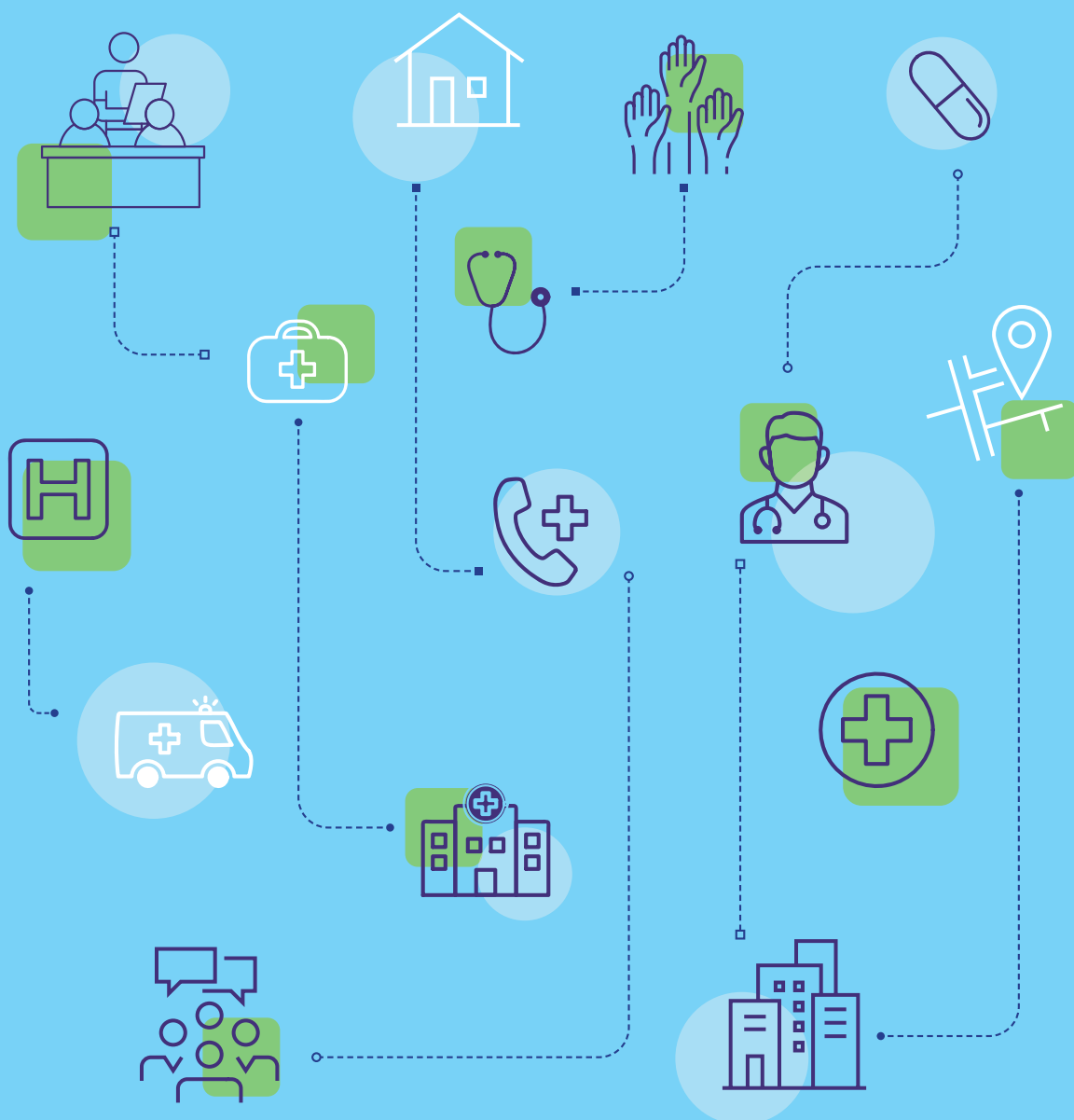


ACCÈS AUX SOINS, SANTÉ PUBLIQUE, MÉDICO-SOCIAL

Fiches pour faciliter les démarches des élus d'Île-de-France





ÉDITO

Quand saisir l'Agence régionale de santé pour un avis sanitaire ? Quelles aides sont disponibles pour soutenir l'installation d'un professionnel de santé ? Comment mieux lutter contre la prolifération des moustiques tigre vecteurs de maladies dans nos régions ? Ce guide se veut pratique et répondant aux questions que se posent les élus.

Issu de nombreux échanges avec les associations d'élus, notamment l'Association des maires d'Île-de-France, ce guide vise également à accompagner les élus dans leurs démarches auprès de l'Agence régionale de santé. Celle-ci apporte en effet son soutien dans l'accès aux soins, l'investissement pour l'hôpital, le soutien aux EHPAD, l'ouverture de solutions pour les personnes en situation de handicap, et bien sûr en matière de santé environnement, préoccupation essentielle des Françaises et Français.

Pilier du modèle social français, la santé est au cœur des inquiétudes des Françaises et Français alors que le défi du vieillissement est devant nous, avec un sérieux impact sur ce que nous appelons la démographie médicale. Les professionnels de santé de demain sont en formation aujourd'hui et seront bientôt à même de venir renforcer les services hospitaliers, les établissements de l'autonomie et du handicap et bien sûr seront désireux de s'installer dans les territoires.

L'ARS Île-de-France, et l'ensemble des délégations territoriales sont à votre service pour vous accompagner dans l'ensemble des démarches et interrogations qui sont les vôtres.

Denis Robin

Directeur général de l'ARS Île-de-France

SOMMAIRE

THÈME 1 : QUELLE ACTION AU NIVEAU LOCAL POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ?

FICHE 1 : Comment accompagner et favoriser l'installation de professionnels de santé ? P.11

FICHE 2 : Comment faciliter l'exercice coordonné des professions de santé ? P.13

FICHE 3 : Comment encourager la formation des professionnels de santé au sein de ma commune, notamment des docteurs juniors ? P.15

FICHE 4 : Pourquoi avoir créé des Maisons France Santé ? P.18

THÈME 2 : COMMENT AGIR EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU LOCAL ?

FICHE 5 : Pourquoi signer un contrat local de santé et comment ? P.21

FICHE 6 : Pourquoi signer un conseil local de santé mentale et comment ? P.24

FICHE 7 : Pourquoi développer le sport adapté avec les maisons sport-santé ? P.26

FICHE 8 : Quelles responsabilités en matière d'eaux de consommation humaine ? P.29

FICHE 9 : Comment lutter contre l'habitat indigne (LHI) ? P.33

FICHE 10 : Comment lutter contre la prolifération du Moustique tigre dans les communes d'Île-de-France ? P.35

THÈME 3 : ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

FICHE 11 : Conseil départemental, ARS, qui fait quoi en matière de prise en charge des personnes âgées ? P.40

FICHE 12 : Comment mieux prendre en charge le handicap de mes administrés ? P.43

FICHE 13 : Comment accueillir des enfants en situation de handicap dans mon école ? P.45

THÈME 4 : QUELLES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES EN SANTÉ POUR LES ÉLUS LOCAUX ?

FICHE 14 : Comment obtenir un certificat de décès ? P.50

FICHE 15 : Dans quels cas un avis sur les projets d'aménagement et les documents d'urbanisme est-il requis ? P.52

FICHE 16 - Quel rôle pour les maires dans les décisions de soins psychiatriques sans consentement ? P.54

ANNEXES

INTRODUCTION : VOS PRINCIPAUX PARTENAIRES DANS L'ACCÈS AUX SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social.

