the EPIDIA Study.: diabetes screening in France. Diabet Med, 2006, 23, pp.803-7. <https://pdfs.semanticscholar.org/bd98/3b95b4de345e0b8bde24d29d136aded3f677.pdf>

³⁴ BEH 2014 n°30-31 <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/30-31/assets/img/contents/Art1-Fig2.jpg>

³⁵ Escapad 2014

1.2 Principales problématiques de santé

Les MCCM constituent par l'augmentation régulière de leur prévalence et de leur incidence un enjeu majeur de santé publique. La prégnance de ces pathologies est la conséquence du vieillissement de la population et le fait que les MCCM sont souvent associées entre elles. Ainsi, les personnes atteintes de plusieurs MCCM sont polyopathologiques et l'approche « monopathologie » habituelle est peu adaptée dans ce cas.

Les MCCM sont en grande partie liées à des déterminants environnementaux et/ou sociaux, se traduisant également par des facteurs comportementaux. Aussi, vouloir diminuer la prévalence des MCCM suppose d'agir en premier lieu sur ces déterminants de santé. Il s'agit de mettre l'accent sur la prévention, notamment sur la promotion des environnements, contextes, et comportements favorables à la santé mais aussi sur le repérage et le dépistage précoce de ces pathologies qui pour certaines restent longtemps silencieuses et donc méconnues telles que l'HTA ou le diabète ou insuffisamment prises en compte par les professionnels de santé comme le surpoids, le tabagisme ou la sédentarité.

Enfin, les inégalités se construisent également dans les conditions de prise en charge : quand les MCCM sont déclarées, le parcours de soins s'inscrit dans la durée, fait appel à de nombreuses compétences professionnelles, ambulatoires et hospitalières et nécessite une coopération entre tous les acteurs et donc une organisation qui doit être simplifiée, accessible, proche du lieu de vie des patients. L'enjeu est donc de développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondée sur les bonnes pratiques, afin que chaque patient bénéficie du juste enchaînement, au bon endroit et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées aux soins ou à une autre prise en charge sociale et/ou médico-sociale. Il s'agit *in fine* :

- d'éviter les ruptures de prise en charge et les exacerbations,
- de mieux faire face aux épisodes aigus
- de retarder autant que possible l'évolution de la maladie,
- de préserver une qualité de vie.

L'évolution des organisations territoriales en cours et à venir en Île-de-France (le déploiement accru des structures d'exercice collectif, des dynamiques territoriales et des dispositifs d'appui à la coordination et le partage d'informations à travers des outils numériques, cf. l'axe 1) devraient contribuer à cette meilleure coordination des acteurs.

Enfin, l'appropriation par les personnes de leur parcours de soins/santé revêt une importance particulière, en raison de la complexité intrinsèque du parcours mais aussi parce que ces pathologies souvent associées à d'autres pathologies, suivent un gradient social défavorable, s'inscrivent dans la durée et peuvent avoir un retentissement conséquent sur la vie quotidienne, au plan fonctionnel et/ou social. Ainsi l'ETP et les autres dispositifs d'accompagnements de proximité humains ou dématérialisés prennent ici toute leur place.

1.3 Principales professions

Les principales professions concernées par les MCCM sont les médecins généralistes, les spécialistes (cardiologues pour les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque et l'HTA, endocrinologues pour le diabète et l'obésité et néphrologues pour l'insuffisance rénale chronique, gériatres) en ville et à l'hôpital, les infirmiers, les pharmaciens, les diététiciens, les kinésithérapeutes, les laboratoires.

En 2015, en Île-de-France on compte:

- 18 500 médecins généralistes (18% des effectifs nationaux),
- 1 600 cardiologues (24% des effectifs nationaux),
- 467 endocrinologues (26% des effectifs nationaux),
- 370 néphrologues (22% des effectifs nationaux),

- 470 gériatres spécialistes (27% des effectifs nationaux),
- 102 000 IDE (16% des effectifs nationaux),
- 2 091 diététiciens (20% des effectifs nationaux).

Pour les médecins généralistes, on note une stabilité des effectifs depuis 2011 et presque 10% des postes aux examens classants nationaux n'ont pas été pourvus en 2013, 2014 et 2015.

2. Sens de l'action à conduire

- **Passer d'une approche par pathologie à une approche décloisonnée des MCCM**
- **Réduire les facteurs de risque des MCCM** avec un accent mis sur l'alimentation / nutrition, la pratique de l'activité physique et le cadre de vie notamment professionnel et le tabagisme
- **Améliorer la capacité du système de santé et notamment celle des professionnels de soins primaires à repérer plus précocement les MCCM.** Quel que soit le professionnel concerné (infirmières, pharmaciens, médecins traitant, éducation nationale, médecine du travail, etc.), il importe que ce repérage conduise à une orientation, éventuellement accompagnée, et une prise en charge adaptée
- **Améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge des MCCM dans le cadre des soins de premier niveau** en améliorant le lien ville-hôpital, en promouvant des ETP polypathologie notamment dans les structures d'exercice collectif³⁶ et en prenant en compte les spécificités liées à l'âge, à la complexité sociale et psycho-sociale
- **Préserver ou améliorer la qualité de vie** en promouvant les dispositifs d'accompagnement de proximité, en promouvant l'activité physique chez les personnes atteintes de MCCM (Prescri'Forme), en facilitant la reprise et la poursuite de l'activité professionnelle
- **Prendre en compte le gradient social des MCCM et les zones fragiles en termes d'offre de prévention/soins/médico-social** en réalisant dans un premier temps des diagnostics territoriaux

3. Objectif formalisés

- Améliorer la couverture du repérage/dépistage des MCCM :
 - connaître le taux de personnes dépistées en CMUc et AME
 - augmenter le taux de patients dépistés avec une orientation effective chez le médecin traitant (10 % de coupons T retournés en 2017 sur les 35 % présentant une anomalie)
- Améliorer le lien ville-hôpital
 - augmenter le taux de consultations du MG dans les 14 jours du retour à domicile (RAD) après séjour MCO pour décompensation cardiaque (51% en 2015 en IdF)
 - diminuer le taux de ré hospitalisation avant 6 mois en partant d'un taux à T0 et mesurer la proportion de MG des 5 communes entrant dans le dispositif autour du CH de Gonesse (diabète)
- Eviter les ruptures de prise en charge :
 - diminuer le taux de ré hospitalisations dans les 6 mois du RAD après séjour MCO pour décompensation cardiaque (23,4% en 2015)

³⁶ Crozet C*, Boudraï-Mihoubi N, Alphonse M, Frété M, d'Ivernois JF. Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. décembre 2017 ; 9 ; 1 : 10107

- diminuer le taux de passages par les urgences en cas de ré hospitalisation pour insuffisance cardiaque (60% en 2015)

4. Principales stratégies d'intervention

AXE 1

- 1,1 **Faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales intégrées autour des parcours**
 - Réaliser 28 animations territoriales prévues d'ici 2020 via le CAQES³⁷ volet pertinence, en contractualisant avec 14 établissements de santé, répartis sur les 8 départements pour améliorer le parcours du ICC (lien ville-hôpital) (axe 2, axe 3)
 - Etendre les animations territoriales ICC aux MCCM (axe 2, axe 3)
 - Déployer l'expérimentation IDE de coordination ville-hôpital de Gonesse (selon résultat de l'évaluation)
 - Organiser la filière médicale Obésité
- 1,2 **Développer le repérage précoce et favoriser la construction de parcours de santé individualisés**
 - Etablir un diagnostic régional de prévention et dépistage des FDR des MCCM et un programme de déclinaison cohérent en milieu ambulatoire
 - Elargir le co-dépistage IRC-Diabète-Obésité au dépistage des maladies cardio-vasculaires tout en :
 - renforçant la participation des structures d'exercice collectif au co-dépistage
 - étendant le co-dépistage aux collectivités territoriales ainsi qu'aux populations démunies ou éloignées du système de santé (axe 2,2)
 - Diffuser la culture du repérage des MCCM à l'aide des questionnaires d'évaluation des risques disponibles (Findrisk, risque cardio vasculaire de la HAS...)
 - Poursuivre l'action diabète inter URPS (journée grand public, formation continue des PS, dépistage en officines pendant 1 mois sur des publics à risque)
- 1,4 **Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours, rapprocher les ressources et les acteurs de la santé au plus près du domicile**
 - Renforcer la participation des centres de santé au dépistage des rétinopathies diabétiques (OphDiat)
 - Développer la télésurveillance :
 - des patients diabétiques grâce à des objets connectés et des patients ICC (expérimentation sur la PTA ONCO 94)
 - du pied diabétique
 - pré et post opératoire des patients obèses (TEO)
 - des patients complexes traités par AVK
 - des patients ICC et des patients porteurs de prothèses rythmiques
- 1,5 **Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux aux parcours complexes (PTA)**
 - S'assurer de l'intégration des outils liés aux MCCM dans les PTA
- 1,6 **Expérimenter des modes de financement permettant d'éviter les ruptures induites par les modes de tarification**
 - Suivre les expérimentations de l'Assurance maladie :

³⁷ CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

- prise en charge de la consultation diététique et de psychologue pour la prévention des patients adultes à haut risque de diabète (expérimentation Seine Saint-Denis (93), Bas-Rhin et la Réunion) (axe 2,2)
- de prévention de l'obésité chez le jeune enfant de 3 à 8 ans (93, Hauts de France, La Réunion) (axe 2,6)
- Poursuivre les expérimentations de prises en charge des débuts de décompensation cardiaques (ICC) par les IDE libérales pour éviter l'hospitalisation
- Mettre en place des expérimentations de financement des IDEL pour l'ETP après formation au plus près du domicile du patient (structure d'exercice collectif, cabinet d'IDEL,...)
- 1,7 Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
 - Promouvoir des ETP poly pathologie notamment dans les structures d'exercice collectif (axe 4)
 - Déployer le parcours sport santé dans le cadre de la prescription d'activité physique aux patients en ALD, souffrant d'une obésité, d'une HTA (hors ALD) (Prescri'Forme) (axe 5)

AXE 2

- 2,2 Prioriser les moyens en fonction des besoins, notamment sur les zones en sous-offre et les établissements ressources pour leur territoire proche
 - Produire un diagnostic territorial sur les MCCM (épidémiologie, démographie des PS de premier recours) et cibler les départements prioritaires
- 2,3 Optimiser les prises en charge non programmées et la capacité de réponse du système de santé
 - Poursuivre l'expérimentation en cours d'une filière d'accès dédiée diabétologie à une consultation semi urgente ou hospitalisation au CH Gonesse
 - Déployer la consultation semi-urgente d'ICC au sein des ES
 - Impliquer les cardiologues libéraux dans les consultations non programmées des patients ICC en début de décompensation cardiaque
 - Poursuivre les expérimentations de prise en charge des débuts de décompensation cardiaque des ICC par des IDEL pour éviter l'hospitalisation
- 2,4 Faire progresser la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge notamment pour diminuer la iatrogénie
 - Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique
 - Expérimenter et déployer après évaluation la mise en place d'une conciliation médicamenteuse sur le CH Gonesse
 - Développer l'action de promotion du conseil pharmaceutique afin d'améliorer l'observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 (axe 1,7)
 - Promouvoir les consultations post hospitalisation d'optimisation et adaptation thérapeutique pour les MCCM
- 2,5 Faire évoluer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins
 - Promouvoir et organiser les filières d'aval au MCO (SSR,..) qui permettent d'optimiser les traitements de sortie et plus largement la prise en charge post aigu (ETP, activité physique,..) (axe 2,4)
 - Améliorer et faciliter l'accès aux services de rythmologie interventionnelle pour les patients insuffisants cardiaques
- 2,6 Mettre en œuvre un panier de service pour les jeunes enfants
 - Développer la prévention de l'obésité du jeune enfant en lien avec la PMI

AXE 3

- 3,2 Développer la recherche en santé sur les déterminants de santé et les organisations
 - S'assurer de l'intégration des MCCM dans la recherche en soins primaires
- 3,3 Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge
 - Développer les registres e-MUST, CARDIO-ARSIF et de rythmologie
- 3,4 Mettre en place une organisation régionale de promotion et d'accompagnement à la diffusion en santé dans les territoires
 - S'assurer de l'intégration des MCCM dans Terr-esanté
 - S'assurer de l'intégration des MCCM dans sante.fr

AXE 4 Rendre chaque francilien acteur de sa santé

- 4,1 Accroître le rôle des représentants des usagers et des patients experts
 - Développer la construction des programmes ETP avec les patients experts
 - Associer des patients experts ou des patients ressources dans les COPIL et les COREG et dans les projets d'actions de l'agence
- 4,3 Mieux mobiliser l'information en santé grâce au maillage de proximité
 - S'assurer de l'intégration des MCCM dans promosanté.fr
- 4,4 Faire de sante.fr un outil de référence

AXE 5 Mobiliser les politiques publiques au service de la santé

- 5,1 Structurer une stratégie de plaidoyer
 - S'assurer de l'intégration des MCCM dans la stratégie de plaidoyer
 - pour la promotion de la santé, la prévention (activité physique, nutrition et qualité de l'alimentation, notamment s'agissant des politiques impactant les publics vulnérables, ...)
- 5,5 Agir sur l'activité physique, la nutrition et la qualité de l'alimentation
 - Mettre en œuvre le plan régional sport santé dans son volet prescription d'activité physique adaptée sur ordonnance : dispositif Prescri'Forme (axes 1,6 et axe 4)
 - Réviser la fiche nutrition du guide du promoteur.

QUATRIEME PARTIE : ACTIVITES DE SOINS AUTORISEES ET PERMANENCE DES SOINS

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Introduction à la quatrième partie

Le SRS, établi pour 5 ans sur la base d'un diagnostic des besoins et de l'offre de santé, doit déterminer des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du cadre d'orientation stratégique (COS).

Le SRS est opposable pour ce qui les concerne aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. Etabli sur la base du droit positif actuel, il demeure le document de référence sur lequel vont se fonder les décisions structurant l'offre de soins à travers le maillage, la répartition et l'organisation des activités sur les territoires.

Aussi, si le SRS est un schéma unique construit dans une approche intégrée du système de santé, il doit déterminer des objectifs propres à chacune des activités de soins et à l'ensemble des équipements matériels lourds soumis à autorisation, listés aux articles R.6122-25 et R. 6122-26 du CSP. Le schéma doit traiter de la forme selon laquelle les activités sont exercées : pratiques thérapeutiques, modalités de prise en charge, hospitalisation complète, alternatives à l'hospitalisation, HAD. En outre, un volet spécifique du SRS concerne la PDSSES.

Dans cette partie, le SRS précise :

- les objectifs à la fois qualitatifs et quantitatifs et de l'offre de soins, présentés par thématique,
- les créations et suppressions d'activités de soins et EML attendues ainsi que les transformations, les regroupements et les coopérations envisagés.

Ces objectifs sont à décliner dans chaque zone de répartition des activités de soins et des EML. En Île-de-France, après consultation du Préfet de Région et de la CSOS, le Directeur général de l'Agence régionale de santé a conservé le département comme territoire opposable de référence pour la gestion des autorisations sanitaires (arrêté n°17-925 du 21 juin 2017).

Différents Copils thématiques, réunis régulièrement pendant la période d'élaboration du PRS 2, ont contribué aux travaux d'élaboration du schéma : partage du bilan du PRS1 et du diagnostic, estimation des besoins par activité, concertation sur les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de soins à déterminer par activité, par EML et par territoire opposable.

L'ARS Île-de-France maintient dans ce schéma les modalités de fixation des objectifs quantifiés (OQOS) retenues pour le PRS 1, à savoir la quantification des cibles :

- par un seul nombre pour les activités, modalités ou territoires concernés par une stabilisation de l'offre,
- par une fourchette (minimum/maximum) pour traduire des évolutions attendues ou prévisibles de l'offre.

La réglementation prévoit en outre pour la PDSSES la détermination des objectifs par zone de répartition des activités en nombre d'implantations par spécialité médicale et par mode d'organisation.

L'offre à partir de laquelle les implantations cibles sont fixées dans le SRS correspond à l'existant autorisé (qui intègre les opérations autorisées non mises en œuvre). Les OQOS restent à droit constant comptabilisés au niveau de l'entité géographique qui correspond au lieu de réalisation de l'activité de soins ou détention de l'EML et non de l'entité juridique, cette dernière pouvant couvrir plusieurs lieux géographiques.

Une révision du cadre juridique, aujourd'hui initiée au niveau national, doit aboutir à une réforme globale du régime des autorisations qui vise à davantage prendre en compte les nouveaux enjeux et les évolutions de l'organisation des soins : territorialisation de l'offre, amélioration des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge, introduction de l'innovation en santé et des enjeux d'évaluation. Une révision du périmètre des activités de soins soumises à autorisation et une refonte des décrets fixant les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantations réglementaires sont aujourd'hui programmées.

Une révision des SRS en région est ainsi annoncée dès 2020 pour permettre la prise en compte des évolutions réglementaires (nouveaux décrets relatifs aux activités traitées dans les deux premières vagues de la réforme 2018-2019: urgences, imagerie et imagerie interventionnelle, médecine nucléaire, oncologie, chirurgie, périnatalité et SSR).

Dans ce contexte de réforme engagée qui vise notamment à adapter le régime juridique des autorisations à l'évolution de la structuration de l'offre de soins territoriale à la faveur notamment d'organisations regroupées, l'article 51 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 instaure un cadre général qui permet des expérimentations relatives à l'organisation des soins.

Dans ce cadre, des dérogations au droit existant sont rendues possibles afin de développer le financement au parcours ou à la séquence de soins, inciter à la mise en place d'organisations innovantes, favoriser les modes d'exercice regroupé, lutter contre les déserts médicaux, améliorer la pertinence de la prise en charge et celle des prescriptions. L'article 51 prévoit ainsi qu'il soit dérogé dans ce but et en tant que de besoin, aux dispositions de l'article L.6122-3 du CSP, « afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ».

Sur la base de cet article, l'ARS se réserve ainsi la possibilité, en accord avec les acteurs concernés, de délivrer à titre dérogatoire des autorisations d'activités de soins à des groupes d'établissements, qu'ils soient publics ou privés, sur un même territoire. Ces autorisations dérogatoires seront conditionnées à une organisation territoriale des soins permettant de garantir sur l'ensemble des sites la sécurité et la qualité des soins.

Médecine

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Au 1^{er} janvier 2018, 210 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de médecine dans la région : 186 détiennent l'autorisation d'exercer cette activité en hospitalisation complète (HC) et 167 en hôpital de jour (HDJ). 41 structures autorisées en HC ne détiennent pas à ce jour d'autorisation pour exercer cette activité en ambulatoire. Par ailleurs, 77 sites sont autorisés exclusivement en HDJ.

Les caractéristiques démographiques à prendre en compte en priorité sont le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et une dynamique populationnelle forte en périphérie de la région.

L'activité globale francilienne pour 2016 représente 1 740 089 séjours :

1. 54% des séjours ont été effectués en hospitalisation complète, pour les 2/3 dans des établissements publics (AP-HP 1/3, et EPS 1/3). Le taux d'évolution 2014-2016 est de +3,7% et le taux d'occupation est de 75%, homogène entre public et privé.
2. 29% des séjours correspondent à une activité de médecine en hospitalisation de jour, hors endoscopies (41% des séjours à l'AP-HP, 24% dans les EPS, 27% dans les ESPIC et 15% dans le privé),
3. Les endoscopies représentent 17% de l'hospitalisation de jour (82% dans les établissements privés lucratifs, 8% dans les EPS, 6% à l'AP-HP et 4% dans les ESPIC).
Le taux d'évolution globale de l'hospitalisation de jour est de +6,7% entre 2014 et 2016 ; le taux d'occupation est de 73%.

L'offre est répartie selon un gradient de densité décroissant du centre vers la périphérie. Les établissements (publics et privés) suivent une politique de regroupement. Cette dynamique doit s'inscrire dans le cadre de la prise en compte du projet « Grand Paris ».

Quelques points d'attention sont à souligner : la vétusté de certains établissements, la nécessité de moderniser et restructurer les plateaux techniques et la dégradation de la démographie médicale dans les cinq années à venir dans certaines disciplines.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'offre régionale de médecine en hospitalisation complète est suffisante pour couvrir les besoins.

- **Pas d'implantation supplémentaire en hospitalisation complète** pour créer ex nihilo de nouvelles unités de médecine,
- **Ouverture de quelques implantations à destination d'établissements psychiatriques ne disposant pas de l'autorisation de médecine** et réalisant des prises en charge en addictologie (notamment avec comorbidités psychiatriques) et des prises en charges somatiques (en particulier, pour des patients présentant un handicap psychique ou une pathologie psychiatrique).

Les opérateurs concernés devront présenter un projet médico économique validé par l'ARS:

- proposant une réelle substitution,

- permettant d'une part un renforcement des filières territoriales d'addictologie et d'autre part une meilleure articulation entre prise en charge somatique et psychiatrique dans des établissements spécialisés.
Pour permettre cette conversion, une implantation supplémentaire est prévue en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour dans chacun des départements.

En médecine, l'enjeu est l'accompagnement des regroupements des activités dans le centre de la région et le maintien d'une offre sécurisée à la périphérie. Ces actions nécessitent une définition de l'offre de proximité attendue selon les territoires et une réflexion sur les concepts de proximité, recours et recours spécialisé.

- 1. Accompagnement des opérations de recomposition de l'offre (regroupements d'établissements)**
- 2. Ajustement sur des unités de taille adaptée à une prise en charge optimale**
- 3. Approche territoriale de l'organisation de la médecine**
- 4. Gradation de l'offre de soin et structuration des plateaux techniques**

Par ailleurs afin d'accompagner le virage ambulatoire, il convient de développer les capacités en hôpital de jour par substitution.

- 5. Amélioration de l'offre en hospitalisation à temps partiel**
- 6. Poursuite du développement de l'ambulatoire:** plus d'hospitalisation complète sans hospitalisation partielle
- 7. Travail sur le virage ambulatoire en médecine**

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS :

La création ex nihilo de nouvelles unités de médecine (HC) n'est pas justifiée sur l'ensemble du territoire régional. Des opérations de regroupements sont engagées ou envisagées afin notamment de permettre aux établissements d'atteindre le seuil critique et/ou d'optimiser leurs organisations. Certaines de ces restructurations pourront avoir un impact sur le nombre d'implantations de médecine (territoires de Seine et Marne, Essonne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis). Le virage ambulatoire doit concerner l'ensemble des territoires de la région. Des implantations sont ainsi prévues dans tous les départements pour permettre aux établissements détenant exclusivement une autorisation de médecine en hospitalisation complète de développer l'activité en ambulatoire.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Médecine en hospitalisation complète :

Médecine- Hospitalisation complète			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	41	41	42
77	15	15	16
78	24	23	24
91	23	22	24
92	31	30	32
93	17	16	18
94	21	21	22
95	15	15	16
TOTAL IDF	187	183	194

Médecine en hospitalisation de jour :

Médecine - Hospitalisation de jour			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	40	40	49
77	17	15	18
78	19	19	27
91	18	18	25
92	27	26	35
93	17	16	20
94	16	16	23
95	13	13	18
TOTAL IDF	167	163	215

Médecine – hospitalisation à domicile

Médecine - Hospitalisation à domicile			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	4	3	4
78	2	2	2
91	0	0	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	1
Total IDF	10	9	12

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Chirurgie

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

La chirurgie comprend 12 spécialités chirurgicales. A l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie qui font l'objet d'autorisations spécifiques, l'autorisation de chirurgie regroupe l'ensemble des 10 autres spécialités.

La chirurgie interagit fortement avec d'autres autorisations, soit en lien direct avec d'autres autorisations : chirurgie des cancers soumis à seuil ou non, chirurgie des greffes, soit de façon indirecte avec la périnatalité, la réanimation, les urgences, l'imagerie, l'endoscopie...

En Île-de-France, l'offre de soins a beaucoup évolué depuis 15 ans, le nombre d'implantation de chirurgie ayant fortement diminué, passé de 256 en 2000 à 155 en 2017. La chirurgie représente environ 1 M de séjours, sur les 3,2 M de séjours MCO. L'activité connaît une croissance d'environ 1% par an dans un contexte de concentration de l'offre très régulière. Cette croissance se fait globalement dans toutes les spécialités.

Il est à noter que la croissance concerne davantage les établissements ayant déjà une activité supérieure à la moyenne régionale. A contrario les établissements ayant les niveaux d'activité les moins importants font face à une décroissance de leur activité.

L'évolution en termes d'activité est également liée aux équipes, au plateau technique, aux équipements disponibles, ou encore aux organisations mises en place (ambulatoire, RAC³⁸...) ...

La répartition territoriale de l'offre en chirurgie est inégale. L'offre de soins est concentrée en majorité sur Paris et en petite Couronne. Plus de 40% de la population francilienne résidant en grande couronne, le maintien d'une offre de qualité prenant en compte la proximité reste l'enjeu majeur de ce volet pour les prochaines années.

Ces 15 dernières années, la chirurgie ambulatoire a connu un développement très soutenu et demeure un objectif national. Elle est passée au-dessus des 50% en 2013 et poursuit une croissance avec un objectif d'atteindre 67% en 2020.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

8. Renforcer une offre de chirurgie de qualité, graduée et sécurisée en fonction des besoins

Depuis une quinzaine d'année, on constate une réduction du nombre de plateaux techniques obstétricaux et chirurgicaux. Le maintien de l'offre chirurgicale notamment dans les sites éloignés doit se faire dans une organisation territoriale. Il s'agit de proposer par spécialités chirurgicales une offre en réseau, multi sites, en lien avec un volume d'activité global, et de s'assurer d'une répartition de l'offre graduée, tenant compte de la technicité des plateaux techniques adaptées aux prises en charge, de la démographie professionnelle, de la population.

La gradation de l'offre peut se faire selon les territoires en offre de chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire, ou en ambulatoire seul. En cas de non maintien d'une activité chirurgicale, il peut être mis en place des consultations avancées permettant d'avoir un avis chirurgical de proximité.

9. Disposer d'équipes médicales suffisantes par spécialités

³⁸ Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

En lien avec le premier objectif, l'organisation proposée doit pouvoir être assurée par des équipes suffisamment étoffées pour assurer l'activité, la PDSES, la formation, l'attractivité. Pour ce faire, la mutualisation des équipes par spécialités au sein des territoires doit permettre de renforcer les effectifs et assurer l'ensemble de l'activité dans chacune des spécialités.

10. Favoriser l'évolution des équipements et plateaux techniques

Le renforcement des équipements ne peut se faire sans tenir compte de l'offre de soins sur un même territoire afin d'éviter d'investir ou de maintenir de manière simultanée et redondante dans des infrastructures, des équipements ou des équipes médicales. Les investissements d'avenir doivent être coordonnés et conditionnés à une logique d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé, en suscitant que les équipes de secteurs différents d'un même territoire unissent leurs forces et leurs moyens autour de plateaux techniques existants et partagés.

En lien avec la gradation des soins et les équipes mutualisées, il convient de favoriser l'évolution différenciée selon les sites des plateaux techniques (blocs opératoires et salles adossées) vers des équipements à plus ou moins forte valeur ajoutée après évaluation des spécificités de chaque territoire dans le contexte du maillage territorial.

11. Favoriser un accès égal aux innovations technologiques et organisationnelles

- Il s'agit, en particulier, d'accompagner le déploiement des nouvelles pratiques telles que la RAC ou d'axes prioritaires tels que la chirurgie ambulatoire.
- Évaluer les innovations techniques ou thérapeutiques une fois déployée à l'échelle régionale. Pour ce faire, une mesure d'indicateur peut être menée en routine pour des gestes ciblés au travers de la mise en place d'un registre. L'émergence de la robotisation dans certaines spécialités chirurgicales peut concourir à la logique de regroupement.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

La région ne présente pas de besoin de création ex nihilo d'activité de chirurgie au sein d'établissements n'exerçant pas cette activité.

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit être poursuivi, et ce également dans des structures dédiées en lien avec des opérations de regroupement ou de restructuration d'établissements de santé.

Dans le contexte de la gradation de l'offre de soins et de l'évolution des plateaux techniques, il convient de poursuivre les opérations de regroupement ou de restructuration d'établissements de santé.

- PARIS : des réorganisations peuvent conduire à la fermeture de certains sites chirurgicaux ou à leur évolution vers des sites autonomes de chirurgie ambulatoire, dans un contexte soit d'activité fragile, soit de transfert d'activité.
- SEINE ET MARNE: des réorganisations doivent conduire à des regroupements de sites chirurgicaux et à des collaborations entre établissements afin de préserver l'accessibilité géographique aux soins en particulier pour les sites les plus excentrés.
- YVELINES : des réorganisations doivent conduire à des regroupements de sites chirurgicaux et à des collaborations entre établissements afin de préserver l'accessibilité géographique aux soins en

particulier pour les sites les plus excentrés, notamment en lien avec les difficultés de démographie médicale.

- **ESSONNE** : il est souhaitable que les sites chirurgicaux les plus fragiles se réorganisent pour assurer l'accessibilité aux soins de proximité particulièrement pour les sites les plus excentrés.
- **HAUTS DE SEINE** : des réorganisations peuvent conduire à la fermeture de certains sites chirurgicaux ou à leur évolution vers des sites autonomes de chirurgie ambulatoire.
- **SEINE SAINT DENIS** : il est souhaitable que les sites chirurgicaux fragiles en raison de la démographie médicale se réorganisent pour assurer l'accessibilité aux soins de proximité.
- **VAL DE MARNE** : des réorganisations peuvent conduire à des regroupements de sites chirurgicaux ou à des collaborations entre établissements afin de préserver l'accessibilité géographique aux soins.
- **VAL D'OISE** : des réorganisations peuvent conduire à la fermeture de certains sites chirurgicaux ou à leur évolution vers des sites autonomes de chirurgie ambulatoire.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Chirurgie en hospitalisation complète :

Chirurgie - Hospitalisation complète			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	41	38	41
77	15	12	14
78	15	13	14
91	13	11	13
92	22	20	22
93	16	16	16
94	16	14	16
95	11	10	11
Total IDF	149	134	147

Chirurgie ambulatoire :

Chirurgie - Hospitalisation de jour			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	45	41	44
77	15	12	14
78	15	14	14
91	14	13	14
92	21	19	21
93	16	16	16
94	16	14	16
95	12	12	12
Total IDF	154	141	151

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Périnatalité

L'OFFRE DE SOINS EN PERINATALITE

L'offre de soins de périnatalité soumise à autorisation concerne les activités de soins suivantes :

- **Gynécologie -obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale (maternités de types I, II et III)**
- **Assistance Médicale à la Procréation (AMP)**
- **Diagnostic prénatal (DPN)**

Ces activités de soins sont régies par le code de la santé publique et par les lois de Bioéthique.

La pratique de l'orthogénie réalisée en établissement de santé relève d'une reconnaissance contractuelle qui figure dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM).

Activité de Gynécologie - obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

La gynécologie-obstétrique est une discipline mixte, médicale et chirurgicale :

1. L'obstétrique désigne toutes les interventions en rapport avec la grossesse, qu'il s'agisse de la femme enceinte ou de son fœtus,
2. La gynécologie s'intéresse à la femme, quel que soit son âge, et aux maladies touchant l'appareil génital féminin : vulve, vagin, utérus, trompes et ovaires.

Dans un bloc obstétrical sont régulièrement requis en même temps 4 professionnels différents : la sage-femme, le gynécologue- obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre ce qui demande une bonne coordination de cette équipe.

Des situations obstétricales chirurgicales complexes, comme en cas de traitement chirurgical d'une hémorragie du post-partum, peuvent nécessiter l'aide d'une compétence en chirurgie viscérale et il est important de pouvoir disposer sur un même plateau technique de ce type de compétence, sans oublier le recours si nécessaire à la réanimation.

La réglementation a modifié le périmètre de l'exercice de la profession de sages-femmes. La planification de l'offre des soins en gynécologie -obstétrique notamment en ambulatoire s'appuiera sur ces évolutions.

L'offre de soins pour les établissements dotés d'une unité d'obstétrique avec ou sans unité de néonatalogie est régie par les décrets d'octobre 1998 qui posent le principe d'une organisation hiérarchisée selon les niveaux de soins en néonatalogie, sans tenir compte des pathologies maternelles. Ces unités de néonatalogie prennent en charge des nouveaux-nés hospitalisés à partir de la maternité et ou entrés avant 29 jours de vie.

- Une maternité de type I dispose d'une unité d'obstétrique.
- Une maternité de type II dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Une distinction est faite entre le type IIA (maternité disposant d'une unité de néonatalogie simple) et le type IIB (maternité qui dispose, en plus dans son unité de néonatalogie, de lits de soins intensifs).
- Une maternité de type III comprend une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie avec des lits de néonatalogie, des lits de soins intensifs et une unité de réanimation néonatale.

Une organisation en réseau entre les différentes maternités d'un même territoire est prévue par les textes réglementaires. L'Île-de France compte 7 réseaux de périnatalité qui couvrent l'ensemble de la région sans compter le REHVO (réseau ville hôpital pour l'orthogénie), le RPSOF (Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien), SOLIPAM (réseau Solidarité Paris Maman) et le DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires).

Les trois principaux défis à relever pour l'exercice de ce PRS2 sont :

- Faire baisser la mortalité maternelle en raison d'une surmortalité maternelle qui persiste en Île-de-France: taux de mortalité maternelle de 12/ 100.000 naissances en Île-de-France versus 8,3 pour le reste de la métropole³⁹ ;
- Faire baisser la mortalité infantile et néonatale qui est supérieure dans la région à celle de France métropolitaine :
 - Mortalité infantile : 3,8/1000 naissances vivantes en Île-de-France versus 3,5/1000 en France⁴⁰,
 - Mortalité néonatale : 2,7 /1000 naissances vivantes en Île-de-France versus 2,4 /1000 en France;
- Modifier les pratiques de l'accouchement et l'organisation des blocs de naissances afin de mieux accompagner la prise en charge de l'accouchement physiologique et / ou naturel.

Constats et bilan du PRS 1: En Île-de-France, l'offre de soins a beaucoup évolué depuis 15 ans, et plus particulièrement depuis 2012 : le nombre de maternités a diminué de 12 % depuis la parution du PRS 1, passant de 92 implantations à 81 (données au 1^{er} janvier 2018) :

Type de maternité tout statut	Autorisations 2018	Evolution 2012-2017
Type I	22	-10
Type IIA	26	-1
Type IIB	18	=
Type III	15	=

Pendant cette période, un Centre Périnatal de Proximité (CPP) a été mis en place dans le département de l'Essonne.

En termes d'activité, le volume des accouchements réalisé sur la région Île-de- France est en baisse depuis deux années consécutives (178 167 accouchements enregistrés en 2016 versus 182 830 en 2014). L'année 2017 s'annonce aussi à la baisse et les projections réalisées jusqu'en 2022 vont globalement dans ce sens.

³⁹ Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) de 2010 -2012

⁴⁰ Insee exploitation Perinat ARS-ID moyenne sur 3 ans (2013,2014, 2015)

Cette évolution de l'offre (fermetures de sites et regroupements) a essentiellement concerné les établissements privés lucratifs qui ont vu leur activité fortement diminuer, principalement dans les maternités de types I et II A. Le report de l'activité a eu lieu en majeure partie sur des maternités de type II B et de type III ayant déjà un volume d'activité au-delà de 2800 accouchements.

En 2015, pour 182 109 accouchements enregistrés en IDF, 17 % des accouchements ont eu lieu en type I, 28 % en type II A, 23 % en type IIB et 32 % en type III. Face à ce constat, l'ARS a été amenée à renforcer la permanence des soins dans les maternités de type III réalisant plus de 4000 accouchements et à demander dans le cadre des CPOM une organisation des inscriptions permettant de contenir le volume d'activité autour de 5000 accouchements pour ces maternités de type III.

En Île-de-France, la répartition territoriale de l'offre en gynécologie-obstétrique est inégale. L'offre de soins est concentrée en majorité sur Paris et en petite Couronne. Le maintien d'une offre de qualité prenant en compte la proximité reste un enjeu majeur pour les prochaines années. L'Agence entend poursuivre ses efforts notamment pour maintenir une offre de périnatalité en grande couronne et aux marches de la région.

La capacité totale en lits de néonatalogie (NN, SI, REA) est suffisante sur la région. Cependant, à périmètre constant, de nouvelles répartitions doivent avoir lieu entre les différentes unités de néonatalogie des établissements, au sein du territoire et entre les territoires en fonction de la gradation de l'offre et des taux de fuite corrigés observés par territoire.

Objectifs fixés pour la durée du PRS

L'ARS IDF est confrontée à des indicateurs de périnatalité défavorables. Dans la suite du PRS1, elle doit s'attacher à :

- Réduire la surmortalité observée en Île-de-France en périnatalité, surmortalité maternelle⁴¹, infantile et néonatale⁴² ;
- Réduire les disparités territoriales en termes d'indicateurs de morbi-mortalité périnatale ;

Pour y contribuer, plusieurs défis sont à relever par l'ARS IDF pour l'exercice du PRS2 en matière d'offre de soins en établissement de santé :

- Structurer une offre de qualité, prenant en compte la proximité du domicile, pour le suivi de grossesse et dans le postpartum, dans le cadre d'un parcours ville hôpital structuré ;
- Garantir une prise en charge de l'accouchement / la naissance sur un plateau technique assurant qualité et sécurité des prises en charge ;
- Accompagner l'évolution des pratiques de l'accouchement et l'organisation des blocs de naissances, afin de mieux accompagner les demandes de prise en charge de l'accouchement physiologique et /ou naturel.

L'évolution de l'activité de périnatalité est fortement impactée dans la région francilienne par :

⁴¹ Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM) de 2010 -2012 : taux de mortalité maternelle de 12/100.000 naissances en Ile-de-France versus 8,3 pour le reste de la métropole

⁴² Insee exploitation Périnat ARS-IDF, moyenne sur 3 ans (2014,2015, 2016) : taux de mortalité infantile : 3,8/1000 naissances vivantes en Ile-de-France versus 3,5 en France ; taux de mortalité néonatale : 2,7 /1000 naissances vivantes en Ile-de-France versus 2,5 en France

- Les tensions démographiques sur l'anesthésie, l'obstétrique et la pédiatrie ;
- Le principe de la libre installation (privé) ou du choix d'affectation des médecins (public)
- Les initiatives du secteur privé pour la fusion ou la fermeture d'établissement ;
- Les évolutions dans le secteur public visant les regroupements d'activités dans le cadre des GHT ;
- L'évolution des implantations en chirurgie, limitant les recours au chirurgien viscéral ;
- Une baisse de la natalité, notamment au cours des 3 dernières années, affectant tous les départements franciliens mais de façon non homogène.

Ces facteurs aggravent encore le déséquilibre important de la réponse aux besoins entre le centre et la périphérie de la région.

En effet, l'offre de soins a beaucoup évolué depuis 15 ans, notamment au cours de la durée du PRS 1, le nombre de maternités passant de 92 en 2012 à 81 en 2017, et parallèlement le nombre de centre périnatal de proximité passant de 0 à 1.

Cette évolution de l'offre (fermetures de sites et regroupements) a essentiellement concerné les établissements privés lucratifs qui ont vu leur activité fortement diminuer, principalement dans les maternités de types I et II A. Le report de l'activité a eu lieu en majeure partie sur des maternités de type II B et de type III ayant déjà un volume d'activité au-delà de 2800 accouchements.

L'offre en néonatalogie reste concentrée sur le centre de la région, avec une offre en grande périphérie souvent constituée de petites unités (difficulté à sécuriser les prises en charge, du fait de tableaux de gardes difficiles à compléter).

- **Renforcer une offre d'obstétrique et de néonatalogie efficiente, de qualité, graduée et sécurisée en fonction des besoins**

La restructuration de l'offre de soins en obstétrique, au plus proche du domicile des parturientes, doit être envisagée dans le contexte de tensions démographiques sur l'anesthésie, l'obstétrique et la pédiatrie.

L'enjeu est de garantir une offre obstétricale de proximité pour le pré et le postpartum, sur l'ensemble de la région, en particulier dans les territoires les plus périphériques de la grande couronne, en soutenant l'offre obstétricale là où les conditions sont réunies pour garantir la sécurité des prises en charge, et en développant - en complément - des centres périnatals de proximité pour la prise en charge hors plateau technique (consultations avancées).

Cette organisation doit s'articuler avec les ressources de la ville, professionnels de l'ambulatoire, libéraux ou salariés, plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé...

L'enjeu est également d'assurer une prise en charge sécurisée des accouchements dans des centres périnatals ayant des effectifs médicaux compatibles avec les exigences requises de qualité (diplômes, formation) et de sécurité (listes de garde assurées), en fonction du niveau de risque (besoins de prise en charge du nouveau-né, et de la mère en cas de pathologie de la grossesse ou de comorbidité).

L'Agence agit dans un contexte de fusions, regroupements, mutualisations proposées par les établissements/groupes du secteur privé, et par les établissements publics dans le cadre des PMP des GHT qu'elle accompagne. Elle veillera notamment à ce que les réorganisations envisagées n'aboutissent pas à découvrir des territoires périphériques, et incitera à la mise en place d'organisations facilitant – autant que possible – le recours à une prise en charge en proximité.

L'agence doit également prendre en compte le besoin exprimé par les femmes ayant une grossesse dite à « bas risque » de parcours et filières physiologiques, s'intégrant dans l'offre graduée proposée.

Ainsi, la restructuration de l'offre qui s'organise actuellement dans les faits, doit être sous-tendue par un double objectif visant à maintenir, autant que possible, un recours de proximité tout en garantissant une offre graduée et sécurisée sur le territoire.