Son organisation s'appuie sur un Projet Régional de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence. Son action est bien sûr directement reliée à celle de nombreux partenaires des champs sanitaire et médico-social.

1 - L'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France

L'ARS remplit ses missions par le truchement à la fois de directions métiers et de directions support, sur des actions coordonnées au niveau régional, et de délégations départementales (DD), incarnations dans chaque territoire de l'Agence et de son expertise.

En synthèse, l'ARS agit au niveau régional via :

- Un dialogue constant avec les professionnels de santé (formation, accueil, accompagnement et soutien) ;
- Des actions d'attractivité des professionnels et de correction des disparités territoriales ;
- Un travail de coordination pluri-partenarial afin d'assurer la complémentarité des actions mené par l'ensemble des acteurs positionnés sur les politiques sanitaires et médico-sociale (Assurance maladie, collectivités territoriales, représentants des usagers...).

Les délégations départementales de l'ARS sont quant à elles les interlocutrices de proximité des collectivités locales. Elles déclinent les priorités régionales en fonction des besoins des territoires, accompagnent les élus et soutiennent les dynamiques locales en matière d'accès aux soins, de prévention et d'autonomie.

Dans cette mission, elles nouent de solides partenariats avec les élus et les services de l'État : chaque délégation départementale travaille en étroite collaboration avec le préfet et les services déconcentrés de l'État, ainsi qu'avec les professionnels et structures de santé. Chaque DD gère une partie des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) afin de soutenir les projets locaux.

En savoir plus sur les délégations départementales :

[Nos délégations départementales / Agence régionale de santé Ile-de-France](#)

L'un des « points de rencontre » évidents entre action régionale et déclinaison départementale est la politique d'attractivité des professionnels de santé, qui passe notamment par la définition d'un « zonage médecins » (cf. focus 1).

Focus 1 : le zonage médecins

Outil essentiel pour garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire. Il permet d'identifier les zones où l'offre médicale est insuffisante, appelées ZIP (zones d'intervention prioritaire) ou ZAC (zones d'action complémentaire), afin d'y concentrer les efforts publics. En Île-de-France, une catégorie spécifique, la ZIP renforcée, a été créée pour les zones les plus en tension.

D'autres professions de santé (pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) disposent également de leur propre zonage. Contrairement au zonage médecins, les critères de classement pour ces professions sont définis très précisément par les textes réglementaires, ce qui laisse moins de marge de manœuvre à l'échelle régionale.

Concrètement, le zonage permet de favoriser l'installation de professionnels de santé dans les territoires sous-dotés. Il se traduit notamment par l'arrivée de nouveaux praticiens, la création de cabinets médicaux ou encore l'accueil de docteurs juniors en médecine générale.

Ce zonage est établi selon plusieurs critères : caractéristiques de la population, densité de professionnels de santé, dynamique des installations, part des médecins âgés de plus de 62 ans, etc. Il est défini en concertation étroite avec les URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé), les Conseils Territoriaux de Santé et la CRSA (Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie). Les élus locaux sont également associés aux travaux préparatoires.

Retrouvez en annexe les dispositifs d'aide à l'installation existants. Ces aides sont susceptibles d'évoluer. Pour une information actualisée et détaillée par métier, il est recommandé de consulter [la plateforme PAPS Île-de-France](#). ([PAPS Île-de-France / Portail d'accompagnement des professionnels de santé Île-de-France](#)), qui propose un panorama des principales aides disponibles et renvoie vers les sites des institutions compétentes

Dans le cadre de ses missions, et afin de favoriser à la fois le partage d'informations et la co-construction des politiques publiques, l'ARS met à disposition des élus :

- Des outils de suivi fins de la réalité sanitaire et médico-sociale du territoire :
 - Cartosanté (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/cartosante-loffre-de-soins-en-cartes>) qui facilite la visualisation et l'appropriation des données territoriales.
 - Le baromètre "santé des Franciliens", réalisé avec Odoxa, qui apporte une vision complémentaire sur les perceptions des habitants (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/74-des-franciliennes-et-des-franciliens-sont-satisfaits-de-la-prise-en-charge-de-leur-sante-en-ile>)
- Des brochures d'information détaillées portant sur des problématiques précises, et pour l'essentiel disponibles en ligne :

<https://www.calameo.com/ars-ile-de-france/subscriptions/8172184>

<https://www.calameo.com/ars-ile-de-france/subscriptions/8172161>

<https://www.calameo.com/ars-ile-de-france/subscriptions/8172079>

2 - Les préfectures

L'ARS agit de concert avec l'ensemble des préfectures du territoire, notamment pour :

- Coordonner la gestion des urgences sanitaires et catastrophes :
 - Épidémie, intoxication, canicule, pandémie, crise environnementale
 - Élaboration et déclenchement du plan ORSAN, plan blanc, plan canicule, etc.
- Contribuer au déploiement de la politique de la ville. Le site SIG Ville (<http://sig.ville.gouv.fr>) met à disposition un ensemble de données territorialisées à l'échelle des quartiers prioritaires de la politique de la ville, permettant d'objectiver les difficultés de ces territoires fragilisés ;
- Assurer et suivre les hospitalisations sous contrainte. Le préfet peut décider une hospitalisation complète sans consentement, lorsqu'une personne présente des troubles mentaux nécessitant des soins immédiats, et un danger grave pour la sûreté des personnes ou l'ordre public.

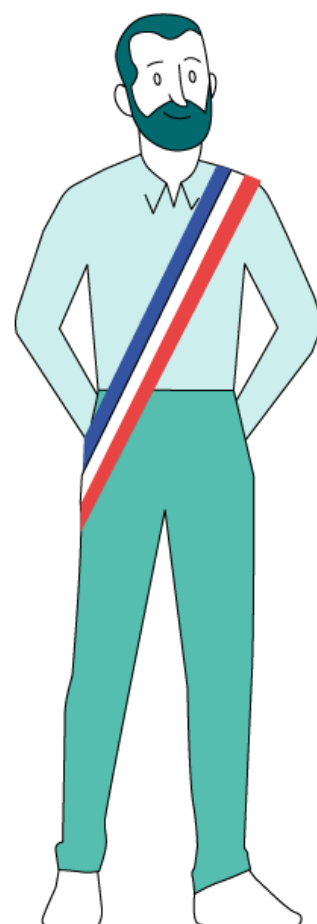
3 - Le conseil régional

Le Conseil régional d'Île-de-France a développé une stratégie dans le cadre de ses compétences en matière de promotion du développement sanitaire et de lutte contre les disparités territoriales, articulée autour de quatre axes (<https://www.iledefrance.fr/decouvrir-le-fonctionnement-de-la-region/la-region-en-action/les-4-piliers-de-l'action-regionale-pour-la-sante-des-franciliens>) :

- Lutte contre les déserts médicaux
- Santé des jeunes
- Lutte contre le VIH
- Formations sanitaires et sociales

4 - Les conseils départementaux

- En matière de santé, les missions principales des conseils départementaux sont :
 - La vaccination ;
 - La prévention et le dépistage (MST, cancer, tuberculose, lèpre) ;
 - La protection maternelle et infantile (PMI).
- En matière médico-sociale, les missions principales des conseils départementaux sont :
 - Définir et mettre en œuvre la politique d'action sociale sur leur territoire, en coordonnant les actions menées par différents acteurs (État, collectivités, organismes de sécurité sociale) ;
 - Organiser la participation des personnes morales publiques et privées à la définition et à la mise en œuvre des orientations ;
 - Assurer les prestations légales d'aide sociale.



5 - Les Unions Régionales des Professionnels de santé (URPS)

Les URPS concernent dix professions de santé : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sage-femmes, les pharmaciens, les biologistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes.

Elles participent notamment :

- À la préparation et à la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS), ainsi qu'à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ;
- À l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en matière de permanence et de continuité des soins, ainsi que dans le développement de nouveaux modes d'exercice ;
- À la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ainsi que des contrats visant à améliorer la qualité et la coordination des soins.

6 - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

- Service rendu aux assurés : remboursements, gestion des droits, accompagnement, etc.
- Gestion du risque et recherche d'efficacité : la CPAM veille à la maîtrise des dépenses de santé et à l'amélioration de la qualité des soins.

Dans le cadre de ces fonctions, la CPAM participe à l'information des usagers et des acteurs de santé via l'outil Rézone de l'Assurance Maladie, également disponible en ligne (<https://rezone.med.ameli.fr>). Cet outil propose des données sur la démographie des patients et des professionnels de santé.

7 - L'Observatoire Régional de Santé (ORS)

L'ORS, rattaché à l'Institut Paris Région, collecte analyse et diffuse des données sur la santé des Franciliens et ses déterminants. Il réalise des analyses épidémiologiques, construit des indicateurs, mène des enquêtes et participe à des groupes de travail pour renforcer la connaissance du territoire. L'Observatoire s'appuie également sur l'analyse spatialisée et le système d'information géographique de la santé. Ses travaux visent à caractériser l'état de santé, suivre les évolutions, comprendre les déterminants sociaux et environnementaux, et étudier les comportements et perceptions liés à la santé. Les domaines étudiés couvrent notamment VIH-SIDA, cancers et maladies chroniques, nutrition, santé environnementale, santé mentale, handicap, addictions, populations spécifiques et inégalités de santé.

L'ORS met à disposition des données partagées :

- L'indicateur IDH2 (*IDH2 (Indice de Développement Humain) en Île-de-France*), pour mieux cibler les moyens de prévention (FIR) et actualiser les zonages médicaux, en intégrant la santé mentale et l'offre médico-sociale à domicile ;
- Une synthèse visuelle et chiffrée de la santé de la population et ses déterminants pour chaque commune francilienne (*Fichiers des profils socio-sanitaires des communes - ORS*) ;
- La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), à aussi créé le site SCORE Santé (*SCORE-santé*) pour mettre à disposition des décideurs des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population et ses déterminants.



THÈME 1 :

QUELLE ACTION AU NIVEAU LOCAL POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ?

FICHE 1 - Comment accompagner et favoriser l'installation de professionnels de santé ?

À l'aide des données disponibles (voir la fiche Introduction : vos principaux partenaires dans l'accès aux soins en Île-de-France de l'ARS et de ses partenaires), les élus peuvent réaliser un diagnostic local de santé afin d'identifier les besoins de leur territoire et de favoriser l'accès aux soins. L'ARS Île-de-France, en association avec l'URPS, peut accompagner les professionnels de santé et les élus locaux dans l'élaboration d'un diagnostic partagé de leur territoire, afin de définir un aménagement concerté de l'offre de soins.

1 - Rendre son territoire attractif et accompagner l'installation

- Faciliter l'accueil et l'installation : proposer des solutions de logement temporaire, de transport ou de garde d'enfants pour les étudiants et professionnels de santé, notamment lors de leurs stages ou de leur arrivée sur le territoire.
- Valoriser le territoire : mettre en avant les atouts locaux (cadre de vie, équipements, dynamique associative, proximité de services, etc.) pour renforcer l'attractivité auprès des professionnels de santé et de leurs familles.
- Réaliser des actions de communication ou des rencontres avec les autres professionnels du territoire afin de développer le réseau et créer une dynamique.

2 - Soutenir et accompagner l'installation des professionnels de santé

En complément des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie, certaines collectivités territoriales peuvent faire le choix de mettre en place leurs propres dispositifs pour renforcer l'attractivité de leur territoire vis-à-vis des professionnels de santé, et favoriser leur installation.

L'enjeu est alors de collectivement soutenir les projets d'installation, d'accompagner les professionnels dans la recherche de locaux adaptés, dans les démarches administratives, et parfois même dans le financement de travaux ou d'équipements nécessaires à l'ouverture d'un cabinet.

En Île-de-France, la Région propose un dispositif de soutien au maintien et à la sécurisation des professionnels de santé libéraux, qui peut prendre en charge le financement d'équipements (mobilier, informatique, etc.).

Certaines communes ou intercommunalités proposent également des primes à l'installation, des exonérations fiscales (CFE, taxe foncière), la mise à disposition de locaux ou de logements, une participation aux frais de communication ou d'équipement...



Focus 2 : l'installation des pharmaciens d'officine

L'implantation des pharmacies repose sur des critères géographiques et démographiques qui garantissent une répartition territoriale de l'offre équilibrée en fonction de la population. L'ARS délivre les autorisations d'ouverture des pharmacies, après examens de ces critères.

Le cadre réglementaire prévoit 3 modalités d'installation : la création d'une nouvelle pharmacie, le transfert d'une pharmacie existante ou le regroupement de plusieurs pharmacies en une seule.

Ces installations sont possibles uniquement à partir de 2 500 habitants à l'échelle de la commune pour l'ouverture de la première officine puis par tranche entière de 4 500 habitants supplémentaires pour les officines suivantes. Ces quotas doivent être remplis depuis au moins 2 ans pour les créations d'officines au sein de zones précises (QPV, ZRR, ZFU).

Comme pour le zonage médecins, un zonage pharmacies a permis par ailleurs d'identifier des communes au sein desquelles l'accès au médicament pour la population n'est pas jugé satisfaisant. L'objectif est d'améliorer l'offre pharmaceutique dans ces territoires par le biais de plusieurs mesures :

- assouplissement des règles d'installation par transfert et regroupement de pharmacies afin d'inciter de nouveaux pharmaciens à s'implanter,
- attribution d'aides financières à des officines en difficulté qui se trouvent dans ces territoires.

Pour bénéficier de ces mesures, les communes et les pharmacies concernées doivent remplir des conditions précisent prévues par le code de la santé publique.

Pour plus de détails sur les conditions d'installation et de dépôt des demandes d'ouverture de pharmacies, vous pouvez vous rendre sur le [Portail d'Accompagnement des professionnels de santé Île-de-France](#).

FICHE 2 - Comment faciliter l'exercice coordonné des professions de santé ?

L'exercice coordonné repose sur la mutualisation de différents moyens (locaux, secrétariats, etc.) afin de faciliter l'organisation des soins. Il vise à répondre à l'évolution des besoins de la population, aux attentes des professionnels de santé et aux défis liés à la démographie médicale. Les centres de santé (CDS) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constituent deux exemples concrets de ce type d'organisation.

Focus 3 : CDS et MSP

Centre de santé (CDS) : un CDS assure des missions de prévention, de diagnostic et de soins, dispensées par des professionnels de santé salariés. Le CDS se distingue des structures libérales par son modèle d'exercice collectif et salarié, ainsi que par sa gestion obligatoirement non lucrative.

Créé et géré par des collectivités territoriales, des organismes à but non lucratif, des établissements de santé (publics ou privés) ou des sociétés coopératives d'intérêt collectif, le CDS fonctionne sur la base d'un projet de santé validé par l'ARS. Ce projet, fondé sur un diagnostic territorial, formalise la coordination interne entre professionnels et la coopération avec les acteurs externes du territoire.