Dans ce contexte, l'opportunité d'accorder une autorisation de type IIA dans le cadre d'une opération de regroupement de deux maternités de type I pourra être étudiée, si le besoin territorial et l'activité prévisionnelle le justifient (autorisations qui pourraient être délivrées sur le fondement du PRS 2 ou après révision de celui-ci).

La structuration de l'offre en néonatalogie au sein des GHT nécessitera, pour toute modification de capacité, une analyse précise des besoins territoriaux au vu des ressources déjà disponibles et de leur utilisation.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS :

- **PARIS** : Les réorganisations attendues sur l'offre de chirurgie peuvent conduire à la fermeture d'une unité d'obstétrique sur le territoire. Des difficultés récurrentes sur le personnel médical sont par ailleurs rencontrées pour assurer l'ouverture toute l'année de certaines unités de néonatalogie et pour garantir l'efficacité souhaitée. Les établissements de santé concernés sont encouragés à modifier l'organisation de ces unités tant sur le plan capacitaire que pour la tenue de la permanence des soins.
- **SEINE ET MARNE**: au sud de la Seine et Marne, les réorganisations attendues en chirurgie pourront éventuellement conduire, au sein d'un même établissement, au regroupement de l'activité d'obstétrique sur un seul plateau technique et à la mise en place d'un centre périnatal de proximité.

Pour garantir l'accessibilité aux soins, l'ARS souhaite maintenir des unités d'obstétrique sur le pourtour et aux marches de l'Île-de-France. Cependant les volumes d'activité réalisés dans ces unités d'obstétrique atteignent difficilement un seuil suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Aussi, des collaborations entre l'ensemble des établissements du territoire et des postes partagés doivent permettre d'assurer la présence H24 de gynécologues obstétriciens et d'anesthésistes sur place. Au sud du département, compte tenu de la pénurie de pédiatres et pour améliorer l'efficacité des unités de néonatalogie, une gradation des soins entre types IIA et IIB et la mise en place d'une équipe de territoire entre les établissements pourraient permettre de consolider l'offre de ce territoire.

Au nord du département, une redistribution des capacités de néonatalogie pourrait être envisagée entre les sites autorisés, si l'organisation aujourd'hui mise en place n'est pas efficace.

- **YVELINES** : des regroupements d'unités d'obstétrique et d'unités de néonatalogie de type 2A sont attendues. Les unités de néonatalogie de type IIB autorisées doivent être efficaces et avoir une capacité suffisante pour garantir un fonctionnement optimal et sécurisé.
- **ESSONNE** : dans un premier temps, une gradation des soins de type IIA et IIB est prévue au nord du département avant le regroupement des unités d'obstétrique et de néonatalogie sur un même site. Un autre regroupement d'unités d'obstétrique est par ailleurs envisagé sur le territoire. Au sud

du département, une équipe de territoire doit contribuer à faire fonctionner la permanence des soins en obstétrique et en néonatalogie au sein du GHT.

- HAUTS DE SEINE : des réorganisations sur la chirurgie peuvent impacter le fonctionnement d'unités d'obstétrique. Une organisation territoriale devra prévoir en cas de nécessité la possibilité de recourir à l'aide d'un chirurgien viscéral. L'AP-HP doit procéder à des réorganisations sur les capacités des unités de néonatalogie du nord de ce département et poursuivre la mise en place de son équipe de territoire. Les unités de néonatalogie de type IIB autorisées doivent être efficaces et avoir une capacité suffisante pour garantir un fonctionnement optimal et sécurisé.
- SEINE SAINT DENIS : des regroupements d'activité sont prévisibles. A l'est, une gradation des soins doit être mise en place entre les trois établissements du GHT avec la mise en place d'une équipe de territoire.
- VAL DE MARNE : une unité d'obstétrique connaît une baisse d'activité. Une évolution dans la structuration de l'offre de soins territoriale est donc possible pendant la durée de validité du PRS 2.
- VAL D'OISE : des réorganisations sur la chirurgie pourront impacter le fonctionnement d'unités d'obstétrique. L'organisation au sein du GHT devra veiller à organiser le recours si nécessaire à un chirurgien viscéral, pour ce faire des équipes de territoire doivent être mises en place.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Les OQOS portent sur les autorisations, chaque maternité cumulant autant d'autorisations que d'unités (exemple: une maternité de type III est titulaire de 4 autorisations)							
Existant - janvier 2018- Répartition des autorisations par type de maternité						Implantations cibles PRS 2 par nature d'autorisations (toutes maternités confondues)	
Zones de répartition des activités = départements	type I	type IIA	type IIB	type III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
Autorisations d'unités de réanimation néonatale					15		
75				4	4	4	4
77				1	1	1	1
78				1	1	1	1
91				1	1	1	1
92				2	2	2	2
93				2	2	2	2
94				2	2	2	2
95				2	2	2	2
Zones de répartition des activités = départements	type I	type IIA	type IIB	Type III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
Autorisations d'unités de néonatalogie avec soins intensifs					33		
75			2	4	6	6	6
77			3	1	4	3	4
78			2	1	3	3	3
91			2	1	3	2	2
92			2	2	4	4	4
93			4	2	6	5	6
94			1	2	3	3	3
95			2	2	4	3	4
Zones de répartition des activités = départements	type I	type IIA	type IIB	Type III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
Autorisations d'unités de néonatalogie sans soins intensifs					59		
75		4	2	4	10	10	10
77		2	3	1	6	5	6
78		4	2	1	7	5	7
91		3	2	1	6	6	6
92		4	2	2	8	8	8
93		2	4	2	8	8	8
94		4	1	2	7	7	7
95		3	2	2	7	7	7
Zones de répartition des activités = départements	type I	type IIA	type IIB	Type III	CUMUL	Borne basse	Borne haute
Autorisations d'unités de gynécologie obstétrique					81		
75	6	4	2	4	16	15	16
77	2	2	3	1	8	7	8
78	3	4	2	1	10	8	9
91	3	3	2	1	9	8	9
92	3	4	2	2	11	11	11
93	3	2	4	2	11	9	11
94	1	4	1	2	8	7	8
95	1	3	2	2	8	8	8
Total IDF	22	26	18	15	81	73	80

Hospitalisation à domicile :

Gynécologie, obstétrique - Hospitalisation à domicile			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	0	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
Total IDF	1	0	1

Assistance médicale à la procréation (AMP)

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est un ensemble de techniques médicales encadrées par la Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique dont les dispositions ont été incluses dans le Code de la Santé Publique. Elle s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la "Fécondation in vitro (FIV)", le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Elle permet à un couple diagnostiqué infertile d'avoir un enfant. En 2017, l'AMP s'adresse aux couples hétérosexuels mariés ou vivant ensemble et en âge légal de procréer.

C'est une activité de soins dont les pratiques sont soumises aux lois successives de Bioéthique. Une révision du dernier texte de loi datant de 2011 est prévue courant 2018. L'activité et les modalités soumises à autorisation sont encadrées par l'arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 « relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ».

L'ARS traite de cette activité de soins en coordination avec l'Agence de Biomédecine.

A l'exception de la pratique de l'insémination artificielle intraconjugale (IAC) pour le geste clinique, toutes les autres modalités d'AMP, qu'elles soient cliniques ou biologiques, exigent un diplôme de spécialités biologique ou clinique dans cette discipline et ne peuvent être réalisées en dehors d'un centre clinico- biologique de PMA.

L'AMP comporte 5 modalités cliniques et 7 modalités biologiques :

Modalités cliniques :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP

- Prélèvement de spermatozoïdes
- Transfert des embryons en vue de leur implantation
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons

Modalités biologiques :

1. Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle
2. Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation comprenant notamment :
 - Le recueil, la préparation et la conservation du sperme
 - La préparation des ovocytes et la FIV avec ou sans micromanipulation
3. Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don
4. Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don
5. Conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux
6. Conservation des embryons en vue d'un projet parental
7. Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci

L'Île-de-France est une région à forte activité et comporte une offre diversifiée, riche mais historiquement mal répartie.

1. Au 1^{er} janvier 2018, il existe au total 23 centres d'AMP autorisés en Île-de-France. Un centre récemment autorisé en grande couronne ouvrira dans les 3 ans. Ces centres réunissent sur un même lieu les équipes cliniques et les équipes de biologie. Les départements les plus pourvus sont Paris (7 centres), les Hauts de Seine (5 centres) et la Seine Saint Denis (4 centres).
2. 7 centres sont autorisés au don d'ovocytes, 3 centres pratiquent l'accueil d'embryons pour don, 5 centres sont autorisés pour la conservation à usage autologue des gamètes et des tissus germinaux et 4 centres prennent en charge les couples en contexte viral.
3. Il existe par ailleurs 12 laboratoires privés installés en ville autorisés à la pratique de l'IAC dont certains réalisent moins de 100 IAC/an.

Ces dernières années ont été marquées par une utilisation de plus en plus importante des techniques de vitrification des ovocytes dans l'ensemble des centres et du transfert d'embryons congelés.

La technique d'IAC tient une place importante dans la prise en charge de l'infertilité du couple. Cependant sa réussite est conditionnée par une indication clinique justifiée (importance de la concertation entre le clinicien prescripteur et le biologiste) et une préparation du sperme de qualité. Il est par ailleurs important pour faciliter le parcours des couples que les centres clinico-biologiques de statut mixte public privé, réalisent l'ensemble de la procédure sur le centre autorisé pour cette modalité de prise en charge.

Les centres d'AMP doivent tout mettre en œuvre pour finaliser la réflexion auprès des couples acceptant de céder leurs embryons surnuméraires et finaliser les procédures règlementaires afin de les transférer aux centres pratiquant le don d'embryon.

Le travail doit se poursuivre en Île-de-France afin de faciliter le don d'ovocytes et diminuer ainsi les départs de femmes à l'étranger.

En 2014, selon le rapport de l'ABM, l'activité des centres rapportée au nombre de femmes en âge de procréer de la région est plus importante qu'au niveau national pour l'ensemble des activités d'AMP intraconjugales. L'activité de don de gamètes de la région rapportée au nombre de femmes en âge de procréer est comparable à l'activité nationale.

La part des femmes de moins de 30 ans traitées dans la région est plus faible qu'au niveau national (13% vs. 19%), alors que la part des femmes de 38 ans ou plus, prises en charge en fécondation in vitro est plus élevée en Île-de-France (33% vs. 26%).

L'activité des centres de la région représente 29% de l'activité nationale pour l'intraconjugal, 20,7% pour les autres activités d'AMP avec don de gamètes ou d'embryons et 27% pour les nouvelles autoconservations de gamètes et de tissus germinaux en vue de la préservation de la fertilité.

Selon l'INSEE, en 2014, 818 565 nouveau-nés ont vu le jour en France. Les enfants, conçus après une AMP réalisée en 2014, au nombre de 25 208, représentent 3,1% des enfants nés de la population générale cette année-là. Un enfant sur 32 est donc issu d'AMP en 2014. Les enfants issus d'une AMP intraconjugale réalisée en 2014 avec des gamètes ou des tissus germinaux conservés en vue de préserver la fertilité sont encore peu nombreux (156 enfants).

Notons que parmi les 25 208 enfants nés issus d'une AMP réalisée en 2014 :

1. 26% (6 567 enfants) ont été conçus par insémination intra-utérine, AMP la plus simple, la moins invasive et la moins coûteuse. L'insémination intra-utérine vient ici confirmer sa place dans le panel des traitements de l'infertilité,
2. 18,6% (4 680 enfants) sont issus d'une congélation embryonnaire. Ce nombre en constante augmentation (16% en 2013, 14% en 2012) témoigne de la place croissante des transferts différés d'embryons congelés dans la stratégie de prise en charge des couples en AMP.

Le nombre total de tentatives d'AMP augmente régulièrement (de 142 618 à 145 255 entre 2012 et 2015). Cependant, le nombre total d'inséminations diminue au profit d'un nombre de tentatives réalisées en fécondation in vitro (FIV) : 58474 versus 54167 IAC, 84140 versus 91088 FIV.

Le principal enjeu du PRS 1 concernant la PMA était d'améliorer l'accessibilité géographique des couples à l'assistance médicale à la procréation. Cet objectif a été tenu puisque les départements de la Seine et Marne et de l'Essonne qui ne disposaient pas de centres ont été couverts. Le centre de PMA ouvert en Seine et Marne est un centre « mixte ». Les autorisations de biologie sont détenues par un laboratoire privé installé sur le site hospitalier comme cela est le cas pour quatre autres sites dans la région. Une autorisation de préservation de la fertilité a par ailleurs été attribuée à un centre de PMA du nord Yvelines.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

- **Faire progresser la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge**
- Afin d'apporter une réponse mieux ciblée, plus pertinente et efficiente, chaque biologiste devant réaliser une préparation pour une IAC, lorsque celle-ci est demandée par un gynécologue n'exerçant pas en centre d'AMP, peut demander en concertation avec le gynécologue obstétricien prescripteur à ce que le dossier du couple soit présenté dans un centre d'AMP.
-
- **Restructurer les plateaux techniques dans une logique territoriale**

Actuellement l'offre d'AMP est jugée satisfaisante en Île-de-France. Compte tenu des contraintes techniques d'équipement des laboratoires d'AMP et de démographie médicale, l'offre doit continuer à se structurer avec les centres existants sur les territoires.

Des consultations avancées de cliniciens doivent être organisées au plus près des patients, et les centres de PMA doivent ouvrir leur plateau technique à d'autres professionnels formés que ce soit pour des cliniciens ou des biologistes travaillant par ailleurs dans d'autres structures.

Les établissements autorisés à exercer la modalité de préservation de la fertilité doivent s'organiser avec leurs correspondants et participer à une plateforme (organisation pluridisciplinaire formalisée entre les professionnels cancérologues et les centres d'AMP) clinico-biologique de la préservation de la fertilité pour améliorer le parcours des patients relevant de cette modalité. Cette plateforme devra réunir les compétences oncologiques,

gynécologiques, pédiatriques, andrologiques, chirurgicales, de biologie de la reproduction et psychologiques. Elle doit réunir l'ensemble des centres autorisés pour cette modalité.

➤ **Poursuivre la réflexion engagée concernant la préservation de la fertilité**

Le grand défi à relever pour les années à venir est la préservation de la fertilité en cas de pathologies cancéreuses ou autres notamment quand les traitements sont gonadotoxiques. Les évaluations réalisées en lien avec l'INCA et l'agence de Biomédecine (septembre 2017) font état pour l'Île-de-France d'un besoin potentiel estimé à environ 4000 patients par an, sous réserve que ces derniers aient reçu l'information adaptée.

Présentement, les 5 centres autorisés pour cette modalité en Île-de-France ont encore des capacités d'accueil supplémentaires. La réflexion pour cette modalité doit se poursuivre. L'offre de soins et son fonctionnement en rapport avec cette dernière doivent bénéficier d'une évaluation et ceci avant d'envisager l'octroi de nouvelles autorisations.

1. Mieux mobiliser l'information en santé grâce au maillage de proximité

L'ensemble des professionnels de santé et les établissements doivent s'organiser pour informer systématiquement les patients sur la modalité de la préservation de la fertilité et leur donner des documents d'information concernant cette prise en charge afin que ces derniers puissent la solliciter.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

- PARIS : une concentration de l'offre pour la modalité IAC est nécessaire pour que l'activité réalisée en laboratoire atteigne un volume suffisant.
- SEINE ET MARNE : une implantation est prévue pour permettre d'assurer la modalité d'AMP clinique de prélèvement de spermatozoïde sur ce territoire.
- YVELINES : maintien de l'existant. Le centre de PMA du nord Yvelines autorisé pour la modalité préservation de la fertilité doit rejoindre la plateforme AP-HP afin de participer à l'organisation territoriale.
- ESSONNE : un centre d'AMP récemment autorisé doit ouvrir dans les 2 ans. Il n'y a pas d'autre implantation prévue sur la durée de validité du PRS sur le territoire.
- HAUTS DE SEINE : maintien de l'existant
- SEINE SAINT DENIS : maintien de l'existant
- VAL DE MARNE : le regroupement d'une activité de prélèvement de spermatozoïdes réalisée dans un centre du Val de Marne est prévu par un même titulaire sur un site des Hauts de Seine. La diminution d'une implantation sur le territoire est donc envisagée pour cette modalité clinique compte tenu de cette opération de restructuration.
- VAL D'OISE : une opération de transfert géographique d'un centre d'AMP est engagée au sein du territoire dans le cadre d'une opération de restructuration d'un groupe de cliniques privées. Ce centre

d'AMP, unique dans le département, a pour vocation d'instaurer des partenariats publics /privés. Une nouvelle implantation est possible pour permettre d'exercer la modalité clinique de prélèvement de spermatozoïdes sur ce département.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

AMP Clinique :

AMP clinique - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
TOTAL IDF	23	23	23

AMP clinique - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don			
des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	7	7	7

AMP clinique - Prélèvement de spermatozoïdes			
des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	0	0	1
78	1	1	1
91	1	1	1
92	4	4	4
93	4	4	4
94	1	1	1
95	0	0	1
TOTAL IDF	17	17	19

AMP clinique - Transfert des embryons en vue de leur implantation			
des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
TOTAL IDF	23	23	23

AMP clinique - Mise en œuvre de l'accueil des embryons			
des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

AMP Biologique :

AMP biologique - Préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	14	12	14
77	2	2	2
78	2	2	2
91	1	1	1
92	7	7	7
93	4	4	4
94	3	3	3
95	2	2	2
TOTAL IDF	35	33	35

AMP biologique - Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

AMP biologique - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	7	7	7

AMP biologique - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en oeuvre de celui-ci			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

AMP biologique - Conservation des embryons en vue de projet parental			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
TOTAL IDF	23	23	23

AMP biologique - Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	5	5	5

AMP biologique - Activités relatives à la FIV sans ou avec micromanipulation			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	7
77	1	1	1
78	2	2	2
91	1	1	1
92	5	5	5
93	4	4	4
94	2	2	2
95	1	1	1
TOTAL IDF	23	23	23

Diagnostic prénatal

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'offre en diagnostic pré natal se répartit entre les laboratoires d'établissements de santé (18) et les LBM multisites libéraux (7). Les établissements de santé autorisés à exercer cette activité de soins sont majoritairement des centres hospitaliers de l'AP-HP (13/18).

Les départements de l'Essonne et de Seine et Marne ne disposent pas de sites autorisés en DPN.

Cependant les données relatives à l'activité des laboratoires de la région ne reflètent pas l'accès aux soins des femmes enceintes domiciliées en Île-de-France car l'offre d'examen de dépistage et de diagnostic prénatal est nationale. Notamment, des examens ne sont réalisés que par très peu de laboratoires à l'échelon national pour l'ensemble des femmes.

La réglementation de l'activité a été modifiée au cours des dernières années pour s'adapter aux avancées technologiques, entraînant une modification du périmètre des modalités des examens (décret n°2014-32 du 14 janvier 2014) et la création récente d'une nouvelle modalité d'examen de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel (ADNlcT21) (décret 2017-808 du 5 mai 2017).

Le nouveau périmètre issu du décret de 2014 vise à bien distinguer les examens de biologie médicale évaluant le risque et ceux à visée diagnostique.

Le nouvel examen (ADNlcT21) constitue une innovation technologique indéniable. Il est fondé sur la recherche d'une surreprésentation éventuelle du nombre de copies du chromosome 21 dans l'ADN libre circulant dans le sang maternel sans différenciation des fractions fœtales et maternelles.

Cet examen pourrait contribuer à :

1. améliorer les performances du dépistage de la T21 fœtale, notamment en augmentant le taux de détection et en permettant de poser un diagnostic plus précocement ;
2. diminuer le nombre de faux positifs des procédures actuelles de dépistage et le nombre d'indications de caryotypes et par conséquent le nombre de pertes fœtales associées à ces derniers.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'information des femmes enceintes et des couples demeure un enjeu crucial du dépistage prénatal aux trois temps de la décision (dépistage, diagnostic, poursuite ou non de la grossesse). Le rôle des réseaux de santé périnatale est souligné, ainsi que celui des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal.

En effet, la prescription des examens de dépistage et diagnostic prénataux ou le cas échéant leur réalisation, est subordonnée au recueil du consentement écrit de la femme enceinte, en vertu de l'arrêté du 14 janvier 2014.

Il est envisagé une stabilité de l'offre globale, à nuancer pour la cytogénétique, le dosage des marqueurs sériques et la nouvelle modalité de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel.

Concernant la modalité « examens de cytogénétique y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique », le nombre de caryotypes fœtaux en vue d'établir le diagnostic de confirmation, en cas d'examen ADNlcT21 positif, a vocation à baisser (pertes fœtales évitées, moindre anxiété des femmes enceintes). Il est estimé à 38 541 en 2014. Il serait divisé par quatre avec l'introduction de l'examen de l'ADNlcT21. Pour rappel, cet examen nécessite un acte invasif (amniocentèse ou choriocentèse) associé à un risque de perte fœtal estimé autour de 0,1 %. Le caryotype demeure indiqué d'emblée en cas de clarté nucale $\geq 3,5$ mm.

Concernant le dosage des marqueurs sériques, quelques implantations sont prévues en petite et grande Couronne pour consolider l'accès à ces examens dans ces territoires.

Concernant la nouvelle modalité de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel, l'estimation des besoins en examens de l'ADNlcT21 repose sur les recommandations HAS il est conseillé de proposer l'examen de l'ADNlcT21 aux femmes enceintes dont le niveau de risque de trisomie 21 fœtale (à l'issue du dépistage combiné du 1er trimestre qui se fonde sur la mesure échographique de la clarté nucale et du dosage des marqueurs sériques) :

- est compris entre 1/1000 et 1/51 ;

- est supérieur ou égal à 1/50 ou pour ce niveau de risque, la possibilité de réaliser un caryotype foetal d'emblée, en 1ère ligne.

Cette stratégie concernerait 12% de la population des femmes enceintes. En Île-de-France, les besoins seraient estimés à environ 21700 examens ADNict21 sur la base de 180 853 grossesses annuelles, sans présumer de leur issue, cas de morts fœtales in utero incluses.

Pour rappel, selon les dispositions de l'arrêté du 23 juin 2009, le dépistage de la trisomie 21 repose sur la mesure échographique de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques du 1er trimestre. Une confirmation diagnostique par caryotype foetal est proposée si le niveau de risque estimé est $\geq 1/250$.

Il est également rappelé l'importance de l'échographie du 1er trimestre réalisé selon les critères de qualité énoncés par la HAS.

Les futurs sites autorisés pour cette modalité devront respecter les critères de compétences en expertise et technicité.

Dans l'attente de la publication d'un arrêté fixant les conditions de formation et d'expérience des praticiens biologistes, la HAS recommande de limiter les autorisations aux structures candidates disposant de compétences en génétique et autorisées pour les examens de cytogénétique et de génétique moléculaire. L'organisation et le déploiement de l'offre seront réévalués, dans les trois ans suivant leur mise en œuvre.

Outre les compétences des praticiens, peuvent être cités les critères techniques à satisfaire suivants :

- mise en place du contrôle externe de qualité,
- réactifs et logiciel disposant du marquage CE,
- accréditation du laboratoire,
- taux de non rendu,
- délai de rendu des résultats,
- seuil d'activité du laboratoire éventuellement.

Il importe de prendre en considération le fait que plus le nombre de sites de LBM autorisés sera élevé, plus les délais de communication de cet examen risquent d'être rallongés. En effet, le nombre d'examens réceptionnés conditionne sa fréquence de réalisation (d'hebdomadaire à quotidienne).

Il sera recherché un équilibre entre offre publique et privée ainsi qu'entre Grand Paris et Grande couronne.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

- **PARIS** : la baisse des implantations pour la modalité Examens de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire correspond à l'impact sur la réalisation des caryotypes fœtaux de l'examen de l'ADNict21. La baisse des implantations pour le dosage des marqueurs sériques maternels correspond au regroupement de l'activité de deux sites hospitaliers.
- **SEINE ET MARNE et SEINE SAINT DENIS** : une nouvelle implantation pour la modalité dosage des marqueurs sériques maternels est prévue pour faciliter l'accès à cet examen sur ces deux territoires. Il conviendra cependant d'évaluer plus précisément les besoins non couverts sur ces départements et les moyens à déployer.

- Concernant la nouvelle modalité de génétique portant sur l'ADN libre circulant dans le sang maternel, il est prévu de concentrer l'offre pour assurer un délai de rendu des résultats rapide tout en garantissant un équilibre entre centre et périphérie : deux implantations seront destinées à un site parisien et à un site de petite couronne et deux aux sites de Grande Couronne.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

DPN - Examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	8	7	7
77	0	0	1
78	1	1	1
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	2
94	0	0	0
95	2	2	2
TOTAL IDF	14	13	15

DPN - Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	1	1	1
TOTAL IDF	5	5	5

DPN - Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	3	5
77	0	0	0
78	2	2	2
91	0	0	0
92	1	1	1
93	2	2	2
94	0	0	0
95	1	1	1
TOTAL IDF	11	9	11

DPN - Examens de génétique moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	9	9	9
77	0	0	0
78	2	2	2
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	3	3	3
95	1	1	1
TOTAL IDF	16	16	16

DPN - Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	1	1	1
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	1	1	1
TOTAL IDF	7	7	7

DPN- Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel (dépistage)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	1	1
77	0	0	0
78	0	1	1
91	0	0	0
92	0	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	1	1
TOTAL IDF	0	4	4

Psychiatrie

L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Au 1^{er} janvier 2018, 369 implantations sont autorisées en psychiatrie générale et 155 en psychiatrie infanto-juvénile sur la région. Dans le système de soins francilien, le recours aux soins psychiatriques des établissements de santé concerne 360.000 personnes par an.

Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie des franciliens est sensiblement inférieur à la moyenne nationale. Cependant, malgré la densité de professionnels, le taux de recours aux soins ambulatoires délivrés par les établissements atteint à peine la moyenne nationale.

Mais, avant tout, la situation régionale se caractérise par l'amplitude des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques, quelle qu'en soit la modalité. Ainsi, la comparaison des taux de recours des habitants des 8 départements donne (pour une moyenne régionale = à 1) des indices allant :

- De 0,82 (77) à 1,16 (75) en hospitalisation temps plein,
- De 0,67 (93) à 1,65 (75) en hospitalisation temps partiel,
- De 0,44 (95) à 1,65 (75) pour les actes ambulatoires,
- De 0,62 (93) à 1,70 (75) pour les psychiatres libéraux.

Les écarts constatés sont fortement corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Compte tenu de l'importance du maillage constitué, le schéma inscrit une perspective de stabilisation. Du fait des contraintes sur la démographie professionnelle et sur l'investissement, les actions de réductions des inégalités porteront avant tout sur les capacités des implantations existantes.

Plusieurs nuances doivent être apportées à cette approche globale, du fait d'objectifs complémentaires :

L'accentuation du virage ambulatoire passera :

- par une réduction des capacités régionales d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale, différenciée selon les territoires,
- par la possibilité d'autorisations nouvelles d'activités d'hospitalisation partielle pour les établissements n'en disposant pas, dans une logique de substitution,
- par l'augmentation des files actives des structures sanitaires ambulatoires (hôpitaux de jour mais aussi structures non soumises à autorisation, CATTP, CMP) et en fonction des financements, des structures médicosociales (CMPP, BAPU) afin de réduire les écarts infra régionaux de taux de recours aux soins.

Le rapprochement lieux d'hospitalisation/lieux de vie conduira à des transferts d'implantations, voire à autoriser quelques implantations supplémentaires, en s'assurant qu'elles présentent la taille critique suffisante.

A contrario, sur les territoires particulièrement denses, une réduction des implantations est projetée, pour regrouper des structures de petite taille, dans un objectif d'efficience et de sécurité.

Une approche spécifique devra être conduite sur quelques modalités de prise en charge :

- l'identification de structures de recours pour la prise en charge d'enfants en crise aiguë avec troubles majeurs du comportement,
- le niveau de réponse régionale pour les soins intensifs de psychiatrie pour adultes (capacité UMD, notion d'USIP),
- le niveau de réponse régionale pour l'hospitalisation des détenus (capacités d'hospitalisation à temps partiel en détention, et capacités en UHSA). Ce, hors schéma régional pour les autorisations.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

PARIS :

Psychiatrie générale :

A Paris, la diminution des implantations d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisations et de regroupements de structures qui ne remettent pas en cause l'accessibilité.

Pour l'hospitalisation de jour, une implantation nouvelle est possible pour permettre à un établissement qui ne met en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution.

Cependant sur la période du schéma, d'autres opérations de relocalisations et de regroupements doivent conduire à une réduction du nombre d'implantations sans remettre en cause l'accessibilité.

Psychiatrie infanto-juvénile :

Sur la période du schéma, plusieurs opérations de relocalisations et de regroupements d'hôpitaux de jour doivent intervenir pour des structures confrontées à des problèmes de sécurité et d'accessibilité du fait de leur taille ou de l'inadaptation des locaux.

SEINE ET MARNE :

Psychiatrie générale :

Pour l'hospitalisation de jour, deux implantations nouvelles sont possibles pour permettre aux établissements qui ne mettent en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution. La même logique vaut pour l'hospitalisation de nuit.

Psychiatrie infanto-juvénile :

Sur la période du schéma, une implantation d'hospitalisation complète pour adolescents sur le nord du territoire est possible en lien avec la pédiatrie et avec la psychiatrie générale.

Une troisième implantation d'hôpital de jour au Sud du territoire permettrait d'améliorer l'accessibilité. De même l'organisation d'une offre d'accueil familial thérapeutique sur le Sud est envisageable.

YVELINES :

Psychiatrie infanto-juvénile :

Le Sud des Yvelines ne dispose pas d'offre d'hospitalisation complète pour enfants et pré adolescents. La réponse devra être organisée en lien étroit avec la pédiatrie et les urgences.

ESSONNE

Psychiatrie générale :

La diminution d'implantations d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients de Paris.

Pour l'hospitalisation de jour, des implantations nouvelles sont possibles compte tenu du sous-équipement des établissements du Nord Est du département et pour permettre à des établissements qui ne mettent en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution.

HAUTS DE SEINE :

Psychiatrie générale :

L'augmentation des implantations de Postcure et Hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients du Nord des Hauts de Seine. Pour l'hospitalisation de jour, une implantation est possible sur le secteur de Courbevoie, sauf mise en œuvre commune avec un autre secteur.

Psychiatrie infanto-juvénile :

Il s'agit de compléter la réponse hôpital de jour pour les adolescents en lien avec l'hospitalisation complète.

SEINE SAINT DENIS :

Psychiatrie générale :

La diminution d'implantation d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients de Paris. Pour l'hospitalisation de jour, plusieurs autorisations déjà délivrées restent à mettre en œuvre.

Psychiatrie infanto-juvénile :

Sur la période du schéma, plusieurs opérations de relocalisations et regroupements d'hôpitaux de jour sont envisageables par des structures parisiennes, ce qui améliorera l'accessibilité "métropole".

VAL DE MARNE :

Psychiatrie générale et infanto-juvénile :

La diminution des implantations en hospitalisation de jour correspond à la possibilité de conversions de structures en établissements médico-sociaux.

VAL D'OISE :

Psychiatrie générale :

En Val d'Oise, la diminution des implantations de Postcure et d'hospitalisation complète correspond aux projets de relocalisation de structures dédiées aux patients de Hauts de Seine.

Pour l'hospitalisation de jour, des implantations nouvelles sont possibles pour permettre à des établissements qui ne mettent en œuvre que de l'hospitalisation complète d'engager le virage ambulatoire, dans une logique de substitution.

Psychiatrie infanto-juvénile :

Une implantation d'hospitalisation de jour est possible du fait de la conversion récente d'une structure en établissement médico-social.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

75 - Paris			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	13	13	13
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	18	16	18
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	34	34	35
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	0	0	0
Psychiatrie générale - Centre de crise	9	9	9
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	7	7	7
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	30	28	31
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	2	2	2

77- Seine-et-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	0	0	0
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	9	9	9
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	12	12	14
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	2	2	4
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	4	4	4
Psychiatrie générale - Centre de crise	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	2	2	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	7	7	8
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	1	1	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	0	0	0

78 - Yvelines			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	1	1	1
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	11	11	11
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	22	22	22
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	4	4	4
Psychiatrie générale - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	3	3	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	12	12	12
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	4	4	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1
91 - Essonne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	4	4	4
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	11	9	11
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	11	11	14
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie générale - Placement familial	4	4	4
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	2	2	2
Psychiatrie générale - Centre de crise	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	2	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	8	8	8
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

92 - Hauts-de-Seine			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	0	0	1
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	14	14	15
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	28	28	29
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	4	4	4
Psychiatrie générale - Placement familial	0	0	0
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	13	13	14
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	0	0	0

93 - Seine-Saint-Denis			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	2	2	2
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	8	7	8
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	19	19	19
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	4	4	4
Psychiatrie générale - Placement familial	2	2	2
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	4	4	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	10	10	12
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

94 - Val-de-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	3	3	3
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	11	11	11
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	21	20	21
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6
Psychiatrie générale - Placement familial	4	4	4
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	2	2	3
Psychiatrie générale - Centre de crise	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	10	9	10
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	2	2	2
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	1	1	1

95 - Val-d'Oise			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
Psychiatrie générale - Centre de postcure	2	1	2
Psychiatrie générale - Hospitalisation complète	13	12	13
Psychiatrie générale - Hospitalisation de jour	16	16	19
Psychiatrie générale - Hospitalisation de nuit	6	6	6
Psychiatrie générale - Placement familial	3	3	3
Psychiatrie générale - Appartement thérapeutique	1	1	1
Psychiatrie générale - Centre de crise	1	1	1
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation complète	4	4	4
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de jour	10	10	11
Psychiatrie infanto-juvénile - Hospitalisation de nuit	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Placement familial	0	0	0
Psychiatrie infanto-juvénile - Centre de crise	0	0	0

Soins de suite et de réadaptation

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

En termes quantitatifs, le déficit en structures SSR constaté en Île-de-France jusqu'en 2010 a été totalement comblé dans le cadre de l'application du SROS 3.

Le taux d'équipement régional moyen de 14,9 lits pour 10 000 habitants approche ainsi le niveau national (moyenne 13.33, médiane 15.22 / 10 000) avec toutefois d'assez fortes disparités infrarégionales.

A ce jour, le SSR en Île-de-France comprend 212 établissements. Dix-neuf d'entre eux ont une activité pédiatrique pour enfants et adolescents (en totalité ou en partie). Trois établissements ont une activité exclusivement ambulatoire (HDJ).

L'activité globale correspondait en 2016 à 5 786 427 journées en hospitalisation complète (HC) et 684 471 journées en HDJ, soit un total de 6 470 898 journées. Cette activité correspond à une légère baisse globale par comparaison avec l'année 2015 (-1,5%), contrastant avec une augmentation importante les années précédentes.

L'hôpital de jour ne représente que 10,6% de l'activité totale, mais est un secteur en croissance et supérieur à la moyenne nationale: ainsi de 2014 à 2016, le nombre de venues en HDJ a augmenté de 2,3% alors que dans le même temps, le nombre de journées en HC baissait de 10,6%. Cette situation s'explique sans doute en partie par le principe de substitution de lits d'HC par des places d'HDJ qui préside en Île-de-France pour la création de tout nouvel HDJ SSR.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'enjeu principal du secteur des soins de suite et de réadaptation concerne l'amélioration et la fluidification des parcours des patients. Le secteur SSR ne se résume pas à être « l'aval du secteur MCO ». Il a également vocation à être la face hospitalière de la prise en charge du handicap, proposant un processus global d'accompagnement incluant des soins de rééducation et de réadaptation personnalisés dans un objectif fonctionnel.

Les enjeux franciliens s'articulent autour des axes suivants :

- La résolution des parcours bloqués ou complexes,
- La montée en charge et le développement des prises en charge ambulatoires au sens large,
- Le développement des filières déficitaires et la reconversion des filières excédentaires,
- L'identification de filières « oubliées »,
- L'anticipation de l'impact des nouvelles technologies et leur promotion.

Ces orientations génériques s'inscrivent dans le contexte spécifique de réforme du financement du secteur SSR dont le modèle cible devra se déployer progressivement entre 2020 et 2025 et impactera nécessairement l'organisation du secteur.

➤ **La résolution des parcours bloqués ou complexes**

La résolution des parcours bloqués et/ou complexes correspond surtout aux filières neurologique et respiratoire.

- La montée en charge des SRPR doit être poursuivie et évaluée dans le cadre du PRS 2. Une ouverture à pleine capacité des 94 lits autorisés est prévue d'ici fin 2018.
- Concernant l'aval, des unités de soins prolongés complexes (USPC), doivent être mises en œuvre. Ces unités, orientées vers la prise en charge de pathologies neurologiques visent à répondre aux patients pour lesquels il n'existe plus de possibilité de progression, mais dont l'état nécessite des hospitalisations très prolongées, et une charge en soins importante. L'identification de 4 unités de 24 lits, soit une centaine de lits au niveau régional, est prévue dans le cadre d'un appel à projets.

Ces unités ont été priorisées sur le champ adultes pour des raisons de dispersion de patients, mais une réflexion devra être amorcée sur le secteur pédiatrique où ces unités existent de facto déjà mais ne sont pas bien identifiées par la réglementation.

➤ **La montée en charge et le développement des prises en charge ambulatoires**

-
- Le virage ambulatoire, déjà bien amorcé, doit être poursuivi par le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète, avec une gradation des prises en charges allant des consultations jusqu'à l'hospitalisation de jour, en passant par les futurs traitements complexes ambulatoires -dits TCA.
-
- HDJ-SSR : l'ouverture d'hôpitaux de jour SSR par substitution à des lits d'hospitalisation complète doit être poursuivie et une réflexion doit porter sur la création d'établissements exclusivement ambulatoires. Dans ce cadre, un travail amorcé en 2016, sur l'organisation et le fonctionnement des unités d'hospitalisation de jour doit être prolongé.
-
- Les prises en charge en hospitalisation de jour font face à des problématiques très spécifiques et les effets du virage ambulatoire doivent être anticipés (risque de ré-hospitalisation, augmentation des DMS en hospitalisation complète...).
-
- L'ouverture d'établissements ayant une activité exclusivement en HDJ peut être envisagée dans certains territoires dans lesquels l'offre en SSR HC est pauvre, pour proposer une offre ambulatoire à des patients éloignés des établissements SSR conventionnels.
-
- L'HAD de rééducation (HAD-R) : l'HAD permet d'effectuer au domicile du patient des soins continus et coordonnés, se différenciant des soins à domicile traditionnels par leur complexité et leur fréquence. L'HAD-R est encore trop peu développée en Île-de-France (la rééducation représente 2% de l'activité d'HAD francilienne, avec un taux de recours à l'HAD en aval du SSR inférieur à 1%). Il apparaît important d'encourager le développement de nouvelles initiatives, reposant sur le principe d'un partenariat entre HAD polyvalente et établissement de SSR.
-
- **Le développement des filières déficitaires et la reconversion des filières excédentaires**

Si quantitativement, l'offre de soins en SSR semble globalement suffisante dans la région, cette offre de soins devra être adaptée à l'évolution des besoins. Des opérations de reconversion entre filières excédentaires/déficitaires doivent être poursuivies.

Certaines spécialités, tel le SSR locomoteur ou le SSR cardio-vasculaire, fortement impactées par la mise sous accord préalable et le développement de nouvelles techniques chirurgicales, apparaissent en surcapacités en hospitalisation complète. A l'inverse certaines spécialités semblent encore insuffisantes : certaines filières neurologiques (neuro-oncologie, maladies neurodégénératives, TC légers à modérés), onco-hématologie, transition enfants-adultes.

Globalement, la fluidification des filières comme le maintien à domicile se heurtent à des problématiques génériques :

- liens entre SSR et médico-social : des expérimentations devront être envisagées avec les maisons de l'autonomie dans la perspective de déterminer par exemple des circuits courts pour certaines situations ;
- droits des patients : les délais de mise sous tutelle ou d'obtention de droits constituent des facteurs d'allongements parfois très longs de durées de séjours en SSR pour des patients dont l'état de santé ne justifie plus leur présence en SSR ;
- démographie des professionnels paramédicaux : la région Île-de-France souffre d'un déficit de certains professionnels paramédicaux – kinésithérapeutes notamment – qui préfèrent le plus souvent exercer en ville voire quittent la région. Des actions de fidélisations, d'attractivité doivent être encouragées.

Enfin l'organisation des parcours et la gradation des soins doit être conduite en lien avec la réflexion sur les plateaux techniques de SSR.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

Des opérations de regroupements sont envisagées afin de permettre aux établissements d'atteindre le seuil critique et/ou d'optimiser leurs organisations.

En hospitalisation complète, des besoins demeurent identifiés dans les filières :

- cardio-vasculaire à Paris et dans le Val d'Oise
- respiratoire en Seine Saint Denis
- gériatrique dans le sud des Hauts de Seine et dans le Val d'Oise
- digestive en Seine-Saint-Denis
- onco-hématologique au niveau régional : une implantation est ouverte dans le Val de Marne
- mère-Enfant au sud de la région : une implantation pédiatrique est ouverte dans l'Essonne et sera attribuée dans ce cadre en articulation avec une autorisation de SSR polyvalents Adulte déjà existante.

Enfin une implantation de SSR pour la prise en charge des grands brûlés en hospitalisation complète est ouverte à Paris.

Les autorisations seront préférentiellement attribuées à des établissements disposant déjà des compétences présentes sur site compte tenu de la situation démographique des professionnels de santé.

De même seront à privilégier des reconversions d'activité entre filières excédentaires et déficitaires. Les créations nettes d'activité ne semblent plus pertinentes.

En hospitalisation de jour, tous les établissements disposant des autorisations dans une mention spécialisée en hospitalisation complète sont encouragés à ouvrir l'offre ambulatoire correspondante.

Les exceptions à cette règle générale concernent les mentions spécialisées relatives à la prise en charge des brûlés et des affections onco-hématologiques.

De même les établissements non accessibles géographiquement échappent à cette règle générale.

Enfin l'ouverture d'établissements proposant une offre exclusivement ambulatoire est rendue possible pour la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux afin de répondre aux besoins de la population du Nord-est de la Seine et Marne, du Sud de l'Essonne.

Ces établissements devront assurer une ouverture de leur plateau technique à l'activité libérale.

Dans le champ pédiatrique : une implantation de SSR DME en HC et HDJ est ouverte dans le Val d'Oise correspondant à la restructuration et à la spécialisation de certaines structures.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

75 - Paris			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	27	27	27
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	24	24	30
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	2
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	4
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	8	8	8
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	10	10	12
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	1
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	12	13	13
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	17	17	17
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	16
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1

77 - Seine-et-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	18	17	17
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	13	13	18
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	5	5	5
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	6
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	8	8	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	10
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	12	12	12
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	10
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

78 - Yvelines			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	26	26	26
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	15	15	18
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	10	10	10
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	10
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	10	10	10
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	10
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	13	13	13
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	10
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	2
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1

91 - Essonne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	25	23	25
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	16	16	20
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	4	4	4
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	6	6	6
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	7
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	6	6	6
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	5	5	7
SSR Affections liées à la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	18	16	18
SSR Affections liées à la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	14
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	0	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	0	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	0	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

92 - Hauts-de-Seine			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	30	30	30
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	24	24	27
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	7	7	7
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	7
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	7	7	7
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	6	6	6
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	16	16	17
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	13	13	15
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

93 - Seine-Saint-Denis			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	26	24	25
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	20	20	23
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	8	8	8
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	10
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	2	2
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	1	2	2
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	9	9	10
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	16	14	15
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	13
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	1
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	1
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1

94 - Val-de-Marne			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	19	19	19
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	12	12	16
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	5	5	5
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	4	4	4
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	4	4	4
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	3	3	4
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	11	11	12
SSR Affections liées à la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	12
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	1	1	2
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	3	3	3
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0

95 - Val-d'Oise			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation complète	22	22	22
SSR indifférenciés - Adultes - Hospitalisation de jour	18	19	23
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	2
SSR Affections cardiovasculaires - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Adultes - Hospitalisation de jour	8	8	9
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation complète	9	9	9
SSR Affections du système nerveux - Adultes - Hospitalisation de jour	7	7	8
SSR Affections liées à la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation complète	13	13	14
SSR Affections liées à la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance - Adultes - Hospitalisation de jour	10	10	13
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections liées aux conduites addictives - Adultes - Hospitalisation de jour	2	3	4
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Adultes - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation complète	2	2	3
SSR Affections respiratoires - Adultes - Hospitalisation de jour	2	2	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	3	3	3
SSR indifférenciés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	2	2	2
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections cardiovasculaires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections de l'appareil locomoteur - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	0	0	0
SSR Affections des brûlés - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	0	0	0
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections du système digestif, métabolique et endocrinien - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	2	2	2
SSR Affections du système nerveux - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections onco-hématologiques - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation complète	1	1	1
SSR Affections respiratoires - Enfants/Adolescents - Hospitalisation de jour	1	1	1

Soins de suite et de réadaptation – Hospitalisation à domicile :

Soins de suite et de réadaptation non spécialisés - Adultes - Hospitalisation à domicile			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	1	0	1
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	1	0	1
94	0	0	0
95	1	0	1
Total IDF	3	0	3

DOCUMENT POUR CONSULTATION

Soins de longue durée

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Comme le précise la Circulaire n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006, les USLD relèvent de la sphère sanitaire. Leur rôle est centré sur l'accueil « *des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie durable* ».

Bien qu'étant en principe ouvertes à des patients de moins de 60 ans, en réalité cette population « jeune » représente à peine 3 % des patients accueillis au niveau régional au sein des USLD. La majeure partie des patients pris en charge est d'un âge moyen comparable aux personnes accueillies en EHPAD, soit plus de 85 ans.

La région Île-de-France va être confrontée dans les années à venir à un vieillissement de sa population. Les projections démographiques montrent une croissance de près de 30% pour les personnes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2030, dans des proportions différenciées selon les départements (+40% en grande couronne, contre +22% en petite couronne). Par ailleurs, le nombre de personnes âgées dépendantes en Île-de-France augmente de 3 000 personnes supplémentaires par an. A ce jour, plus de 41% des personnes âgées dépendantes vivent en institution (EHPAD et USLD), contre 59% qui vivent encore à domicile.

La population âgée se caractérise par une forte consommation de soins de ville et hospitaliers : 19% des séjours en hospitalisation complète MCO concernent des personnes de 75 ans et plus alors qu'elles ne représentent que 6% de la population francilienne. Par ailleurs, un séjour hospitalier sur deux de patients âgés de 75 ans et plus démarre par un passage aux urgences, et ce taux s'élève à près de 70% pour les 85 ans et plus. Avec l'avancée en âge, le risque de poly-pathologie augmente, et le risque de perte d'autonomie s'aggrave autour de 85 ans. Cette double transition, démographique et épidémiologique, déjà engagée impose d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et de celles déjà dépendantes, sachant qu'il n'y a pas de parcours linéaire et que les besoins sont évolutifs. Il convient alors de tendre vers une individualisation des plans d'aide et de soins en fonction d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Bilan du PRS 1 :

Si l'équipement régional en lits d'USLD est globalement satisfaisant en terme quantitatif, il existe des disparités importantes selon les territoires de santé. Par ailleurs l'état du bâti a imposé d'engager des travaux de rénovation afin que l'ensemble des locaux réponde aux normes de sécurité et au cahier des charges architectural applicable. Au plan qualitatif, des évolutions sont proposées pour mieux répondre aux besoins de patients nécessitant des soins spécifiques.

Le précédent PRS comprenait deux objectifs prioritaires :

- Garantir l'accessibilité et réduire les inégalités de territoire : l'offre de soins de longue durée a été préservée dans un souci d'accessibilité géographique et financière pour le plus grand nombre. De nouvelles implantations ont été autorisées notamment dans les Hauts de Seine et le Val d'Oise. Afin de limiter l'impact des investissements nécessaires à la mise aux normes de l'hébergement sur les tarifs, une aide financière a été apportée aux gestionnaires.
- Maintenir ou améliorer l'offre de soins, resituer les USLD dans le cadre du parcours de soins des personnes âgées. Différentes actions ont été réalisées ou sont en cours de mise en œuvre :

- 32 filières gériatriques ont été labellisées, couvrant l'ensemble du territoire francilien, chaque filière compte au moins une USLD ;
- Les opérateurs se sont engagés à augmenter la proportion de patients SMTI : 2 injonctions sur 9 au total ont fait état d'un SMTI insuffisant à l'occasion de l'examen des demandes de renouvellement d'autorisations ;
- Réalisation de nouvelles estimations de la charge en soins des patients pour ajuster la ressource financière aux besoins (coupes PATHOS) ;
- Les crédits alloués au titre des différents exercices budgétaires sont modulés en fonction du niveau d'activité des USLD. La marge dégagée est consacrée au soutien à l'investissement ;
- Amélioration de la prise en soins des malades ayant des besoins spécifiques ;
- Autorisation de 19 unités d'hébergement renforcées, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles sévères du comportement ;
- Intervention auprès des patients relevant de soins palliatifs avec le soutien d'une équipe mobile de soins palliatifs (auprès de 94% des USLD) et l'appui d'un réseau de soins palliatifs (auprès de 84 %). Poursuite de l'action dans le cadre du Plan national Soins Palliatifs 2015/2018 ;
- Un projet d'unités de soins prolongés complexes (USPC) fait l'objet d'un appel à projets afin d'améliorer la qualité des soins en direction des malades ayant des besoins spécifiques (post AVC,...).

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

- **Garantir l'accessibilité de l'offre, tant financière que géographique**, suite aux renouvellements des autorisations, en vue de réduire les inégalités d'accès à cette ressource. Des regroupements géographiques, des mutualisations et des coopérations induites dans le secteur sanitaire par les logiques de GHT et de fusion d'établissements vont avoir des conséquences sur la répartition des USLD.
- **Poursuivre le travail sur le bâti** : les rénovations lourdes s'inscrivent dans un calendrier qui court jusqu'en 2029, voire au-delà. Il est nécessaire de maintenir le suivi de ces opérations. La mise en conformité de l'ensemble des lits doit être atteinte.
- **Poursuivre la réflexion sur la place des SLD dans le parcours de soins des usagers, en différenciation du service rendu par les EHPAD**. La coupe PATHOS réalisée en 2017 va permettre d'adopter, site par site, des orientations adaptées aux besoins locaux.
- **Contribuer à la réflexion nationale sur l'évolution des USLD**, et notamment du modèle tarifaire pour mieux répondre aux besoins.

En fonction des évolutions nationales et du résultat des coupes PATHOS évoqués précédemment, des fongibilités pourront être envisagées entre USLD et EHPAD dans une logique d'amélioration du parcours de soin de la personne âgée.

Leviers à mettre en place :

Suivi annuel de l'activité des USLD, le taux d'occupation et les données issues des coupes PATHOS, notamment le SMTI, seront utilisés dans le cadre de l'allocation de ressources. Le lien entre la dotation soins et l'activité devrait dynamiser ce secteur.

DECLINAISON TERRITORIALES DES OBJECTIFS DU PRS :

Les objectifs en implantations fixés dans le PRS1 qui n'ont pas été atteints sont maintenus dans le PRS 2 pour permettre une augmentation du nombre d'USLD, dans le cadre des filières gériatriques.

PARIS :

Concernant l'offre sanitaire, on observe un déséquilibre entre les rives gauche et droite de la Seine. L'offre d'EHPAD particulièrement faible, est partiellement compensée par les lits d'USLD. Il convient de maintenir une implantation possible pour anticiper d'éventuels redéploiements de capacités suite aux mises aux normes de certains sites hospitaliers qui composent la majorité de l'offre parisienne.

SEINE ET MARNE :

La Seine et Marne est le département qui va connaître le vieillissement de sa population le plus important de la région. Le nombre de personnes âgées de 75 et plus va augmenter de plus de 80% à l'horizon 2030. Au regard des données capacitaires, l'offre sanitaire en SLD est la plus faible de la région. Bien que compensée en partie par les EHPAD en grand nombre, il convient de prévoir 2 implantations supplémentaires pour garantir une prise charge de proximité et permettre l'expérimentation d'USPC.

YVELINES :

L'offre d'USLD du territoire est relativement faible et caractérisée par de nombreux sites d'implantations mais de faibles capacités. Il est proposé d'augmenter le nombre de sites d'USLD pour permettre l'expérimentation d'USPC et envisager des extensions de capacités pour faire face aux évolutions démographiques des personnes âgées.

ESSONNE :

Le département va vieillir de 40% à l'horizon 2030 notamment chez les très âgés. L'offre en places d'USLD départementale est nettement inférieure à la médiane régionale. Il convient de maintenir les sites d'USLD actuellement autorisés et de proposer 1 implantation supplémentaire afin de faire face à l'évolution des besoins.

HAUTS DE SEINE :

Le département se caractérise par une offre sanitaire satisfaisante, marquée par une offre en soins de longue durée nettement supérieure à la médiane régionale également accompagnée d'une offre en EHPAD qui répond aux besoins. Il n'est donc pas proposé d'implantation supplémentaire en USLD dans ce département.

SEINE SAINT DENIS :

L'offre est globalement insuffisante sur les équipements de soins (HAD, USLD, UGA et EHPAD), les soins à domicile compensant en partie la faiblesse de l'offre institutionnelle. Bien que la population du département soit plutôt jeune, le nombre de personnes âgées va augmenter et les tensions sur les places disponibles vont augmenter. Une implantation rend possible l'autorisation d'une unité supplémentaire sur le territoire.

VAL DE MARNE :

L'offre en matière de structures d'hébergement et de soins est proche de la médiane régionale, le département concentre un nombre important de lits d'USLD par rapport aux lits d'EHPAD (rapport de 1 à 6). L'offre est marquée par un grand nombre d'établissements hospitaliers spécialisés avec une position dominante de l'AP-HP dans l'offre sanitaire gériatrique (75% des lits de SSR gériatriques et 90% des lits d'USLD du Val de Marne). Une implantation est envisagée sur ce territoire dans la mesure où deux sites actuels accueillent des personnes de moins de 60 ans pour des prises en charge spécifiques (psychiatrie et neurologie), et que les mises aux normes architecturales peuvent nécessiter des redéploiements de capacités.

VAL D'OISE :

L'offre départementale en établissement sanitaire et médico-social apparaît satisfaisante, avec un nombre de lits d'USLD nettement supérieur à la médiane régionale. On constate un profil de patients avec une charge en soins plus faible que dans les autres départements. Il est proposé de maintenir le nombre actuel d'implantations sur ce territoire, en cohérence avec les évolutions démographiques.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS) :

Unités de soins de longue durée			
Zones de répartition des activités =	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	10	10	11
77	5	5	7
78	9	8	10
91	6	6	7
92	7	7	7
93	5	5	6
94	6	6	7
95	6	6	6
TOTAL IDF	54	53	61

Cardiologie médicale et interventionnelle

L'OFFRE DE SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Dans le cadre du PRS2 (2018-2022), il convient de définir des objectifs ciblés concernant les **activités interventionnelles par voie endovasculaire en cardiologie** soumises à autorisation et les **USIC⁴³ soumises à reconnaissance contractuelle**.

La cardiologie interventionnelle concerne 3 types d'actes soumis à une autorisation spécifique :

5. **Les actes de type 1** sont les actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle (dont les actes d'ablation endocavitaire,...), de stimulation multi sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme. Les actes d'ablation endocavitaire autres que l'ablation de la jonction atrio-ventriculaire sont soumis à un seuil minimal réglementaire de 50 actes par an.
(Les PM44 mono et double chambre ne sont soumis qu'à une autorisation de médecine sans autorisation spécifique de type 1).
6. **Les actes de type 2** concernent les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence. Ces actes sont soumis à un seuil minimal réglementaire de 40 actes par an dont au moins la moitié doit être réalisée sur des enfants.
7. **Les actes de type 3** concernent les autres cardiopathies de l'adulte, principalement le traitement sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, des sténoses des artères coronaires. Les actes d'angioplasties coronaires sont soumis à un seuil minimal réglementaire de 350 actes par an.

L'offre régionale de cardiologie interventionnelle est stable depuis 2013 (au 1^{er} janvier 2018 : 20 autorisations de type 1, trois autorisations de type 2 et 35 autorisations de type 3 (hors HIA)). Les centres de cardiologie interventionnelle intégrés sont majoritaires mais il reste un établissement qui ne dispose que d'une autorisation de type 1 sans autorisation de type 3 et un établissement qui dispose des autorisations de type 2 et 3 sans autorisation de type 1.

L'activité de cardiologie interventionnelle, quel que soit le type d'acte, augmente de façon importante et régulière depuis 2011 et elle est très variable d'une structure à l'autre. Le registre de rythmologie, prévu dans le PRS1 n'a pas été mis en place.

⁴³ USIC : Unités de Soins Intensifs de Cardiologie

⁴⁴ PM : Pace Maker

	Actes de type 1		Actes de type 2	Actes de type 3 Angioplasties coronaires
	actes soumis à seuil	actes non soumis à seuil		
Evolution du nombre d'actes entre 2011 et 2016	↗ 65%	↗ 21%	↗ 38%	↗ 20%
NB actes en 2016	6 425	5 536	2 614 dont 637 sur des patients de moins de 18 ans	29 847
Variation du nb d'actes selon les établissements	57 à 1 147	57 à 487	146 à 785	408 à 1 703

En outre, les TAVI (prothèses valvulaires aortique en percutané) correspondent à une activité émergente réalisée dans les 10 établissements disposant à la fois d'une autorisation de type 3 et d'une activité de chirurgie cardiaque. Le nombre de TAVI réalisés en IDF a augmenté de 164% de 2011 à 2016 avec 1967 actes recensés en 2016.

Les USIC sont soumises à reconnaissance contractuelle (CPOM). Il convient de distinguer celles qui sont adossées à un service de cardiologie interventionnelle de celles qui ne le sont pas. En 2017, 51 USIC sont identifiées en Île-de-France (512 lits). 14 d'entre elles ne sont pas adossées à de la cardiologie interventionnelle (100 lits).

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

➤ **Consolider des centres de cardiologie interventionnelle intégrés**

Dans la poursuite des objectifs du PRS1, il convient de renforcer la structuration de l'offre de soins de cardiologie interventionnelle et de soutenir la mise en place et la consolidation des centres de cardiologie interventionnelle intégrés. Ces centres intégrés assurent aux patients sur une même unité de lieu l'ensemble des prises en charge cardiologiques médicales et interventionnelles.

Il s'agit de regrouper les différentes activités de cardiologie interventionnelle (type 1 et type 3) pour tenir compte de la fragilité de la démographie médicale et soutenir l'augmentation d'activité des établissements de santé autorisés, plutôt que d'aggraver les situations de concurrence et fragiliser l'activité des structures qui risqueraient de ne pas atteindre les seuils réglementairement opposables.

Au vu de l'augmentation constante de l'activité de cardiologie interventionnelle, de la variabilité de l'activité d'un établissement à l'autre, de l'évolution des techniques, il faudra maintenir des groupes de travail dédiés, en lien avec les experts de la SFC⁴⁵ pour ajuster au mieux l'offre aux besoins.

La démographie médicale reste un sujet majeur pour l'organisation de l'offre et devra être approfondie.

➤ **Promouvoir les coopérations territoriales**



- Devant la difficulté rencontrée par certains établissements non autorisés pour faire prendre en charge leurs patients pour des actes de rythmologie soumis à autorisation, l'ARS Île-de-France sera

⁴⁵ SFC : Société Française de Cardiologie

particulièrement attentive à l'amélioration des coopérations et des organisations territoriales entre les structures détenant et ne détenant pas cette autorisation d'activité.

-
-
- **Encourager le virage ambulatoire en cardiologie**
-
- La majorité des actes de cardiologie interventionnelle sont actuellement réalisés en hospitalisation complète. Une partie de ces actes pourraient être réalisés en ambulatoire.
-
- **Mettre en place et moderniser les registres**
-
- La nécessité d'un registre de rythmologie a été de nouveau validée et il devra être mis en place durant le PRS2.
- Devant un taux de recours des angioplasties coronaires en IDF supérieur à la moyenne nationale, la pertinence des angioplasties coronaires est un sujet retenu dans le PAPRAPS⁴⁶ 2018 et doit s'intégrer dans le PRS2. Le registre CARDIO-ARSIF, développé par l'ARSIF depuis 2000, qui recense toutes les coronarographies et les angioplasties coronaires réalisées en IDF supportera cette étude (www.cardio-arsif.org). Par ailleurs ce registre devra être modernisé pour d'une part supporter les travaux de pertinence et d'autre part s'intégrer dans un registre national des angioplasties coronaires développé par la SFC et soutenu par la DGOS.
-
- **S'appuyer sur le développement de la télémédecine**
-
- Il faudra bien sûr s'appuyer sur la télémédecine et en particulier la télésurveillance des patients porteurs de PM⁴⁷ et DAI⁴⁸.
-
- **Intégrer les USIC non adossées à la cardiologie interventionnelle dans une organisation territoriale**

Le devenir des USIC non adossées à la cardiologie interventionnelle est un sujet reconduit dans le PRS2 : définir la typologie des patients à hospitaliser dans ces unités, identifier celles qui pourraient être transformées en USC⁴⁹, s'assurer du respect des conditions techniques de fonctionnement. En tout état de cause, leur fonctionnement devra être envisagé dans le cadre d'une organisation territoriale intégrée à définir.

Objectifs, leviers, indicateurs :

	Objectifs	Leviers	Indicateurs
1	Améliorer la connaissance de l'offre et de la démographie médicale en IDF	Registre de rythmologie (sur le modèle du registre CARDIO-ARSIF modernisé)	<i>Inclusion des actes</i>

⁴⁶ PAPRAPS : Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins

⁴⁷ PM : Pace Maker

⁴⁸ DAI : Défibrillateur Automatique Implantable

⁴⁹ USC : Unité de Soins continus

		Enquête de rythmologie (équipement, rythmologue, activité, délai de RDV) à renouveler chaque année	<i>Bilan annuel Inclusion des données dans le ROR</i>
2	Améliorer l'évaluation de l'activité	Registres de rythmologie, CARDIO-ARSIF et e-MUST	
3	Développer la pertinence des actes	Registre CARDIO-ARSIF	
4	Améliorer la prise en charge cardiologique médicale et interventionnelle de territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien par l'ARSIF des territoires qui ont un fort taux de fuite et les ES qui ont une faible activité (postes partagés, coopérations, organisations, communication) - Si les résultats sont défavorables, suppression possible d'une autorisation en cours de PRS2 	<i>Activité Taux de fuite</i>
		Mise en place de coopération et organisations entre les partenaires Promotion des équipes partagées	<i>Délai entre la demande d'acte de rythmologie et l RDV</i>
		Réorganisation des USIC adossées et non adossées à de la cardiologie interventionnelle <ul style="list-style-type: none"> - Définir la typologie des patients à y hospitaliser - Identifier celles à transformer en USC - Soutenir la mise aux normes en termes de nombre de lits si besoin 	
5	Améliorer la surveillance des patients implantés (PM, DAI)	Cahier des charges avec mode de financement de la télésurveillance	<i>Nombre de patients télésurveillés en 2020</i>
6	Améliorer le suivi des cardiopathies congénitales <ul style="list-style-type: none"> - par les centres de référence - devenues adultes 	Campagnes d'information auprès des médecins et du grand public Coopération avec les associations de patients	<i>Nombre d'informations Nombre de perdus de vue</i>
7	Optimiser le registre CARDIO-ARSIF pour <ul style="list-style-type: none"> - développer la pertinence des ATL - participer à un registre national des ATL 	<ul style="list-style-type: none"> - Modernisation des logiciels de l'APHP - Mise en place d'un entrepôt de données - Transformation du registre CARDIO-ARSIF en registre nominatif pour croiser la base de données avec le RNIPP⁵⁰ et la base de données de l'AM 	
8	Développer la prise en charge ambulatoire de certains actes de cardiologie interventionnelle type 1 et 3	Poursuite du groupe de travail dédié, avec la DGOS, l'ATIH, l'AM, le groupe de « chirurgie ambulatoire » et les PS (rédaction d'un document socle, mise en place d'une expérimentation, évaluation de l'expérimentation, ajustement de la tarification)	

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

Les Objectifs quantitatifs de l'offre de soins ne font pas apparaître de besoin de création de nouveaux sites pour l'exercice de l'activité de cardiologie interventionnelle sur la durée de validité du PRS (actes de type 1, de type 2 et de type 3).

⁵⁰ RNIPP : Registre National de l'Identité des Personnes Physiques

Dans certains départements, la promotion de centres intégrés de cardiologie interventionnelle doit être privilégiée. Des regroupements d'activités doivent ainsi être encouragés afin de maintenir une offre de soins sur le territoire dans le respect des seuils réglementairement opposables et des recommandations de bonne pratique de la SFC. Dans le territoire des Hauts de Seine, un établissement autorisé n'offre que de la cardiologie interventionnelle de type 1 et son volume d'activité atteint juste le seuil réglementaire de 50 actes par an. Une autre structure du département offre la cardiologie interventionnelle de type 2 et de type 3 sans disposer d'une autorisation de type 1.

Dans le Val d'Oise, deux établissements exercent une activité de cardiologie interventionnelle de type 1. Leur volume d'activité atteint juste le seuil réglementaire de 50 actes par an. Le taux de fuite de ce département sur cette activité est le plus élevé de la région et les deux établissements du département sont les 3^e et 4^e effecteurs. Ces deux structures seront soutenues et évaluées régulièrement par l'ARSIF durant le PRS2.

Le développement des coopérations au sein du territoire doit être recherché. Dans le nord de Paris, le centre de la Seine Saint Denis et le sud des Yvelines, de gros établissements qui prennent en charge beaucoup de patients insuffisants cardiaques et qui ne disposent pas d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 1 coopèrent sur cette activité avec des établissements éloignés et implantés hors territoire, faute d'organisation territoriale.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Cardiologie interventionnelle de type 1			
Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	2	2	2
78	2	2	2
91	3	3	3
92	2	2	2
93	2	2	2
94	1	1	1
95	2	1	2
Total IDF	20	19	20

Cardiologie interventionnelle de type II Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré-interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
Total IDF	3	3	3

Cardiologie interventionnelle de type III Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	9	9	9
77	2	2	2
78	4	4	4
91	3	3	3
92	6	6	6
93	5	5	5
94	2	2	2
95	4	4	4
Total IDF	35	35	35

Activité hautement spécialisées

En Île-de-France, **les activités hautement spécialisées** font par dérogation l'objet d'un schéma régional et doivent donc être traitées dans le SRS du PRS 2.

Ces activités sont les suivantes :

- la chirurgie cardiaque,
- les traitements des grands brûlés,
- la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle,
- les greffes d'organes,
- les greffes de cellules souches hématopoïétiques.

Chirurgie cardiaque

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de chirurgie cardiaque soumise à autorisation comprend toutes les interventions chirurgicales intra thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle. L'autorisation d'activité est délivrée soit en chirurgie cardiaque pour les patients adultes, soit en chirurgie cardiaque pédiatrique.

Le traitement des valvulopathies reposait uniquement sur la chirurgie de remplacement ou de plastie valvulaire. Les progrès médicaux entraînent l'émergence de nouvelles activités en cardiologie interventionnelle comme les valvuloplasties percutanées (TAVI, Mitraclip...). Ces actes sont réalisés dans un nombre restreint de centres, disposant à la fois d'une autorisation de cardiologie interventionnelle de type 3 et de chirurgie cardiaque.

Les décrets et l'arrêté du 24 janvier 2006 ont fixé d'une part les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque et d'autre part les seuils d'activité minimale annuels qui s'imposent à tout établissement autorisé à exercer cette activité:

- Adultes : seuil de 400 interventions par an,
- Enfants : seuil de 150 interventions par an.

L'offre en Île-de-France est stable aussi bien pour la prise en charge des adultes que des enfants. Le nombre de structures autorisées n'a pas évolué depuis la date d'entrée en vigueur du SROS-PRS au 1^{er} janvier 2013.

1. 10 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie cardiaque adulte : 4 structures sont implantées à Paris et 4 en petite couronne (2 dans les Hauts de Seine, 1 en Seine-saint Denis et 1 dans le Val de Marne). 2 établissements sont situés en grande Couronne (1 dans les Yvelines et 1 dans l'Essonne). 4 établissements autorisés sont publics (AP-HP), 4 sont privés lucratifs et 2 sont des ESPIC. Ils répondent tous aux critères de seuil.

2. 3 établissements de santé sont autorisés à exercer l'activité de chirurgie cardiaque pour la prise en charge des enfants : 1 établissement public parisien (AP-HP), 1 structure privée à but lucratif essonnoise et un ESPIC implanté dans les Hauts de Seine. Ils répondent tous aux critères de seuil.

Les éléments liés au seuil minimal d'activité et à la couverture des besoins des franciliens incitent à privilégier une concentration de l'offre et à retenir la notion de centre intégré développant l'ensemble des compétences cardiologiques médicales, interventionnelles et chirurgicales.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Le nombre des implantations de chirurgie cardiaque pour la prise en charge des adultes et des enfants n'est pas modifié dans le PRS 2. Il conviendra, durant la validité du PRS 2 :

- de veiller à ce que les équipes soient suffisantes pour répondre à la demande, du fait de la fragilité de la démographie des chirurgiens pédiatriques,
- d'organiser les filières au plan national car la région a une vocation de recours pour la chirurgie pédiatrique, notamment pour la moitié nord de la France,
- de développer la gradation des soins pédiatriques en intégrant les cardiologues pédiatriques,
- de s'adapter à l'émergence des valvuloplasties percutanées qui pourraient faire diminuer l'activité de chirurgie cardiaque et qui sont réalisées dans un nombre réduit de centres de cardiologie interventionnelle de type 3 puisqu'ils doivent disposer de la chirurgie cardiaque.

Une révision du SRS (avec fixation de nouveaux OQOS) pourra intervenir avant l'échéance du PRS 2 en fonction de l'évolution des activités (chirurgie cardiaque adulte et pédiatrique, valvuloplasties percutanées) et de la démographie des chirurgiens cardiaques pédiatriques.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS) :

Chirurgie cardiaque - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	1	1	1
91	1	1	1
92	2	2	2
93	1	1	1
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	10	10	10

Chirurgie cardiaque - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

Traitement des brûlés

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de soins de traitement des grands brûlés est une activité spécialisée qui est régie par les décrets du 20 août 2007. L'offre francilienne autorisée est stable en Île-de-France :

1. un centre de traitement des grands brûlés parisien assure la prise en charge des adultes. Ouvert en 2012, il constitue le centre référent pour la prise en charge des brûlés adultes au sein de l'AP-HP. Il est doté d'équipements de haute technicité et assure, avec une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, chirurgiens, soignants, kinésithérapeutes, psychologues, diététicienne et assistante sociale, les consultations, la prise en charge des urgences H 24 pour les brûlés à partir de 15 ans ainsi que l'hospitalisation. L'établissement dispose de 20 lits dont certains ultraspecialisés de réanimation permettant les interventions chirurgicales.
2. un établissement de santé pédiatrique situé à Paris est autorisé à assurer le traitement des enfants. L'établissement assure la prise en charge des enfants quel que soit leur âge ou l'étendue des brûlures. Le service est spécialisé également en chirurgie réparatrice et plastique de l'enfant.

Par ailleurs, un HIA implanté dans le département des Hauts de Seine assure également une prise en charge spécialisée. Ce centre de traitement des brûlés, équipé de 13 lits, traite tous les types de brûlures (brûlures thermiques électriques, mécaniques, chimiques et radiologiques) et est en capacité de prendre en charge des patients adultes et des enfants de plus de trois ans. Cet établissement n'est pas comptabilisé dans les implantations du présent schéma.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Le PRS 2 reprend les axes du plan précédent. Les objectifs propres à l'activité de soins des grands brûlés sont pour les années à venir:

1. d'améliorer le recueil des données (motif des brûlures),
2. d'éviter les ruptures de parcours surtout pour les patients précaires,
3. d'éviter les prises en charge des brûlés graves dans des centres non spécialisés: organiser les recours et les premiers soins,
4. d'identifier les centres assurant une prise en charge en SSR (HDJ),
5. d'encourager le développement de la formation et de la recherche.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Traitement des grands brûlés - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1

Traitement des grands brûlés - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1

Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de soins de neurochirurgie soumise à autorisation comprend « la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radio chirurgical en conditions stéréotaxiques ». L'autorisation n'est pas exigée si l'activité se limite aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière. La neurochirurgie pédiatrique, la radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques et la neurochirurgie fonctionnelle cérébrale sont des pratiques thérapeutiques qui ne peuvent être mises en œuvre que si les décisions d'autorisation les mentionnent expressément.

Pour le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses, l'établissement doit être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer.

Sauf contexte d'urgence où la prise en charge peut être réalisée dans une unité pour adulte, l'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique doit être pratiquée dans une unité dédiée avec un environnement pédiatrique et des moyens permettant la présence des parents.

Cette activité est soumise à seuil pour la prise en charge des adultes. Ainsi, l'activité minimale annuelle, par site, est de **100 interventions** portant sur la sphère crânio-encéphalique (arrêté du 19 mars 2007). Aucune activité minimale n'est fixée pour la neurochirurgie pédiatrique.

L'offre est stable sur la région qui compte 10 sites autorisés dont un établissement à vocation pédiatrique exclusive et un établissement mixte (adulte et pédiatrique). Par ailleurs, un hôpital militaire (HIA) implanté dans les Hauts de Seine exerce cette activité.

Toute l'offre de neurochirurgie est située sur Paris et la petite couronne. Le nombre d'actes de neurochirurgie pour les adultes a augmenté de 5 % entre 2013 et 2016 passant de 15 708 à 16 507.

L'activité de soins de NRI soumise à autorisation porte sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne. L'autorisation de NRI n'est pas exigée lorsque l'activité se limite à l'angiographie interventionnelle des vaisseaux cervicaux. Dans ce cas, le site doit être autorisé à exercer l'activité de chirurgie. L'autorisation de NRI ne peut être délivrée à un établissement que s'il dispose sur un même site d'une autorisation de neurochirurgie et d'une autorisation de réanimation. Pour le traitement en NRI des lésions cancéreuses, l'établissement doit également être titulaire de l'autorisation de traitement du cancer.

Les établissements autorisés à exercer cette activité et souhaitant assurer la prise en charge des enfants doivent garantir un environnement pédiatrique.

La NRI est une activité autorisée soumise à seuil. L'activité minimale annuelle est fixée par site à **80 interventions** portant sur la région cervico-céphalique et médullo – rachidienne (prise en charge des adultes et/ou des enfants).

7 sites sont à ce jour autorisés à exercer la neuroradiologie interventionnelle (NRI). Deux d'entre eux ont une activité mixte, adulte et pédiatrique (un de ces établissements exerce cette activité pédiatrique dans le cadre de protocoles institutionnels de recherche clinique). Depuis la parution du PRS 1, un site des Hauts de Seine a cessé son activité. Toute l'offre de neuroradiologie interventionnelle est située sur Paris et la petite couronne. Le nombre d'actes de neuroradiologie interventionnelle pour les adultes a augmenté de 15 % entre 2013 et 2016 passant de 2 898 à 3 354. Cette évolution est liée en partie à la thrombectomie des infarctus cérébraux.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Concernant les deux activités de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle soumises à autorisation, il conviendra dans les années à venir d'améliorer la réponse à l'urgence et de réduire les inégalités territoriales.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

Compte tenu des contraintes liées à la démographie des professionnels et du nombre d'actes réalisés au niveau régional, le schéma inscrit une perspective de stabilisation (voire une diminution du nombre d'implantations) sur Paris et la petite couronne. En ce qui concerne l'activité croissante de thrombectomie, une réévaluation des sites sera effectuée lors de la parution de nouveaux textes ministériels.

Pendant la durée de validité du PRS 2, le développement d'une offre en grande couronne, au sud de la région, devra faire l'objet d'une discussion approfondie entre l'AP-HP et un établissement de l'Essonne dans un but de rééquilibrage géographique et d'amélioration de la réponse aux besoins de cette partie du territoire et des autres régions limitrophes. En cas d'organisation commune entre ces acteurs, et si l'opportunité d'une nouvelle implantation est démontrée, une révision du schéma permettra de l'envisager (en neurochirurgie, neurochirurgie fonctionnelle cérébrale et en NRI).

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Neurochirurgie :

Neurochirurgie générale pour adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	0	1
94	2	2	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	9	8	9

Neurochirurgie - Pédiatrique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	8	8	8

75 : 5 sites autorisés dont un site pédiatrique

Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	4

Neuroradiologie interventionnelle :

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en neuroradiologie (adultes et pédiatrie)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	7	7	7

Greffes

LES GREFFES D'ORGANE L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité de greffe d'organe comprend les greffes de cœur, poumon, cœur-poumon, foie, intestin, rein, rein-pancréas, pancréas. Les autorisations précisent si l'activité concerne les enfants ou les adultes.

Au cours du précédent schéma, en termes d'implantations, le nombre de sites de transplantation est resté stable sauf pour les greffes hépatiques, avec une diminution d'un centre correspondant au regroupement de deux sites et pour les greffes de pancréas avec arrêt de l'activité pour un site.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Renforcer le prélèvement et la greffe implique de professionnaliser les équipes chirurgicales et de revoir les modes d'organisation pour pouvoir assurer les diverses missions et les développements médicalement et technologiquement plus complexes.

Les orientations souhaitables en matière d'offre sont des accompagnements de regroupements de centres de transplantation permettant un renforcement des ressources humaines spécialisées et des plateaux techniques ainsi qu'en parallèle l'organisation d'un maillage territorial multidisciplinaire pour l'inscription en liste d'attente et le suivi des patients.

Les objectifs fixés pour l'activité de greffe d'organe sont :

- Augmenter le nombre de prélèvements
- Décliner les mesures du plan greffe dans le cadre des missions de l'ARS
- Développer le suivi par des personnes déléguées ou de la télémédecine : suivi gradué
- Développer les dons par donneur vivant

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Greffes de rein - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	3	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	7	6	7

Greffes de rein - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Greffes de cœur - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	1	0	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	5	4	5

Greffes de cœur - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Greffes de cœur poumon - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	0	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	1	2
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	1	3

Greffes de cœur poumon - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Greffes de foie - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	2	1	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	4	3	4

Greffes de foie - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Greffes d'intestin - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1

Greffes d'intestin - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1

Greffes de pancréas - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Greffes de pancréas - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1

Greffes de poumon - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	1	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	4	3	4

Greffes de poumon - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Greffes de rein pancréas - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	2	1	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	2	3

LES GREFFES DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏTIQUES

Greffes de cellules hématopoïétiques - Adultes dont spécification adolescents-jeunes adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	6	6	6

Greffes de cellules hématopoïétiques - Enfants			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Médecine d'urgence

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Dans le paysage Francilien, les structures d'urgences occupent une place importante et constituent un élément central dans l'organisation de l'offre de soins non programmée entre PDSA, offre ambulatoire et PDSES. La médecine d'urgence s'appuie sur un ensemble cohérent : la régulation médicale comme outil d'orientation et d'efficacité (SAMU), la proximité au plus près des patients (SMUR) et des services d'accueils polyvalents conformément aux textes réglementaires (SU et SUP).

Les services d'urgence jouent souvent un rôle hybride oscillant au gré de facteurs extrinsèques, des spécificités territoriales et des évolutions du système de soins : entre centres de diagnostic rapide se substituant parfois aux hôpitaux de jour ou à la médecine de ville, centres d'accès à la médecine spécialisée ou à l'hospitalisation, centres d'excellence et polyvalents de prise en charge de l'urgence vitale ou ressentie comme telle, centres d'accueil des parcours de soins brisés ou d'errance d'une demande de soins. Conformément aux articles R. 6123-1 et R. 6123-4, R. 6123-5, R.6123-8 du CSP, les modalités d'exercice de la médecine d'urgence sont soumises à autorisation et se distinguent en Île-de-France selon les modalités suivantes :

1. SAMU (Service de l'Aide Médicale Urgente)
2. SMUR (Service mobile d'Urgence et de Réanimation terrestre et hélicoptère)
3. SMUR pédiatriques
4. Structures d'urgences
5. Structures d'urgences pédiatriques

Depuis une vingtaine d'années, le recours aux structures d'urgence est devenu un mode d'entrée de plus en plus fréquent dans le système de soin. En 2015, plus de 18 millions de passages ont été recensés en France (versus 7 millions de visites en 1990) dont près de 4 millions de passages ont été recensés en Île-de-France (20% de l'activité nationale). Cette croissance est plus soutenue que l'évolution démographique (source INSEE : 57 996 401 en 1990 versus 66 380 602, soit +8 384 201 habitants et +14%). On note une accélération notable depuis 10 ans avec une croissance de + 30% (source IRDES 2015).

En Île-de-France, la croissance reste très soutenue dans les structures d'urgence avec une évolution de 2 à 3 % entre 2014 et 2015 et près de 5 % en 2016 (soit un peu moins de 200 000 passages supplémentaires dans les structures d'urgences Franciliennes). Cette croissance est variable à l'échelle des territoires et concerne les structures polyvalentes ou pédiatriques. De leur côté, les CRRA 15 (Centre de réception et de régulation des appels) de la région ont réceptionné en 2016 plus de 4,7 millions d'appels soit plus de 400 000 appels de plus qu'en 2015 (+ 9,6 %). L'augmentation du nombre de sorties SMUR est plus modérée (+ 1%).

La région Île-de-France dispose d'un réseau de recours aux soins urgents hospitaliers cohérent qui permet d'assurer pour la quasi-totalité des Franciliens une couverture en moins de 30 minutes conformément aux orientations nationales.

L'Île-de-France se distingue par une densité importante de structures d'urgence à haut volume d'activité. Cette spécificité constitue un défi supplémentaire dans les capacités d'évolution et d'adaptation du réseau francilien aux nouveaux enjeux de la nécessaire territorialisation des activités d'urgences.