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : une MSP regroupe des professionnels de santé libéraux, incluant au minimum deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical, qui exercent de manière coordonnée autour d'un projet de santé. Elle se distingue d'un simple regroupement de professionnels (type cabinet de groupe) par la formalisation d'une organisation collective et d'une prise en charge structurée des patients. Le projet de santé s'articule autour de deux volets :

- Le projet professionnel : organisation du travail en équipe, partage des informations via un système d'information commun, élaboration de protocoles pluriprofessionnels, etc.
- Le projet d'organisation de la prise en charge des patients : accès aux soins, continuité et permanence des soins, coordination avec les acteurs extérieurs, éducation thérapeutique, actions de prévention, réponse aux problématiques spécifiques de la patientèle, etc.

1 - Que peut faire un élu ?

En tant qu'élu local, il vous est possible de créer et de gérer directement un centre de santé :

Tout centre de santé peut être créé et géré par des collectivités territoriales, des EPCI, des organismes à but non lucratif, des établissements de santé publics, des gestionnaires d'établissements de santé privés, ou des sociétés coopératives d'intérêt collectif. Quel que soit le statut du gestionnaire, la gestion du centre doit être à but non lucratif.

L'ouverture du centre de santé est subordonnée à la transmission au Directeur général de l'ARS d'un engagement de conformité accompagné du projet de santé auquel est annexé le règlement de fonctionnement. Le projet de santé, fondé sur un diagnostic du territoire, atteste notamment de la coordination interne et externe du centre. Des bénévoles peuvent participer à ses activités.

Bien que le centre puisse réaliser des activités de diagnostic exclusivement, les activités de prévention et de soins restent indissociables. Il doit, en toute hypothèse, réaliser à titre principal des prestations remboursables par l'Assurance Maladie.

Concernant les MSP, seuls des professionnels de santé peuvent les créer, mais les élus peuvent en faciliter la mise en place en accompagnant leurs démarches :

Soutien à l'élaboration du projet de santé : transmission de données utiles au diagnostic territorial, appui à l'ingénierie de projet pour les collectivités disposant des compétences nécessaires. Le projet de santé et les statuts juridiques de la MSP restent toutefois rédigés par les professionnels de santé, avec l'appui de l'ARS Île-de-France ;

Appui à la conception et à la mise en œuvre du projet immobilier : aide à la recherche de locaux adaptés (construction ou réhabilitation), participation au financement de l'investissement, garantie de loyers stables, facilitation de l'accès aux subventions, cofinancement de l'ingénierie de projet en partenariat avec des acteurs tels que la Banque des Territoires.

Appui à l'évolution de la MSP : les élus peuvent être force de proposition et soutien dans le développement du projet, notamment pour l'accueil de médecins juniors ou le déploiement de professionnels en pratique avancée (IPA).

2 - Que fait l'ARS ?

Lors de l'élaboration du projet, l'ARS peut apporter un appui dans la phase d'ingénierie et de dimensionnement. Elle répond aux questions à tous les niveaux du projet et accompagne :

- Les collectivités dans leurs démarches de création d'un Centre de Santé (CDS)
- Les professionnels de santé dans la création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP).

L'ARS peut également financer partiellement une étude de faisabilité ou une étude architecturale. Au moment du lancement du projet, l'ARS peut soutenir :

- L'acquisition d'un système d'information pluriprofessionnel labellisé,
- L'achat d'équipements collectifs (matériel médical et/ou paramédical destiné à l'exercice coordonné),
- Le mobilier collectif nécessaire à la mise en œuvre du projet de santé.

Ces soutiens visent à faciliter l'organisation du travail en équipe et à renforcer la coordination des soins au sein de la structure.

Focus 4 : les réflexes en matière d'accès aux soins non-programmés

En matière de soins non programmés, que ce soit lorsque vous êtes sollicité ou pour sensibiliser la population, il est essentiel de rappeler les bons réflexes à adopter :

1. **Contacter en priorité son médecin traitant ;**
2. **Rechercher un rendez-vous à proximité : via les plateformes en ligne ou en demandant conseil à son pharmacien ;**
3. **En l'absence de solution, et avant de se déplacer : appeler le 15.**

L'appel au 15 ne concerne pas uniquement les urgences vitales. Grâce au Service d'Accès aux Soins (SAS), un dispositif national, l'appel est pris en charge par un assistant de régulation médicale (ARM). Si la situation ne relève pas d'une urgence vitale, l'appel est transmis à un médecin régulateur libéral. Celui-ci peut mobiliser un opérateur de soins non programmés (OSNP), qui recherche un rendez-vous chez un médecin volontaire via la plateforme nationale SAS. Dans la majorité des cas, un rendez-vous est trouvé en moins de 24 heures.

Ce dispositif repose sur des associations de régulation départementales, qui regroupent les acteurs libéraux et sont coordonnées avec les SAMU. En Île-de-France, environ 1 600 professionnels sont inscrits sur la plateforme, soit près de 10 % des médecins libéraux de la région.

La participation des médecins se fait sur la base du volontariat, avec :

- une rémunération forfaitaire annuelle ;
- une majoration par acte, dans la limite de 20 actes par semaine.

FICHE 3 - Comment encourager la formation des professionnels de santé au sein de ma commune et attirer les docteurs juniors en médecine générale ?

1 - Une diversité de formation incluant systématiquement des stages de terrain

Les formations médicales et paramédicales se structurent en plusieurs phases, combinant enseignements théoriques et stages pratiques. Pour les formations paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, ambulanciers, aides-soignants...), l'enseignement est assuré par des instituts rattachés à une université pour les cursus post-bac. Les stages, essentiels, sont répartis tout au long du parcours et chaque institut construit son réseau de terrains.

Le choix du lieu de stage ou d'installation dépend :

- de l'accueil,
- de la qualité de l'expérience professionnelle,
- de la réputation des structures
- du cadre de vie. Il est plus facile de fidéliser un jeune professionnel dans un territoire s'il en est originaire, justifiant des actions dès le lycée et après le bac pour préparer et soutenir les étudiants.

En médecine, en maïeutique et en odontologie, le troisième cycle est centré sur les stages. En médecine, ces stages sont majoritairement hospitaliers et leur répartition semestrielle est décidée par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France, conformément aux maquettes pédagogiques et à la politique d'exposition aux zones sous-dotées en Île-de-France. La réforme des études de médecine a cependant créé les docteurs juniors, une nouvelle période de stage au cours de laquelle les futurs médecins généralistes effectuent un stage en médecine de ville.

Focus 5 : Une nouvelle période de stage pour les médecins généralistes : les docteurs juniors (DJ)

Le docteur junior en médecine générale est un interne en quatrième année de formation, dans le cadre du Diplôme d'Études Spécialisées (DES). Ce statut, introduit par la réforme de 2023, marque une étape clé dans le parcours des futurs médecins généralistes.

Durant cette phase dite de consolidation, le docteur junior exerce en autonomie supervisée dans des structures de soins ambulatoires agréées (cabinet médical, maison ou centre de santé, etc.). Il participe activement à la prise en charge des patients, tout en bénéficiant d'un encadrement pédagogique assuré par un maître de stage universitaire (PAMSU). L'objectif est de faciliter la transition vers l'exercice professionnel, tout en renforçant l'attractivité des territoires, notamment ceux en tension. Le stage se déroule sur deux semestres, souvent dans le même cabinet, et peut inclure une journée territoriale dédiée à la découverte d'autres structures locales (EHPAD, hôpital de proximité, réseau de soins...).

Ce dispositif représente une opportunité particulière pour les territoires de favoriser l'installation de jeunes médecins en soutenant leur accueil et en valorisant leur territoire comme lieu de formation et d'exercice.

Des actions spécifiques peuvent être mises en œuvre par les collectivités : mettre à disposition des solutions numériques afin de faciliter l'encadrement des DJ par des MSU qui seraient hors les murs ; mettre à disposition des locaux pouvant devenir un cabinet pour accueillir un Docteur junior...

L'ARS de son côté, en lien étroit avec l'université et les représentants des internes, délivre les agréments aux maîtres de stage des universités et arrête la liste des terrains de stage ouverts chaque semestre. Elle travaille en articulation permanente avec la coordination du DES de médecine générale et les départements de médecine générale (DMG) de chaque université. Elle finance directement un appui administratif à la coordination et aux DMG pour leurs missions.

L'ARS s'engage dans une campagne de mobilisation des initiatives suivantes :

- Mise à disposition de ressources auprès des acteurs des territoires : textes réglementaires, contacts, données propres au territoire
- Création d'une cartographie de l'ensemble des MSU actuellement agréés
- Mobilisation des CPTS dans l'ensemble des territoires sur cette thématique
- Partage des initiatives locale et les expériences des autres territoires

2 - Les enjeux pour les élus locaux

Les élus locaux peuvent jouer un rôle clé en valorisant leur territoire, en facilitant les conditions d'accueil et en soutenant les étudiants ou professionnels de santé dans leurs projets.

- Créer un environnement favorable à l'accueil
 - Exemples d'actions susceptibles d'être initiées par les élus locaux :
 - Proposer un logement temporaire à proximité du lieu de stage ou de l'institut de formation.
 - Faciliter les déplacements : mise à disposition de vélos, aides au transport, stationnement réservé.
 - Offrir des services de garde d'enfants pour les étudiants ayant une vie familiale.
 - Créer des événements d'échanges et de partage entre les différents stagiaires du territoire et les professionnels locaux (visites de terrain, lieux de consultation ou rencontres avec des professionnels de santé déjà installés) afin d'encourager l'installation sur le territoire.
 - Dans le cadre des formations ouvertes à la voie par l'apprentissage, favoriser la mise en lien des employeurs et futurs apprentis
 - Envisager des conventions de partenariat avec les structures scolaires de la collectivité afin de faciliter des accès à la restauration collective
- Encourager l'encadrement pédagogique
 - Promouvoir les fonctions de Maître de stage universitaire (PAMSU) auprès des praticiens du territoire, en relayant les formations disponibles et les aides financières associées (en savoir plus : Devenir maître de stage et accueillir des stagiaires | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Ile-de-France). Il est également possible d'organiser, par exemple, des soirées de retour d'expérience avec des PAMSU déjà installés dans la commune ou dans les communes avoisinantes.
 - Soutenir les praticiens et structures accueillants (cabinets, maisons de santé) dans leurs démarches d'agrément, d'aménagement et d'équipement.
 - Mettre à disposition des locaux pour les événements des instituts (type remise des diplômes, et évaluations ou concours...)
 - Mettre en lien le(s) référent(s) en santé de la collectivité pour favoriser, développer le service sanitaire des étudiants en santé

- Organiser sur la durée un suivi attentionné des étudiants
 - Identifier, accueillir et suivre les internes, Docteurs juniors et étudiants paramédicaux chaque semestre, en s'appuyant sur l'ARS et/ou la CPTS et/ou les MSU du territoire et les encadrants de stage pour les identifier
 - Organiser des entretiens individuels avec les stagiaires ou organiser des événements pour favoriser la poursuite du parcours de formation ou l'installation dans l'agglomération et présentant les opportunités et les personnes ressources
 - Conserver le lien avec les anciens stagiaires à travers des newsletters, invitations, phoning, parrainage...
- Favoriser l'attractivité des formations en santé
 - Créer une dynamique entre les acteurs de la formation et les missions locales, qui jouent un rôle clé dans l'accompagnement des jeunes vers l'autonomie et l'emploi afin qu'elles aient une bonne connaissance des attendus de la formation et du métier.
 - Promouvoir des actions de sensibilisation auprès des élèves infrabac, notamment, en relayant les journées portes ouvertes des instituts de formation ou en organisant des interventions de professionnels pour présenter les métiers du soin.

3 - Quel est le rôle de l'ARS ?

Pour les formations médicales, l'ARS, en lien étroit avec l'université et les représentants des internes, délivre les agréments aux Maîtres de stage des universités et arrête la liste des terrains de stage ouverts chaque semestre. Elle encourage et accompagne les demandes d'agréments des services hospitaliers ou médecins ambulatoires situés en zone sous-dense pour leur permettre d'accueillir des internes. Elle soutient financièrement les établissements de santé pour la rénovation ou la construction de « maisons des internes » qui proposent un hébergement temporaire aux internes du territoire.

Pour les formations paramédicales, l'ARS préside l'instance de gestion et est en lien régulier avec les équipes de direction et pédagogiques. Elle peut relayer les propositions d'accueil de stagiaires présentées par les territoires sous-denses.

POUR EN SAVOIR PLUS



Carte des organismes de formation sanitaire et sociale | Région Île-de-France :
<https://www.iledefrance.fr/tous-les-services/carte-des-organismes-de-formation-sanitaire-et-sociale>



<https://www.iledefrance.paps.sante.fr/docteurs-juniors>

FICHE 4 - Pourquoi avoir créé des Maisons France Santé ?



Le déploiement du label « France santé » sur le territoire, en partenariat avec les préfetures et les conseils départementaux, répond aux besoins de soins de proximité des Franciliennes et des Franciliens dans les territoires les moins dotés en professionnels de santé. Au total, près de 120 Maisons France Santé seront labellisées d'ici la fin 2025 par l'ARS Île-de-France dans l'ensemble des départements franciliens.

1 - Renforcer la présence de soins accessibles sur l'ensemble du territoire

Le réseau France Santé doit permettre à chaque Français :

- d'accéder à une solution de santé à moins de 30 minutes de son domicile ;
- d'obtenir un rendez-vous médical sous 48 heures si son état de santé le nécessite.

Le dispositif a été lancé pour répondre aux difficultés d'accès aux soins, en renforçant l'accessibilité et la qualité des soins de proximité, et en améliorant la lisibilité de l'offre de soins dans les territoires.

Le pilotage territorial est assuré par les Agences régionales de santé, en lien avec les préfets, les conseils départementaux et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), afin de coordonner le déploiement d'une quinzaine de structures dans chaque département d'ici fin 2025. En 2026, 130 millions d'euros seront alloués au déploiement du réseau France Santé, avec l'objectif d'atteindre 2 000 structures labellisées à la mi 2026 sur l'ensemble du territoire national.

2 - Rassembler et rendre plus lisible l'offre de soins de proximité

Le label, signe d'appartenance au réseau France Santé, s'applique aux lieux ou structures de soins déjà existants, ainsi qu'à ceux qui ont vocation à être créés dans les prochains mois, tels que :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé ;
- les cabinets médicaux regroupant plusieurs praticiens ;
- les établissements de santé assurant des soins primaires, notamment les hôpitaux de proximité.