L'offre francilienne totalise au 1^{er} janvier 2018 :

- 87 sites autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence (SU),

- 35 sites autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence pédiatrique dont 3 sites prenant en charge exclusivement des enfants (SUP),
- 36 SMUR,
- 5 SMUR pédiatriques,
- 8 SAMU,

Par ailleurs l'Île-de-France est dotée d'un hélismur.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Les objectifs qui visent à **apporter une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente**, fixés à l'aune des besoins identifiés, sont présentés ci-dessous :

- **Mieux connaître et mieux mesurer l'activité des urgences et des soins non programmés** : mettre en place un observatoire régional des urgences, promouvoir l'animation territoriale sur la qualité des données des structures, améliorer la connaissance de l'activité, valoriser l'expertise métier ;
- **Optimiser les organisations territoriales** : mettre en place une animation à travers des réseaux des urgences prenant en compte les nouvelles organisations territoriales (GHT notamment) ; réfléchir sur les perspectives d'évolutions organisationnelles à l'échelle du territoire et des structures, prioriser les structures fragiles afin de mieux guider les actions, optimiser la régulation régionale des SMUR pédiatriques ;
- **Améliorer l'aval des urgences** : améliorer le pilotage de la gestion des lits ; travailler sur la prédictibilité du besoin en lits non programmés, mieux suivre et évaluer la mise en place d'indicateurs sur l'aval dans le portail eCERVEAU ;
- **Améliorer l'attractivité de la spécialité et des structures** : favoriser les partenariats intra GHT et intra régionaux, améliorer les conditions de travail notamment liées à l'aval, mieux évaluer la pénibilité, favoriser et mieux accompagner les parcours professionnels, favoriser l'émergence du leadership et du management ;
- **Mieux anticiper les périodes de mise en tension des structures d'urgence** et organiser l'offre de soins lors des périodes de mise en tension sur le système de santé : identifier de nouveaux leviers d'amélioration afin de promouvoir la conduite du changement vers une approche plus transversale, plus intégrative de la problématique et plus en adéquation avec la réalité des spécificités des territoires ;
- **Optimiser l'articulation avec la Permanence des soins en établissements de santé (PDSSES)** ;
- **Favoriser l'articulation entre les différents dispositifs de soins non programmés au niveau des territoires** : avoir une approche plus transversale autour d'un seul terme : **l'accès aux soins non programmés**. Les structures d'urgence hospitalières s'intègrent en complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres types de recours. Ainsi, les structures de soins non programmés et de premier recours, la permanence des soins en ambulatoire (PDSA), la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES), les urgences hospitalières, sont autant de solutions complémentaires à articuler autour du patient.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Les implantations actuelles sont maintenues dans l'attente des évolutions réglementaires au niveau national, compte tenu :

- de la croissance d'activité continue des structures en Île- de-France,
- d'un réseau cohérent assurant une couverture en moins de 30 minutes d'une structure de prise en charge des soins urgents ;

Structures des urgences :

Médecine d'urgence - Structures des urgences (SU) adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	13	13	13
77	11	11	11
78	11	11	11
91	11	11	11
92	11	11	11
93	12	12	12
94	9	9	9
95	9	9	9
TOTAL IDF	87	87	87

Médecine d'urgence - Structures des urgences (SU) pédiatriques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	6	6	6
78	4	4	4
91	4	4	4
92	5	5	5
93	5	5	5
94	4	4	4
95	4	4	4
TOTAL IDF	35	35	35

Dont :

Médecine d'urgence - Structures des urgences (SU) pédiatriques exclusives			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

Services de l'Aide Médicale Urgente :

Médecine d'urgence - Services d'aide médicale d'urgence (SAMU)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
TOTAL IDF	8	8	8

Services mobiles d'Urgence et de Réanimation terrestres et hélicoptérés :

Médecine d'urgence - Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	8	8	8
78	5	5	5
91	6	6	6
92	2	2	2
93	4	4	4
94	2	2	2
95	5	5	5
TOTAL IDF	36	36	36

Médecine d'urgence - Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatriques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
95	1	1	1
TOTAL IDF	5	5	5

Réanimation – soins critiques

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Les objectifs de stabilisation du nombre de lits et de sites de réanimation et d'unités de surveillance continue ont été atteints dans le cadre de la mise en œuvre du PRS 1 :

Réanimations : depuis plus de 10 ans, la stratégie régionale a consisté à diminuer le nombre des implantations de faible capacité en renforçant les autres réanimations, aboutissant à une diminution globale du nombre de lits de 6% entre 2008 et 2017. La quasi-totalité des réanimations dont la taille est strictement inférieure à 8 lits a été fermée ou a fait l'objet d'un non renouvellement d'autorisation, avec regroupement des activités « lourdes » dans des unités de réanimations plus importantes, au sein d'un environnement médicoteknique plus favorable. Ces unités fermées ont - pour certaines - été requalifiées en USI ou USC.

Depuis 2013, il n'y pas eu de difficulté d'ordre capacitaire dans la région (pas de disponibilité en lits de réanimation inférieure à 40 lits (déclarés sur le Répertoire Opérationnel des Ressources, ROR) plus de deux jours de suite.

Un groupe d'expert régional, mandaté par le comité régional dédié aux soins critiques, a proposé en 2015 des critères d'évaluation de l'activité de réanimation, repris dans l'arrêté du DGARS Île-de-France n°16-145 du 4 avril 2016. Ces indicateurs qui ont pour objectif une meilleure connaissance des besoins et de l'offre en soins critiques au sein de la région s'imposent à tout titulaire de l'autorisation d'activité.

Unités de surveillance continue : l'installation des capacités en lits de réanimation et de surveillance continue à proximité immédiate de la réanimation (d'une capacité au moins égale à 50% de celle de la réanimation - cf circulaire DHOS/SDO/N°2003/413 du 27 août 2003) a été complétée, pour les réanimations non spécialisées – chirurgie cardiaque ou neurochirurgie –, et à l'exception d'un site. La mise en place des USC sous la responsabilité des réanimateurs a été accompagnée pour les sites dont l'USC est directement adossée à la réanimation. Par ailleurs des USC pédiatriques, non adossées à une réanimation, ont été reconnues dans le cadre de deux appels à candidature réalisés en 2014 (8 sites/32 lits) et en 2017 (9 sites/36 lits).

Soins critiques adultes :

- Au 1^{er} janvier 2018, **69 établissements exercent une activité de réanimation en Île-de-France** : 25 établissements publics de santé (EPS), 19 établissements de l'AP-HP, 15 établissements privés commerciaux, 7 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 1 centre de lutte contre le cancer (CLCC) et 2 hôpitaux d'instruction des armées (HIA –hors procédure d'autorisation). Ils totalisent 95 services ou unités de réanimation représentant au total une capacité d'environ 1 170 lits.
- Au 1^{er} février 2018, 14 unités de réanimation comportent 8 lits. Un établissement de grande couronne détient une autorisation dérogatoire (unité de 6 lits) dans le cadre d'un département territorial de soins critiques mis en place au sein d'un GHT.

Il persiste une hétérogénéité intra régionale dans la répartition des unités /lits de soins critiques. Cette hétérogénéité est en partie liée à la présence dans Paris intra-muros d'unités de réanimation spécialisées, centres de recours pour l'ensemble de la région.

Implantations et capacitaire par département en Île-de-France (réanimation adulte)

Départements	Établissements	Capacités	Capacités de réanimation (hors neurochirurgie et chirurgie cardiaque)
75	15	407	312
77	6	73	73
78	8	84	82
91	6	95	88
92	12	193	152
93	9	103	89
94	8	153	111
95	5	62	62
Total	68	1170	990

Source : inventaire ARS, incluant le service de santé des armées

En 2016, l'Île-de-France a totalisé 55 279 séjours en unités de réanimation (soit 378376 journées), dont 41 207 séjours (60,7%) ou 353 404 journées (93%) avec le supplément réanimation. Depuis 2013, alors que le nombre de séjours est stable (environ 55 000/an), le nombre de journées d'hospitalisation en unités de réanimation a diminué de 1%, de façon constante. Cette diminution accompagne une baisse de la DMS de 7,06 jours en 2013 à 6,84 en 2016, témoin de la modification des pratiques médicales et/ou de la typologie des patients admis. En 2016, 5 unités de réanimation parmi celles disposant alors d'une autorisation d'activité ont totalisé moins de 250 séjours dans l'année.

- **134 établissements franciliens exercent une activité de surveillance continue** (incluant les USC adossées à une réanimation), totalisant 1 282 lits. Pour 63 établissements de santé, l'activité d'USC est non adossée à une unité de réanimation (soit 437 lits d'USC), dont 8 établissements publics de santé (EPS), 52 établissements privés commerciaux, 2 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 1 centre de lutte contre le cancer (CLCC).

Implantations et capacitaire par département en Île-de-France (USC adulte)

Départements	Établissements	Capacités
75	26	328
77	17	126
78	15	116
91	14	132
92	22	236
93	17	141
94	14	134
95	9	69
Total	134	1282

Source : inventaire ARS, incluant le service de santé des armées

En 2016, l'Île-de-France a totalisé 58 833 séjours en USC (soit 335116 journées), avec supplément USC. Cette activité est en augmentation constante depuis 2009, soit 70% d'augmentation du nombre des séjours, et 102% d'augmentation du nombre des journées. Initialement, cette augmentation était principalement liée au développement de cette offre de soins en rapport à la mise en place progressive de la réglementation. La poursuite de l'augmentation d'activité des USC franciliennes semble correspondre à une augmentation des besoins.

- En outre, **9 types d'unités de soins intensifs (USI)** sont aujourd'hui identifiés dans la région (total régional de 1 126 lits reconnus) : USI en cardiologie, USI Neurovasculaires, USI en hématologie, USI en dermatologie, USI en pneumologie, USI hépato-gastro-entérologie, USI Maladie infectieuse, USI Néphrologie et USI en neurologie.

Soins critiques pédiatriques :

Au 1^{er} janvier 2018, **7 réanimations pédiatriques** sont autorisées dans la région : 3 réanimations pédiatriques (1 dans l'Essonne, 2 dans les Hauts de Seine) et 4 réanimations pédiatriques spécialisées (3 à Paris, 1 dans le Val de Marne).

18 établissements disposent d'unités de surveillance continue (incluant les USC adossées à une réanimation), totalisant 274 lits. 11 exercent cette activité au sein d'USC non adossées à une unité de réanimation pédiatrique (45 lits d'USC). En outre, 9 USCP vont être mises en œuvre, suite à l'appel à projet régional lancé en 2017.

2 types d'USI sont identifiés en Île-de-France pour la prise en charge des enfants (hors soins intensifs de néonatalogie). **5 sites** et 67 lits sont ainsi reconnus (4 sites dotés d'une USI hématologie totalisant 65 lits et 1 site doté d'une USI neurovasculaire de 2 lits).

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

➤ **Consolider l'offre de soins critiques en Île-de-France :**

Dans la poursuite des objectifs du PRS1, il convient de renforcer la structuration de l'offre de soins critiques en se basant sur l'évaluation des besoins.

Capacitaire global de soins critiques (réanimation et USC) : les données globales d'activité en réanimation suggèrent de maintenir la capacité régionale actuelle en lits de réanimation. La diminution récente du nombre des séjours qualifiants devra toutefois inciter à une réflexion régionale avec les différents partenaires et les professionnels sur ce dimensionnement régional global et la répartition des lits implantés.

A contrario, la constante progression de l'activité des USC franciliennes, persistante plusieurs années après la mise en conformité des établissements disposant d'une autorisation de réanimation (création des USC adossées), suggère de poursuivre le développement des capacités de surveillance continue pour l'adulte. La diminution du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle dans le cadre du « virage ambulatoire » ainsi que la diminution des moyens de surveillance (notamment paramédicale) qui y sont dédiés tend à conforter cette attitude.

Ainsi, le nombre d'implantations de réanimation n'a pas vocation à progresser dans la durée du PRS2. Dans certains territoires, une redistribution des capacités doit permettre de structurer l'offre autour d'unités de réanimation disposant d'un nombre suffisant de lits pour :

- respecter la réglementation concernant le ratio d'une IDE pour 2,5 patients,

- utiliser au plus juste la ressource médicale dans un contexte où la démographie médicale est contrainte (en médecine intensive-réanimation et en anesthésie-réanimation) et reste donc un sujet majeur pour l'organisation de l'offre,
- utiliser au plus juste la ressource matérielle et les plateaux techniques,
- atteindre un niveau d'activité suffisant pour permettre un maintien de compétence et une amélioration de la relation volume d'activité / qualité des soins (voire mortalité) scientifiquement démontrée ;

L'évolution des services de réanimation concernés par une taille égale à 8 lits et/ou une activité inférieure à 250 séjours par an pourrait conduire à une augmentation de capacité si le besoin est avéré ou à un regroupement de sites.

Le nombre d'implantations d'unités de surveillance continue n'a pas vocation à progresser dans la durée du PRS2, seules les capacités des unités pourront être réévaluées en fonction des conclusions du groupe de travail régional.

➤ **Territorialiser l'offre de soins critiques :**

➤ Il semble impératif de graduer l'offre de soins critiques au sein des territoires, et en particulier en grande couronne, et au sein des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Cette gradation des soins critiques doit probablement s'organiser autour d'unités de réanimation référentes pour les unités de plus petite taille ou les USC isolées du territoire.

➤ Le premier niveau d'organisation concerne les GHT : des organisations sur les parcours de patients et des coopérations doivent être écrites dans les projets médicaux partagés, et des équipes territoriales de soins critiques peuvent être créées si la démographie médicale le nécessite et le permet. Une réflexion plus globale sur l'organisation des soins critiques sur chaque territoire devra se tenir, avec les unités de soins critiques de tous les établissements partenaires, en lien avec la (les) unité (s) de réanimation de l'établissement de référence, le cas échéant.

➤ Ainsi, l'ARS Île-de-France sera particulièrement attentive à l'amélioration des coopérations et des organisations entre les structures détenant et ne détenant pas d'autorisation pour l'activité de réanimation et encouragera les différents établissements à structurer par des conventions cette offre graduée de soins critiques.

➤ **Mieux encadrer les Unités de Surveillance continue isolées (non adossées à une unité de réanimation au sein de l'établissement) :**

Un certain nombre de ces unités est né de la requalification d'unités de réanimation en USC dans le cadre des travaux de structuration de l'offre de soins durant le PRS1. Ce sont des USC médico-chirurgicales (ou polyvalentes) le plus souvent. Il faut évaluer et clarifier le rôle de ces USC polyvalentes isolées dans l'offre de soins, et que ces USC disposent d'un cadre organisationnel qui peut être défini à l'échelle régionale. Ces unités doivent être positionnées dans leur territoire (GHT, département,) selon le principe de gradation des soins.

➤ **S'appuyer sur le développement de la télémédecine :**

➤ Le développement de la télémédecine doit permettre d'assurer le partage et le transfert des compétences ainsi que l'homogénéisation des pratiques médicales, notamment entre les unités de surveillance continue isolées et l'unité de réanimation référente. L'accès aux centres de réanimation experts/ spécialisés sera également facilité.

➤ **Moduler l'offre de soins critiques selon la saisonnalité des besoins :**

- L'offre de soins en réanimation doit pouvoir s'adapter à des besoins inhabituels liés à la gestion de crises (canicule, grippe, ...) mais surtout les établissements doivent pouvoir anticiper certaines périodes de tension récurrentes. L'ARS Île-de-France a initié en 2017 l'écriture d'un plan d'anticipation et d'adaptation du système de santé aux périodes de tension. Ce plan intègre un axe dédié aux soins critiques, et bien que la modulation capacitaire des unités de réanimation ne soit pas simple, des solutions élémentaires comme la coordination des périodes de fermetures de lits au sein d'un territoire (et en particulier au sein d'un GHT) peuvent être mise en place.
- Par ailleurs, promouvoir la modularité des services (possibilités architecturales et organisationnelles) dans le cadre des projets de reconstruction/ rénovation des unités permettrait d'adapter les services à la gestion des épidémies saisonnières, des crises, et des épidémies de bactéries multi-résistantes.

- **Renforcer le système d'information sur les capacités d'accueil régionales :**
- Le système d'information sur la disponibilité des lits de réanimation, intégré au Réseau Opérationnel des Ressources est destiné à permettre une meilleure adéquation des ressources aux besoins. L'exhaustivité des informations concernant la disponibilité des lits en réanimation et soins intensifs est un objectif fort (actuellement 70% des établissements saisissent leurs données).
- Plusieurs axes de modernisation de l'outil sont envisageables (disponibilité de l'outil sur smartphone, ajout des unités de surveillance continue isolées ou adossées aux unités de réanimation, ajout du nombre de lits implantés mais fermés afin de disposer d'une quantification de la réserve de lits par territoire pour la gestion des périodes de tension).

- **Une approche plus transversale autour d'un seul terme : l'accès aux soins non programmés :**
Les unités de soins critiques s'intègrent en complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres types de recours. L'évaluation globale des besoins en lits de soins critiques doit se faire dans cette approche transversale intégrant notamment les régulations médicales (SAMU) et les services d'urgences.

- **Améliorer le taux de prélèvements chez les patients éligibles au don d'organe :**
Les services de réanimation, investis dans cette mission d'intérêt commun, ont un rôle important à assumer auprès des autres professionnels de santé, des patients et de leurs familles. Le recensement des morts encéphaliques leur incombe.

- **Maîtriser l'émergence des bactéries multi-résistantes émergentes :**
L'Île-de-France est particulièrement exposée aux entérobactéries résistantes aux carbapénèmes du fait de son attractivité médicale. Parmi ces patients, 40% ont été diagnostiqués en réanimation. Des épidémies peuvent avoir un impact majeur sur l'offre de soins critiques spécialisée, comme par exemple pour la réanimation des adultes grands brûlés possible dans 2 sites seulement en Île-de-France. Le regroupement des patients porteurs de BMR émergentes dans des secteurs dédiés permet de prévenir au mieux les épidémies, tout en limitant l'impact sur l'offre de soins. Les services de réanimation structurés en unités indépendantes et autonomes permettent de dédier un secteur à ce type de patients sans fermer l'intégralité du service.

- **Evaluer (mettre en place et moderniser le dispositif de suivi de l'activité) :**
La nécessité d'un registre d'activité de soins critiques (ou tableau de suivi) doit être de nouveau validée au sein du comité régional dédié, et il devra être mis en place durant le PRS2 afin de disposer des indicateurs pertinents pour décrire au mieux les besoins et l'offre de soins critiques en Île-de-France. Ceci s'inscrira dans le prolongement du travail du groupe d'experts régionaux précités.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Réanimation - Adultes			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	15	15	15
77	6	6	6
78	8	6	8
91	6	6	6
92	11	11	11
93	9	8	9
94	7	7	7
95	5	5	5
TOTAL IDF	67	64	67

Réanimation pédiatrique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	2	2	2
93	0	0	0
94	0	0	0
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

Réanimation pédiatrique spécialisée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	3	3	3
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	4	4	4

Insuffisance rénale chronique

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Quatre modalités de dialyse sont définies pour le traitement de l'insuffisance rénale stade 5 :

- Hémodialyse en centre (HD)
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)
- Hémodialyse en unité d'auto dialyse (AD) simple ou assistée
- Dialyse à domicile par hémodialyse (HDD) ou dialyse péritonéale (DP)

Les normes concernant les locaux, les matériels techniques et les dispositifs médicaux sont fixées par arrêté. La transplantation rénale reste la méthode de traitement de l'IRC stade 5 à privilégier.

En Île-de-France, 61 centres d'hémodialyse (HD), 62 UDM, 58 unités d'auto dialyse, 14 sites d'hémodialyse à domicile et 31 sites de dialyse péritonéale sont autorisés au 1^{er} janvier 2018.

Evolution de l'offre autorisée depuis le 1 ^{er} janvier 2013 (PRS 1)									
Centre (HD)		UDM		Autodialyse		HD à domicile		DP	
-2	-3%	+14	+29%	-1	-3%	+5	+75%	+1	+3%

L'activité de dialyse a augmenté de 10 % entre 2014 et 2015, toutes modalités confondues, de manière hétérogène entre les départements.

On note une diminution de l'incidence de l'IRC 5 traitée par dialyse entre 2015 et 2016 et une stabilisation de la prévalence (7861 patients). Des disparités départementales sont à noter avec une plus forte prévalence en Seine Saint Denis. Pour plus de la moitié des patients, la pathologie initiale est l'HTA ou le diabète, en augmentation dans la population francilienne. Par ailleurs il faut prendre en compte le vieillissement de la population, actuellement 33% des patients dialysés ont plus de 75 ans.

L'analyse de la répartition des patients selon leur mode de prise en charge montre que les patients incidents sont traités à 88% par HD et 7% par DP. Les patients prévalents sont traités par HD à 61%, UDM à 19.8%, UAD à 14%, HDD à 1%, et DP à 4.4%. Les patients de moins de 75 ans sont traités à 51% en centre et les plus de 75 ans à 80 %. Ces derniers représentent la moitié des patients pris en charge en centre.

La démographie médicale des néphrologues reste fragile. Bien que leur densité ait augmenté depuis 2011, elle répond tout juste aux besoins régionaux. On note des densités plus faibles en grande couronne (inférieures à la densité nationale et régionale) et une densité triple de celle de la France à Paris. Les effectifs restent en augmentation inégale au niveau départemental depuis 2011.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

- Les besoins actuels face aux enjeux démographiques et épidémiologiques sont de :
- poursuivre la diversification et la territorialisation de l'offre,
- faire de la prise en charge de l'IRC un parcours global à renforcer,
- aller vers une décision médicale partagée et un accompagnement de proximité,

- améliorer l'accès à la greffe rénale,
- soutenir l'évolution des ressources humaines médicales et paramédicales,
- assurer une meilleure prise en compte des publics spécifiques en particulier des personnes âgées et des personnes en situation de précarité.
-
- **Améliorer les parcours de prise en charge de l'IRC :**
 - Renforcer le dépistage et la prévention des maladies chroniques cardio-métaboliques en prenant en compte les disparités territoriales,
 - Retarder l'évolution vers l'IRC stade 5 en particulier par une meilleure prise en charge en pré dialyse et des programmes d'ETP,
 - Améliorer l'offre en SSR à orientation néphrologique,
 - Permettre une meilleure visibilité de l'offre de prise en charge de l'IRC par un meilleur affichage des offres de dialyse, des services de greffe, consultations, hôpitaux de jour, SSR,
- **Optimiser les prises en charge de l'IRC stade 5 en dialyse :**
 - Favoriser l'implication des patients dans la décision médicale partagée vers plus d'autonomie et de fluidité des prises en charge: évaluation et diffusion de la consultation d'annonce,
 - Diversification des prises en charge en renforçant le hors centre,
 - Etude des freins au développement des modalités de dialyse autonome
 - Prise en compte des nouvelles prises en charge type hémodialyse quotidienne nocturne
 - Ajuster l'offre aux besoins et assurer un maillage territorial,
 - Définir des indicateurs de suivi des besoins via REIN PMSI et SNIIRAM
 - Répertorier l'offre de soins en IRC dont le nombre de postes et de séances afin de mieux préciser le maillage et les besoins éventuels et établir une cartographie
 - Revoir l'organisation des replis
 - en tenant compte de l'objectif d'augmentation des modalités de dialyse à domicile
 - en cas d'événement exceptionnel type inondation
- **Augmenter le prélèvement et la greffe tout en renforçant qualité et sécurité :**
 - Améliorer l'inscription sur liste d'attente y compris les inscriptions préemptives
 - Renforcer les aspects chirurgicaux pour le prélèvement et la greffe
 - Développer la greffe à partir de donneur vivant
 - Homogénéiser les pratiques bilans pré-greffes et renforcer la coordination inter-centres.
 - Organiser un suivi partagé des greffés

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

La région ne présente pas de besoin de création ex nihilo de sites d'hémodialyse en centre ou en unités de dialyse médicalisée. Tous les territoires doivent travailler à renforcer l'auto dialyse et les modalités de dialyse à domicile.

Comme dans le PRS 1, il n'y a pas de fixation de cibles dans le PRS 2 pour l'hémodialyse à domicile et la Dialyse péritonéale. Il est considéré que tout site réalisant une activité de traitement de l'IRC doit pouvoir développer une activité d'hémodialyse à domicile et de dialyse péritonéale et solliciter une autorisation après formation de son équipe médicale et paramédicale.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Hémodialyse en centre (HD) :

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale			
Hémodialyse en centre			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	15	15	15
77	5	5	5
78	7	7	7
91	7	7	7
92	8	8	8
93	7	7	7
94	8	8	8
95	4	4	4
TOTAL IDF	61	61	61

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) :

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale			
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	12	12	12
77	6	6	6
78	7	7	7
91	7	7	7
92	8	8	8
93	9	9	9
94	8	8	8
95	5	5	5
TOTAL IDF	62	62	62

Hémodialyse en unité d'auto dialyse (AD) simple ou assistée :

Traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale			
Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	7	7	8
77	8	8	9
78	8	8	9
91	6	6	6
92	5	5	7
93	11	11	11
94	7	7	7
95	6	6	6
TOTAL IDF	58	58	63

Traitement du cancer

L'OFFRE DE SOINS EN CANCEROLOGIE

La lutte contre le cancer est une priorité majeure des politiques de santé publique et de recherche depuis le début des années 2000. Deux plans nationaux se sont succédés depuis 2003 et le troisième Plan cancer a été publié en 2014.

Constats - bilan du PRS 1 :

La mise en œuvre des deux plans cancer et des décrets de 2007 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.

En effet, dans le champ d'intervention de l'ARS, 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, un meilleur accès aux 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.

La cancéropédiatrie, un modèle d'organisation : l'organisation de la prise en charge en cancéropédiatrie, d'ores et déjà structurée, a été renforcée au travers des deux plans cancer précédents pour aboutir à une bonne structuration et à une véritable organisation du parcours :

1. 4 centres de référence, des services de chirurgie spécialisée et des hôpitaux généraux au titre d'établissements associés. Les prises en charge peuvent être relayées en SSR d'hémato-cancérologie et en HAD. Cette organisation garantit un accès à l'expertise tout en permettant une prise en charge de proximité lors de certaines étapes du traitement.
2. Cette organisation graduée en Île-de-France s'appuie sur les actions de coordination et de formation des acteurs à domicile du réseau de cancérologie pédiatrique RIFHOP qui couvre toute la région.
3. La synergie entre les différents acteurs est renforcée depuis la création de l'organisation interrégionale en oncopédiatrie de coordination inter-hospitalière CANPEDIF.
4. Des unités adolescents-jeunes adultes ont été identifiées. Celles-ci doivent s'organiser pour mettre en place une cellule régionale ressource.
5. Un hébergement temporaire est proposé à l'enfant malade, ses parents et sa fratrie, dans les situations de précarité
6. Des programmes de suivi à l'âge adulte de patients traités pour une pathologie tumorale dans l'enfance se mettent en place.

Chez l'adulte, l'offre de soins est aujourd'hui plus structurée pour l'ensemble des modalités :

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

L'offre repose sur quelques grands centres ayant une offre en cancérologie diversifiée et un niveau d'activité élevé ainsi que sur un nombre plus important de centres de taille moindre offrant moins de modalités de traitements différentes. L'attractivité de l'AP-HP et des 2 CLCC a un retentissement sur l'organisation régionale.

1. 143 structures sont autorisées à exercer l'activité de traitement du cancer : 2 CLCC, l'AP-HP sur 19 sites, 29 établissements généraux, 10 ESPIC, 83 établissements privés lucratifs et cabinets de radiothérapie. L'offre est inégalement répartie sur la région et prépondérante dans les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val de Marne.
2. 561 modalités différentes sont autorisées (données au 1^{er} janvier 2018):
 - A. Pour la chirurgie des cancers, 126 établissements dont 113 pour des modalités soumises à seuil : 74 en chirurgie mammaire, 96 en digestif, 67 en urologie, 52 en gynécologie, 39 en ORL-Maxillo-Facial et 19 en thoracique,
 - B. Pour la pratique de la chimiothérapie, 83 établissements,
 - C. En radiothérapie externe, 26 structures. L'irradiation en sources non scellées est assurée par 12 services et les différentes techniques de curiethérapie par 11 établissements. En 2010, le quart des centres de radiothérapie externe étaient non conformes. En 2017, avec la fermeture de 5 activités, tous les centres en fonctionnement sont conformes et portent les investissements nécessaires à l'évolution des plateaux techniques. Le temps d'accès est demeuré stable malgré ces fermetures.

Cette organisation fait notamment suite aux procédures de conformité et de renouvellement des autorisations au cours desquelles les activités ne respectant pas les dispositions réglementaires ont été retirées. Lors de la révision du SROS-PRS intervenue en mars 2015, les implantations cibles disponibles au schéma ont été retirées. Les créations d'activité ne peuvent intervenir que dans le cadre de recompositions de l'offre existante. Dans ce contexte, les coopérations entre acteurs de la prise en charge du cancer demeurent insuffisantes. Quelques projets ont abouti et concernent tous les statuts d'opérateurs.

Evolution du nombre d'autorisations depuis 2009							
Modalités	2009	Janv 2018	Evolution	Modalités	2009	Janv 2018	Evolution
Chirurgie digestive	109	96	- 13%	Chimiothérapie	93	83	- 11%
Chirurgie gynécologique	63	52	- 17%	Radiothérapie externe	30	26	- 13%
Chirurgie du sein	89	74	- 17%	Curiethérapie BD	13	8	- 38%
Chirurgie ORL-MF	53	39	- 26%	HD	8	9	+12%
Chirurgie du thorax	22	19	- 13%	DP	5	4	- 20%
Chirurgie urologique	86	67	- 22%	Sources non scellées	16	13	- 19%

Ce dispositif reste fragile dans certains territoires au regard :

- D. du niveau d'activité, environ 10 % des autorisations des chirurgies soumises à seuil ont un niveau d'activité proche du seuil réglementaire,
- E. de la taille des équipes. La démographie médicale n'est pas sous tension extrême. Les effectifs en formation sont préservés et la région est attractive. Cependant, les difficultés sont manifestes pour certains métiers dans certains territoires.
- F. d'activités parfois isolées.

En effet, les mesures qualitatives à mettre en œuvre et la prise en charge pluridisciplinaire inhérente à la pathologie nécessitent une expertise et des moyens qui sous-tendent une file active de patients consécutive. Or

les seuils d'activité opposables, très faibles, n'ont pas permis une réorganisation pérenne sur tout le territoire et ont mis en concurrence des petites structures au lieu de les engager dans des coopérations.

Chirurgie	Autorisations sans hôpitaux militaires								
Activité 2016	Total	< seuil		Seuil à 1.5Xseuil		45-99 / 30-99 actes		100 actes et plus	
	Nb	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Sein	74	5	7%	12	16%	28	38%	29	39%
Digestif	97	6	6%	19	20%	42	43%	30	31%
Urologie	68	4	6%	16	24%	28	41%	20	29%
Gynécologie	53	6	11%	15	28%	22	42%	10	19%
RL-MF	40	10	25%	4	10%	15	38%	11	28%
Thorax	19	2	11%	2	11%	4	21%	11	58%
Total	351	33	9%	68	19%	139	40%	111	32%

- **Les mesures transversales de qualité inégalement diffusées**

Les mesures qualitatives nécessaires à la prise en charge sont mises en place avec le développement de la multidisciplinarité autour de 417 réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), l'accès au dispositif d'annonce et 48 centres de coordination en cancérologie (3C) qui organisent ce dispositif. La remise du PPS reste insuffisante, l'accès aux soins de support est inégal.

L'Île-de-France est une région assez bien dotée en structures de soins palliatifs (25 USP, 70 EMSP, 93 établissements disposant de LISP). Le maintien à domicile est facilité par les réseaux de santé et l'HAD. Cependant l'accès aux soins palliatifs peut être amélioré, l'intervention tardive des EMSP étant tardive (en moyenne 18 jours avant le décès). La démarche palliative doit être plus anticipée afin d'éviter les retours aux urgences.

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 est effectif en radiothérapie.

- **Les établissements mettent en œuvre les mesures d'efficience :**

L'ARS a accompagné l'organisation des établissements dans l'activité de chimiothérapie en hôpital de jour. La démarche se poursuit pour accompagner l'évolution des besoins avec le développement des thérapies orales. La chirurgie ambulatoire des cancers se développe essentiellement en sénologie pour atteindre 34% en 2016 (20% en 2014) dans les tumorectomies et mastectomies partielles.

La centralisation des préparations de chimiothérapie est mise en place dans tous les établissements concernés et la sous-traitance se développe. L'ARS a fixé pour objectif de limiter les unités de préparation disposant d'un faible volume d'activité au regard des mesures de qualité à mettre en œuvre. La démarche doit être renforcée dans le cadre des GHT : les mutualisations et sous-traitances seront encouragées pour les sites ayant un faible volume de préparation.

- **Des parcours facilités :**

1. La gradation des prises en charge est organisée selon les modalités suivantes :
 - G. pour les pathologies les plus rares par l'identification par l'INCa des centres de tumeurs rares.
 - H. pour l'analyse de la tumeur, trois plateformes de génétique moléculaire. L'organisation de l'anatomo-cyto-pathologie se structure (contraintes démographiques et évolutions techniques) et l'accès à la génétique moléculaire doit permettre de disposer dans les délais nécessaires de l'étude moléculaire.
 - I. pour la prise en charge des hémopathies malignes, les établissements sont identifiés.
 - J. pour la fluidification des parcours et une prise en charge de proximité, 48 établissements de soins de suite et de réadaptation et 4 structures d'hospitalisation à domicile, ayant une reconnaissance au titre d'établissement associé en cancérologie, viennent compléter le dispositif. Cependant, des tensions sont identifiées, liées à une mobilisation insuffisante du dispositif.
 - K. pour la coordination des parcours des patients en situation complexe, la couverture de toute l'Île-de-France par des réseaux de santé est assurée.
Cependant, des soins palliatifs souvent introduits trop tardivement.
2. Il a été initié le déploiement territorial des unités de coordination en oncogériatrie. 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. Les fragilités liées au grand âge doivent être systématiquement recherchées et prises en compte.
3. Les établissements développent des accueils avec des circuits courts permettant un diagnostic dans de meilleurs délais.
4. 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) pour répondre aux objectifs respectivement de 3,4 et 20 par million d'habitants.

1. Des outils d'information, de communication, de coordination insuffisamment déployés :

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

- C. la mise en place du programme personnalisé de soins de même que le programme personnalisé de l'après-cancer.
- D. le déploiement du dossier communicant de cancérologie et un dossier médical permettant un suivi conjoint.
- E. l'accès au service régional d'information en santé.

Ces éléments sont, pour le PPS en cours de redéfinition au plan national, le DCC porté dans le cadre du déploiement régional de Terr e-santé. Une fois santé.fr suffisamment riche en contenus sur les principaux sujets, l'outil fera l'objet de campagnes de promotion afin de permettre au plus grand nombre d'en faire usage au quotidien.

2. les inégalités insuffisamment prises en compte :

L'ARS a commandé à une équipe de recherche (INSERM-UPMC, Dr P Chauvin) un rapport sur « les inégalités sociales en soins de cancérologie ; comprendre pour adapter les pratiques ». Ce rapport a établi la première bibliographie exhaustive disponible en français sur le sujet. Il pointe les éléments clefs de construction des inégalités sociales dans le parcours du patient atteint d'un cancer, et les étapes déterminantes. Ce rapport est désormais en cours de mobilisation par l'Agence dans le cadre de sa stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

➤ **Objectifs par pratique thérapeutique :**

Radiothérapie :

En radiothérapie externe, les 26 sites autorisés ont une activité supérieure au seuil. Les recompositions intervenues les six dernières années ont permis aux opérateurs actuels de porter les investissements nécessaires à l'implémentation des dernières techniques avec notamment la mise en œuvre de la radiothérapie conformationnelle en modulation d'intensité (RCMI).

Les sites à 3 machines et plus proposent pour la plupart la stéréotaxie, technique dont les indications sont appelées à se développer sur les prochaines années (cf rapport ARS IdF évaluation des besoins tumeurs solides). Pour ceux qui ne disposent pas de flûe active appropriée et d'équipe permettant la mise en œuvre de cette technique, une organisation entre les sites pour garantir l'accès à cette technique devra être déclinée à l'échelle des territoires. La question de l'avenir des sites à deux machines pour porter les investissements se pose et des recompositions devraient intervenir dans ce cadre (10 sites concernés).

La radiothérapie per opératoire, traitement en 1 jour du cancer du sein, n'a pas démontré suffisamment de bénéfice coût/ efficacité pour qu'un déploiement soit envisagé à ce stade (1 centre équipé en Île-de-France). Les 13 sites de radiothérapie interne vectorisée permettront de répondre au doublement de l'activité qui à ce jour demeure confidentielle.

En curiethérapie les indications demeurent stables. Tous les sites existants se sont équipés des techniques de haut débit ou débit pulsé pour palier l'arrêt de commercialisation des fils d'iridium. L'organisation doit être fortement intégrée entre radiothérapie externe et curiethérapie pour garantir l'accès dans les délais recommandés à cette dernière et mutualiser les moyens.

Chimiothérapie :

L'activité de chimiothérapie est autorisée dans 83 établissements. Cette autorisation est précisée par une reconnaissance permettant de prendre en charge les tumeurs solides, les hémopathies certains types et les hémopathies tous types. En outre, ce dispositif est complété par des établissements ayant une reconnaissance d'établissement associé de court séjour (5 établissements) ou de SSR (42 établissements).

Bien que les taux d'incidence des cancers soient pour la plupart en diminution, les besoins augmentent en raison du vieillissement de la population, de l'élargissement des indications et de l'augmentation de la survie sous traitement. En parallèle les modalités de prise en charge demandent plus d'expertise et de spécialisation rendant l'exercice en équipe pluridisciplinaire essentiel. L'inclusion des patients dans les essais cliniques est en constante augmentation. En outre, les établissements autorisés ont à se structurer pour améliorer le suivi de leur patient au domicile en facilitant l'accès à leur expertise et le recours aux soins de support.

En raison de difficultés démographiques médicales et de la faible attractivité de certains établissements des recompositions demeurent nécessaires. L'objectif est de constituer des équipes médicales couvrant l'expertise nécessaire, permettant d'assurer la continuité des soins 365 jours par an et œuvrant au développement de la recherche clinique.

En région Île-de-France, plusieurs sites sont fragiles bien qu'ayant une activité supérieure au seuil. La recomposition des équipes permettra sur les territoires déficitaires de rendre les conditions d'exercice plus attractives (expertise, accès à la recherche clinique, pluridisciplinarité).

Les sites « hémopathies tous types » conserveront leur reconnaissance sous réserve de l'organisation de la continuité des prises en charges en soins intensifs d'hématologie et des recompositions prévues (- 2 sites) : 15 sites actuellement.

Les sites « hémopathies certains types » ont vu leurs reconnaissances renouvelées si l'accès à une RCP et à la consultation d'hématologie était organisé : 30 sites actuellement.

Les activités au titre d'établissement associé de court séjour auront à s'inscrire dans un cadre renforçant leur lien avec les établissements autorisés pour garantir l'accès à l'expertise.

Chirurgie des cancers :

Les alternatives thérapeutiques se développent et la pluridisciplinarité demeure un élément qualitatif essentiel notamment concernant les activités de chirurgie des cancers.

L'évolution des techniques chirurgicales (mini-invasives, robot, neuro navigation, ...) conduit vers le développement d'interventions qui ont pour un bon nombre un post-opératoire moins algique, moins compliqué et des durées d'hospitalisation réduites. Le temps per opératoire est lui-même facilité par ces changements en cours.

L'évolution de ces pratiques repose sur un plateau technique adapté et des équipes formées et permettant d'assurer la continuité des prises en charge.

Des spécificités sont à souligner :

- pour toutes les chirurgies complexes :
 - o l'importance de la qualité de la surveillance post-opératoire hospitalière (œsophage, thorax) ;
 - o pour la chirurgie ORL-MF, l'accès à la reconstruction dans le même temps opératoire (reconstruction par lambeau libre) ;
 - o en sénologie, l'accès à la reconstruction mammaire le cas échéant et notamment immédiat ;
 - o en gynécologie : chirurgie combinée digestive, curage lombo-aortique ;
 - o pratique régulière de la chirurgie complexe : œsophage, thorax, ovaire, bas rectum, foie complexe ;

- Concernant les cancers de prostate, l'organisation mise en place doit faciliter la visibilité de la prise en compte des alternatives thérapeutiques pour que l'information donnée permette une décision éclairée du patient.

La qualité de la prise en charge chirurgicale repose, outre sur le plateau technique et l'environnement, sur la décision pluridisciplinaire ainsi que sur l'expertise chirurgicale.

Les activités de chirurgie du cancer seront recomposées dans le cadre de ces éléments afin de supprimer l'exercice isolé ne permettant pas d'assurer l'expertise et la continuité de la prise en charge. Ce faisant, sera facilitée la mise en place, pour la chirurgie des cancers, d'une organisation graduée en fonction de la complexité.

Le quart des établissements disposant d'autorisation de chirurgie des cancers n'a pas d'autorisation de chimiothérapie. Une attention particulière sur l'organisation des RCP, la pluridisciplinarité et la coordination du parcours doit être portée dans ces structures.

SYNTHESE DES OBJECTIFS POUR L'ACTIVITE DE TRAITEMENT DU CANCER:

- **Prendre en compte l'augmentation des besoins et l'évolution du type de besoin**
 - Améliorer la réponse en ville, la coordination ville-hôpital et déployer le dossier communicant de cancérologie,
 - Garantir le niveau d'expertise lié aux évolutions et la qualité de la prise en charge sans aggraver les inégalités sociales et territoriales de santé,
 - Suivre, encourager, garantir l'accès aux innovations et aux prises en charge de recours (génomique, anatomocytopathologie numérique), encourager l'évolution des métiers,
 - Développer les soins palliatifs dans le parcours cancer,
 - Orienter les patients vers une prise en charge adaptée pour diminuer les facteurs de risque de récurrence et de moindre efficacité des soins (tabac, alcool, sédentarité).

- **Faire évoluer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins**
 - Accompagner, restructurer les activités de soins dans le cadre du renouvellement des autorisations. Encourager les coopérations, les recompositions pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge, l'accès diagnostique et thérapeutique dans des délais compatibles avec les recommandations, l'organisation de l'accès aux soins de support,
 - En chimiothérapie, développer une offre attractive pour les patients et les professionnels en développant les coopérations et les restructurations. L'objectif est d'aboutir à la constitution d'équipes d'oncologues et spécialistes d'organe qualifiés/compétents en cancérologie couvrant en expertise la cancérologie fréquente, portant les RCP spécialisées, et couvrant une file active suffisante pour développer la recherche clinique,
 - En chirurgie des cancers, veiller à l'adéquation entre la prise en charge et la qualité du plateau technique, l'environnement, la continuité des soins, la composition de l'équipe et le niveau d'activité pour les situations complexes et de recours. L'accès à la reconstruction et notamment la reconstruction immédiate doit être garanti,
 - En radiothérapie externe, engager les opérateurs non dotés pour un accès à la stéréotaxie.