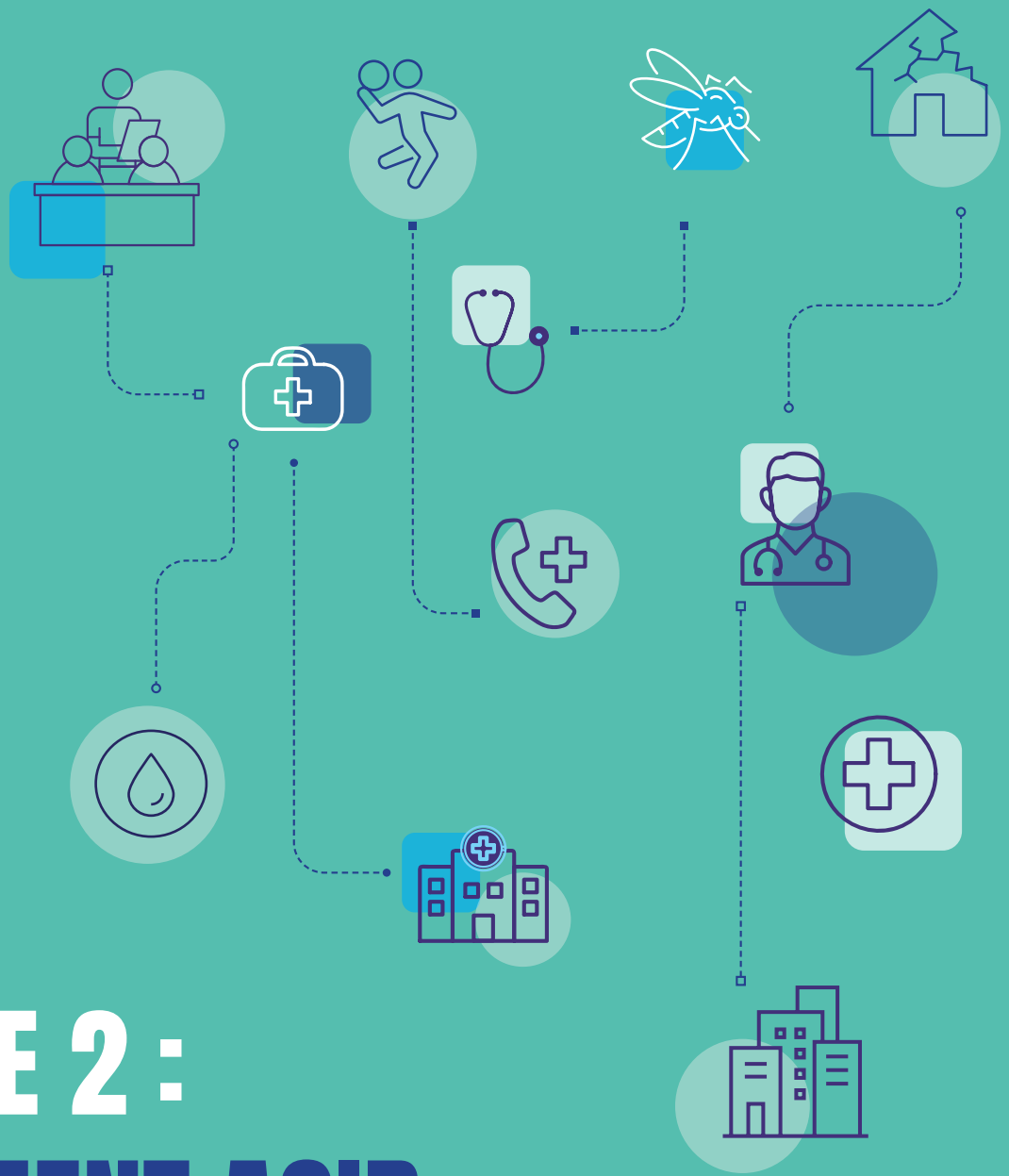
Bien qu'en Île de France le réseau soit principalement constitué de cabinets, de centres de santé et de MSP déjà existants, le texte permet également de labelliser tout lieu offrant un accès de proximité aux soins, tel que : les consultations solidaires déployées dans le cadre du dispositif « Un médecin près de chez vous », les consultations avancées hospitalières, les officines équipées de télécabines, ainsi que les médibuses.

Les structures franciliennes dont la liste a été validée à la fois par les préfets des départements concernés et les présidents des conseils départementaux répondent toutes au socle d'offre de santé nécessaire pour être labellisées :

- la présence d'un médecin généraliste ayant une patientèle « médecin traitant » constituée (ou en cours de constitution en cas d'installation récente) ;
- la présence d'un professionnel infirmier au sein de la structure ou à proximité ;
- une ouverture au public au moins cinq jours par semaine ;
- l'application des tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires ;
- la capacité à proposer un rendez-vous sous 48 heures en cas de nécessité médicale, à moins de 30 minutes du domicile du patient — ce qui peut inclure la participation aux dispositifs de régulation des soins non programmés (SAS) ou à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

La liste des Maisons France Santé labellisées est disponible ici :

iledefrance.ars.sante.fr/reseau-france-sante-la-proximite-de-lacces-aux-soins



THÈME 2 :

COMMENT AGIR EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU LOCAL ?

FICHE 5 - Pourquoi signer un contrat local de santé et comment ?

1 - Qu'est-ce qu'un contrat local de santé ?

Le Contrat Local de Santé (CLS) est un dispositif partenarial visant la coordination des actions et politiques de santé à l'échelle d'une commune ou d'un EPCI. Il est conclu principalement entre l'ARS et la collectivité territoriale, en associant les acteurs institutionnels et opérationnels pertinents dans le territoire (préfet, CPAM, MSA, CAF, établissement de santé, CPTS...). Dans les territoires concernés par la Politique de la Ville, le CLS est aussi l'outil de mise en œuvre des orientations du Contrat de Ville relatives à la santé. Il peut fonctionner de manière intégrée avec l'Atelier Santé Ville (ASV), qui est un dispositif de coordination, de concertation et d'action réunissant les acteurs locaux (collectivités, ARS, associations, professionnels de santé, habitants, etc.) autour des problématiques de santé identifiées sur le territoire.

Le CLS porte une vision transversale de la santé, avec l'ambition de mobiliser un ensemble de compétences (sanitaires, sociales, environnementales, enfance, autonomie...) pour agir sur les facteurs déterminants de la santé et sur les parcours des personnes. Il a pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé en créant un contexte favorable à l'émergence de réponses adaptées.

Depuis 2023, les trois orientations « socle » des CLS en Ile-de-France sont la santé mentale, la santé périnatale et du jeune enfant, et la santé urbaine et environnementale.

Au 31 décembre 2025, l'Île-de-France comptera 90 contrats locaux de santé.

2 - Pourquoi signer un CLS ?

Le CLS concrétise un engagement partagé en faveur de l'amélioration de la santé, à travers :

- Une réponse ciblée aux besoins de santé identifiés localement à travers un diagnostic partagé ;
- Un espace de dialogue structuré ;
- Le renforcement de la coordination entre les acteurs sur le territoire ;
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- L'inscription dans une vision transversale et intersectorielle de la santé, dans laquelle plusieurs politiques publiques sont mobilisées ;
- La consolidation de la légitimité et de la crédibilité des projets portés localement ;
- La mobilisation de financements et de ressources dédiées, permettant notamment de structurer le CLS autour d'un poste de coordonnateur.



Ce contrat permet donc de répondre aux défis spécifiques en matière de santé, d'améliorer l'accès aux soins, de réduire les inégalités, et de construire une réponse locale, globale et durable. Il favorise également l'intégration des politiques communales dans une approche programmatique cohérente. Le pilotage du CLS garantit enfin que les décisions et priorités sont portées par une instance reconnue politiquement et institutionnellement, renforçant la légitimité et in fine l'efficacité des actions.

Les CLS constituent également une opportunité de renforcer la cohérence des actions menées sur le territoire, notamment en matière d'accès aux soins, d'amélioration de l'installation des professionnels de santé et de mobilisation des collectivités territoriales autour de ces enjeux.