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

L'organisation des territoires est hétérogène en Île-de-France :

On constate une offre à haute densité sur les départements 75, 92, 94.

Le 93 présente une densité de même ordre mais doit engager les recompositions tant dans le public que le privé pour améliorer son attractivité.

S'agissant des départements 77, 78, 91 et le 95, l'offre est moins dense.

Il convient d'encourager les coopérations et les recompositions pour garantir l'accès diagnostique et thérapeutique, la qualité, la continuité et la sécurité des prises en charge. La structuration doit se poursuivre dans le cadre de la mise en place de projets de territoires.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

1. Prise en charge des adultes :

Chirurgie des cancers :

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	31	31	31
77	14	11	13
78	14	13	14
91	12	12	12
92	17	17	17
93	15	15	15
94	15	15	15
95	8	8	8
TOTAL IDF	126	122	125

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : digestif			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	19	17	19
77	11	8	11
78	11	10	11
91	9	7	9
92	14	12	14
93	11	8	11
94	13	11	13
95	8	8	8
TOTAL IDF	96	81	96

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : gynécologie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	14	13	14
77	4	2	4
78	6	4	6
91	6	4	6
92	9	7	9
93	4	3	4
94	4	4	4
95	5	4	5
TOTAL IDF	52	41	52

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : ORL et maxillo-faciale			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	10	8	10
77	1	1	1
78	5	3	5
91	2	1	2
92	9	6	9
93	6	4	6
94	3	2	3
95	3	2	3
TOTAL IDF	39	27	39

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : sein			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	19	17	19
77	7	6	7
78	8	6	8
91	7	5	7
92	10	8	10
93	9	8	9
94	7	6	7
95	7	6	7
TOTAL IDF	74	62	74

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : thorax			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	1	1	1
78	1	0	1
91	1	1	1
92	5	3	5
93	3	1	3
94	0	0	0
95	3	2	3
TOTAL IDF	19	13	19

Traitement du cancer - Adultes - Chirurgie des cancers soumise à seuil : urologie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	15	14	15
77	8	6	7
78	7	6	7
91	7	6	7
92	7	6	7
93	8	6	8
94	9	7	9
95	7	5	7
TOTAL IDF	68	56	67

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer :

Traitement du cancer - Adultes - Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	22	21	22
77	12	11	12
78	10	10	11
91	9	8	9
92	14	13	14
93	10	9	10
94	13	11	13
95	7	7	7
TOTAL IDF	97	90	98

Traitement du cancer- Adultes- Chimiothérapie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	16	15	16
77	11	10	11
78	8	8	9
91	8	7	8
92	13	12	13
93	9	8	9
94	11	9	11
95	7	7	7
TOTAL IDF	83	76	84

Traitement du cancer- Adultes- autres traitements médicaux du cancer			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	20	20	20
77	6	6	6
78	8	8	8
91	4	4	4
92	11	11	11
93	4	4	4
94	10	10	10
95	7	7	7
TOTAL IDF	70	70	70

Radiothérapie et utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées:

Traitement du cancer - Adultes - Radiothérapie externe			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	3	2	3
78	2	2	2
91	2	2	2
92	4	3	4
93	2	1	2
94	4	3	4
95	3	2	3
TOTAL IDF	26	21	26

Traitement du cancer - Adultes - Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	1	1	1
94	3	3	3
95	1	1	1
TOTAL IDF	13	13	13

Curiethérapie :

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	3	3	3
93	0	0	0
94	1	1	1
95	2	2	2
TOTAL IDF	11	11	11

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie bas débit			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	3	3	3
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	8	8	8

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie débit pulsé			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	1	1	1
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	4	4	4

Traitement du cancer - Adultes - Curiethérapie haut débit			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	4	4	4
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	2	2	2
93	0	0	0
94	1	1	1
95	2	2	2
TOTAL IDF	9	9	9

2. Prise en charge des enfants

Chirurgie des cancers :

Traitement du cancer - Enfants - Chirurgie des cancers			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	6	6
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	2	2	2
95	0	0	0
TOTAL IDF	8	8	8

Chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer :

Traitement du cancer - Enfants - Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	5	5	5
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	6	6	6

Radiothérapie et utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées:

Traitement du cancer - Enfants - Radiothérapie externe			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	1	1	1
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	4	4	4

Traitement du cancer - Enfants - Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	2	2	2
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	3	3	3

Curiethérapie :

Traitement du cancer - Enfants - Curiethérapie			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	2	2	2

Traitement du cancer - Enfants - Curiethérapie bas débit			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	1	1	1
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0

Traitement du cancer - Enfants - Curiethérapie débit pulsé			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
92	0	0	0
93	0	0	0
94	1	1	1
95	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1

Génétique

L'OFFRE DE SOINS EN GENETIQUE

En 2017 l'Île-de-France compte 45 autorisations dont 14 pour la cytogénétique et 31 pour la génétique moléculaire (dont une activité autorisée non mise en œuvre) sur un total de 34 sites dont 17 à l'AP-HP. L'Agence de biomédecine (ABM) recense 73 EUGT (numéro identifiant unique de chaque équipe de laboratoire utilisé par l'ABM et Orphanet) dont 56 à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Toutes les autorisations ont été revues en 2013 pour une durée de 5 ans.

L'offre de soin en Île-de-France est plutôt importante au regard de sa population qui représente 18% de la population française. En effet, 32,7% des laboratoires autorisés sur le territoire national le sont dans la 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. La 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, dont une en Île-de-France.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Les priorités pour l'activité de génétique post-natale à des fins médicales sont nationales :

1. Accréditation par le Cofrac
2. Coordination entre biologiste et clinicien
3. Information du patient et/ou de son entourage familial, avant et après l'examen biologique
4. Regroupement des laboratoires avec développement d'une activité de recours

Indicateurs d'évaluation

- Taux d'accréditation par le Cofrac : 100 % en 2020
- Taux de laboratoires collaborant avec plusieurs Filières de santé labellisées par la DGOS pour les maladies rares⁵¹ : cible 100 %
- Taux de laboratoires organisant des réunions avec les prescripteurs : cible 100 %
- Taux de laboratoires avec une activité de recours (diagnostic proposé par aucun autre laboratoire ou réponse à des besoins nationaux) : année N > N-1

⁵¹ <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-maladies-rares-l-offre-de-soins>

L'objectif est de mutualiser les moyens, qu'ils soient techniques ou humains, en regroupant les activités.

La génétique moléculaire post-natale ne nécessite pas de répartition géographique infra-départementale car les échantillons biologiques des patients peuvent être acheminés du lieu de leur prélèvement jusqu'au site du laboratoire de biologie médicale dûment autorisé pour cette activité pour autant que les conditions de transport en termes de durée et de température soient maîtrisées.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

L'activité d'« Examen des caractéristiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales » est déclinée en 2 modalités :

Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou à identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales - Cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	6	3	6
77	0	0	0
78	2	1	2
91	0	0	0
92	2	1	2
93	2	1	2
94	1	1	1
95	1	1	1
Total IDF	14	8	14

Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou à identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales - Génétique moléculaire			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé janvier 2018	Implantations cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute
75	13	6	13
77	1	1	1
78	2	1	2
91	1	1	1
92	3	1	3
93	4	2	4
94	4	2	4
95	2	1	2
Total IDF	30	15	30

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

Hospitalisation à domicile

L'OFFRE DE SOINS EN HAD

- 14 opérateurs d'HAD sont autorisés en Île-de-France. Leur activité varie de 4 à 1 455 patients/jour :
 - 3 opérateurs historiques avec une autorisation régionale assurent 94% de l'activité,
 - 7 opérateurs polyvalents interviennent sur une zone d'intervention limitée,
 - 3 opérateurs sont spécialisés en Médecine Physique et de réadaptation (MPR),
 - 1 opérateur est spécialisé en néonatalogie.
- L'activité régionale représente 20% des patients et des journées de l'HAD en France. 2 639 patients sont actuellement pris en charge chaque jour en Île-de France (13 021 patients/jour en France), avec une augmentation de + 11.2% entre 2013 et 2016.

En hausse, l'activité est hétérogène sur le territoire régional : une moyenne de 21,9 patients par jour pour 100 000 habitants : 20 dans les Yvelines à 28,3 dans le Val de Marne.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

L'objectif de développement régional de l'offre d'HAD s'articule autour de 3 priorités :

➤ Une offre d'hospitalisation à domicile accessible partout

Garantir la possibilité de choisir une hospitalisation à domicile partout sur le territoire, sous réserve de sa faisabilité, nécessite de réduire l'hétérogénéité infra-régionale des recours à l'HAD, de diversifier l'offre de modes de prise en charge et de développer les prescriptions.

Ainsi, pour atteindre l'objectif de taux de recours à l'HAD de 35 patients par jour pour 100 000 habitants fixé par la circulaire du 4 décembre 2013 :

- l'intégration au sein des CPOM des établissements MCO et SSR d'objectifs de transfert à l'HAD va être poursuivie et précisée au vu du *case mix* des établissements⁵².
- le développement de l'offre est attendu en priorité dans les territoires où le taux de recours est inférieur à la moyenne régionale, en tenant compte de la dynamique de progression des trois dernières années. De nouvelles autorisations ne sauraient être attribuées dans les zones où le taux de recours dépasse la moyenne régionale.

Indicateurs d'évaluation

- Taux de recours à l'HAD pour 100 000 habitants - année N > N-1
- 100 % de CPOM d'établissements de santé MCO/SSR dont le *case-mix* s'y prête³ comportant un objectif de transfert en HAD

Les opérateurs d'HAD doivent avoir un seuil minimal d'activité impliquant à la fois la connaissance spécifique du métier d'HAD et une polyvalence des prises en charge. Cette polyvalence n'est pas contradictoire avec le recours à des expertises médicales, notamment dans les domaines de la réadaptation, la périnatalité, la cancérologie, la

⁵² Après publication des travaux de l'ANAP sur l'étude des transferts en HAD à partir du MCO et du SSR, en fonction de leur *case-mix* (éventail des cas traités), décrit par le classement en Groupes homogènes de malades (GHM)

cardiologie, la cicatrisation des plaies ou les soins palliatifs, ce qui impose des partenariats privilégiés avec des équipes cliniques spécialisées.

➤ **Indicateur d'évaluation**

- *Nombre régional de partenariats formalisés entre opérateur d'HAD et équipe spécialisée - année N > N-1*

➤ **Un recours direct à l'HAD**

L'HAD demeure essentiellement un moyen de diminuer les séjours d'hospitalisation conventionnelle. Le virage ambulatoire implique une augmentation des prescriptions directes depuis la ville pour éviter une hospitalisation classique.

Cette évolution se heurte à une problématique de réactivité de l'HAD. Toutes les mesures permettant de réduire les délais d'intervention sont encouragées, en particulier les pré-admissions structurées avec le logiciel d'orientation Via-Trajectoire.

Ce changement de paradigme passe également par une meilleure communication auprès des médecins généralistes, une clarification du périmètre de l'HAD et le développement des interventions en établissements médicaux-sociaux.

➤ **Indicateurs d'évaluation**

- *Taux de prescriptions directes de séjour en HAD par des médecins non hospitaliers - année N > N-1 (suivi de l'indicateur sous réserve d'une évolution du PMSI)*
- *Taux d'interventions en ESMS - année N > N-1*

➤ **Une HAD coordonnée avec tous les acteurs du maintien à domicile**

Le développement de l'HAD doit se faire en complémentarité et en articulation avec l'offre de ville, afin d'assurer un parcours fluide et cohérent pour le patient dans une perspective de gradation des soins.

Les partenariats avec les professionnels libéraux de territoire doivent être favorisés, dans le cadre de chartes garantissant les enjeux et contraintes de chacun (pour l'HAD : traçabilité ; pour les professionnels libéraux : intégration au projet de soins global). Ces relations privilégiées et organisées doivent permettre de faciliter les relais à l'entrée comme à la sortie d'HAD, pour garantir la pertinence de l'HAD et la continuité des soins à domicile.

Indicateur d'évaluation

- Taux de séjours en HAD avec document de liaison remis au patient à la sortie - année N > N-1

DECLINAISON TERRITORIALE DES OBJECTIFS DU PRS

Les prescriptions d'HAD en grande couronne auprès d'opérateurs détenant une autorisation régionale sont souvent faites par les services spécialisés de Paris et sa petite couronne. La présence d'un opérateur local facilite l'appropriation de l'HAD par les acteurs du territoire et notamment les prescriptions directes.

Une implantation disponible dans l'Essonne vise à permettre une éventuelle diversification de l'offre par un opérateur local, afin d'augmenter les prescriptions de proximité par les professionnels de ville ou les interventions en établissement social ou médico-social (ESMS), dans le cadre d'une offre polyvalente et uniquement sur des

zones dont le taux de recours à l'HAD serait inférieur à la moyenne régionale, avec prise en compte de la dynamique de progression constatée sur les trois dernières années.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Hospitalisation à domicile						
Partie réglementaire					Partie explicative	
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé Janvier 2018 Sièges juridiques ¹	Implantations cibles PRS 2		Recevabilité OUI/NON	HAD intervenant ²	Taux de recours ³ 2016
		Borne basse	Borne haute			
75	2	2	2	NON	3	20.1
77	5	3	5	NON	8	20.7
78	2	2	2	NON	4	20
91	0	0	1	OUI	3	21.2
92	2	1	2	NON	4	23.4
93	2	1	2	NON	5	21.6
94	0	0	0	NON	3	28.3
95	1	1	1	NON	3	21.1
Total	14	10	15	1		

Légende du tableau :

1- Opérateurs d'HAD autorisés au 1^{er} janvier 2018

2- Total des opérateurs d'HAD intervenant dans un département :

* un opérateur d'HAD n'est pas compté lorsqu'il a réalisé moins de 500 journées dans le département en 2016, sachant que le nombre de journées régional était de 963 175 ;

* les opérateurs d'HAD ayant cessé leur activité depuis 2015 ne sont pas comptés ;

* les nouveaux opérateurs d'HAD autorisés en 2016 sont ajoutés.

3- Taux de recours en patients par jour pour 100 000 habitants avec une moyenne régionale à 21.9 en 2016

Equipements matériels lourds (imagerie)

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Malgré d'importants efforts d'amélioration des taux d'équipements régionaux, portés notamment de 13,21 IRM ou 18,16 scanographes par millions d'habitants fin 2012 à 20 IRM ou 20,3 scanographes prévus à la fin du PRS 1, l'offre de radiologie-imagerie médicale francilienne reste fragile, fragmentée et inégalement répartie entre les départements et au sein de ceux-ci. Ces inégalités reflètent la répartition géographique des autres médecins - demandeurs d'exams radiologiques- et celle des établissements de santé.

Il subsiste également une répartition déséquilibrée des professionnels de l'imagerie entre les établissements publics de santé et la pratique libérale, avec, par exemple, un taux de vacance statutaire particulièrement important dans les hôpitaux en radiologie-imagerie médicale, tant pour les postes à temps plein que pour les postes à temps partiel, qui traduit un manque d'attractivité majeur pour la pratique hospitalière.

De ce fait, de nombreux établissements peinent à maintenir une offre radiologique suffisante, surtout en dehors des heures ouvrables pour répondre valablement aux besoins de la continuité et de la permanence des soins, ce qui est tout particulièrement problématique pour les structures disposant d'un service d'accueil des urgences et recevant les urgences neuro-vasculaires, en raison des délais extrêmement brefs nécessaires pour leur prise en charge. Des besoins particulièrement aigus sont également à signaler en imagerie pédiatrique et en imagerie interventionnelle. Par ailleurs, les restructurations hospitalières et notamment le développement des pratiques ambulatoires nécessitent souvent un accompagnement par l'amélioration de l'offre d'imagerie.

Ces tensions sur l'imagerie, majorées par l'évolution défavorable de la démographie radiologique, contrastent avec un développement des besoins, en particulier d'imagerie en coupes : dans la plupart des pays de l'OCDE⁵³, la scanographie et la remnographie suivent une progression constante de leur intérêt clinique et de leur utilisation en routine, de plus en plus souvent en premier recours, que ce soit pour les soins de proximité (transition de l'imagerie conventionnelle et d'une partie de l'échographie vers l'imagerie en coupe, souvent plus performante) ou pour les soins de recours et les soins de référence (vers une généralisation d'une spécialisation de l'imagerie par organes ou parfois par patientèle et développement de l'imagerie interventionnelle, notamment dans les domaines vasculaires et oncologiques).

En radiologie-imagerie médicale, le progrès technologique, important, ainsi que les préoccupations croissantes de radioprotection incitent cependant à une relative désinflation des usages du scanner, en faveur d'une progression encore accentuée de ceux de l'IRM.

En médecine nucléaire, les progrès technologiques permettent d'effectuer plus rapidement qu'autrefois, et avec des doses d'activité isotopique réduites, les exams sur les appareils de *tomoscintigraphie par émission monophotonique* (TEMP ou en anglais SPECT, *Single photon emission computed tomography*), de sorte que de nombreuses structures ne souhaitent plus nécessairement augmenter leur parc d'appareils.

En revanche, il persiste une progression importante des besoins d'exams par *tomographie par émission de positons* (TEP, ou en anglais PET, *positron emission tomography*) majoritairement couplés à un scanner à rayons X (TEP-CT ou PET-Scan), ou aussi couplés à un imageur par résonance magnétique (TEP-IRM ou PET-

⁵³ Panorama de la santé 2017, les indicateurs de l'OCDE, Chapitre 9, Technologies médicales, p.176 et suivantes.

MR). Cette dernière technologie mixte n'ayant pas encore reçu de tarification, elle reste nécessairement encore du domaine expérimental, pour permettre son évaluation clinique et médico-économique.

Pour les cyclotrons à usage médical, l'offre actuelle, qui répond aux besoins régionaux et extrarégionaux paraît actuellement suffisante.

Pour les caissons d'oxygénothérapie hyperbare (OHB), une réduction significative de l'offre régionale s'est produite ces dernières décennies, avec la suppression d'un équipement qui était implanté sur le site d'un hôpital des Armées et la cessation d'utilisation du caisson mobile des sapeurs-pompiers de Paris. Il ne subsiste actuellement qu'une seule installation monochambre en Île-de-France (installation ancienne dans les Hauts de Seine). Ce type d'équipement à vocation régionale doit être implanté dans des établissements aisément accessibles par voie routière et aérienne (hélicoptère), et disposant notamment d'une réanimation adulte et pédiatrique et de capacités mobiles d'urgence et de réanimation.

Au 1^{er} janvier 2018, le parc autorisé francilien est le suivant :

	IRM		scanner		scanners interventionnels		TEP		gamma caméras		cyclotron		caisson hyperbare	
	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites	appareils	sites
autorisations 1 ^{er} janvier 2018	229	154	233	177	9	9	37	30	82	41	1	1	1	1
Evolution (janv 2013- janv 2018)	↗ 73	↗ 27	↗ 21	↗ 8	↗ 5	↗ 5	↗ 11	↗ 5	↘ 7	(=)	(=)	(=)	(=)	(=)

Un premier plateau d'imagerie médicale mutualisée, PIMM, a récemment été autorisé dans le sud Seine et Marne.

OBJECTIFS FIXES POUR LA DUREE DE VALIDITE DU PRS

Une révision du cadre juridique est engagée par la Direction générale de l'offre de soins, dans l'objectif de remplacer l'actuel régime d'autorisations des équipements médicaux lourds par des autorisations d'activités d'imagerie interventionnelle et non interventionnelle. Cette réforme annoncée devrait conduire à une révision du SRS à mi-parcours de la période d'application du PRS2 (fin 2019 - début 2020). Les objectifs quantifiés et qualitatifs pour l'imagerie ont ainsi été établis sur la base du droit positif actuel.

1. corriger les déséquilibres de l'offre de soins en imagerie

Dans le cadre des actions à mettre en œuvre en vue de la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, il convient d'assurer à chaque francilien un accès équitable, proche de ses lieux de vie (résidence, travail...) à une offre d'imagerie quantitativement et qualitativement suffisante. Cet objectif prioritaire englobe l'amélioration de l'accessibilité aux soins, à prendre en compte dans toutes ses dimensions :

- géographique et pratique (distance et temps d'accès à la technologie pour les patients, facilités d'accès et de stationnement, dépose et reprise des personnes à mobilité réduite ou handicapées...),
- temporelle, avec une amplitude d'ouverture annuelle, hebdomadaire et journalière, correspondant aux besoins des patients et à la continuité ou à la permanence des soins,
- tarifaire, avec des engagements concrets sur la proposition d'actes qui seront assurés aux tarifs conventionnels et la garantie d'acceptation du tiers payant et des patients CMU.

Au sein des territoires, les nouveaux besoins et projets locaux émergeant dans des zones particulièrement bien dotées seront couverts par redistribution d'autorisations d'équipements existants ou, le cas échéant, non renouvelés.

2. constituer ou consolider des équipes territoriales de radiologie

La constitution de ces équipes s'inscrit soit dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT), soit de coopérations structurées et formalisées entre radiologues et/ou médecins nucléaristes, libéraux et hospitaliers, partageant un projet médical et des protocoles de prise en charge communs ainsi que la charge de la permanence et de la continuité des soins en imagerie.

Il s'agit ainsi de renforcer et de rendre plus lisible l'offre d'imagerie médicale et de conforter la permanence des soins en imagerie sur le territoire, pour surmonter les difficultés actuelles de l'imagerie diagnostique et/ou interventionnelle. Les projets de collaboration entre professionnels médicaux compétents en imagerie pourront ainsi conduire à la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM, prévus par l'article L.6122-15 du CSP) et à de nouvelles organisations radiologiques autour de plateaux territoriaux partagés. Dans tous les cas, ces équipes doivent pouvoir échanger entre elles les données administratives, cliniques et d'imagerie des patients pour mutualiser les compétences, accéder rapidement aux antécédents (comptes rendus et images), et permettre les usages de la téléradiologie.

La constitution ou le renforcement de plateaux d'imagerie complets et diversifiés sera prioritaire sur la création de nouvelles implantations géographiques à l'exception des situations exposées ci-dessous :

- demandes portant sur des localisations nettement déficitaires,
- création d'une offre d'imagerie sur des sites ne comportant, pour la radiologie, qu'une offre de scanner ou d'IRM, et pour la médecine nucléaire, qu'une offre de TEMP ou de TEP.

Il convient toutefois de veiller à ce que cet objectif de renforcement des plateaux d'imagerie n'aboutisse pas :

- à la concentration excessive sur un même lieu d'un trop grand nombre d'équipements avec pour effet de majorer ou de pérenniser les déséquilibres de la répartition régionale ou départementale de l'offre radiologique et des EML. Ainsi, au-delà de 2 équipements CT, IRM ou TEP ou de 3 gamma-caméras, une appréciation au cas par cas des dossiers permettra de différencier :
 - o les demandes prioritaires émanant soit d'établissements de santé pour des équipements nécessaires à la prise en charge des patients de l'établissement (hospitalisés et consultants externes), soit d'équipes radiologiques uniques sur une vaste zone géographique qui nécessitent de compléter ou de diversifier leurs équipements,
 - o des demandes moins prioritaires émanant d'une équipe ou d'un ensemble d'équipes déjà bien dotées dont le renforcement viserait à attirer des patients toujours plus éloignés ;

à l'instauration d'une situation qui compromettrait l'accès à ces techniques à d'autres établissements ou d'autres équipes radiologiques du voisinage. Pour limiter ce risque, l'Agence encourage, à l'occasion de demandes d'équipements supplémentaires visant à compléter ou conforter un plateau existant, l'extension des coopérations à d'autres équipes que celles qui utilisent déjà les équipements, pour partager le projet médical global (au-delà du simple partage de temps-machine), avec une répartition équitable des créneaux d'utilisation des appareils et des installations.

Pour permettre une parfaite analyse des demandes, les dossiers comporteront un bilan complet de l'utilisation des équipements déjà mis en œuvre sur le même site ou sur d'autres sites par les mêmes équipes, qu'il s'agisse de la même structure juridique porteuse du projet ou non.

3. Soutenir des projets médicaux de qualité,

Le troisième objectif qualitatif est l'accompagnement de projets médicaux radiologiques diagnostiques et/ou interventionnels robustes et bien construits, cohérents le cas échéant avec le projet médical et les priorités de l'établissement dans lequel ils s'inscrivent, et promus par une équipe qualitativement et quantitativement suffisante. Il est attendu que les acteurs proposent, dans des délais de mise en œuvre proches, et en cohérence avec les deux premiers objectifs présentés :

- une gradation et une hiérarchisation de l'offre d'imagerie, prenant en compte l'ensemble des besoins de la zone géographique desservie, depuis le niveau de proximité (patients de ville, centres et maisons de santé, établissements médico-sociaux..., pour le dépistage, pour les soins courants, pour l'amont et l'aval des soins hospitaliers pouvant être ensuite pris en charge en dehors de l'hôpital) jusqu'au niveau du recours, voire de référence, pour la prise en charge des cas lourds ou complexes ou exigeant des outils ou des compétences médicales hyperspécialisées.

L'équipement des établissements médico-chirurgicaux, notamment pour des sites d'urgences réalisant plus de 40 000 passages annuels, ou pour des activités médicales et chirurgicales objectivement dépendantes d'EML (pédiatrie, urgences neurovasculaires, transplantations, oncologie...) reste à privilégier, sous condition d'un projet médical et d'une équipe radiologique suffisants. La typologie des appareillages doit être adaptée à celle des patients de la structure (par exemple, au sein d'un établissement proposant une activité de chirurgie bariatrique ou d'autres prises en charge de l'obésité, les appareils d'imagerie devront pouvoir accueillir les patients de haut poids).

- une articulation avec les filières et les trajectoires des patients, pour des pathologies ou groupes de pathologies données, en lien avec tous les professionnels de santé spécialisés concernés, notamment par la participation des radiologues aux réunions de concertations pluridisciplinaires. Cette articulation doit permettre au promoteur de quantifier et de caractériser dans sa demande le besoin local, filière par filière, en estimant le nombre d'examen à réaliser à partir de la file active de patients et des recommandations de bonnes pratiques ou du guide du bon usage des examens d'imagerie et de prévoir des priorisations des rendez-vous dans des délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge de ces patients.

4. Garantir la qualité, la sécurité, l'efficacité et la pertinence des soins proposés

Les projets devront fournir les éléments d'appréciation des méthodes et des indicateurs mis en place pour objectiver les efforts permanents dans ces différentes dimensions qualitatives et permettre de les évaluer dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens. Cette évaluation doit notamment permettre de démontrer que les appareillages, lorsqu'ils sont d'une catégorie tarifaire supérieure, sont effectivement utilisés majoritairement pour des patients ou des pathologies pour lesquels ces appareillages haut de gamme apportent une réelle plus-value médicale, scientifiquement établie ou reconnue par la Haute autorité de santé.

5. Prendre en compte l'innovation, organisationnelle ou technologique, l'enseignement des internes et les besoins de la recherche,

Des expérimentations pourront se justifier dans ce cadre. Elles devront être positivement évaluées avant une généralisation.

IMPLANTATIONS OPPOSABLES (OQOS)

Les objectifs quantifiés retenus pour la période d'application du SRS seront progressivement atteints par étapes, pour accompagner le développement des besoins prévus, et en veillant notamment à permettre aux équipements nouvellement autorisés de s'installer et de prendre leur rythme de croisière avant de considérer qu'un besoin local nécessite des appareillages supplémentaires.

Imageurs par résonance magnétique :

EML - Imageurs par résonance magnétique (IRM)						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés Janvier 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées Janvier 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	77	77	83	48	48	50
77	19	19	23	15	15	17
78	21	21	24	15	15	18
91	16	16	18	11	11	12
92	27	27	30	21	21	24
93	25	25	27	16	16	17
94	25	25	29	16	16	18
95	19	19	21	12	12	14
TOTAL IDF	229	229	255	154	154	170

Scanographe :

EML - Scanners (TDM) et scanners interventionnels ()						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés Janvier 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées Janvier 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	66 (5)	66 (5)	72 (8)	48	48	51
77	20	20	23	17	17	19
78	25	25	27	19	19	21
91	19	19	21	17	17	18
92	32 (1)	32 (1)	34 (2)	26	26	28
93	26 (1)	26 (1)	27 (1)	19	19	20
94	25 (2)	25 (2)	29 (3)	17	17	20
95	20 (0)	20 (0)	23 (1)	14	14	16
TOTAL IDF	233 (9)	233 (9)	256 (15)	177	177	193

Figurent entre () les scanners interventionnels (9 scanners autorisés au 1^{er} janvier 2018 non comptabilisés dans les 233 TDM IDF)

Médecine nucléaire

EML - Tomographes par émission de positons (TEP-CT)						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés Janvier 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées Janvier 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	11	11	11	7	7	7
77	3	3	4	3	3	3
78	3	3	4	3	3	4
91	2	2	4	2	2	3
92	6	6	6	6	6	6
93	4	4	7	3	3	5
94	4	4	6	3	3	4
95	4	4	5	3	3	3
TOTAL IDF	37	37	47	30	30	35

EML - Gamma caméras (Gcam)						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareils autorisés Janvier 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées Janvier 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	22	22	22	10	10	10
77	6	6	6	3	3	3
78	6	6	7	4	4	5
91	5	5	6	3	3	3
92	16	16	17	8	8	8
93	12	12	12	6	6	6
94	8	8	8	4	4	4
95	7	7	7	3	3	3
TOTAL IDF	82	82	85	41	41	42

Cyclotron :

EML - Cyclotron à usage médical						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS GEOGRAPHIQUES		
	Existant Appareil autorisé Janvier 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantation autorisée Janvier 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0	0	0	0
77	0	0	0	0	0	0
78	0	0	0	0	0	0
91	1	1	1	1	1	1
92	0	0	0	0	0	0
93	0	0	0	0	0	0
94	0	0	0	0	0	0
95	0	0	0	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1	1	1	1

Caisson hyperbare :

EML - Caissons d'oxygénothérapie hyperbare (OHB)						
Zones de répartition des activités = départements	APPAREILS			IMPLANTATIONS		
	Existant Appareils autorisés Janvier 2018	Cibles PRS 2		Existant Implantations autorisées Janvier 2018	Cibles PRS 2	
		Borne basse	Borne haute		Borne basse	Borne haute
75	0	0	0	0	0	0
77	0	0	0	0	0	0
78	0	0	0	0	0	0
91	0	0	0	0	0	0
92	1	1	1	1	1	1
93	0	0	0	0	0	0
94	0	0	0	0	0	0
95	0	0	0	0	0	0
TOTAL IDF	1	1	1	1	1	1

Schéma cible- permanence des soins des établissements de santé (PDSES)

La sécurité et la qualité du parcours des patients sont des objectifs majeurs que l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France (IDF) s'est fixé. Pouvoir garantir à chaque francilien une bonne prise en charge en urgence au bon endroit et aux horaires les plus avancés de la nuit, des weekends et des jours fériés, a été l'un des premiers travaux engagés par l'ARS Île de France depuis sa création.

1.1 Présentation de la démarche

1.1.1 Définition

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 18h30 ou 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h30 du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Il est à noter que la continuité des soins, définie comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés, est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.

1.1.2 CADRE JURIDIQUE

Article L. 6111-1-3

Aux termes de l'article R. 6111-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-2, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1.

Le présent volet du SRS présente l'état des lieux à la date de publication des établissements assurant la PDSES par activité médicale et modalité d'organisation et fixe, en fonction de besoins de la population, des objectifs de réorganisation de la prise en charge des patients au sein des établissements de santé de la région, aux horaires de permanence des soins.

Les optimisations de la PDSES présentées dans le présent schéma régional, guidées par des besoins de rationalisation des moyens humains, une adaptation aux contraintes financières, et la nécessité d'atteindre des volumes d'activité garants de la qualité des soins, n'impactent pas les autorisations d'activité d'urgence, de chirurgie, ou de soins critiques.

La zone opposable de référence pour la fixation des implantations est le département. Toutefois pour certaines activités de PDSES, la couverture du besoin pourra être évaluée à l'échelle de la région (comme c'est déjà le cas pour la PDSES de recours de neurochirurgie, la neuroradiologie interventionnelle ou l'infectiologie,...).

1.1.3 ELIGIBILITE ET PERIMETRE

L'établissement éligible au titre de la PDSES est par ailleurs dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement. A l'inverse, la non éligibilité au titre de la PDSES n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge ou l'orientation de tout patient qui se présenterait à lui.

La PDSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des établissements, quel que soit leur statut, et englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Les ex hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSES.

Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe, de traitement des grands brûlés et l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet de modalités spécifiques de financement de lignes de gardes et d'astreintes.

Les spécialités relevant des activités réglementées suivantes ne sont pas concernées par les obligations de permanence des soins (annexe I guide méthodologique) :

- Traitement du cancer.
- Soins de suite et de réadaptation.
- Rééducation et réadaptation fonctionnelles.

- Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal.
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

1.2 Diagnostic

Depuis 2011, une méthodologie de réorganisation de la permanence des soins standardisée, basée sur la concertation, a été mise en place par l'ARS Île de France. Cette démarche qualitative a conduit à la reconnaissance de la mission de PDSES pour des établissements disposant d'un plateau technique et du personnel nécessaire définis par un cahier des charges partagés par les professionnels.

Les spécialités pour lesquelles un diagnostic régional est porté, sont celles qui ont fait l'objet d'un tel schéma régional. Pour ces spécialités, des cibles régionales seront définies précisément par territoire. Pour les autres, seules des orientations régionales seront présentées.

Ainsi, 14 spécialités ont été réorganisées dans le cadre d'un schéma régional, pour l'essentiel chirurgicales :

- 2011 – 2012 : chirurgie orthopédique et viscérale
- 2012 – 2013 : chirurgies dites de spécialités (urologie / chirurgie vasculaire / chirurgie pédiatrique / ORL / Ophtalmologie / SOS Main / odontologie)
- 2013 – 2014 : Neurochirurgie / NRI / neuro-réanimation et prise en charge des traumatisés graves

- 2015 – 2016 : endoscopies digestives, mise en place d'une astreinte régionale de conseil en infectiologie, et neuroradiologie interventionnelle pour thrombectomie dans le cadre de la prise en charge des AVC

Pour les spécialités dont la réorganisation est la plus récente, il ne sera pas proposé de changement dans le cadre du présent schéma régional, en l'absence de données d'évaluation suffisantes.

Pour les autres spécialités, les besoins de permanence des soins en IDF sont couverts pour les périodes de PDSSES sur l'ensemble de la région. Néanmoins, pour certains territoires, le dispositif de gardes et d'astreintes en place paraît être insuffisant et pourra être aménagé dans le cadre d'une réflexion menée par le groupe de travail régional, sur la base de l'évaluation des dispositifs en place.

1.2.1 METHODOLOGIE

1.2.1.1 Approche régionale

L'ARS a fait le choix de constituer un groupe de travail représentatif sur le sujet, un comité de pilotage régional (COPIR) PDSSES, organe régional de concertation rassemblant pour l'Île-de-France les fédérations hospitalières régionales, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), la collégiale des urgences SAMU-SMUR, la conférence de présidents de la Commission Médicale d'Établissement (CME) des établissements publics et privés.

Dans le cadre du pilotage régional de la PDSSES, l'ARS Île de France a produit les résultats de trois enquêtes déclaratives visant à diagnostiquer le mode d'organisation et l'activité des établissements de santé au titre de la PDSSES :

- Une de ces enquêtes, annuelle, établit pour chaque établissement la liste des lignes de permanence des soins.
- Une autre, qui est un registre d'activité sur la plateforme en ligne « PDSSES_SA » mis en place en 2014, décrit l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSSES, en nombre d'interventions réalisées par mois, par spécialité et par tranche horaire (1^{ère} partie de nuit de 18h30 à 22h30, nuit profonde de 22h30 à 8h30, et les weekends, soit samedi après-midi et dimanche en journée).
- La troisième est le registre des refus et fonctionnements non conformes, hébergé par le Registre Opérationnel des Ressources, qui permet de déclarer les patients refusés par un établissement reconnu contractuellement pour une mission de PDSSES.

Dans ce contexte, et sans attendre la publication du PRS 2, des propositions de réorganisation ont été présentées aux représentants franciliens de l'hospitalisation et soumises à concertation, notamment dès mars 2015 pour les spécialités de chirurgie orthopédique et viscérale. Certaines, par exemple dans le cadre des travaux de réorganisations de la PDSSES au sein des GHT, sont d'ores et déjà effectives.

Des groupes de travail thématiques sont également mis en place au niveau régional dans le cadre de réorganisations souhaitables pour la région (par exemple, pour la prise en charge des traumatisés graves adultes).

1.2.1.2 Approche territoriale

L'ensemble de ces travaux a été croisé avec une démarche territoriale lancée en février 2011 par l'organisation régulière de réunions départementales, bi annuelles puis annuelles, rassemblant les représentants départementaux des membres du comité de pilotage régional PDSES.

1.2.2 ETAT DES LIEUX

Suite aux travaux de réorganisation de la PDSES menés par l'ARS île de France, une diminution de 20% du nombre de lignes de permanence des soins, gardes et astreintes, a été effectuée depuis 2010 (de 1425 à 1108 lignes pour l'ensemble de la région et pour l'ensemble des spécialités), tout en garantissant la qualité et la sécurité aux horaires de la PDSES.

Les implantations existantes à la date d'écriture de ce PRS pour les spécialités chirurgicales ayant fait l'objet d'un schéma régional sont figurées dans le tableau ci-dessous :

Spécialité	75	77	78	91	92	93	94	95	Île de France	
	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	Existant	
Chirurgie viscérale	1ère partie de nuit	3	5	3	3	5	6,5	4	1,5	31
	nuit profonde	7	2	4	3,5	4,5	3	4	3	31
	weekend	10	9	10	8	10	11	9	6	73
Chirurgie orthopédique	1ère partie de nuit	1	5	4	4	3	6,5	3	1,5	28
	nuit profonde	7	2	3	2,5	4,5	3	4	3	29
	weekend	8	9	10	8	8	11	8	6	68
SOS mains	1ère partie de nuit					1			1	2
	nuit profonde	1		1	1			1		4
	weekend	1		1	1	1		1	1	6

Chirurgie pédiatrique	1ère partie de nuit					1	1	1	1	4
	nuit profonde	3					1	3		7
	weekend	3				1	2	4	1	11
Chirurgie urologique	1ère partie de nuit		1	0			1	1	3	6
	nuit profonde	3	1	1	1	2	1	1	1	11
	weekend	3	2	1	1	2	3	2	4	18
Chirurgie vasculaire	1ère partie de nuit								2	2
	nuit profonde	4	1	1	1	2	1	1	1	12
	weekend	4	1	1	1	2	1	1	3	14
Chirurgie ophtalmo.	1ère partie de nuit		1							1
	nuit profonde	3		1				1		5
	weekend	3	1	1				1		6
Chirurgie ORL	1ère partie de nuit			1	1		1			3
	nuit profonde	1	1	1	1				1	5
	weekend	1	1	2	3		1		1	9
Chirurgie odontologique	1ère partie de nuit								1	1
	nuit	1			1			1		3



Tableau 1. *Implantations de PDSSES par spécialités et par territoire* (les cibles exprimées en ½ correspondent à des sites localisés dans 2 départements différents et ayant mutualisé leurs lignes de PDSSES)

1.2.3 ANALYSE DE L'ACTIVITE

Les données d'activité chirurgicale des établissements reconnus pour assurer la PDSSES au 31 décembre 2016 pour les spécialités chirurgicales ayant fait l'objet d'un schéma régional figurent dans le tableau ci-dessous :

Spécialité	Nombre d'établissements		Activité régionale moyenne*		
	1 ^{ère} partie de nuit	1 ^{ère} partie et nuit profonde	1 ^{ère} partie de nuit (par nuit)	Nuit profonde (par nuit)	Weekend (par weekend)
Chirurgie orthopédique	41	30	21,4	8,3	112
Chirurgie viscérale	41	31	21,9	15,7	65,4
SOS mains	2	4	8	1,2	50
Chirurgie pédiatrique	4	7	4,2	2,2	18,5
Chirurgie urologique	7	11	4	2,5	11,3
Chirurgie vasculaire	2	12	2	1	9,2
Chirurgie ophtalmologique	2	5	1,75	0,9	7,8
Chirurgie ORL	4	5	0,6	0,5	0,8

* : données issues des sites répondeurs, période 2012-2016

Tableau 2. *Activité chirurgicale des sites par spécialités au sein de la région Île de France*

1.2.4 ETAT DES LIEUX PARTAGE

Plusieurs constats se dégagent de l'état des lieux partagé :

- **La réorganisation de la PDESES mise en place en 2012 a permis de clarifier l'offre de PDESES chirurgicale (lisibilité, sécurité) :** cette réorganisation des disciplines chirurgicales fonctionne : l'évaluation subjective des régulations médicales et des médecins urgentistes est en effet positive (lisibilité de l'offre et facilité de « placer » les patients). Par ailleurs, la réorganisation n'a pas modifié l'attractivité des établissements en terme d'activité chirurgicale et de flux de passages aux SAU (réf. : Rapport PDESES orthopédie et viscéral juillet 2014, ARSIF) ;
- Compte tenu des données d'activité déclarées, et pour une juste utilisation de la ressource, **il faut adapter l'offre de PDESES chirurgicale aux besoins en diminuant globalement le nombre de lignes de permanence des soins ;**
- **L'évaluation des dispositifs de PDESES mis en place doit être pérennisée et renforcée :** le taux de remplissage des données d'activité est améliorable, mais surtout l'attention de l'ARS doit se porter sur le faible taux de déclaration des refus, et le manque de régularité du suivi des refus déclarés ;
- La réflexion sur l'évolution de ces dispositifs doit intégrer le fait que 32% des refus sont liés à l'absence de places d'hospitalisation, alors que dans le même temps le nombre de lits de MCO tend à diminuer (en raison notamment du virage ambulatoire) ;
- Pour une même activité de soins, les modalités organisationnelles de la PDESES sont différentes entre établissements distincts. Une clarification doit être apportée, conformément au décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 ;
- Les lignes de gardes et d'astreintes sont fortement concentrées sur le centre de la région, permettant globalement la couverture de l'ensemble des spécialités ; par contre des carences persistent sur certaines spécialités comme par exemple la chirurgie pédiatrique ;

En fonction des différentes plages de PDESES (nuit, week-end et jours fériés) et même au sein d'une même plage (cas de la nuit avant minuit et après minuit), les besoins peuvent varier de façon importante, nécessitant une organisation adaptée. Ainsi **l'activité de weekend sera désormais à distinguer de l'activité de nuit profonde**. Le maintien d'une plage horaire de 1^{ère} partie de nuit, pour tout ou partie des spécialités, en tant que tel fera l'objet d'une réflexion dans le cadre du groupe de travail à échéance du PRS ;
- Les permanences de soins sont peu mutualisées entre établissements d'un même territoire au regard des données d'activité déclarées. Pour une juste utilisation de la ressource, cette ressource médicale mobilisée pour peu ou pas d'activité la nuit devrait être plus efficacement utilisée le jour dans les mêmes établissements ou devrait être utilisée pour travailler dans des établissements ciblés où les effectifs sont réduits. C'est l'activité programmée – et ainsi les patients pris en charge en dehors des urgences – qui subit les conséquences de cette utilisation inadéquate des ressources médicales. **Ainsi, il est souhaitable d'organiser la mutualisation des lignes de permanences de soins entre établissements d'un même territoire ;**
- Enfin, il convient d'évaluer des projets innovants sur certaines activités pouvant avoir une influence en termes d'efficacité globale et de fluidité de la filière de soins ; c'est le cas notamment de la télé-imagerie pour la PDESES en imagerie médicale.

1.3 Objectifs

1.3.1 ENJEUX

Comme l'a indiqué le diagnostic, il existe des opportunités d'optimisation des gardes et astreintes donc de l'utilisation des plateaux techniques permettant de sécuriser la prise en charge des patients tout en anticipant les contraintes de la démographie médicale.

Les trois principaux enjeux de ce schéma résident ainsi dans la volonté :

- D'améliorer la qualité et la sécurité des soins :
 - sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge et d'orientation ;
 - réduire les délais d'attente pour l'orientation en aval des structures urgences ;
 - assurer une meilleure lisibilité des filières de prise en charge ;
 - articuler cette prise en charge avec l'organisation du premier recours existante.

- D'améliorer l'efficacité et la bonne utilisation des ressources humaines notamment médicales :
 - optimiser l'utilisation de la ressource humaine et offrir des conditions de travail acceptables pour le personnel médical assurant des gardes et astreintes ainsi que pour le personnel non médical, tant du domaine public que du domaine privé ;
 - prendre en compte l'ensemble de la filière de prise en charge ;
 - faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics ;
 - éliminer les doublons sur une même activité ;
 - évaluer rigoureusement ce dispositif permettant des adaptations progressives.

- De garantir l'accessibilité des parcours de santé :
 - optimiser l'organisation de la PDSSES dans les territoires permettant au patient d'être pris en charge au bon endroit ;
 - assurer une offre à des tarifs opposables et sans reste à charge pour le patient ;
 - assurer une bonne information des usagers et des professionnels dans cette réorganisation.

1.3.2 PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS

Les principes du présent schéma cible PDSSES sont les suivants :

1.3.2.1 Définir des réseaux d'établissements selon le principe de gradation des soins

Chaque spécialité induit un volume très spécifique d'activités pendant les nuits, les fins de semaine et les jours fériés. Il faut donc ajuster dans chaque territoire le nombre de permanences retenues en fonction du volume d'activité généré et assurer un parcours lisible, efficace afin de concentrer les moyens devenus rares sur quelques sites, disposant de l'ensemble des équipes nécessaires à la prise en charge.

Concernant les chirurgies orthopédique et viscérale, une offre graduée de soins doit être maintenue entre des établissements de première partie de nuit et des établissements assurant la nuit profonde. Cette gradation peut intégrer une offre de PDESES complémentaire le weekend et les modalités organisationnelles sont à définir dans le cadre du présent PRS.

Concernant les autres spécialités chirurgicales, l'offre de PDESES devra au terme de ce schéma, être organisée à l'échelle régionale, en différenciant des établissements spécialisés au niveau territorial, centres de proximité, et des établissements de référence, recours régionaux, comme c'est le cas de la chirurgie pédiatrique ou la chirurgie ORL. Les modalités organisationnelles (1^{ère} partie de nuit ou nuit profonde, astreinte ou garde,...) des centres de proximité seront alors à définir. Ce travail devra être mené par le groupe régional dans le cadre de ce PRS.

Concernant les activités réglementées, la biologie, l'imagerie et autres spécialités médico-techniques, le réseau gradué d'établissements sera établi en fonction de la mise en œuvre du SRS afférent.

L'identification des sites de PDESES par établissement et par spécialité se fera dans les conditions décrites par le décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016.

1.3.2.2 Favoriser la constitution d'équipes médicales de territoire

La constitution des équipes médicales de territoire est une priorité régionale, afin de mutualiser les moyens mis à la disposition de la PDESES et de supprimer les doublons le cas échéant. Une ligne de permanence des soins peut ainsi être portée par des praticiens issus de différents établissements. Des coopérations de cette nature se mettent en place dans le cadre de la constitution des GHT, mais des coopérations entre établissements de statuts différents sont également encouragées au sein d'un même territoire.

Ces « équipes territoriales de permanence des soins » peuvent prendre plusieurs formes : alternance des sites (ce qui peut impliquer un adressage adapté ou un transfert des patients) ou mobilité des praticiens vers l'établissement accueillant le patient (comme cela existe pour l'endoscopie digestive).

Temps partagé d'assistant et/ou de praticien, prime multi-sites, postes à recrutement prioritaire, postes de cliniciens hospitaliers, fédération médicale inter-hospitalière, sont autant de leviers pour la constitution de ces équipes.

1.3.2.3 Respecter les engagements de prise en charge

Pour les spécialités faisant l'objet d'un schéma d'organisation régionale, sept engagements contractuels sont décrits dans les cahiers des charges :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDESES ;
- Mettre en place un coordinateur PDESES pour l'établissement ;
- Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDESES ;
- S'engager au « zéro refus » ;
- Favoriser le retour des patients vers les établissements d'origine ;
- S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif ;
- Garantir l'accessibilité aux soins.

Deux de ces engagements contraignants sont particulièrement essentiels au dispositif. Il s'agit de la mise en place d'un coordinateur PDESES, interlocuteur unique de l'établissement aux horaires de PDESES, et de l'engagement au « zéro refus ». C'est sur ce dernier principe que repose l'ensemble de l'efficacité du dispositif et c'est à cette condition qu'il sera possible d'améliorer sensiblement la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Le registre des refus, tel qu'il est mis en place, doit garantir au quotidien le respect de ce principe. La crédibilité et la sécurité du dispositif mis en place pour les horaires de PDSES dépend de la façon dont sont respectés les engagements contractuels précédemment décrits par l'ensemble des établissements.

1.3.3 CONDITIONS D'IMPLANTATION DE LA PDSES EN IDF

Les orientations régionales pour les spécialités disposant de permanence des soins sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Spécialités	Orientations régionales
Anesthésie adulte	Chaque site disposant d'au moins une PDSES identifiée en chirurgie ou en obstétrique doit disposer d'une PDSES d'anesthésie. La présence reconnue dans le schéma cible d'une PDSES pour une activité supérieure à 2000 accouchements par an (ou d'une maternité de type 3) et d'une PDSES chirurgicale justifie la présence d'une garde dédiée à la maternité. Une garde supplémentaire peut être justifiée au-delà de 4000 accouchements par an.
Anesthésie pédiatrique	Chaque site disposant d'une PDSES en chirurgie infantile doit disposer d'une PDSES d'anesthésie pédiatrique.
Réanimation adultes	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-31 CSP).
Réanimation néonatale	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-61 CSP).
Réanimation pédiatriques	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-34 CSP).
Dermatologie	Il n'est pas retenu de nécessité de permanence dans cette spécialité.
Cardiologie interventionnelle	Les lignes de PDSES sont définies réglementairement (Article D. 6124-181 CSP).
Radiologie interventionnelle	Cette activité peut être identifiée sur les sites de référence régionaux. Un appel à candidature est en cours.
Néphrologie	Les urgences sont le plus souvent prises en charge en réanimation; une PDSES peut être retenue sur un territoire, sur les structures disposant d'une USI néphrologique*.

Neurologie	La PDSES doit être identifiée sur les structures disposant d'une unité neurovasculaire. Une garde doit être retenue pour les UNV-Soins intensifs*.
Gastro entérologie et hépatologie	Chaque territoire doit pouvoir disposer d'un accès à une PDSES pour les urgences endoscopiques; une PDS doit être maintenue sur les sites à condition qu'il existe une équipe suffisante pour assurer la pérennité de la prise en charge tout au long de l'année. L'évaluation ultérieure permettra de faire évoluer le dispositif si nécessaire en fonction des données d'activité.
Médecine générale	Ces lignes relèvent de la continuité des soins.
Pneumologie	Les recours imposant l'intervention d'un pneumologue sont rares et les urgences habituellement prises en charge en réanimation. Une PDSES peut être identifiée sur les sites de référence disposant d'une USI pneumologique*.
Hématologie	Une PDSES peut être identifiée sur les sites de référence disposant d'une USI hématologique*.
Pédiatrie	La PDSES est définie réglementairement sur les sites de maternité (Article D. 6124-44 CSP); une ligne supplémentaire de pédiatrie peut être identifiée pour les maternités les plus importantes. La présence de sur spécialités pédiatriques dans les centres de référence doit être maintenue.
Gynécologie obstétrique	La PDSES est définie réglementairement en fonction du volume d'accouchements (Article D. 6124-44 CSP) ; une ligne supplémentaire de chirurgie spécialisée peut être identifiée pour les maternités les plus importantes.
Chirurgie infantile	Une PDSES doit être identifiée dans les unités spécialisées.
Chirurgie cardiaque	La PDSES est définie réglementairement (Article D. 6124-122 CSP).
Chirurgie vasculaire	Une PDSES doit être identifiée sur chaque territoire à l'échelle d'un bassin hospitalier. Celle-ci peut être complétée dans Paris.
Chirurgie thoracique	Une PDSES peut être identifiée sur les centres de référence.
Chirurgie viscérale et digestive	Une PDSES peut être identifiée sur chaque site disposant d'une structure d'urgence sauf proximité rapprochée entre sites ; toute structure d'urgence doit bénéficier de la possibilité d'un avis dans cette spécialité, y compris en l'absence de PDS sur place (partenariat entre établissements, télé-médecine, ...).

Chirurgie orthopédique	<p>Une PDSES peut être identifiée sur chaque site disposant d'une structure d'urgence en première partie de nuit et les week-end et jours fériés ; un regroupement de la PDSES sur un seul site à l'échelle d'un territoire peut être réalisé compte tenu du très faible nombre de sollicitations avec déplacements après minuit.</p> <p>Toute structure d'urgence doit bénéficier de la possibilité d'un avis dans cette spécialité, y compris en l'absence de PDS sur place (partenariat entre établissements, télé-médecine, ...).</p>
FESUM (SOS mains)	Les PDSES seront identifiées sur les centres disposant d'équipes spécialisées.
Neurochirurgie	La PDSES est définie réglementairement (Article D. 6124-137 CSP). Par ailleurs, est organisée en Île de France une PDSES de recours (associant neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, et neuro-réanimation) : 1 site chaque jour (parmi ceux répondant à un cahier des charges régional « PDSES de recours ») assure en alternance avec les autres ce recours francilien H24 7jours/7. Tous ces sites ainsi que ceux répondant au cahier des charges spécifique « PDSES de proximité » assurent tous les jours de semaine une PDSES de proximité (de 8h30 à 21h).
Urologie	Une PDSES peut être identifiée sur chaque territoire. Celle-ci peut être complétée dans Paris.
ORL	Une PDSES peut être identifiée sur les sites de référence comme recours régional.
Chirurgie maxillofaciale	Une PDSES peut être identifiée sur les sites de référence.
Infectiologie	Une PDSES peut être identifiée au titre d'un conseil régional en infectiologie.
Gériatrie	Ces lignes relèvent de la continuité des soins.
Ophtalmologie	Une PDSES peut être identifiée sur les sites de référence comme recours régional.
Imagerie médicale	Une PDSES peut être identifiée sur les sites disposant d'une structure d'urgence. Cette permanence peut faire appel à la téléimagerie.
* : les lignes de permanence identifiées pour les USI dépendant des reconnaissances contractuelles de celles-ci	

Tableau 3. Orientations régionales pour l'ensemble des spécialités de la région Île de France

1.3.4 IMPLANTATIONS CIBLES

Les implantations cibles par spécialité et par modalité d'organisation sont décrites ci-après. Il est à noter qu'en accord avec l'ensemble des acteurs de la région, une distinction a été opérée concernant la période de PDSES pour la nuit, entre la première partie de nuit et la nuit profonde, à différencier de la période des jours fériés et des weekends.

Cette distinction a été motivée et actée lors des travaux du Comité Régional PDSES relatifs à la réorganisation des urgences chirurgicales la nuit, au vu des données d'activité recueillies.

Pour les spécialités chirurgicales faisant déjà l'objet d'un schéma régional, les cibles d'implantation sont les suivantes :

		75			77			78			91			92			93			94			95			
		E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	E	M	C	
Chirurgie viscérale	1 ^{er} ep	3	-	1	5	-	4	3		3	-	1	5	-	3	6,	-	4,					1,	1,		
		2			1								2			5	2	5		4	4		5	5		
	NP	7		7	2		2	4	-	3	3,		3,	4,		4,	3		3	4	4		3	3		
	WE	1	-	8			9	1	-	9	8		8	1	-	9	1	-	1	9	9		6	6		
	E	0	2		9		0	1					0	1		1	1	0								
Chirurgie ortho	1 ^{er} ep	1	-	0	5	-	4	4	-	3	4	-	2	3	-	1	6,	-	3,				1,	1,		
		1			1			1			2,		2,	4,		4,	5	3	5		3	3	5	5		
	NP	7		7	2		2	3		3	2,		2,	4,		4,	3		3	4	4		3	3		
	WE	8	-	7	9		9	1	-	9	8		8	8	-	7	1	-	1	8	8		6	6		
	E		1				0	1					8	1		1	1	0								
SOS mains	1 ^{er} ep			0						0			0	1	1			+	1		0		1	1		
																		1								
	NP	1		1			1		1	1	1		1		0				1	1				0		
	WE	1		1			1		1	1	1		1		1				1	1		1	1			
Chirurgie pédiatrique	1 ^{er} ep			0										1	1	1	1		1	1		1	1			
	NP	3		3											0	1	1		3	3				0		
	WE	3		3											1	1	2	2		4	4		1	1		
Chirurg	1 ^{er}			0	1	-	0			0		0		0		1	-	0		1	1		3	-	1	

généraliste	1 ^{er} ^{ep}			1							1				2			
	NP	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1		
urologique	WE	3	3	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	4		
Chirurgie vasculaire	1 ^{er} ^{ep}														2	-	1	
	NP	4	-	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	
	WE	4	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	
Chirurgie ophtalmologique	1 ^{er} ^{ep}		0	1	1													
	NP	3	3		0	1	-	0						1	-	0		
	WE	3	3	1	1	1	1							1	1			
Chirurgie ORL	1 ^{er} ^{ep}		0			1	1		1	+	2							
	NP	1	1	1	-	0	1	-	0	1	-	0				1	-	0
	WE	1	1	1	1	2	2	3	3	1	1					1	1	
Chirurgie odontologique	1 ^{er} ^{ep}		0															
	NP	1	1						1	-	0			1	1			
	WE	1	1															

(E: existant ; M: modification ; C: cible ; NP: nuit profonde ; WE: weekend)

Tableau 4. Cibles d'implantation pour les spécialités faisant déjà l'objet d'un schéma régional (les cibles exprimées en 1/2 correspondent à des sites localisés dans 2 départements différents et ayant mutualisé leurs lignes de PDSSES)

Conformément à l'article R. 6111-41 du code de la santé publique, le présent schéma a pour objet de fixer des objectifs, pour les zones définies au a du 2 de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale (cf. tableaux 3 et 4) et par modalité d'organisation.

Ainsi, pour certaines spécialités chirurgicales faisant déjà l'objet d'un schéma régional, les modalités organisationnelles par spécialité sont les suivantes :

		Cibles d'organisation ^a		
		Existant ^a	Cible ^a	
Chirurgie-viscérale^a	1ère partie de nuit ^a			
	nuit profonde ^a	GARDE ^a	GARDE ^a	
	weekend ^a	^c	^c	
Chirurgie-orthopédique^a	1ère partie de nuit ^a			
	nuit profonde ^a	GARDE ^a	DEMI-GARDE + DEMI-ASTREINTE ^b	
	weekend ^a	^c	^c	
SOS-mains^a	1ère partie de nuit ^a			
	nuit profonde ^a			
	weekend ^a	^c	^c	
Chirurgie-pédiatrique^a	1ère partie de nuit ^a			
	nuit profonde ^a			
	weekend ^a	^c	^c	
Chirurgie-urologique^a	1ère partie de nuit ^a			
	nuit profonde ^a	ASTREINTE	ASTREINTE ^a	
	weekend ^a	ASTREINTE	ASTREINTE ^a	
Chirurgie-vasculaire^a	1ère partie de nuit ^a			
	nuit profonde ^a	ASTREINTE	ASTREINTE ^a	
	weekend ^a	ASTREINTE	ASTREINTE ^a	
Chirurgie-ophtalmologique^a	1ère partie de nuit	GARDE ^a	ASTREINTE ^a	
	nuit profonde ^a	GARDE ^a	GARDE ^a	
	weekend ^a	^c	ASTREINTE ^c	
Chirurgie-ORL^a	1ère partie de nuit	GARDE ^a	ASTREINTE ^a	
	nuit profonde ^a	GARDE ^a	DEMI-GARDE + DEMI-ASTREINTE ^b	
	weekend ^a	^c	^c ASTREINTE ^a	

Tableau 5. Cibles d'organisation pour certaines spécialités faisant déjà l'objet d'un schéma régional

1.3.5 FINANCEMENT

Un financement spécifique est attribué à chaque établissement éligible au titre de la PDSSES. Il fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARS et l'établissement. Ce financement est fonction :

- Du nombre de lignes de PDSSES assurées dans chacune des spécialités ;
- De la gradation des soins ;
- De la nature de l'établissement public ou privé, les arrêtés d'indemnisation étant différenciés ;
- De la modalité organisationnelle effective de la PDSSES (astreinte opérationnelle, demi-garde + demi-astreinte, garde...), dans la mesure de la recommandation régionale pour la spécialité le cas échéant.

Ce financement est attribué depuis le 1^{er} mars 2012, au sein du FIR.

Les établissements qui ne respecteraient pas leurs engagements en qualité de recours ou qui ne respecteraient pas les modalités d'organisation retenues pour faciliter le fonctionnement de la PDSSES au niveau du territoire, sont susceptibles de voir leur financement et leur contrat revu par l'ARS.

1.4 Suivi et évolution

Afin de prendre en compte les évolutions nécessaires, le schéma PDSSES pourra faire l'objet d'une révision à tout moment dans les conditions réglementaires prévues.

1.5 Evaluation

Le comité régional PDSSES évalue l'impact de la réorganisation chirurgicale la nuit (flux, délais de prise en charge, qualité...).

Ce comité évaluera la réalisation des missions PDSSES par les établissements engagés de façon à permettre la reconduction de ces missions le cas échéant.

Il devra s'appuyer sur le registre des refus et des fonctionnements non conforme ainsi que sur les deux enquêtes déclaratives visant à diagnostiquer le mode d'organisation et l'activité des établissements de santé au titre de la PDSSES:

- L'enquête annuelle établissant pour chaque établissement la liste des lignes de permanence des soins
- Le registre d'activité en ligne qui décrit l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSSES, en nombre d'interventions réalisées par mois, par spécialité et par tranche.

Il est proposé d'évaluer, par une enquête ponctuelle (annuelle ou semestrielle), l'activité d'avis chirurgicaux aux horaires de la PDSSES, afin de calibrer au plus près des besoins les schémas de permanence de soins régionaux.

CINQUIEME PARTIE : AUTRES FOCUS TECHNIQUES

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

Conduites addictives : prévenir, réduire les risques et les dommages, soigner

1. Etat des lieux

1.1 Epidémiologie / population concernée

Etat des lieux des consommations en Île-de-France :

En ce qui concerne les usages, **chez la population adulte**, la prévalence du tabagisme est moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France (en 2014, 23,6% versus 28,1% au niveau national). Il est néanmoins observé de fortes inégalités départementales au sein de l'Île-de-France sur les taux standardisés de mortalité par pathologies imputables au tabac.

Les hommes franciliens ont des niveaux d'usage d'alcool quotidien inférieurs à ceux des autres régions (13,0 % en Île-de-France contre 20,3% dans le reste de la France. En revanche, chez les femmes, les consommations sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France.

Concernant les drogues illicites, la région se caractérise par des expérimentations inquiétantes et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis (37,0 % en Île-de-France contre 31,3 % hors Île-de-France), le poppers (6,6 % contre 5,0 %) et la cocaïne (4,7 % contre 3,4 %).

Chez les jeunes, les données comparant la région Île-de-France au reste de la France montrent des consommations moindres des Franciliens, néanmoins, l'Île-de-France est un territoire très hétérogène et les comportements sont susceptibles d'évoluer rapidement avec notamment la diffusion d'autres modes de consommations. Il est aussi observé des niveaux d'usage encore relativement élevés et problématiques, des expérimentations inquiétantes, le développement de poly-consommations marqué de surcroît par des pratiques d'alcoolisation massives (près de 40 % des adolescents et 34 % des adolescentes connaissent un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante au cours des 30 derniers jours), un tabagisme qui reste élevé notamment chez les filles avec une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien passant entre 2011 et 2014 de 25 à 27 %, une persistance de la consommation de cannabis, avec près de 1 jeune francilien sur 2 qui en a fait l'expérimentation.

L'expérimentation concerne 63% des jeunes en Île-de-France, l'usage quotidien 27% et l'usage intensif 5%.

Pour les jeux vidéo et les écrans, le programme de recherche PELLEAS (Programme d'Etude sur les Liens et L'impact des Ecrans) a montré une prévalence de 10% de jeunes joueurs problématiques en Île-de-France.

1.2 Offre en addictologie

L'Île-de-France présente une offre médico-sociale globale diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences avec 70 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), généralistes ou spécialisés (drogues illicites, alcool) proposant une offre de soins en ambulatoire ou en soin résidentiel (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique) et 20 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). La région compte également une salle de consommation à moindre risque portée par un CAARUD dans le cadre d'une expérimentation nationale. En ce qui concerne plus spécifiquement l'offre à destination des jeunes consommateurs, 40 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) adossées aux CSAPA sont recensées (*données en cours de consolidation*).

L'offre hospitalière en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par 50 ELSA (équipe de liaison et de soin en addictologie), 59 consultations d'addictologie (parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes rattachées au milieu hospitalier), 7 unités de sevrage simple, 3 HDJA (hôpital de jour en addictologie), 11 unités de sevrage complexe, 4 soins de suite et de réadaptation, 5 unités de recherche (*données en cours de consolidation*).

1.3 Principales problématiques de santé

Les conduites addictives posent un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, et à la fois sanitaires et sociaux.

La pluralité et diversité des déterminants des conduites addictives sont de trois ordres :

- les facteurs propres aux substances psychoactives et/ou à l'expérience addictive;
- les facteurs environnementaux;
- les déterminants individuels de la vulnérabilité/protection d'ordre biologique, psychologique et socio-économique.

De ce fait, l'addictologie est une discipline médico-psycho-sociale transversale dont l'objet est l'ensemble des conduites susceptibles d'être considérées comme addictives, nécessitant une approche globale des personnes et intégrative des conduites addictives, un décloisonnement entre les secteurs médico-sociaux, sanitaires, sociaux et la mise en place d'une filière complète, diversifiée et coordonnée, défendant avec force le continuum prévention/réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux/soins.

Du fait de cette transversalité, la thématique conduites addictives se construit en complète articulation avec les 8 thématiques de santé du projet régional de santé, avec le PRAPS et en lien avec les autres partenaires de l'ARS (institutions, collectivités territoriales, notamment les communes, associations, gestionnaires, etc.).

2. Bilan du PRS 1

L'axe relatif aux conduites addictives retenait les **enjeux et objectifs** suivants :

- Développer et organiser la prévention des conduites addictives ;
- Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages ;
- Assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives, quels que soient sa situation (personnelle, administrative, sociale, sanitaire, etc.) et le moment de son parcours de vie et de soins.

Au regard du positionnement transversal, le bilan du projet régional de santé 2012-2017 (PRS 1) relatif aux conduites addictives empreinte aux trois schémas régionaux et inscrit en **principales réalisations** :

- Le développement des interventions de prévention des conduites addictives dans une approche globale des conduites à risques ;
- Le renforcement de la mise à disposition du matériel de prévention et de réduction des risques infectieux,
- Une poursuite de la structuration de l'offre médico-sociale, tant au niveau de son organisation que de son implantation territoriale avec notamment le renforcement et la création d'antennes et de consultations avancées en CSAPA, d'équipes mobiles en CAARUD, la mise en place des « CSAPA référents » ;
- Une amélioration de la qualité des prestations et du service rendu ;
- Le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC).

Les **principales perspectives** à l'issue du projet régional de santé 2012-2017 (PRS 1) sont :

- Poursuivre la structuration et le renforcement du dispositif médico-social en addictologie notamment dans un objectif de rééquilibrage territorial de l'offre ;
- Organiser le parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage ; poursuivre la construction de filières en addictologie implantées dans chacun des territoires, intégrant les dispositifs de prévention, les structures médico-sociales, la médecine de ville, l'addictologie hospitalière (organisation en 3 niveaux) ;
- Renforcer le positionnement du CSAPA comme «centre ressources» pluridisciplinaires et de proximité pour la prévention, l'accompagnement et le soin des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage ;
- Améliorer la visibilité et renforcer des CJC qui doivent devenir le lieu « ressources » pour les Jeunes Consommateurs et leur entourage (« le réflexe CJC ») ;
- Etendre les interventions des dispositifs de prévention et de réduction des risques ;
- Adapter et renforcer le soin résidentiel ;
- Intégrer les évolutions législatives issues de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (notamment au regard des articles 41 à 43).

3. Sens de l'action à conduire

L'action s'inscrit dans la continuité de la politique développée à travers les Plans gouvernementaux (notamment de lutte contre les addictions) successifs, les schémas régionaux.

Elle évolue et s'adapte aux nouveaux éléments de contexte tels que les nouveaux produits, l'évolution des usages, de la réglementation, etc.

Ces dernières années ont permis d'organiser et de consolider le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, d'initier et de renforcer des stratégies d'intervention en prévention et en réduction des risques.

Pour les 5 ans à venir, le sens de l'action à conduire porte sur :

1/ Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substance), notamment:

- Agir précocement pour doter les enfants et leurs parents des compétences favorisant la prévention des conduites addictives,
- Consolider le repérage et l'intervention précoce en direction des publics vulnérables et/ou à risques : jeunes, femmes enceintes notamment,
- Mettre en œuvre des stratégies d'intervention, des programmes et des actions efficaces, fondées sur des données probantes, validées scientifiquement.

2/ Poursuivre et développer la politique de réduction des risques et des dommages :

- Elargir les principes et actions de la RDRD : développer une clinique de la RDRD intégrant les différentes approches : favoriser la transférabilité des principes et pratiques de la RDRD à toutes les substances (drogues illicites, alcool, tabac), comportements à risques et/ou problématiques (jeu) en élargissant tant les publics concernés que les domaines d'intervention (milieu professionnel, milieux festifs, milieu carcéral, etc.), développer la culture de la réduction des risques et des dommages ;
- Poursuivre la structuration et compléter le dispositif de RDRD ;
- Soutenir les expérimentations et les actions innovantes dont celle de la salle de consommation à moindre risque et la réflexion sur d'autres espaces de consommation supervisée ; développer les actions visant à réduire la morbidité et la mortalité de l'hépatite C chez les usagers de drogues (dépistage, vaccination, accès aux traitements) ; développer et renforcer les stratégies de réduction des risques en milieux festifs, en milieu carcéral.

3/ Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en addictologie :

- Positionner le principe d'un parcours en addictologie concrétisant l'organisation transversale qu'elle réclame, intégrant une offre de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de soins et assurer une prise en charge adaptée, pluridisciplinaire, continue, graduée et de proximité pour toutes les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage;
- Améliorer les prises en charge « conjointes » en cas de comorbidités induites ou concomitantes, en particulier avec la psychiatrie, en cas de troubles cognitifs ;
- Garantir la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives et leur entourage en organisant les décloisonnements, coopérations et complémentarités d'intervention entre les différents secteurs (médecine de ville, médico-social, sanitaire).

4/ Prendre en compte les inégalités qu'elles soient sociales ou territoriales de manière systématisée, dans toutes les actions, notamment :

- pour une accessibilité de proximité de l'offre adaptée, en prévention, réduction des risques et des dommages et soins en addictologie ;
- par des stratégies ciblant les populations les vulnérables et/ou à risques : jeunes, femmes, femmes enceintes, parents isolés ou en couples avec enfants, travailleurs pauvres, personnes sans domicile, personnes détenues et placées sous main de justice...

4. Objectifs formalisés

1. Renforcer la prévention et réduire les risques et les dommages :
 - Retarder les expérimentations de consommation, réduction du pourcentage de consommation régulière de cannabis des jeunes, réduction du pourcentage des alcoolisations ponctuelles importantes, réduction de la prévalence du tabagisme chez les jeunes, etc.
 - Augmenter le nombre d'actions fondées sur des données probantes, validées scientifiquement ;
 - Réduire la prévalence du VHC et du VIH chez les usagers de drogues.
2. Poursuivre la structuration et le renforcement de l'offre médico-sociale et hospitalière en addictologie (rééquilibrage territorial de l'offre : augmentation du nombre de CSAPA généralistes, nombre d'antennes, de consultations avancées, de permanences, d'unités mobiles, de nouvelles places en soin résidentiel, nombre d'ELSA implantées dans des établissements de santé avec SAU, interventions des ELSA en maternité, etc.) ;
3. Poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement pour garantir l'adéquation du parcours de vie et de soins aux besoins des personnes (diminution des délais d'accès aux soins, augmentation des prises en charges conjointes, conventions de partenariats et de coopération, nombre de CLS et CLSM intégrant la thématique des Conduites addictives, augmentation du nombre de professionnels formés, etc.).

5. Principales stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention, programmes et actions retenues pour le champ des Conduites addictives s'intègrent dans les cinq axes de transformation et à plusieurs projets de transformation du PRS.

Ci- après, une déclinaison permettant de citer les principales actions (liste non exhaustive) considérées comme leviers d'action, en les situant par rapport aux axes de transformations du PRS. Une précaution toutefois à cette approche. A titre d'exemple une même action peut être innovante (axe 3) et relever du renforcement des dispositifs de repérage précoce (axe 1, projet 2). En outre, l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de

santé traverse l'ensemble du PRS, est pris en compte dans chacun des cinq axes, dans le choix des projets de transformation et dans les modalités de mise en œuvre des actions.

Axe 1 : Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires

- 1,1 : Faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales autour des parcours :

- Positionner le principe et consolider les parcours en addictologie :

Le parcours en addictologie a pour principales caractéristiques de ne pas être linéaire ; il n'y a pas de profil type de consommateurs de substances licites ou illicites, ni de joueur pathologique/problématique ou autre conduite addictive sans substance. Il doit être adapté, basé sur une évaluation individuelle (médicale, psychologique, sociale et éducative) des besoins, de la demande, respectueux de la situation (souvent complexe) de la personne, inscrit dans une approche globale; et intègre des principes et des postures (non jugement, alliance thérapeutique, etc.). Il mobilise une diversité de compétences (pluridisciplinarité) et d'acteurs pour répondre à la diversité des problématiques : conduites à risques à l'adolescence, comorbidités somatiques et psychiatriques, précarité, désocialisation, désaffiliation, etc. ;

- Rendre visible et formaliser l'offre sur chaque territoire ; Concrétiser l'organisation plurielle et interdisciplinaire que le parcours réclame en permettant de prioriser et consolider l'articulation, la coordination et la complémentarité de l'offre intersectorielle de la prévention, de la réduction des risques et des dommages, de l'accompagnement et du soin en addictologie ;

- Positionner le premier recours comme entrée dans le parcours de santé, le CSAPA comme « centre ressources » et la CJC « centre ressources pour les jeunes ayant des conduites addictives et leur entourage » ;

- Réaffirmer la place du médecin généraliste comme acteur de soin et de prévention de proximité, notamment pour le repérage précoce et l'intervention brève ainsi que pour la prescription de traitements médicamenteux (y compris pour les traitements de substitution aux opiacés) ;

- Développer la continuité des parcours de vie et de soins des personnes ayant des conduites addictives en favorisant les partenariats et les complémentarités entre médecine de ville, dispositif médico-social et filières addictologie des GHT ;

- Intégrer les conduites addictives dans les instances d'élaboration et de concertation des politiques régionales et territoriales de santé, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé, les plateformes territoriales d'appui au parcours de santé complexe, les instances de démocratie en santé ;

- 1,2 : Construire des dispositifs de repérage précoce :

- Renforcer le repérage et l'intervention précoce des usages à risques en améliorant les pratiques professionnelles et en s'appuyant notamment sur les deux méthodes validées :

- Les méthodes de repérage précoce intervention brève (RPIB) par la formation des médecins généralistes, des professionnels de santé prescripteurs de TSN ;

- Les stratégies et les programmes d'intervention précoce (IP) notamment en direction des jeunes (avec une attention particulière à ceux relevant de l'ASE et de la PJJ), en favorisant la formation des professionnels intervenant auprès des jeunes ou de tout autre public vulnérable et/ou en difficulté avec des conduites addictives et l'articulation des CJC avec les autres acteurs spécialisés du territoire (CSAPA, médecine générale, ELSA pour les passages aux urgences des adolescents, Education Nationale, Aide Sociale à l'Enfance, Protection Judiciaire de la Jeunesse, etc.) ;

- Soutenir les programmes validés visant à la promotion du rôle des compétences psycho-sociales (notamment des enfants, des jeunes, des parents, etc.) ;

- Améliorer les pratiques de repérage précoce en faveur des femmes enceintes et des enfants (mieux

repérer les troubles liés à l'alcoolisation foetale) ;

○ Soutenir d'autres approches thérapeutiques probantes et favoriser le déploiement, tel que MDFT dans les établissements volontaires de la PJJ ;

○ Renforcer les stratégies de RDRD, notamment en milieux festifs et en milieu carcéral ;

- **1,3 : Déployer des usages du numérique pour faciliter les parcours :**

○ La télémédecine est aujourd'hui très peu utilisée en addictologie. Cependant, du fait de la suppression des barrières de temps et d'espace, la télémédecine peut apporter une aide dans la prévention, la réduction des risques et des dommages ainsi que pour l'accompagnement, la prise en charge, tant pour les professionnels que pour les patients. Les modalités de mise en œuvre peuvent être le suivi téléphonique, le suivi du traitement via internet, la vidéoconférence, l'utilisation d'applications mobiles et de jeux de réalités virtuelles.

- **1,4 : Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux aux parcours complexes**

○ Renforcer les passerelles entre les dispositifs spécialisés en addictologie et la médecine de ville en soutenant, à partir des besoins identifiés sur les territoires, la création de dispositifs telles que les microstructures médico-sociales organisés en dispositifs de premiers recours et intégrés au CPTS ;

○ S'appuyer sur les CSAPA, les réseaux de santé et les microstructures, chacun pouvant être identifié de « ressources » pour les plateformes d'appui au parcours de santé complexe.

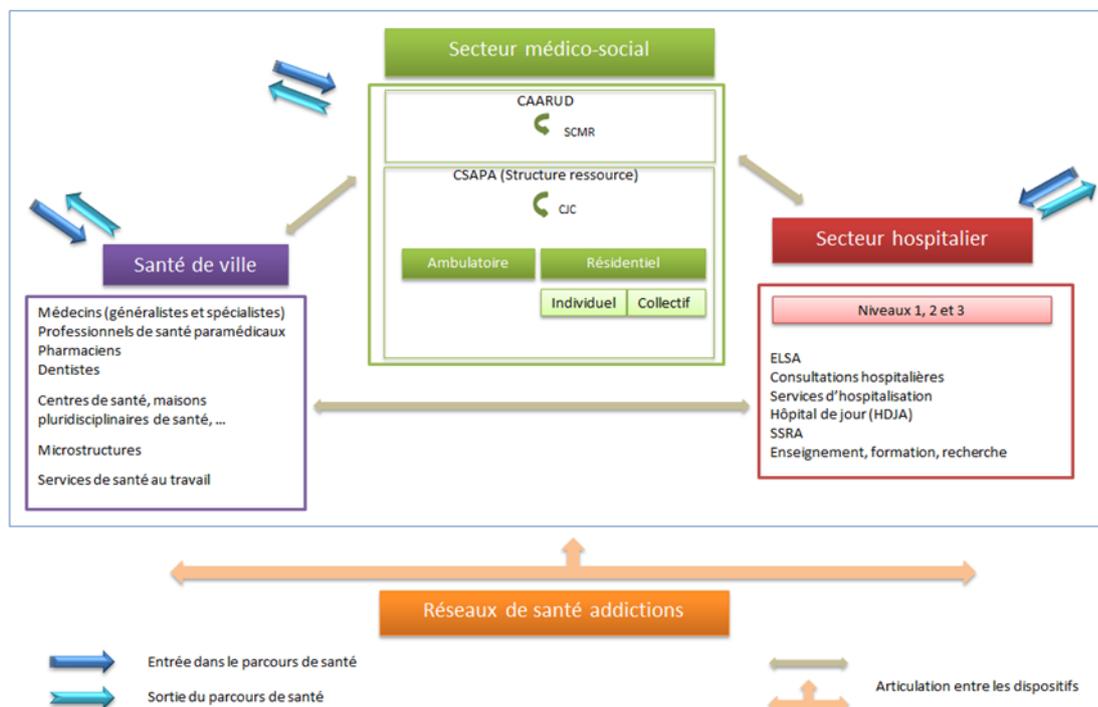
- **1,6 : Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité**

○ Garantir aux personnes ayant des conduites addictives et leur entourage une réponse adaptée, graduée et transdisciplinaire, quels que soient le lieu d'habitation, leur situation et le moment de parcours de vie et de soin, notamment par le biais de dispositifs d'« aller vers », de consultations avancées, de permanences, d'équipes mobiles, etc.

○ Prévoir dans les parcours des modalités d'intervention adaptées pour les publics ayant des besoins spécifiques (notamment femmes, femmes enceintes, personnes handicapées, etc.)

○ Intégrer la problématique des conduites addictives dans les parcours de santé élaborés pour les patients avec des pathologies chroniques.

PARCOURS DE SANTE CONDUITES ADDICTIVES



Axe 2 : Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

- **2,1 Améliorer la connaissance des besoins et la qualité des réponses**

- Poursuivre l'exploitation annuelle des rapports d'activités standardisés ; poursuivre les enquêtes thématiques ; soutenir des études sur les évolutions des pratiques et des usages, etc. ;
- Produire un portrait régional, départemental et infra territorial des consommations, des usages, des pratiques, etc.

- **2,2 Prioriser les moyens en fonctions des besoins**

- Poursuivre la structuration et le renforcement de l'offre médico-sociale (CAARUD, CSAPA, CJC) et hospitalière (notamment des ELSA et des consultations) en addictologie dans une logique territoriale (proximité), de gradation des soins et de complémentarité d'interventions : en s'appuyant sur certains éléments de contexte (GHT), en intégrant le rôle des médecins généralistes (en matière de repérage, d'orientation, de suivi de certains patients), en positionnant le CSAPA « centre ressources », en positionnant la CJC « centre ressources pour les jeunes ayant des conduites addictives et leur entourage », en renforçant l'articulation de la psychiatrie avec les filières addictologie ;
- Définir et mettre en œuvre un « panier de services » pour les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage, incluant une offre de prévention, de repérage, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge diversifiée et de qualité, ce qui nécessite de réviser certains maillages et modes d'accès ;
- Renforcer l'accompagnement des personnes détenues ou placées sous main de justice ;
- Renforcer l'offre en RDRD, poursuivre l'expérimentation de la SCMR et les actions innovantes.