- Quelques principes méthodologiques

L'élaboration du CLS : à partir d'une initiative conjointe entre la collectivité et l'ARS, le CLS s'élabore à partir de la réalisation d'un diagnostic partenarial des enjeux et ressources du territoire, diagnostic qui permet de susciter l'implication des acteurs qui pourront porter les actions par la suite. L'ARS met à disposition des collectivités un ensemble de ressources pour faciliter ce diagnostic (données, méthodologie, appui financier avec l'URPS selon le territoire)

La signature du CLS : afin de permettre une approche efficace et partagée des problématiques du territoire, il est important d'associer l'ensemble des parties concernées à la signature du CLS :

- La CPAM de manière systématique, la MSA en territoire rural
- La Préfecture du département au titre des missions solidarités, de l'investissement, de la Politique de la Ville, ...
- La CAF au titre de la priorité « santé périnatale » du PRS3
- La CPTS du territoire afin d'identifier avec elle les besoins du territoire, de préciser la complémentarité des actions à conduire et de définir la manière dont les collectivités territoriales peuvent agir en appui de ses initiatives.

En fonction de la qualité du partenariat d'autres acteurs peuvent être signataires du CLS ou porteurs d'une ou plusieurs actions : établissement de santé de proximité, établissements médico-sociaux, Conseil départemental, éducation nationale...

Chaque CLS est signé pour une durée de 5 ans, négociable, et dans les territoires éligibles, la participation au poste de coordination est contractualisée sur la même durée. Afin que la démarche puisse produire tous ses effets, elle nécessite un portage politique clair, par le Maire ou le Président de l'EPCI.

Le pilotage du CLS se structure autour du COPIL réunissant les signataires et les partenaires-clé invités par ceux-ci, et doit s'articuler avec la gouvernance des autres dispositifs et démarches territoriales. Le fonctionnement peut se faire de manière intégrée avec l'ASV, et en proche coordination avec le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) quand il existe. Afin de construire des projets cohérents qui permettent de réduire les inégalités d'accès aux soins curatifs et préventifs, un enjeu est désormais la bonne articulation avec les CPTS, via la participation croisée des coordonnateurs ou pilotes dans les instances.

L'ambition de participation active des habitants : la participation des habitants doit être encouragée car elle constitue d'une part un vecteur de réduction des inégalités sociales de santé et favorise l'inclusion sociale, et d'autre part elle est un facteur d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des actions.

- De quoi peut traiter un CLS ?

Le CLS peut traiter de tout domaine relatif à la santé et aux facteurs déterminant la santé, tant que ceux-ci font l'objet du champ de compétence d'un des signataires. Les thématiques doivent émerger à partir du diagnostic partenarial afin d'identifier les enjeux concrets qui intéressent les parties prenantes.

En déclinaison du Projet régional de santé (PRS) Île-de-France et de la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration, chaque CLS doit aborder sous une forme ou une autre les thématiques suivantes :

- La Santé mentale, volet obligatoire depuis la loi dite « 3DS », avec par exemple : la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale, la formation aux premiers secours en santé mentale, le portage de projets de renforcement des compétences psychosociales des enfants, le travail avec la maison des adolescents, etc
- La santé périnatale et du jeune enfant, enjeu de santé publique majeur en Ile-de-France : accompagnements des femmes enceintes et jeunes mères, prise en compte de la santé dans l'accueil du jeune enfant, ...
- La santé urbaine et environnementale, dont les collectivités sont des acteurs centraux : réduction des pollutions, information du public, mobilier urbain inclusif, lutte anti-vectorielle (moustique tigre), transition écologique et santé, paysage alimentaire...

Ces thématiques ne sont pas limitatives, et le contenu des actions doit découler de la phase de diagnostic.

- Comment l'ARS accompagne-t-elle les collectivités avec le CLS ?

Mobilisation des financements : des aides financières sont disponibles pour la réalisation du diagnostic local de santé et l'ingénierie de projet, en fonction de l'indicateur IDH2 (indice de développement humain régionalisé) afin de prioriser les territoires selon les besoins de la population. L'ARS co-finance également un temps dédié à la coordination du CLS. Par ailleurs, les appels à projets ou à initiatives lancés par l'ARS dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé offrent un cadre de financement pour les actions locales. Depuis 2025, les délégations départementales de l'ARS disposent d'une enveloppe spécifique pouvant être mobilisée pour soutenir les projets alignés avec les orientations du PRS3.

Accompagnement dans la mise en œuvre opérationnelle : animation du réseau des coordonnateurs de CLS par l'ARS, soutien méthodologique et formation continue des coordonnateurs de CLS par Promotion Santé Île-de-France, participation de la Délégation départementale de l'ARS aux instances des CLS.

Contribution à l'évaluation de la pertinence des actions : l'ARS accompagne les collectivités dans l'évaluation des actions menées dans le cadre du CLS, afin d'en mesurer l'impact sur la santé publique et de vérifier l'atteinte des objectifs fixés.

Facilitation des partenariats locaux : l'ARS joue un rôle de facilitateur dans la mise en relation des différents acteurs locaux — hôpitaux, professionnels de santé, associations, etc. — pour favoriser une dynamique partenariale autour des projets de santé.

FICHE 6 - Pourquoi signer un Conseil Local de Santé Mentale et comment ?

1 - Qu'est-ce qu'un CLSM ?

Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une démarche locale qui réunit les acteurs d'un territoire autour d'un objectif commun : élaborer et mettre en œuvre une stratégie pour améliorer la santé mentale de la population. Ce n'est ni un dispositif de soins, ni une structure physique, ni un contrat. C'est un espace de concertation et de coordination qui soutient les dynamiques locales, transforme les besoins en projets concrets adaptés aux réalités du territoire et encourage l'émergence de nouvelles pratiques.

Il réunit élus, psychiatrie publique, usagers, aidants, associations, acteurs médico-sociaux, éducation, logement, justice, culture, etc..

2 - Pourquoi signer un CLSM ?

- **Créer une culture commune autour de la santé mentale**
 - Permet de dépasser une vision strictement médicale de la santé mentale, en intégrant la prévention, l'inclusion sociale et la qualité de vie dans les politiques locales ;
 - Sensibilise l'ensemble des acteurs du territoire y compris ceux qui ne sont pas spécialisés en santé à l'importance d'agir collectivement pour réduire les facteurs de vulnérabilité psychique ;
 - Réaffirme le rôle central des élus dans la lutte contre l'isolement, la stigmatisation et les inégalités en santé mentale.
- **Organiser une gouvernance claire, partagée et transparente**
 - La signature de la convention engage officiellement les parties prenantes (collectivités, établissements de santé, ARS, associations, usagers, etc.) et formalise leur responsabilité collective dans le champ de la santé mentale ;
 - Elle instaure une gouvernance claire, partagée et transparente, permettant d'éviter les initiatives isolées, redondantes ou concurrentes ;
 - Elle garantit que les décisions et priorités sont portées par une instance reconnue politiquement et institutionnellement, facilitant leur mise en œuvre et leur appropriation.
- **Faire émerger des actions concrètes et visibles**
 - Mettre en œuvre une observation en santé mentale sur le territoire ;
 - Lutter contre la stigmatisation et les discriminations liées à la santé mentale ;
 - Favoriser l'inclusion et l'autonomie des personnes concernées par un trouble psychique ;
 - Promouvoir la santé mentale auprès d'un large public pour viser à prévenir les troubles psychiques ;
 - Favoriser des parcours de soins accessibles et adaptés.