- **2,4 Lutter contre l'iatrogénie et améliorer la pertinence des prises en charge**

- Favoriser, encourager une veille scientifique, prospective des phénomènes émergents, notamment en soutenant :
 - les structures et dispositifs participant au dispositif d'observation sur les drogues, leurs

perceptions, leurs usages et les dommages (dispositif TREND-SINTES) et assurant une veille prospective sur des phénomènes émergents

- le dispositif régional de veille et alerte en addictovigilance, en lien avec le CEIP, l'OFDT, les acteurs régionaux de l'addictologie (ELSA, CAARUD, CSAPA, associations intervenant notamment en milieux festifs).

- o Développer les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en addictologie et en favoriser l'appropriation auprès des professionnels concernés.

- **2,5 Restructurer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins**

- o Encourager les coopérations pour garantir la qualité (expertise et pluridisciplinarité), la continuité des prises en charge.

Axe 3 : Un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche

- **3,3 Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge :**

- o Encourager l'innovation par le développement au plan territorial de la recherche clinique, le soutien aux projets innovants ;

- o Promouvoir la recherche clinique et thérapeutique sur les substances psychoactives et les conduites addictives, encore trop modeste, en particulier sur l'alcool, et en lien avec le Niveau 3 de l'addictologie hospitalière, en associant le secteur spécialisé médico-social (CAARUD et CSAPA) ;

- o Promouvoir la recherche en sciences humaines économiques et sociales pour répondre aux besoins exprimés par les acteurs publics et les professionnels du secteur (évaluations d'interventions en prévention, de soin, demandes d'évaluation médico-économiques, etc.).

Axe 4 : Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire

- **4,1 Développer le pouvoir des usagers à titre individuel et collectif**

- o Développer la notion et la place de « l'usager expert », le rôle et la formation des pairs, en matière de réduction des risques et des dommages, en matière de prévention, de promotion de la santé : mobiliser les jeunes, former des jeunes du service civique, en fonction de leurs missions, ainsi que les étudiants en santé à la prévention des conduites addictives ; les associer à des programmes.

- **4,2 Participation des citoyens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques**

- o Intégrer les conduites addictives dans les instances de démocratie en santé (CRSA et CTS) et développer la représentation des usagers ;

- o S'assurer de la mise en place dans chaque ESMS d'un conseil de la vie sociale ou toute autre forme d'expression des usagers.

- **4,3 Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité**

- o Développer l'information et l'éducation à la santé pour empêcher ou retarder les premières expérimentations par des méthodes validées pour renforcer les compétences psychosociales des jeunes et notamment des plus exposés, les plus vulnérables.

Axe 5 : La santé dans toutes les politiques

- **5,1 Structurer une stratégie de plaidoyer**

- o Action de plaidoyer visant la réduction des risques et des dommages ; porter collectivement un discours lisible, fondé sur la réalité objective des dommages ;

- o Inscrire la prévention des conduites addictives dans une mobilisation collective (renforcer la coordination et la formation au repérage des acteurs, professionnels, intervenants, communauté éducative, parents, pairs, etc. au contact des jeunes) ;

- o Inscrire la lutte contre les conduites addictives dans les projets d'insertion sociale des personnes en

situation de précarité (notamment promouvoir et développer le programme TAPAJ pour les jeunes en errance, soutenir des expérimentations, etc.).

- 5,4 Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville

o Renforcer l'implication des municipalités (inscription de la thématique des conduites addictives dans les CLS, CLSM, mobilisation des villes comme partenaires d'actions, etc.).

Dans le cadre du PRAPS, un renforcement des actions de réduction des risques et des dommages est inscrit notamment en direction des personnes accueillies et hébergées dans les structures sociales.

DOCUMENT POUR CONSULTATION OFFICIELLE

La lutte contre le VIH/sida en Île-de-France

La lutte contre le VIH/sida est une priorité de l'Agence régionale, au vu de la charge de l'épidémie dans la région et de la présence de populations particulièrement vulnérables (hommes ayant des relations avec les hommes, migrants hétérosexuels, jeunes...) auprès desquelles l'information, la prévention, le dépistage, et l'accès aux soins appropriés doivent être assurés.

Les diverses activités concourant à la lutte contre le VIH/sida s'intègrent dans la stratégie nationale de santé sexuelle, en cours de régionalisation. L'objectif est celui fixé par les Nations Unies d'éliminer l'infection à VIH comme problème de santé publique d'ici 2030, l'objectif intermédiaire étant les 3 fois 95 en 2020 : 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95% de celles-ci ont accès au traitement efficace ; 95% de celles-ci ont une charge virale indétectable.

Pour atteindre les trois « 95 », l'ARS se donne trois priorités

1 Réduire l'épidémie cachée : le dépistage précoce et l'accompagnement vers les soins

Plus de 10 000 personnes seraient infectées par le VIH en l'ignorant, en Île de France (V. Supervie, 2017). La proportion de cas non diagnostiqués est plus élevée chez les personnes hétérosexuelles originaires d'Afrique subsaharienne, surtout les hommes, que chez les HSH nés en France. Elle est particulièrement élevée à Paris, (25,2/10 000) puis dans le Val d'Oise (14,5/10 000) et en Seine Saint Denis (13,6/10 000).

Quand il a lieu, le dépistage intervient trop souvent tardivement puisque 28% des personnes ayant appris leur séropositivité en 2015, en Île de France, étaient à un stade tardif de l'infection (moins de 200 CD4), ce taux ne diminuant pas depuis 2012.

Cette absence ou ce délai au diagnostic est une perte de chance pour les personnes concernées, le retard au traitement efficace ayant une influence reconnue sur la qualité et l'espérance de vie des patients.

Au plan collectif, le dépistage et l'accès précoce au traitement exercent une influence majeure sur la maîtrise de l'épidémie, puisque toute personne recevant un traitement efficace ne transmet plus l'infection, (Treatment as prevention, ou TasP).

2 Le renforcement de la prévention et son intégration dans une approche de santé sexuelle

L'incidence des nouvelles déclarations de séropositivité au VIH recule très lentement, et de manière inégale selon le groupe de transmission : depuis 2013 l'incidence a continué à décroître chez les hétérosexuels (-9%), particulièrement chez les hommes, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. En revanche le nombre de nouvelles découvertes chez les HSH reste stable avec environ 1000 découvertes en 2015.

La prévention primaire reste donc fondamentale. Les nouveaux outils validés (PrEP, TPE, autotests) et les approches renouvelées (médiation, aller-vers, partenariat large, inclusion des personnes affectées..) rendent possible une baisse accélérée de l'incidence du VIH, s'ils sont mobilisés de manière coordonnée et synergique (approche de prévention combinée), avec une attention très particulière aux populations les plus affectées, c'est-à-dire les HSH et les personnes hétérosexuelles nées en Afrique au Sud du Sahara.

Ces groupes de populations doivent être rencontrés, consultés, mobilisés, au plus près de leur lieux de vie et de socialisation, et dans un cadre plus large que celui du VIH seul, permettant de répondre à des problématiques

plus larges et moins stigmatisantes (santé de la reproduction, lutte contre les IST, aide vis-à-vis des dysfonctions sexuelles..).

La communication et l'information doivent être adaptées aux publics divers et apportées par des interlocuteurs crédibles et formés. Le rôle des médiations est ici crucial, à la fois au plan collectif (identification et accès aux communautés, ou groupe sociaux) et au plan individuel (accompagnement vers le dépistage ou le soin).

Plus largement, un cadre politique et social favorable est indispensable pour que ces outils trouvent leur pleine efficacité, et en particulier la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle ou à l'origine. Celles-ci en effet dissuadent ou empêchent certains groupes ou certaines personnes d'accéder à l'information sur la dynamique de l'épidémie, les facteurs de risque et les moyens de les atténuer (lieux de dépistage, modalités adaptées de prévention).

Au-delà des publics vulnérables, cette approche permet aussi d'aborder la prévention auprès de la population générale et tout particulièrement des jeunes en investissant dans la promotion de la santé sexuelle (axe 1 de la SNSS).

3 Le parcours de soins : qualité des soins et qualité de vie, l'accompagnement social (logement, emploi..) et communautaire.

En tout point du territoire le soin doit être accessible et de qualité. La formation des soignants, mais aussi des personnes de premier contact (associatifs, sociaux, éducatifs) sont à la base de parcours de santé fluides, permettant aux personnes touchées de poursuivre des soins efficaces et de bénéficier d'une qualité de vie optimale.

Aujourd'hui la très grande majorité des prises en charge médicales ont lieu à l'hôpital, en consultation ou en hôpital de jour. La médecine de ville n'assure au mieux qu'un co-suivi des patients infectés par le VIH, s'occupant des épisodes intercurrents mais pas de l'infection elle-même. En revanche les médecins de ville sont des prescripteurs importants de dépistage, qui sont à l'origine de près du tiers des découvertes de séropositivité.

En parallèle au parcours de soins le parcours social (accès au droit, insertion, hébergement, accompagnement...) est un facteur indispensable à la qualité de vie des personnes qui sont isolées et discriminées du fait même de leur statut sérologique. Des questions spécifiques émergent en outre : le vieillissement des personnes infectées, leur isolement et leur fragilité, par exemple.

La prise en charge et le suivi des personnes infectées par le VIH se rapproche de plus en plus des maladies chroniques, pour lesquelles la bonne coordination des intervenants, entre l'hôpital et la ville, entre les structures sanitaires et les structures sociales contribue de manière majeure à la qualité de vie des patients.

Comment le PRS offre des opportunités pour avancer vers les trois 95

Parmi les 5 axes et les 27 projets de transformations du PRS, certains seront particulièrement pertinents pour contribuer à atteindre les objectifs

Dans l'Axe 1 : améliorer l'organisation des parcours sur les territoires

- Le projet 1, Faire émerger et accompagner des dynamiques territoriales autour des parcours

Deux types de parcours sont à prendre en compte, celui qui amène au dépistage, qui peut s'organiser autour des CeGIDD, dans une approche de santé sexuelle, et en lien étroit avec les CPEF, et celui qui concerne les personnes découvertes infectées, et pour lequel c'est le service soignant (hôpital dans 95% des cas) qui est au centre, en lien avec les acteurs médico-sociaux et associatifs qui accompagnent les patients. (Hébergement, ACT, aide à l'emploi, lutte contre l'isolement, soutien juridique..).

Exemples d'objectifs :

Amener au dépistage par l'information, l'accompagnement vers les centres de dépistage, (mobilisation des acteurs associatifs, et des professionnels sociaux de premier contacts auprès des publics cibles, animation territoriale par CeGIDD).

Re-mobiliser les professionnels de santé de premier recours (MG, gynéco, services d'urgence) ou rencontrant des publics (CLAT, CSAPA, ...) afin qu'ils proposent le dépistage plus régulièrement et plus systématiquement.

- Le projet 2, Construire des dispositifs de repérage précoce

Il s'agit d'un élément central pour réduire l'épidémie cachée, d'abord avec la question de l'identification, sur un territoire donné, des publics vulnérables (au VIH, mais souvent à d'autres pathologies telles que les IST, Hépatites, tuberculose..) et des acteurs qui sont à leurs contacts, dans une relation de confiance, puis de la coordination des interventions vers/avec/pour ces publics.

Exemple d'objectifs :

Rapprocher le dépistage des populations cibles, par développement et meilleur ciblage des TROD communautaires

Faciliter l'accès aux/rendre plus accueillants les CeGIDD pour le diagnostic et le traitement précoce des IST, consultations avancées/hors les murs,

Développer une offre de PrEP de qualité, accessible dans toute la région

Améliorer le TPE, aux urgences, dans les CeGIDD, en ville

- Le projet 3 Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

L'infection à VIH, en devenant une maladie chronique une fois un traitement efficace engagé, exige de la part du patient une observance rigoureuse et des compétences mises à jour pour assurer un environnement porteur (nutrition, activité physique, relations sociales). Le contact avec le service soignant étant réduit (semestriel le plus souvent) l'éducation thérapeutique au plus près de son cadre de vie est un levier majeur pour le renforcement et le maintien de ces compétences.

Dans l'axe 2 : une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente

- Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses : la lutte contre le VIH dispose d'un outil spécifique, les COREVIH, dont les missions incluent l'évaluation des besoins, de la qualité des

prises en charge, de la pertinence des dispositifs de réponse. Leur territoire est large (5 pour la région) et construit dans une logique de têtes de réseaux expertes (au CHU) et de partenaires déployés en éventail vers les départements périphériques. Les COREVIH ont une fonction de recueil (en partie) et d'analyse des données particulièrement utile pour ces missions. Le contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les 5 COREVIH en cours de redéfinition pour les années 2018-2021 doit permettre de renforcer cette dimension du travail des COREVIH au service d'une stratégie régionale plus pertinente et efficiente.

- Prioriser les moyens en fonction des besoins : cf. la fiche spécifique sur les dispositifs de prévention et leur évolution.

Exemples d'objectifs :

Réduire les perdus de vue, 95% des personnes dépistés sont sous traitement

Obtenir une CV indétectable chez 95% des personnes sous traitement.

Assurer une qualité de vie sociale de qualité par un accompagnement adapté, (soutien social, logement, insertion...)

Dans l'axe 3 : favoriser un accès égal et précoce à l'innovation et à la recherche

La force des acteurs de la lutte contre le VIH a été depuis 30 ans la relation étroite entre soins et recherche, entre santé et social, voire politique, et en impliquant très vite les personnes les plus concernées elles-mêmes. Cette dynamique doit être poursuivie et renforcée en permettant à tous d'y contribuer. Là encore les COREVIH sont des espaces qui devront être remobilisés pour produire de la connaissance fine et basée sur les preuves. Le lien étroit entre les COREVIH et les équipes universitaires, et via celles-ci avec la recherche (dont l'ANRS) facilitera ce travail qui se déploiera dans les deux champs de la recherche clinique et de la recherche interventionnelle (ou de politique publique).

- Permettre de nouvelles modalités d'accès à la prévention et de promotion de la santé en développant la recherche en santé publique et l'usage de la e-santé
- Soutenir le développement de la recherche clinique et sur les services de santé et accompagner l'intégration des innovations en santé au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

Dans l'axe 4 : Permettre à chaque francilien d'être acteur de la santé et des politiques sanitaires

Comme rappelé plus haut la lutte contre le VIH s'est construite avec et par les malades, puis plus généralement avec des représentants des groupes les plus touchés. Les réseaux d'acteurs associatifs issus de ces groupes sont des opérateurs (de l'accompagnement, du soin, de la prévention) et des partenaires des soignants, et des pouvoirs publics. La notion d'« empowerment » individuel reste centrale dans la prévention primaire et secondaire (TasP). Au niveau régional (COREVIH) la représentation des usagers est active et pertinente.

- Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif
- Participation des citoyens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques publiques

La santé des femmes

Contexte

La question de la santé des femmes est un enjeu majeur en Île-de-France : elle est traversée par des problématiques spécifiques, mais aussi par des enjeux d'inégalités qui croisent et amplifient les inégalités sociales.

Le choix méthodologique est donc celui d'une approche globale, ne se limitant pas à la seule dimension gynécologique ou obstétricale.

1- Une prise en compte de la spécificité des déterminants sociaux et environnementaux qui pèsent sur la santé des femmes

Nous souhaitons peser sur les déterminants socio-environnementaux qui aggravent les inégalités entre sexes et entre catégories sociales

Chacun des projets de transformations apporte une attention spécifique aux inégalités sociales : parmi les mécanismes de réduction des écarts sociaux qui devront être mis en place, plusieurs devront concerner plus spécifiquement les femmes, en particulier dans le champ de la prévention collective : aménagement des horaires des activités proposées, prise en compte des temps de travail fractionnés ou décalés, etc...

L'axe 5 aborde plus explicitement le lien entre genre et cadre de vie favorable à la santé, en insistant sur l'appropriation des espaces publics par les femmes dans les quartiers en renouvellement urbain, et sur le travail à mener en direction des hommes comme des femmes pour faciliter la pratique d'activité physique des femmes. Ces deux points conditionnent la généralisation de l'activité physique pour les femmes.

Les stratégies de plaidoyer (axe 5) dans le champ de la santé au travail devront comporter une dimension genrée. L'extension des préoccupations en termes de prévention des cancers (priorité thématique) induira par exemple probablement une réflexion sur le lien entre cancer et rythmes de travail.

S'agissant des femmes enceintes et avec nouveau-nés, l'axe 5 et la fiche consacrée au logement détermine des ambitions importantes, et confortées par le projet consacré au plaidoyer, pour réduire le nombre d'entre-elles se trouvant sans abri.

2- Une prise en compte de l'impact sanitaire des rapports hommes-femmes d'une part, des situations de violences et de domination d'autre part.

Nous souhaitons contribuer fortement à la prévention et à la prise en charge en urgence des violences et des rapports de domination dont les femmes sont l'objet.

Ces enjeux spécifiques sont susceptibles d'être impactés par plusieurs approches, qui sont conçues comme des voies d'amélioration globales, incluant le champ des rapports hommes/femmes

La *priorité thématique* « jeunes » insiste sur le renforcement des compétences psychosociales. L'axe 1 vise pour sa part à renforcer les logiques de repérage et de prise en charge des situations de vulnérabilité par le système de santé (hospitalier et de ville). C'est dans ce cadre que nous travaillerons à améliorer le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes.

3- Des approches spécifiques pour des pathologies et enjeux de santé concernant les hommes et les femmes.

Nous souhaitons mettre en œuvre des approches spécifiques, afin que les femmes bénéficient d'actions de prévention adaptées aux contraintes ou aux sur-risques qu'elles connaissent.

Pour un certain nombre de champs de santé, la mise en place d'actions plus spécifiques en direction des femmes est nécessaire. Outre les questions de l'activité physique (cf *ci-dessus*), le PRS apporte une importance particulière à la lutte contre le tabagisme chez les femmes enceintes, et appelle plus généralement à la construction de stratégies adaptées en direction des femmes dans le champ des addictions (*focus addictions*). Le focus consacré au VIH place cette démarche dans le champ de la santé sexuelle, et mobilisera les CPEF, comme les CEGIDD. De façon générale, des opportunités importantes sont ouvertes par l'extension des capacités d'action des sages-femmes.

Le PRAPS énonce des objectifs de renforcement de l'intervention de prévention auprès des femmes sans chez-soi

4- Le droit à l'IVG

Le droit à l'IVG est l'un des droits à la santé les plus emblématiques : des améliorations ont été obtenues en Île-de-France : nous affirmons qu'il est nécessaire d'aller plus loin, notamment dans les territoires de grande couronne, et ce en lien avec la stratégie nationale de santé sexuelle

Si, conformément à la loi, l'ARS Île-de-France s'est dotée d'un plan d'accès à l'IVG dans les suites du projet FRIDA, le *projet de transformation 2.2* intègre ce plan IVG, signant l'exigence d'une meilleure équité territoriale dans ce domaine

5- Les soins gynécologiques, le dépistage et la prévention des cancers féminins

L'accès au suivi gynécologique, notamment auprès de praticiens appliquant des tarifs opposables, est l'un des enjeux du PMO « Ressources Humaines en Santé ».

Il s'agit en effet d'un élément déterminant de la santé des femmes, pour lequel les inégalités territoriales s'accroissent, malgré des indicateurs régionaux plutôt favorables. Le PMO propose des pistes de travail adaptables aux questions du suivi gynécologique, et par exemple une meilleure mobilisation des compétences des sage-femmes.

Les domaines plus spécifiques de la protection maternelle, et de la planification familiale bénéficieront des démarches engagées pour soutenir la démographie des professionnels de PMI.

La *priorité « cancer »* et *l'axe 1* mettent l'accent sur le soutien au dépistage organisé du cancer du sein, pour lequel les résultats franciliens sont médiocres, et sur l'extension du dépistage du col de l'utérus. Sur ces deux sujets, les actions tiendront compte des orientations nationales de la SNS, tout en s'efforçant de réduire le nombre de femmes ne bénéficiant pas d'un dépistage. Il conviendra aussi (*focus sur les dispositifs de prévention*) d'apporter une attention particulière à la vaccination HPV, qui pose d'importantes questions d'accessibilité financière.

Enfin, l'évolution des CEGIDD vers une approche plus globale de santé sexuelle devrait améliorer leur capacité à prendre en charge plusieurs aspects de la santé des femmes.

Le soutien à la médiation sanitaire et sociale, fortement affirmé dans plusieurs axes, est une démarche qui a fait ses preuves en matière de facilitation de l'accès à la prévention médicalisée, collective, et aux soins notamment dans le champ du dépistage et auprès de femmes en situation de migration et/ou de fragilité sociale.

6- La périnatalité

La périnatalité est un enjeu de santé publique qui dépasse la santé des femmes, mais qui doit être considéré comme un essentiel – notamment en raison des mauvais résultats franciliens en termes de mortalité maternelle.

La *priorité thématique « périnatale et santé de l'enfant »* décline un nombre importants d'objectifs, qui s'organisent autour de la précocité de la prise en charge, de l'intervention sur les déterminants sociaux, de la qualité et la continuité des parcours, de la recherche, et de la participation des femmes (incluant la médiation).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, au regard de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins, témoignent de l'importance des facteurs organisationnels mais également de l'importance des dispositifs de formation et d'accompagnement en ressources humaines, y compris du point de vue de la qualité au travail.

Là encore, le PRAPS propose d'intervenir plus fortement auprès des femmes sans chez-soi.

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE

Offre en dispositifs publics de prévention : IST et VIH, vaccinations, tuberculose programmes d'éducation thérapeutique du patient

1. ETAT DE L'OFFRE

Les champs d'activité concernés

Information, dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles (IST), des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales

Le dispositif public de dépistage du VIH **comprend les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)** (30 structures agréées et 27 antennes –cf cartes annexes-, budget annuel de 17 M€ + 2M€ pour la Prophylaxie pré-exposition PrEP, réalisant 90 000 dépistages annuels du VIH et 610 découvertes de séropositivité), les équipes réalisant les tests rapides d'orientation diagnostique, TROD, communautaires - hors établissement de santé (15 opérateurs habilités, 30 000 tests réalisés en 2016, 300 séropositivités).

On note par ailleurs l'activité des 5 COREVIH : comités pour la coordination des acteurs du VIH sur un territoire, la qualité des soins, l'appui scientifique, y compris pour l'analyse des données

Vaccination gratuite

Le dispositif public de vaccination gratuite comprend actuellement 96 centres de vaccination (CVAC). Ces structures complètent un dispositif global qui repose sur les médecins généralistes et pédiatres du secteur ambulatoire libéral : en pratiquant des vaccinations gratuites et anonymes, elles facilitent l'accès à la vaccination pour les non-assurés sociaux, ainsi que pour ceux n'ayant pas d'assurance complémentaire. L'organisation de séances hors les murs favorise l'atteinte des publics ayant un faible recours à la prévention médicalisée.

En Île de France, 4 conseils départementaux restent opérateurs (75, 91,93 et 95 par délégation) dans le cadre d'une convention ARS/CD. Le budget alloué à la vaccination publique en 2016, y compris la DGD allouée aux 4 départements ayant gardé l'exercice de la compétence, est de 7,5 millions d'euros.

Lutte contre la tuberculose

L'Etat est responsable de la lutte contre la tuberculose (LAT) et l'ARS coordonne l'ensemble des institutions et des acteurs de la LAT. **En Île de France, 4 conseils départementaux restent opérateurs** (75, 91,93 et 95 par délégation) dans le cadre d'une convention ARS/CD

Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) constituent les pivots de la lutte anti-tuberculose et sont implantés dans les huit départements. Le nombre de centres et d'antennes varient selon les départements allant jusqu'à 10 antennes.

Les missions principales du CLAT sont : coordonner la lutte antituberculeuse au niveau départemental, suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale, réalisation des enquêtes dans l'entourage des cas et dépistage des sujets contact, réalisation d'actions ciblées de dépistage.

Education thérapeutique du patient

Le dispositif d'ETP comprend près de 800 programmes autorisés au total, 24 millions d'euros annuels. Il est caractérisé par une concentration de programmes à Paris et en petite couronne, concentration en milieu hospitalier et moins en ambulatoire

L'évolution constatée sur la durée du PRS1 :

IST, VIH et hépatites : La mise en place des **CeGIDD** le 1^{er} janvier 2016 suite à la loi de financement de la sécurité sociale 2015, a traduit, au travers de la délivrance des habilitations, la volonté de mieux répondre aux besoins territoriaux et l'amorce d'une réduction des écarts moyens/besoins mais ce redéploiement est très insuffisant, en raison du poids historique de la répartition géographique des équipements, et notamment de la concentration des implantations sur Paris.

Vaccination

La configuration actuelle, dans laquelle les centres sont habilités et financés directement par l'ARS sur le FIR dans 4 départements (Seine-et-Marne, Yvelines, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne) tandis que les 4 autres départements ont conservé la gestion de la vaccination gratuite (Paris, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise), n'a été stabilisée qu'à partir de 2012. Cette offre garantit actuellement l'accès à une offre de vaccination publique et gratuite, même si sa répartition reste tributaire de la distribution territoriale des équipements.

Pendant cette période, la France a connu pour la première fois des pénuries vaccinales de grande ampleur, sur multiples valences (BCG, coqueluche, hépatite A et B). Liées à l'accroissement de la demande mondiale en vaccin, ces pénuries tendent à s'inscrire de façon pérenne dans le paysage de la politique vaccinale au niveau national. Leur gestion a mobilisé l'ARS IDF pour l'estimation des besoins régionaux et sa déclinaison au niveau territorial lorsque ceci était possible, pour l'information et l'intermédiation de la communication entre les partenaires nationaux et territoriaux et pour l'adaptation de l'offre aux nouvelles conditions d'approvisionnement, variables pour chaque valence.

Tuberculose

Durant la période du PRS 1, une dynamique a été lancée à l'initiative de l'ARS pour favoriser l'harmonisation des pratiques entre les centres de luttés contre la tuberculose et l'amélioration de la coordination entre les hôpitaux et les centres de lutte contre la tuberculose, ceci notamment afin d'optimiser l'enquête autour des cas de tuberculose et de circonscrire l'épidémie.

Dans le cadre de la pénurie de BCG (fin 2014), certains des CLAT ont mis en place des séances dédiées de vaccination BCG, réalisant près de 7 000 vaccinations sur l'année qui a suivi leur mise en place en 2015.

Education thérapeutique du patient

Le renouvellement quadriennal des autorisations de programmes d'ETP, intervenu massivement fin 2015, a permis de consolider un grand nombre de programmes ambulatoires qui n'étaient qu'expérimentaux ; et de les conforter par l'octroi de financements annuels. Mais cette inflexion de la distribution est insuffisante et le potentiel de couverture encore inexploré restent très important dans les zones excentrées

2. ELEMENTS DE CARACTERISATION DU BESOIN

Information, dépistage et diagnostic/IST, VIH et hépatites

Afin d'optimiser—au travers de la procédure d'habilitation- la mise en place des CeGIDD en 2016, et de tenir compte pour accorder les habilitations de la situation épidémiologique, des besoins de santé des populations, identifiés au niveau régional, en prenant compte les autres offres existantes; ainsi que de l'adéquation des établi un indice composite de répartition infrarégionale (une composante épidémiologique et sociale, deux dimensions liées à l'offre, en démographie médicale ambulatoire et hospitalière). Cet indice de répartition ne s'est appliqué qu'au niveau départemental, et n'a pas permis un réel ciblage sur les territoires infradépartementaux à l'échelle des CeGIDD (3 à 5 par département hors Paris). Les données accessibles à ce niveau sont le nombre de personnes en ALD 7 (mais sous représente les étrangers sous AME), la proportion de résidents originaires d'Afrique sub-saharienne, l'offre de soins libérale.

Il importe à la fois d'amplifier la portée de l'indice de répartition du potentiel de consultations des CeGIDD, et de renforcer le déploiement de l'équipement au bénéfice des départements les moins dotés, et de favoriser à un niveau infra départemental, la coopération avec et autour d'un CeGIDD de partenaires pour assurer de façon complémentaire et articulée une réponse adaptée à la pluralité des besoins des populations

Vaccinations :

L'intégration de la vaccination dans la prise en charge globale des personnes est fondamentale pour assurer son acceptation et améliorer l'efficacité de la couverture vaccinale: le rôle des effecteurs libéraux pour la promotion et la pratique de la vaccination est ainsi réaffirmé dans la nouvelle Stratégie Nationale de Santé (SNS). Cependant, l'organisation et le déploiement du dispositif public, actuellement très hétérogènes- peuvent être revus pour en améliorer la complémentarité et l'efficience.. Dans un souci d'amélioration de l'équité, des éléments de priorisation de l'intervention publique doivent être reconsidérés, pour tenir compte de la démographie des effecteurs, de leurs modalités de financement et/ou de tarification et de la capacité des autres structures assurant des vaccinations gratuites (PMI, CeGIDD, CLAT) à répondre aux besoins. Cela implique de parvenir à définir des critères de priorisation en adéquation avec la complexité des enjeux et notamment des considérations liées aux dynamiques territoriales des acteurs. L'élargissement du type de structure pouvant contribuer à ce dispositif public de vaccination gratuite est également à l'ordre du jour, dans une logique de facilitation de l'accès.

Par ailleurs, une réflexion particulière devra être conduite, dans une optique de réduction des inégalités, sur l'identification des besoins à l'égard des vaccins à coût résiduel élevé et répondant à de forts enjeux de santé publique, en particulier sur le HPV.

L'ARS en 2015 a élaboré un « indice de besoins » composite à partir de valeurs départementales:

L'indicateur composite comprenait :

- La part des jeunes âgés de 15 à 29 ans dans la population générale ;
- La distribution des cas de VIH (déclaration obligatoire) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ;
- La distribution des cas de VIH (déclaration obligatoire) chez les migrants ;
- La distribution des cas de VIH (déclaration obligatoire) ayant réalisé un dépistage tardif
- La part des bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire).

Cet « indice de besoin » a été ensuite pondéré par la combinaison de plusieurs indicateurs relatifs

- à l'offre existante :
- L'offre en médecine générale ;
- L'offre en établissements de santé ;
- L'offre en centres de santé.

Lutte contre la tuberculose

En matière de tuberculose, les éléments d'appréciation des besoins sont liés quasi-exclusivement à la situation épidémiologique régionale, départementale et infra-départementale. Celle-ci est suivie à travers les déclarations obligatoires (DO) de tuberculose maladie et d'infection tuberculeuse latentes ainsi que les déclarations des issues de traitement permettant de disposer de la proportion des patients ayant achevé leur traitement ou ceux perdus de vue.

Ces données et celles du centre national de référence nous permettent également de suivre l'évolution de l'incidence des tuberculoses maladies résistantes (MDR/XDR)

Education thérapeutique du patient

En 2016 a été construite et validée avec les intervenants une grille d'analyse des programmes permettant sur la base d'une dizaine d'indicateurs, de mesurer l'adéquation de l'offre aux caractéristiques des patients. Il n'existe pas de caractérisation précise des besoins basés sur des éléments épidémiologiques car les référentiels de bonnes pratiques recommandent de déployer l'ETP dans une approche de compétences individuelles et collectives et non sur une approche par pathologie. La répartition de l'offre devrait se calquer davantage sur la carte de priorisation par l'IDH 2 et tenir compte des priorités régionales.

3. NECESSITES D'EVOLUTION

Comme pour l'ensemble des équipements de promotion de la santé, **l'orientation globale est celle d'un rééquilibrage au bénéfice de territoires, en général défavorisés, enclavés, ou excentrés**, pour lesquels le déficit d'offre en prévention individuelle conduit les habitants soit à recourir à des offres distantes, soit à renoncer au recours. **Il existe donc un principe général de renforcement du maillage de l'offre dans les territoires les plus en déficit, pour permettre un usage en proximité là où il n'est actuellement pas possible.** Toutefois, ce principe peut être nuancé soit par des spécificités épidémiologiques (VIH : importante incidence parisienne), soit par la présence ou l'absence autres dispositifs publics concourants (PMI et vaccinations).

Santé sexuelle/ IST, VIH et hépatites

Lien avec la réponse globale dans le champ de la santé sexuelle

Conformément à la SNSS, les CEGIDD évolueront vers une mission globale en matière de santé sexuelle, avec une forte dominante autour des risques infectieux, en complémentarité du réseau francilien à renforcer dans le champ de la santé reproductive (IVG et contraception)

Approche territoriale

Faire évoluer l'offre de dépistage en fonction des besoins dans le champ du VIH et des IST nécessite de mobiliser deux leviers : d'une part, l'implantation des équipements, détermine la disponibilité d'une réponse publique gratuite de dépistage sur tous les territoires, donc sur les territoires périphériques – étayée par analyse en annexe ; d'autre part, il existe des potentialités de développement en maillage sur des territoires à fort besoin, notamment en mobilisant la prise en charge à 100% et le tiers-payant.

Cela implique le dégagement de moyens pour les dispositifs mais aussi tous les opérateurs en partenariat avec le Cegidd (notamment les équipes d'intervention hors les murs, trod, etc)

Il est proposé d'engager sur la durée du PRS 4 démarches de réorientation

- Dans la continuité et l'approfondissement des orientations élaborées en 2015 et 2016, assurer un maillage territorial équitable en termes d'équipement CEGIDD, et faire évoluer l'implantation des centres et antennes, pour renforcer l'offre (nombre de points d'accueils et plages d'ouvertures) sur les territoires ayant une offre faible et un besoin important au regard de l'indice composite ; cet indice composite sera décliné au niveau territorial infradépartemental (cohérence avec les territoires de coordination)
- Considérant que l'implantation d'un équipement ne peut suffire à le rendre accessible, renforcer les fonctions d'animation des CEGIDD (« aller-vers », partenariats, etc...) en particulier dans les territoires où les distances géographiques et/ou les fonctionnements sociaux (processus de ségrégation, etc...) constituent des obstacles à l'appropriation des équipements
- Considérant que l'objectif d'amélioration de l'accessibilité du dépistage passe par la gratuité, mais que dans certains territoires à forts besoins, ce levier de la gratuité – y compris d'exams complémentaires- peut être mobilisé par d'autres mécanismes que les CEGIDD, généraliser des démarches de dépistage financé en droit commun (couverture obligatoire et complémentaire)
- Assurer un déploiement des PREP/TPE selon des logiques territoriales spécifiquement adaptées à ce type de prévention, ce qui signifie mettre les moyens à disposition des CEGIDD actuellement non couverts, mais aussi maintenir une forte disponibilité sur les territoires où les pratiques à risque sont les plus fréquentes, et mobiliser des moyens de médiation et de formation

Dans la première année du PRS, une analyse spécifique sera effectuée concernant les moyens nécessaires dans le champ de la santé sexuelle des étudiants, en interrogeant en particulier la question des campus périphériques d'une part, et celle de la complémentarité entre CEGIDD et SSU – en lien avec la stratégie nationale de santé sexuelle.

Vaccinations

L'efficacité de la politique vaccinale repose sur une promotion large, intégrée à d'autres thématiques de santé, et sur un accès prompt à la vaccination.

En accord avec la place faite à la prévention du risque infectieux par la Stratégie Nationale de Santé (SNS), les effecteurs libéraux garderont une place majeure dans la nouvelle politique vaccinale. La complémentarité du dispositif public sera renforcée, par l'accroissement de sa diversité, tout au long de la SNS.

Priorisation territoriale : la couverture de la population Francilienne par les différentes valences vaccinales est en règle générale supérieure à la moyenne nationale, même si une exception notoire existe pour le HPV. Toutefois, certains territoires ou populations plus éloignés du soin peuvent avoir des difficultés importantes pour l'accès à la vaccination, en dehors de toute difficulté d'approvisionnement du marché. Dans ces territoires, il est nécessaire d'aller vers une meilleure couverture par création de dispositifs publics, accompagnés de solvabilisation des vaccins par l'assurance maladie.

La priorisation territoriale visera donc le renforcement de l'accès à la vaccination. Elle se fondera sur l'amélioration de la connaissance sur le fonctionnement du dispositif existant, en tenant compte de la démographie médicale, de la sectorisation tarifaire et du maillage territorial des autres structures participant au

dispositif public de vaccinations gratuites (PMI, CeGIDD, etc.). C'est ici que l'extension du dispositif public de vaccinations gratuites à de nouveaux types de structures sera considérée également.

Priorisation vaccinale

Pour les nourrissons : les 11 valences obligatoires devront être accessibles en vaccination publique avec une répartition variable entre l'offre privé et publique, pour assurer l'universalité de l'accès voulu par la SNS.

Dans la perspective d'induire la demande par l'élargissement de l'offre de vaccination au-delà des effecteurs habituels, il conviendra d'augmenter l'offre de vaccination contre les hépatites A et B et contre le HPV en CeGIDD. L'opportunité d'une extension de cette offre à d'autres vaccinations sera également interrogée.

La SNS met également l'accent sur l'amélioration de la santé des jeunes : un effort devra être fait sur l'offre de vaccination contre le HPV (en gratuité en centre de vaccination ou par solvabilisation couverture sociale obligatoire et complémentaire), ainsi que sur la mise à jour du calendrier vaccinal pour l'ensemble des autres valences, et en particulier le méningocoque C et la rougeole.

Tuberculose

La réorientation vise à mieux implanter les CLAT au plus près des besoins et d'affecter au mieux la répartition des moyens entre CLAT y compris au cours du PRS, en fonction de l'évolution dynamique de l'épidémie. Il y a donc lieu de retenir dans le PRS non pas une programmation définie a priori, mais un principe d'évolutivité

Par ailleurs, une meilleure caractérisation de l'adéquation des moyens à mobiliser par les CLAT pour assurer au mieux leurs missions, doit permettre d'améliorer de façon significative le suivi des cas et les issues de traitements.

Education thérapeutique du patient

On accentuera l'évolution déjà engagée lors du PRS 1 :

- Renforcement de l'offre en grande couronne là où elle est déficitaire
- Développement des mutualisations et rationalisation des programmes, en particulier par l'implantation des UTEP en territoire déficitaire et la coordination des UTEP entre eux pour la diffusion des bonnes pratiques
- Effort de coordination dans les territoires où les programmes sont incomplets, ou redondants, ou encore peu maillés entre hôpital et ambulatoire.
- Instauration, avec l'appui du pôle régional de ressources en ETP, des dynamiques prioritaires sur des territoires et publics ciblés : meilleure prise en compte des contraintes sociales, professionnelles, familiales et financières des patients.

4. STRATEGIE DE REORIENTATION DES MOYENS ET DU PILOTAGE RETENUE

Santé sexuelle/ IST, VIH et hépatites

Le projet régional vise à identifier le CeGIDD comme pivot d'une coordination de niveau territorial, passant convention avec tous les opérateurs du territoire, pour avoir une stratégie d'action avec ces opérateurs. Une phase pilote sur 4 ou 5 territoires est nécessaire. Ces territoires pilotes seront sélectionnés sur appel à projet parmi les territoires à forts besoins mais disposant déjà d'une base de mobilisation (CeGIDD fortement engagé vers des logiques d'aller-vers).

Les moyens à destination de l'activité des COREVIH (dans le cadre du nouveau Contrat d'objectif et de moyen ARS/InterCOREVIH, 2018-2021), de la réalisation des TROD, et des actions de promotion de la santé déployées par des opérateurs (subventionnés sur le FIR via un appel à projets) seront également mobilisés pour accompagner cette démarche.

Vaccination

Le projet régional met l'accent sur l'amélioration de la couverture vaccinale ciblée de façon différentielle pour les groupes d'âge. Sont retenues en particulier les vaccinations à renforcer de par l'écart avec les couvertures cible ou le potentiel épidémique des maladies qu'elles préviennent : rougeole, infections invasives à méningocoque, infections à HPV, grippe.

Le rôle du dispositif public sera recentré sur l'accessibilité territoriale et financière de la vaccination, en associant l'assurance maladie et les assurances complémentaires. En particulier et de façon prioritaire, la prise en charge de la vaccination contre le HPV est un levier important, à actionner en lien avec l'assurance maladie et les assurances complémentaires/santé.

La promotion de la vaccination gagnera en importance : une intégration aux dispositifs de facilitation de l'accès au droit commun, à l'ETP, à la santé des jeunes et à la santé sexuelle sera envisagée, de même que l'inclusion de la thématique dans les dispositifs contractuels de l'Agence sur les territoires, à l'instar des CLS.

Tuberculose

Une modélisation permettant l'adaptation de l'offre à l'épidémie et prenant en compte les caractéristiques des territoires sera proposée un an après la publication du PRS. Cette modélisation déterminera l'allocation de moyens aux CLAT.

Par ailleurs une modulation des moyens sera programmée pour améliorer les enquêtes autour d'un cas et le suivi des traitements et de leurs issues.

On prendra en compte une échelle infradépartementale, compatible avec l'échelle des territoires de coordination afin d'optimiser le maillage territorial des dispositifs de Lutte contre la tuberculose.

Education thérapeutique du patient

Redéployer les moyens identifiés en financement hospitalier sur des filles actives à plafonner, vers le financement de nouveaux programmes ou le renforcement de programmes existants répondant à une meilleure couverture de territoires et de pathologies, et la logique de complémentarité et d'accessibilité

Offre en santé des jeunes et lutte contre les addictions

1. Etat de l'offre en termes de dispositifs publics

En matière de santé des jeunes, on s'attache d'abord à décrire l'offre en matière de MDA : les Maisons des adolescents, MDA, accueillent les jeunes de 11/21 ou 25 ans et leurs parents, et se sont développées depuis 2005 avec un financement et un portage majoritaire par des établissements hospitaliers, sur la base d'un cahier des charges initial de 2010 puis de celui de 2016. Ce dernier précise les missions des MDA, et les inscrit dans une démarche globale de promotion de la santé. Les 13 MDA franciliennes se répartissent ainsi : 4 départements en comptent chacun une (L'Essonne, les Hauts de Seine, la Seine et Marne, le Val de Marne), 3 départements comptent chacun 2 MDA (Paris, les Yvelines, le Val d'Oise) un département, la Seine St Denis, compte 3 MDA. Cependant, des zones non couvertes persistent, notamment en Seine et Marne, Hauts de Seine et Seine Saint Denis. De ce fait, en 2017 a débuté une majoration des moyens alloués pour une extension de leur couverture avec des équipes mobiles et/ou des partenariats renforcés. En dehors de cette extension récente, les territoires de couverture des MDA franciliennes n'ont pas été modifiées depuis leur création.

En matière d'addictions, au 1^{er} janvier 2018, l'Île-de-France compte 70 CSAPA (35 CSAPA généralistes, 19 CSAPA spécialisés Alcool, 16 CSAPA spécialisés Drogues illicites) pour une file active régionale totale d'environ 46 000 patients en 2016. Ces CSAPA exercent leurs missions et prestations en ambulatoire et/ou en soin résidentiel (en appartement thérapeutique ou en centre thérapeutique résidentiel soit 305 places au total). Ils également 36 CJC implantées sur plus de 85 points d'accueil (ces données CJC seront consolidées en 2018). L'Île-de-France compte 20 CAARUD pour une file active régionale totale d'environ 19 610 usagers en 2016. Cela représente près de 245 000 passages dans les structures (site principaux, antennes, unités mobiles...). Les CAARUD exercent leurs missions en ambulatoire.

La répartition territoriale de l'offre médico-sociale en addictologie est hétérogène selon les départements franciliens.

L'offre hospitalière francilienne en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par :

- 50 ELSA (équipe de liaison et de soin en addictologie)
- 59 consultations d'addictologie, parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes
- 7 unités de sevrage simple
- 3 HDJA (hôpital de jour en addictologie)
- 11 unités de sevrage complexe
- 4 soins de suite et de réadaptation
- 5 unités de recherche

Ces données seront consolidées courant 2018 au regard des résultats de l'enquête d'addictologie hospitalière.

2. Eléments de caractérisation du besoin

1) Besoins en matière de santé des jeunes

La caractérisation des besoins des jeunes s'effectue selon une logique essentiellement populationnelle. Adolescents et jeunes adultes se disent souvent en bonne santé et sont, de ce fait, fréquemment éloignés des services de santé. Cependant, la moitié des troubles mentaux se déclarent avant l'âge de 14 ans et 70 % se déclareraient avant l'âge de 25 ans. Par ailleurs, en 2010, près de 2 % des femmes et 0,4 % des hommes de 15-19 ans ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. En outre, environ 44 % des adolescents recherchent des informations sur la sexualité sur Internet sans toujours les compléter par un

dialogue direct avec un adulte, professionnel ou non. Enfin, en 2014, seulement 8,0 % des adolescents français âgés de 17 ans n'ont expérimenté ni consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis.

Un travail de caractérisation des besoins plus précis a été réalisé en 2016 et 2017 par l'ORS.

Le choix fait est d'axer la réponse sur les problématiques en lien avec la santé mentale, la santé sexuelle et la précocité d'expérimentation et consommation de substances psychoactives. Nous ne retenons pas les autres problématiques qui peuvent être traitées ailleurs dans le PRS.

2) Personnes confrontées à des conduites addictives

L'Île-de-France est fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack...) et la persistance de celles-ci avec notamment une forte augmentation de la consommation régulière féminines de cannabis et de la poly-consommation (poly-consommations qui se traduisent souvent par des situations de prise de risque ou de vulnérabilité).

- Des expérimentations inquiétantes en diminution sur certaines substances : alcool, tabac mais plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis et la cocaïne,
- Le rapprochement progressif mais certain des comportements masculins et féminins,
- Des problématiques s'inscrivant dans le cadre de la transition épidémiologique (prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, prévalence élevée de l'hépatite C chez les usagers de drogues notamment par voie intraveineuse, vieillissement de la population, etc.),
- Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale mais des consommations d'alcool problématiques, notamment chez les jeunes (prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes),
- Une prévalence du tabagisme moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France mais des disparités entre les départements et des inégalités sociales de consommation de tabac.

Compte tenu des données épidémiologiques et des éléments de contexte d'évolution des conduites addictives (substances licites, illicites, addictions sans substance dont jeu problématique, jeu vidéo, internet, etc.), il apparaît que la réponse d'accompagnement spécialisée doit intégrer quatre axes : prévention, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, soins. Cette offre doit être adaptée, diversifiée, graduée, coordonnée et articulée entre le dispositif médico-social spécialisé (CAARUD, CSAPA dont CJC), hospitalier et de ville.

Pour l'évolution sur la période du PRS1, un effort a été fait sur le partage des données d'activité des structures médico-sociale d'addiction et de précarité, ainsi que des données financières, et des appels à projets ont été lancés pour couvrir des territoires en besoin.

3. Nécessités d'évolution

De façon générale, l'adaptation de la réponse aux besoins passe par une logique centrifuge de renforcement des équipements hors Paris et en direction de territoires à la fois socialement défavorisés et avec un déficit de dispositifs.

Santé des jeunes : les besoins d'évolution doivent répondre à deux nécessités : assurer la couverture de l'ensemble du territoire régional en matière d'écoute et prise en charge psy de premier recours, la couverture MDA complète n'étant aujourd'hui pas réalisée ; et renforcer les moyens sur les territoires en plus fort besoin, ce besoin étant pour des raisons épidémiologiques très lié aux déterminants sociaux (pauvreté, éducation, trajectoire familiale) ou urbains (enclavement...)

Addictions : poursuivre la structuration et le renforcement du dispositif médicosocial et hospitalier en addictologie notamment dans un double objectif de rééquilibrage territorial de l'offre et de réduction des inégalités sociale de santé.

Avec les 70 CSAPA en Île de France, les besoins d'évolution portent non sur le nombre de structures, mais sur leur polyvalence, qui doit être étendue, et sur la convergence des prises en charge. Le CSAPA « généraliste » doit être positionné comme « centre ressources ». Il en est de même pour les CJC. Il existe cependant un besoin d'adapter et de renforcer l'offre en places de soin résidentiel.

En matière de CAARUD, et plus généralement de réduction des risques et des dommages, les besoins sont situés sur la grande couronne pour l'essentiel.

Par ailleurs, l'importance de la réduction du tabagisme, impose un effort de la prise en charge du tabagisme par d'une part le déploiement des prescripteurs de traitement de substitut nicotinique et d'autre part par le développement et le renforcement des consultations de tabacologie, qu'elles soient en CSAPA, hospitalières ou de ville.

Au 1^{er} janvier 2018, l'Île de France compte 50 ELSA. La répartition territoriale de l'offre ELSA est hétérogène selon les départements franciliens.

Du fait de leurs interventions au niveau des services d'urgence et des liens travaillés avec les CSAPA, les ELSA constituent l'une des composantes principales du niveau 1 de l'addictologie hospitalière.

Sur la base de l'enquête nationale 2013 (Cf. instruction n° DGOS/R4/DGS/ MC2/127 du 28 mars 2013) et de ses actualisations régionales en 2015 et 2017, un travail de modélisation financière a été réalisé mettant en évidence la nécessité d'un renfort budgétaire de ces structures dont le chiffrage sera déterminé sur la base des données consolidées de l'enquête régionale 2017.

4. Stratégie de réorientation des moyens et du pilotage retenue

Santé des jeunes

Temporalité d'évolution : Il est proposé de procéder en deux phases

Phase 1 (échéance fin 1^{er} semestre 2019) :

- a) pour assurer la couverture de l'ensemble du territoire en matière d'accès des jeunes à une écoute et une prise en charge psy, concentration de la totalité des mesures nouvelles relatives aux dispositifs dédiés (MDA- FIR, CJC, etc...) sur les territoires actuellement non pourvus, en priorisant les territoires en Politique de la Ville non dotés.
- b) Réalisation et validation d'un indice composite de besoins, et d'un état des lieux exhaustif des moyens et ressources, y compris celles ne relevant pas des dispositifs dédiés (ex : PAEJ)

Phase 2 : échéance fin 2022 : renforcement spécifique sur les territoires identifiés comme à fort besoin en lien avec l'indicateur retenu.

Modalités d'évolution

Il est proposé, sur chaque territoire, d'identifier les capacités de mobilisation des MDA stricto sensu, celles-ci ayant un rôle de pilotage territorial, mais aussi les capacités de mobilisation d'autres équipes susceptibles d'assurer des missions comparables. .

Pour les CJC, la démarche est celle du déploiement d'antennes dans les logiques de « aller-vers »

Organisation territoriale :

Renforcement du mode de fonctionnement actuel (accueil de premier niveau en proximité, structure de référence et de pilotage : MDA). Maintien du réseau actuel, avec convergence progressive vers les territoires de coordination infradépartementaux

Addictions

Modalités d'évolution:

L'objectif est d'établir dans chaque territoire, une offre complète en addictologie à la fois en types de structures, de professionnels formés et d'actions permettant de couvrir le parcours conduites addictives dans sa globalité.

Pour cela, il est nécessaire de définir et mettre en œuvre un « panier de services » pour les personnes ayant des conduites addictives et leur entourage, incluant une offre de prévention, de repérage, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge diversifiée et de qualité.

La stratégie de structuration et de renforcement des CSAPA n'est pas tant sur l'implantation des structures mais plutôt sur leur capacité à répondre aux besoins au plus près des publics concernés (« aller vers ») et sur le renforcement du rôle des CSAPA comme « centre ressources »,

Le renforcement des consultations de tabacologie passera par la création de consultations dans les CSAPA et les établissements de santé, et le soutien à des consultations dans les structures regroupées. Ce renforcement se fera prioritairement sur les zones à forte mortalité pour les causes tabaco-dépendantes.

Organisation territoriale :

Convergence progressive du dispositif vers les territoires de coordination infradépartementaux.

Offre destinée aux personnes en situation de grande précarité

1. Concernant les PASS hospitalières :

- A leur création, les PASS avaient été envisagées comme un dispositif transitoire, interstitiels, ne devant ni se substituer aux autres offres de soins ni contribuer à créer un secteur spécialisé.
- Le déploiement réalisé en Île de France depuis les années deux mille, s'est donc opéré en fonction du volontariat des équipes, sans stratégie territoriale.
- Avec la création de l'ARS et dans le cadre des travaux de mise en œuvre du premier PRAPS, la priorité a été donnée à rendre aux dispositifs déjà en place un fonctionnement plus homogène dans leur mode de fonctionnement, leur lisibilité, leur visibilité.
- Sont comptabilisées actuellement :
 - 49 PASS généralistes
 - dont 2 hors les murs de l'hôpital : Créteil^[1] (94) et Pontoise (95)
 - dont 1 avec une action mobile : maraudes dans le Bois de Boulogne /Ambroise Paré (92)
 - dont 1 nouvelle PASS à l'Hôpital de Montereau (77)
 - 13 PASS Spécialisées (positionnées d'une façon générale sur le territoire parisien les rendant ainsi plus faciles d'accès plus facile depuis l'ensemble de la région).
 - 1 PASS spécialisée en dermatologie (à St. Louis, Paris)
 - 4 PASS buccodentaires
 - 6 PASS PSY (Financement DAF)
 - 2 PASS ophtalmologiques
- Aujourd'hui, la pertinence des PASS des établissements de santé pour faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité est réaffirmée.
- L'implantation territoriale actuelle des PASS couvre relativement bien le territoire francilien et permet pour chacune d'elles un accès à des plateaux techniques de qualité et à des spécialités médicales. Mais, une analyse plus fine de leur répartition territoriale reste à faire, en tenant compte notamment des modalités d'accès en transports en commun, puisque les PASS parisiennes restent d'une façon générale les plus accessibles et donc les plus sollicitées.
- En revanche, il reste à travailler – et c'est l'objet du prochain PRAPS - sur :
 - La généralisation d'une offre en médecine générale (certaines PASS dites transversales en restent encore dépourvues)
 - L'articulation avec le secteur ambulatoire pour améliorer l'efficacité des parcours de santé (en considérant que les territoires de provenance des personnes peuvent dépasser la proximité locale)
 - Le développement des PASS mobiles, pouvant apporter une réponse intéressante en cas de nécessité de proximité géographique.
- En terme de projection dans les années à venir, il convient de considérer que si des formes de grande précarité émergent dans de nouveaux territoires, le pilotage des PASS devra conduire à un rééquilibrage géographique et fonctionnel en direction de ces éventuels besoins émergents.

2. Concernant les PASS ambulatoires :

- Il s'agit d'un dispositif expérimental mis en place dans le cadre du premier PRAPS pour compléter le dispositif des PASS hospitalières. Ici la PASS n'est pas adossée à un établissement de santé mais à un

^[1] Le Centre Médical de Santé fondé par l'association Créteil Solidarité est depuis mai 2015 financé par la MIG PASS, devenant officiellement ainsi PASS externe du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

centre de santé ou un réseau de santé. Ce n'est pas une structure spécifique mais un mode d'organisation locale qui s'active entre acteurs (pharmacien, laboratoires, médecins généralistes, CPAM...) quand une personne démunie se présente sans couverture maladie ou avec une couverture partielle.

- 10 PASS ambulatoires sont actuellement installées dans la région (la plupart en Seine Saint-Denis : Montreuil, Blanc Mesnil, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve ; mais aussi Goussainville, RVH77, AVIH 77 et réseau 92 nord, et Ivry).
- Le bilan effectué en 2016 de cette expérimentation est positif avec notamment le maintien des suivis ambulatoires pour les usagers en situation administrative instable...
- La stratégie de l'Agence est donc de les développer, au rythme de quatre nouvelles installations par an.
- Le seul facteur limitant résidera sans doute dans l'identification de structures volontaires pour porter une opération qui s'adresse à des personnes très démunies, mais dont le financement issu de l'Agence ne couvre pas la totalité des frais de fonctionnement.

3. Concernant les mission lampes :

- Il s'agit là encore d'un dispositif expérimenté au cours du premier PRAPS
- L'objectif est de tester des modes d'organisation au sein des établissements de santé permettant de définir un projet de soin global et articulé avec la ville pour les personnes en situation complexe, cumulant grande exclusion, pathologie médicale chronique et ne bénéficiant d'aucune prise en charge médicale ambulatoire (avec des passages itératifs par les urgences...).
- On compte aujourd'hui six sites en cours d'expérimentation à Saint Denis, Montfermeil, Nanterre, Créteil, Meaux et Melun.
- Le devenir de ces expérimentations n'est encore statué. Le bilan est en cours de réalisation.
- D'ores et déjà, une boîte à outils (protocoles, procédures, fiches de liaison, grille de repérage...) a été formalisée, que l'agence peut mettre à disposition des autres des établissements de santé souhaitant s'engager dans cette démarche.

4. Concernant les structures de soin résidentiel :

Au 1^{er} janvier 2018, l'Île-de-France compte 890 places autorisées d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), 383 places autorisées de Lits Halte Soins Santé (LHSS) et 47 places autorisées de Lits d'Accueils Médicalisés (LAM).

Les évolutions notables sur la période du PRS sont la création d'une structure LAM de 22 places en Seine-Saint-Denis, la création de 119 places d'ACT par extension ainsi que le lancement, fin 2017, de deux appels à projet pour la création d'une structure de 25 places de LAM et d'une structure de 25 places de LHSS, toutes deux à implanter dans le Val d'Oise.

La répartition territoriale des structures de soin résidentiel est hétérogène et inégale selon les départements. Les besoins sont croissants (augmentation des files actives entre 2013 et 2016) avec la montée de la précarité d'une part, des maladies chroniques chez les personnes exclues d'autre part, ce qui nécessite des installations spécialisés et parfois couteuses (lits médicalisés par exemple). Il existe un élargissement des besoins à couvrir par les ACT (initialement dédiés au VIH, désormais couvrant l'ensemble des pathologies chroniques sévères). L'évolution des besoins est par ailleurs très dépendante de facteurs exogènes d'aval (fluidification des accès au logement ou à l'hébergement pérenne de droit commun). Un renforcement de tous les départements franciliens est donc prévu.

L'ARS IDF, pour établir ce calendrier, s'est appuyée sur les besoins exprimés et sur un indice composite pondérant le taux de pauvreté monétaire, le taux d'équipement rapporté à la population couverte par la CMU-C et les cas individuels déclarés de certaines maladies à déclarations obligatoires (hépatites A et B, découvertes VIH, tuberculose...).

Au regard des besoins exprimés, de l'indice composite établi et des taux d'équipement départementaux actuels, il conviendrait qu'une quarantaine de places nouvelles en ACT soient créées par an afin d'atteindre l'objectif d'environ 1200 places autorisées à l'horizon 2022. Ceci correspond à l'évolution minimale du nombre de places nécessaire pour répondre à la tension exercée sur le dispositif.

La programmation ACT 2017-2022, prévoit un renforcement de l'offre, et pose en territoires prioritaires la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne, puis la Seine-et-Marne, les Yvelines, le Val-d'Oise et l'Essonne ; les départements de Paris et des Hauts de Seine disposant déjà d'une offre supérieure.

Pour les LAM, la programmation 2017-2022 prévoit également un renforcement de l'offre avec une estimation de 25 places nouvelles créées par an pour couvrir la totalité de la région.

Au regard de l'indice composite établi, les territoires définis comme prioritaires sont le Val-de-Marne, l'Essonne et les Hauts-de-Seine, puis la Seine-et-Marne et les Yvelines et enfin Paris, le Val d'Oise et la Seine- Saint-Denis.

Pour les LHSS, la programmation 2017-2022 prévoit aussi un renforcement de l'offre avec une estimation de 25 places nouvelles créées par an pour couvrir la totalité de la région et renforcer l'offre existante.

Au regard de l'indice composite établi, les territoires définis comme prioritaires sont l'Essonne et les Yvelines, puis la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis et enfin les Hauts-de-Seine, le Val de Marne ; Paris et le Val d'Oise.

Il est à noter que le renforcement de l'offre en ACT, LHSS et LAM pourra prendre la forme d'appels à projet ou d'extension dans les conditions fixées par le code de l'action sociale et familiale.

Stratégie de réorientation des moyens et du pilotage retenue

- Poursuivre le développement de l'offre de structures de soin résidentiel sur le territoire francilien d'ici 2022.
- Développer et renforcer les dispositifs de régulation et d'orientation. Développer la mise en place de guichet unique sur les départements qui n'en bénéficient pas encore. Et étendre ces guichets uniques à toutes les structures de soin résidentiel afin de réduire le nombre de dossier reçus ne relevant pas du secteur et de fluidifier le traitement des demandes et des entrées en structures.
- Améliorer les orientations à l'entrée et à la sortie des structures de soin résidentiel en développant des partenariats avec les structures sociales d'hébergement et les structures médico-sociales pour personnes âgées et personnes handicapées.
- Participer à la réflexion sur l'élaboration d'un SIAO régional qui permettra de fluidifier le parcours des personnes en ACT, LHSS et LAM vers d'autres structures de soin résidentiel ou des structures de droit commun (CHRS, ...).
- Evolution des modalités de pilotage (objectifs populationnels ou territoriaux, regroupements d'opérateurs, actions « hors les murs » ou sous forme d'antennes, évolution des compétences, ...).

- Améliorer la coordination des acteurs sur le territoire francilien en favorisant les partenariats entre les acteurs de différents champs (sanitaire, social, médico-social, addictologie, hébergement ...) pour permettre de coordonner : des actions de formations des personnels (formation de RDRD alcool, tabac, etc. au sein de structures ; formation de gestion des personnes en fin de vie ; ...), des actions de réduction des risques et des dommages au sein des résidents des structures LHSS, LAM et ACT. Mais aussi pour favoriser l'élaboration et l'entretien d'une culture commune.
- Inscrire dans les formations à proposer des professionnels des LHSS et LAM (médicaux, paramédicaux et intervenants de l'action sociale) l'accompagnement à la fin de vie ainsi que la RDRD alcool, tabac et drogues illicites ; afin d'améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des personnes en fin de vie et des personnes ayant des conduites addictives).
- Recenser et promouvoir les initiatives innovantes et les expérimentations : modes d'organisation et d'intervention, modalités de prise en charge, populations nécessitant une prise en charge adaptée, spécifique comme par exemple les usagers vieillissants, les personnes placées sous-main de justice, etc. Adapter le dispositif de prise en charge et de soins (ambulatoires et résidentiels) aux besoins et aux évolutions des consommations, (addictions sans substance, jeux pathologiques, troubles des conduites alimentaires, etc.), des profils des patients (usagers vieillissants), des modalités de prise en charge (accueil tout produit et tout degré d'usages, etc.) (programmes innovants et expérimentations).
- Inscrire les LAM, les LHSS et les ACT dans un réseau local partenarial sanitaire, médico-social, social (pratique du réseau de proximité).
- Poursuivre les actions de communications (colloques, séminaire, groupe de travail, ect.) afin de contribuer à l'amélioration de la visibilité des dispositifs de soins résidentiels.

Réduction des inégalités d'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées

Indice de dotation par population pondérée

L'IGB est un indicateur élaboré par la CNSA qui exprime un besoin (par la population pondérée). La création de cet indice a permis à la région Île-de-France de bénéficier de 32 millions d'euros de mesures nouvelles pendant la période du PRS 2.

Pour réaliser une priorisation des territoires au niveau régional, il était nécessaire de mettre en relation le besoin identifié avec les réponses qui y sont apportées actuellement (les équipements financés par l'ARS). La Direction de l'Autonomie a donc conduit une analyse à partir des financements par département et public (enfant et adulte), qui a permis d'identifier les départements prioritaires pour le développement d'une offre nouvelle, pour les publics adultes et enfants :

Adulte	ID_PP	Enfant	ID_PP
92	0,75	93	0,70
93	0,84	75	0,80
75	0,84	78	0,97
95	1,02	91	1,08
94	1,05	94	1,15
77	1,15	95	1,15
78	1,16	77	1,19
91	1,39	92	1,22

Concernant la population adulte, les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et de Paris sont apparus comme prioritaires.

Concernant la population enfant, les départements des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et des Yvelines sont apparus comme prioritaires.

Ce travail premier de priorisation des territoires a amené un second travail de détermination d'une dotation cible pour chaque département par rapport au poids de sa population pondérée par l'IGB sur la population régionale, en vue de réduire les inégalités constatées. Deux principes ont été retenus concernant la répartition des mesures nouvelles :

- une répartition entre publics selon le poids de chaque public sur la population totale (65% adultes et 35% enfants)
- une répartition :
 - à hauteur de 80% de mesures nouvelles en fonction de l'importance de leur sous-dotation (montant à atteindre pour la dotation) pour les départements prioritaires ;
 - à hauteur de 20% des mesures nouvelles proportionnellement à leur sur-dotation pour les départements non prioritaires.

Les mesures nouvelles considérées pour la population adulte pour les 8 départements ont été communiquées aux délégations départementales de la manière suivante :

Département	ID-PP avant mesures nouvelles	Attribution de 65% des 32 millions de MN en fonction de la population pondérée (en M€)	ID-PP après mesures nouvelles
75	0,84	5,7	0,86
77	1,15	1	1,13
78	1,16	0,7	1,14
91	1,39	0,6	1,36
92	0,75	6	0,79
93	0,83	5	0,85
94	1,05	1	1,03
95	1,02	1	1

Les mesures nouvelles considérées pour la population enfant pour les 8 départements ont été communiquées aux délégations départementales de la manière suivante :

Enfants	ID-PP avant mesures nouvelles	Attribution de 35% des 32 millions de MN en fonction de la population pondérée (en M€)	ID-PP après mesures nouvelles
75	0,8	3,5	0,81
77	1,19	0,5	1,18
78	0,97	0,7	0,98
91	1,08	0,6	1,07
92	1,22	0,4	1,21
93	0,7	5	0,73
94	1,15	0,4	1,14
95	1,15	0,4	1,14

L'indice de dotation par population pondérée, avant et après attribution de mesures nouvelles, montre l'impact réel quoique modéré de cette méthode d'attribution de mesures nouvelles dans une optique de réduction des inégalités territoriales.

Pour guider les transformations de l'offre dans les territoires, l'indice de dotation par population pondéré a été appliqué en infra territoire, à l'échelle de l'ensemble des déficiences :

Déficience intellectuelle	
95	0,60
75	0,63
94	0,89
77	0,92
92	0,99
93	1,06
91	1,50
78	1,72

Handicap psychique	
93	0,41
92	0,53
78	0,64
75	1,18
91	1,18
95	1,25
77	1,35
94	1,52

Polyhandicap	
75	0,34
95	0,52
92	0,70
93	0,97
77	1,27
94	1,35
91	1,41
78	1,92

TSA	
78	0,47
92	0,52
93	0,61
95	1,02
94	1,09
75	1,12
91	1,45
77	1,69

Cet indice sera utilisé dans le cadre des négociations CPOM et dans tous les projets départementaux de transformation de l'offre médico-sociale.

Réduction des inégalités d'offre en santé destinée aux personnes âgées

1. Une nouvelle approche

L'organisation du parcours de santé des personnes âgées doit s'appuyer sur une offre territorialisée et décloisonnée pour permettre aux usagers d'accéder à une réponse graduée, tenant compte des spécificités liées à l'âge.

Par ailleurs, en application du principe premier porté par le Cadre d'orientation stratégique 2018-2027, l'ARS s'est fixé un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins et à un accompagnement qui donc, dans le champ des personnes âgées, passe par un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre gérontologique dans les territoires. En effet, les niveaux d'équipements des départements sont issus de l'histoire, disparates et n'ont pas été pensés de manière globale.

Pour répondre à ces priorités, l'ARS construira désormais sa programmation médico-sociale à destination des personnes âgées en prenant en compte par territoire non seulement les dispositifs médico-sociaux existants mais également les dispositifs sanitaires ainsi que la réponse apportée en ville par les infirmiers libéraux.

Cette analyse qui permettra d'identifier des territoires globalement déficitaires ou fragiles, sera partagée avec les partenaires de l'Agence (et en premier lieu les Conseils départementaux) puisque, dans un contexte budgétaire contraint, ils bénéficieront prioritairement de la mobilisation des ressources financières humaines dont disposerait l'ARS.

Cette priorisation permettra d'informer les opérateurs des zones en tensions sur lesquelles une offre nouvelle est à développer, et de celles, mieux dotées, dans lesquelles seules des évolutions ou des transformations seront attendues et accompagnées. Elle permettra d'évaluer l'impact des actions conduites, chaque année et à l'issue du PRS.

2. Construire une méthode de priorisation des territoires

Afin de se détacher de l'indicateur habituellement utilisé des taux d'équipement, pas assez révélateur du niveau de service rendu aux populations, a été retenue une approche globale des besoins de la personne âgée par le biais de la création d'un indice composite, révélateur des besoins dans chaque territoire des populations très âgées, appréhendés par leur nombre pondéré par leurs besoins en soins et au titre de leur dépendance.

Cet indice a donc été composé pour un tiers de la population des 85 ans, pour un tiers des cas d'affections de longue durée (ALD) et pour un tiers des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), chacun d'entre eux étant pondéré par la projection régionale de la population à l'horizon 2030 (données INSEE).

Ces besoins ont été confrontés à la situation de l'offre de prise en charge, appréhendée au travers du total des dépenses d'assurance maladie du territoire mobilisées sur le parcours de santé de la personne âgée, soit la somme des dépenses du secteur sanitaire pour les Unités gériatrique aiguë (UGA), les USLD, les SSR gériatrique, l'hospitalisation à domicile, ajoutées aux dépenses du secteur médico-social (EHPAD, SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire), ainsi qu'à celles des actes infirmiers libéraux réalisés en ville.

Cette méthode permet de classer les territoires selon leur niveau de dépenses assurance maladie et d'identifier 4 territoires prioritaires dans lesquels sont identifiés des besoins de créations de places supplémentaires et 4 autres, globalement non prioritaires, dans lesquels le besoin est moins une création de places qu'une évolution de l'offre pour mieux répondre aux attentes nouvelles.

	Dépenses rapportées à l'indice composite	
78	3 598,10 €	0,79
93	3 948,29 €	0,87
91	4 117,04 €	0,91
77	4 207,76 €	0,93
75	4 884,33 €	1,07
92	4 954,31 €	1,09
95	5 050,89 €	1,11
94	5 087,05 €	1,12
	4 546,05 €	

Elle permet également pour l'ensemble des territoires d'identifier les secteurs les plus déficitaires, à renforcer soit avec des mesures nouvelles (territoires prioritaires) soit en accompagnant des restructurations (territoires prioritaires et non prioritaires) au profit de projets inclusifs et/ou innovants.

Cette appréciation des écarts de dépenses devra par ailleurs être prolongée par une analyse infra-départementale de ceux-ci.

	global	SSIAD	HAD	EHPAD	USLD	SSR Gé	UGA	IDEL
75	1,07	1,95	1,10	0,77	2,11	0,98	1,18	1,20
77	0,93	0,86	0,74	1,28	0,54	0,61	0,69	1,06
78	0,79	0,80	0,89	0,99	0,67	0,60	0,93	0,66
91	0,91	0,81	0,67	1,01	0,71	1,01	0,99	0,94
92	1,09	1,20	1,09	1,26	1,33	0,99	1,23	0,82
93	0,87	1,09	0,91	0,74	0,70	1,25	0,96	1,09
94	1,12	1,05	1,25	0,95	1,67	1,31	1,94	0,90
95	1,11	0,95	1,09	1,21	1,29	1,24	1,01	1,15

Programmation de l'investissement en matière sanitaire et médico-sociale

L'Île-de-France dispose d'une offre de santé de qualité qui devra pouvoir évoluer face aux défis majeurs de notre système de santé : chronicisation des pathologies et perte d'autonomie, soutenabilité financière, démographie médicale, accès aux innovations et renforcement du rôle du patient.

L'investissement en santé constitue un levier indispensable à la mise en œuvre de ces changements à venir et à la traduction opérationnelle des objectifs de l'ARS-IF définis dans son PRS.

A cet égard, l'ARS-IF entend promouvoir **les investissements en santé** nécessaires à la poursuite de la **structuration de l'offre hospitalière francilienne en lien avec les autres acteurs du système de santé**, par la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT) notamment, et ainsi au maintien de la capacité des établissements franciliens à répondre aux besoins de santé. L'ARS-IF encouragera également l'émergence de projets permettant la **transformation de l'offre de santé des territoires** de manière notamment à améliorer l'accès territorial aux soins, en particulier en ouvrant l'hôpital sur son territoire, en développant l'offre de soins ambulatoire et médico-sociale, en renforçant la logique de parcours et en accompagnant la révolution numérique en santé.

I) Le volet hospitalier du schéma régional d'investissement en santé devra être l'occasion d'apporter, dans les prochaines années, **une réponse globale et transversale aux nouveaux besoins de santé spécifiques de chacun des territoires**. Le périmètre de réflexion devra ainsi être élargi, de l'amont à l'aval des hospitalisations et en favorisant le recours à l'hospitalisation à domicile.

Ces dernières années, des investissements importants ont été réalisés et ont permis d'améliorer la qualité et l'efficience du système hospitalier francilien. Sur la période du précédent projet régional de santé, **l'effort d'investissement des établissements publics de santé et ESPIC franciliens** a représenté en moyenne près d'**1 milliard d'euros par an** soit 5.7%⁵⁴ de leurs produits, en baisse de -6% sur la période. Ce repli a toutefois été porté par une **nette progression (+32% sur la période 2013-2017) des investissements réalisés par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)** permettant à l'institution de revenir à un niveau d'investissement proche de la moyenne régionale⁵⁵.

Malgré ces efforts, **les infrastructures hospitalières franciliennes restent vétustes**⁵⁶, offrent pour partie des conditions de sécurité minimales pour les patients et les personnels, et devront faire l'objet d'investissements lourds, structurants et innovants pour garantir une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente.

Au-delà de la transformation stratégique de l'hôpital vers une prise en charge de plus en plus ambulatoire, plus en lien avec la ville, centrée sur les activités de recours et d'expertise, et plus intégrée, ces investissements devront permettre de **moderniser et d'adapter l'offre de premier recours**, et **structurer un parcours de santé pertinent** en coopération avec les offres de ville et médico-sociales.

La conception des **constructions neuves évolutives** plus en cohérence avec les exigences de développement durable seront ainsi privilégiées facilitant la mise en place des organisations et prises en charges de demain en

⁵⁴ L'intensité d'investissement rapporte les dépenses annuelles d'investissement au total des produits des établissements. L'intensité d'investissement régionale des EPS et ESPIC est passée de 6.2% en 2013 à 5.6% en 2017 (chiffre prévisionnel).

⁵⁵ Intensité d'investissement APHP = 5.4% en 2017 (RIA1).

⁵⁶ Le taux de vétusté comptable des bâtiments rapportant les amortissements cumulés à la valeur brute des immobilisations est passé de 53% en 2012 à 55% en 2016 pour les établissements publics de santé et ESPIC franciliens - source : Diamant.

renforçant l'accès aux innovations technologiques, numériques, métier ou organisationnelles, garantissant la sécurité des patients et résidents, optimisant la qualité de vie au travail.

L'ARS-IF veillera à diffuser les **critères et référentiels du COPERMO** dans le cadre des évaluations socio-économiques à mener afin de garantir la pertinence, l'efficacité et la soutenabilité de ces investissements. Par ailleurs, dans un objectif global d'amélioration de l'état de santé des franciliens, ces investissements devront intégrer des objectifs liés à **l'ensemble des déterminants de la santé** qui ont un impact sur la santé physique, mentale et sociale des individus.

Pour ce faire, l'ARS-IF contribuera à faire émerger de **nouveaux modes de collaboration** en amenant les différentes parties prenantes - patient/usager/société civile, professionnel de santé, gestionnaire d'établissements de santé et médico-sociaux, entreprises privées, pouvoirs publics – à se concerter dans l'objectif collectif du meilleur résultat possible pour l'utilisateur optimisant ainsi le gain pour la collectivité dans son ensemble. Un urbanisme favorable à la santé de la population ainsi qu'une meilleure disponibilité et adéquation de l'offre de transports devront notamment pouvoir être intégrés dans les projets les plus structurants à réaliser et dont les impacts devront pouvoir être évalués.

Dans les prochaines années, la logique territoriale adoptée par l'ARS-IF conduira à privilégier les investissements concourant à la transformation de l'offre de santé prioritairement sur les territoires suivants :

- sur **le département de la Seine et Marne**, qui figure parmi les territoires les plus fragiles de la région Île-de-France, et qui doit poursuivre sa recomposition de l'offre des soins territoriale dans une logique d'attractivité et de réduction des inégalités de santé. La construction de la plateforme hospitalière du Santépôle de Melun ainsi que la restructuration du site de Fontainebleau du centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne sont d'ores et déjà engagées. Le nord du département devra concrétiser dans les prochaines années la réorganisation de son offre initiée en 2012.
- sur **le département des Hauts-de-Seine** qui devra poursuivre ses opérations de réorganisation de l'offre hospitalière dans une logique d'accessibilité et de recherche de coopérations et de partenariats afin de répondre aux besoins de santé de proximité de ses habitants. Deux opérations sont d'ores et déjà engagées avec la restructuration du site de St Cloud de l'Institut Curie et la restructuration de l'Institut Hospitalier Franco-Britannique. En outre, l'ARS-IF soutiendra le nécessaire relogement dans le nord des Hauts-de-Seine des secteurs d'hébergement en santé mentale aujourd'hui localisés dans le Val d'Oise de façon à répondre aux besoins de proximité de la population, des patients et de leur famille.
- sur **le département de Seine Saint Denis**, le plus défavorisé de la région Île de France et constituant à ce titre l'un des territoires prioritaires identifiés par l'ARS Île-de-France, où une recomposition hospitalière majeure entre offreurs publics devra être portée.
- sur **le sud du département du Val de Marne** où des investissements lourds sont incontournables afin de mettre en conformité les infrastructures hospitalières confrontées à des problématiques de sécurité incendie.
- sur **le département du Val d'Oise** devant faire face à de fortes inégalités territoriales et à une vétusté importante de ses infrastructures hospitalières.
- Le **département de Paris** compte quant à lui deux opérations majeures d'ores et déjà engagées : la restructuration du site de Paris de l'Institut Curie et la reconstruction du bâtiment du pôle universitaire des neurosciences du centre hospitalier de Sainte Anne.
- Le **département des Yvelines**, après une période de sous-investissement chronique, concrétisera, dans les prochaines années, un projet immobilier et de nouvelle offre de soins territoriale.

- Le **département de l'Essonne** réalisera une restructuration de son offre de soins publique sur le plateau de Saclay.

Eu égard aux fortes contraintes budgétaires pesant sur les établissements de santé, l'ARSIF conduira, dans les prochaines années, une politique renforcée de soutien à l'investissement. **500M€ sur 10 ans**, via notamment le FIR qui en sera un vecteur privilégié, **seront consacrés aux investissements les plus impactant pour les territoires**. Cette enveloppe devra permettre de préserver les capacités des établissements de santé franciliens à financer les investissements restructurants nécessaires à leur pérennité, malgré la nette dégradation de leur situation financière observée en 2017⁵⁷.

II) Le volet ambulatoire du schéma régional d'investissement en santé devra permettre d'accompagner la transformation progressive du maillage territorial de l'offre en médecine de ville et ainsi **renforcer l'offre de soins ambulatoire** en particulier dans les territoires les plus en difficulté en terme de démographie médicale **en cohérence avec les autres acteurs du système de santé**. Le regroupement au sein de structures d'exercices pluri professionnelles attire de nombreux professionnels de santé et constitue également un objectif pour de nombreuses collectivités territoriales et institutions. Ce mode d'exercice constitue à la fois un lieu d'ancrage d'une offre supplémentaire de soins territoriale diversifiée et également un levier pour la qualité et la coordination des parcours de soins. Cependant, le rythme et la durée nécessaire à la création de Maisons de Santé Pluri professionnelles ne pourront suffire à sécuriser l'offre ambulatoire au regard des évolutions démographiques attendues. L'ARS-IF veillera donc à diversifier et développer également les soutiens aux autres formes d'exercice libéral en ville, notamment les cabinets de groupe.

Cette orientation rejoint l'une des grandes priorités du Plan national relatif à l'accès territorial aux soins visant à soutenir, tant en fonctionnement qu'en investissement, le développement des maisons de santé pluri professionnelles, des centres de santé médicaux ou polyvalents dont le parc existant au nombre de 220 structures en Île-de-France est particulièrement vétuste et de tous les autres modes d'exercice coordonné.

En effet, pour importante qu'elle soit, la montée en charge régulière et en progression des projets de création des maisons de santé pluri professionnelles en Île de France (une cinquantaine en 6 ans et autant en projet) ne permet pas de résoudre à elle seule les difficultés croissantes de l'offre de ville en Île-de-France. Cette relative inertie est en grande partie liée à l'incertitude et à la difficulté de financement de l'investissement dans une région dans laquelle le coût du foncier et des locaux est le plus élevé de France. Aussi, l'ARS-IF engagera une **démarche de soutien à l'investissement permettant à des collectivités locales ou des bailleurs sociaux de proposer des locaux à des tarifs de location incitatifs** à des équipes de professionnels de santé ayant un projet d'exercice collectif et coordonné. Cet accompagnement, effectif depuis la fin d'année 2017, à l'initiative de l'ARS-IF et de ses partenaires : URPS-ML, FNCS..., doit permettre d'accélérer le rythme de création de ces structures sur la période du projet régional de santé.

Environ 50M€ seront ainsi consacrés sur les 5 années du projet régional de santé au développement de l'exercice coordonné en ville. Le dispositif de soutien à l'investissement immobilier établi par l'ARS-IF participera au financement des dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension et la restructuration des structures d'exercice collectif et coordonné. Une attention particulière sera portée, dans l'examen des demandes, au projet de santé intégrant les organisations mises en place en matière de continuité des soins, d'accueil et de formation de stagiaires professionnels et d'exercice coordonné appuyé par un système d'information partagé. Par ailleurs, dans un objectif d'amélioration de l'accès territorial aux soins, l'ARS-IF

⁵⁷ Baisse importante de la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé franciliens qui s'établit en 2017 à 3% de leurs produits (divisée par deux pour les établissements publics de santé hors APHP et par trois pour l'APHP).

privilégiera les zones d'implantation qui rencontrent des difficultés particulières d'accès aux soins et/ou un risque de dégradation à terme mis en évidence par des éléments de diagnostics locaux.

III) Le volet médico-social / soins de longue durée du schéma régional d'investissement en santé devra permettre la transformation de l'offre médico-sociale en lien avec les champs sanitaire et ambulatoire, dans une optique d'intégration des technologies numériques et d'accessibilité aux soins des personnes à mobilité réduite quelque que soit leur âge. **200 à 250 M€ seront ainsi mobilisés au travers d'appels à candidature** durant les 5 années du projet régional de santé. Ces aides à l'investissement seront priorisées sur les opérations structurantes associant la transformation et le développement de l'offre, et privilégieront les opérateurs qui s'engagent dans des logiques de coopération et de rapprochement (intégration dans les GHT / GCSMS/ fusion).

Par ailleurs, les démarches d'investissement dans le champ médico-social devront intégrer l'accès systématique à la robotique et le déploiement de solution numérique aussi bien dans les établissements que dans les services à domicile, où les besoins de coordination des acteurs et de traçabilité sont majeurs

Le schéma régional d'investissement devra également impulser le développement des pharmacies à usage intérieur dans le champ médico-social, sous forme de GCSMS ou de GCS avec les établissements de santé. Il s'agit là d'un levier important d'efficience et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

DOCUMENT POUR CONSULTATION PUBLIQUE



iledefrance.ars.sante.fr



@ars_IDF