ENGAGER UNE CONVENTION	Élaborer une convention entre la collectivité, la psychiatrie publique, et l'ARS. Elle formalise les engagements, objectifs, instances, modes de financement.
	<p>Critères de financement ARS IDF : sont éligibles aux cofinancements de la coordination les communes présentant un IDH2 ≤ 0.63 ainsi que les EPCI présentant un IDH2 ≤ 0.60</p> <p>Montant du financement selon la population : Pop < à 80 000 hab = 16 500 € Pop > à 80 000 hab = 33 000 €</p>
NOMMER UN COORDONNATEUR	Pour animer, coordonner organiser les instances et faire le lien entre partenaires.
RÉALISER UN DIAGNOSTIC TERRITORIAL	Évaluer quantitativement et qualitativement les besoins, ressources et lacunes du territoire pour identifier les priorités locales.
CONSTITUER LES INSTANCES	Organiser une assemblée plénière (présentation du diagnostic), et constituer un comité de pilotage pour définir la feuille de route, axes prioritaires et groupes de travail. L' élu y préside/co-anime.
ARTICULER AVEC LES DISPOSITIFS EXISTANTS	Veiller à la complémentarité avec les PTSM, DAC, CLS, etc., pour éviter les redondances et renforcer l'efficacité locale. (Voir chapitre articulation du guide du CCOMS)
INITIER DES ACTIONS CONCRÈTES	Déploiement d'actions ciblées (ex. SISM, cellules de cas complexes, sport sur ordonnance, ateliers de sensibilisation, lutte contre l'isolement, etc.).
MOBILISER LA GOUVERNANCE ÉLUE	L' élu président : co-anime, sensibilise ses pairs, prend la parole dans les instances publiques, garantit la visibilité politique du CLSM.
VALORISER LES USAGERS ET COORDONNATEURS	Reconnaître l'engagement des usagers, valoriser le rôle des coordonnateurs : cela favorise la stabilité et l'efficacité du dispositif.

FICHE 7 - Pourquoi développer le sport adapté avec les maisons sport-santé ?

En Île-de-France, seuls 14% de la population ont un niveau d'activité physique (AP) répondant aux recommandations de l'OMS. Ce chiffre est encore plus faible pour les personnes les moins qualifiées et les foyers les moins aisés. La pratique sportive francilienne est importante mais insuffisamment démocratisée : les femmes, les seniors ont un accès à une pratique moindre. De plus, on observe une diminution marquée de la pratique sportive chez les jeunes adolescents.

L'OMS considère l'inactivité physique et la sédentarité comme les principaux facteurs de morbidité évitable dans le monde et affirme le lien de causalité entre précarité, pauvreté, ou vulnérabilité sociale et sédentarité (en particulier dans le cas des certaines maladies chroniques telles que l'obésité et le diabète).

L'activité physique est un levier qui permet à la fois d'engager une démarche et un parcours de santé et aussi de renforcer le lien social entre les citoyens et leur pouvoir d'agir.

Une Maison Sport-Santé (MSS) est un dispositif de santé publique de proximité qui fait l'objet d'une unique démarche de reconnaissance auprès l'ARS et de la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES).

1 - Quelles sont les missions des maisons sport-santé ?

Une MSS est destinée à la prévention en santé, à la promotion de l'activité physique comme facteur de protection de sa santé et d'amélioration de la qualité de vie, ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales de santé. Accessible à toute personne, quel que soit son âge et son état de santé ou de fragilité, elle offre un environnement sécurisant dans lequel des professionnels formés délivrent des conseils et des accompagnements individuels et collectifs. Elle organise, sur prescription médicale, des séances d'activités physiques adaptées (APA).

Les maisons sport-santé assurent les missions socles d'accueil, d'information, d'orientation et si nécessaire, elles proposent des bilans (évaluation des conditions et des capacités physique, prise en compte des limitations fonctionnelles éventuelles signalées par les médecins) et des parcours d'APA.

Elles s'inscrivent dans une coordination territoriale et dans une approche décloisonnée entre professionnels de santé et professionnels du champs sportifs avec les collectivités qui parfois sont elles-mêmes détentrice d'une habilitation « maison sport santé ».

Elles sont intégrées dans la formalisation des politiques locales de santé (contrats locaux de santé et plans de prévention).

2 - Quels sont leurs publics ?

Elles s'adressent aux :

- Personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive (APS) à des fins de santé, de bien-être quel que soit leur santé ou leur âge
- Personnes en situation de fragilité pour lesquelles une activité physique adaptée à leur besoin est prescrite dont :
 - celles souffrant d'affections de longue durée ou de maladies chroniques,
 - celles présentant des facteurs de risque (addiction, dénutrition..),
 - celles en situation de perte d'autonomie dues au handicap ou au vieillissement

3 - Comment sont financées les Maisons Sport-Santé ?

En premier lieu, les porteurs de projet formulent une demande d'accompagnement auprès des directions départementales de l'ARS ou de la DRAJES, afin de préparer la démarche de reconnaissance dite « habilitation » (voir focus 5). Les maisons sport santé formulent des besoins qui dépendent de leur état d'avancement.

Les maisons sport-santé une fois reconnues consolident leur mission et pérenniser leur activité par le recrutement et la formation continue d'enseignants APA et d'éducateurs médico-sportifs.

Les MSS financent leur fonctionnement par des recettes commerciales plus ou moins importantes qui sont complétées par des financements publics, émanant des collectivités territoriales concernées, de la DRAJES et de l'ARS.

Le financement de l'ARS est conditionné à :

- l'implantation des maisons sport santé dans une géographie prioritaire (zone de revitalisation rurale ou quartier politique de la ville) ;
- à une offre de prévention primaire, qui vise à éviter l'apparition de maladies et à promouvoir la santé par l'activité physique ;
- et au ciblage des personnes en situation de fragilité socio-économique, fortement sédentarisées.

S'agissant précisément des prestations de séances d'activité physique adaptée, outre l'ARS et la DRAJES, certaines caisses de sécurité sociale (CPAM, CAF, MSA) ainsi que des organismes complémentaires (mutuelles, assurances) peuvent également contribuer à leur financement.



Focus 6 : Comment créer une Maison Sport-Santé ?

- **Étape 1** – Diagnostic territorial de santé et d'offre sportive pour identifier les besoins et les ressources. La délégation départementale de l'ARS accompagne ce diagnostic. L'implication de l'échelon communal ou intercommunal dans ce diagnostic est déterminante.
- **Étape 2** – Formation et ingénierie de projet : là encore l'ARS propose un accompagnement via le réseau régional des maisons sport santé ainsi que certaines maisons sport santé expérimentées qui offrent un soutien personnalisé aux porteurs de projet.
- **Étape 3** – Mise en œuvre opérationnelle et habilitation : une demande d'habilitation est soumise conjointement à l'ARS et à la DRAJES via une application nationale : [Habilitation Maison Sport-Santé · démarches-simplifiées.fr](#). Une fois labellisée, la MSS peut bénéficier de financements récurrents et intégrer le réseau régional.

POUR EN SAVOIR PLUS :

 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-maisons-sport-sante-en-ile-de-france>

 [Devenir Maisons Sport-Santé / sports.gouv.fr](#)

FICHE 8 - Quelles responsabilités en matière d'eaux de consommation humaine (EDCH) ?

La production, la distribution et la surveillance des eaux destinées à la consommation humaine (EDCH) nécessitent des compétences techniques mobilisant une pluralité d'acteurs afin de garantir une eau de qualité.

1 - Que recouvrent la distribution et la surveillance des EDCH ?

Un ensemble d'obligations de résultats prévus par le code de la santé publique en matière de production et distribution d'une eau destinée à la consommation humaine (EDCH), en permanence de bonne qualité et en quantité suffisante, notamment :

- L'autorisation, par arrêté préfectoral, des installations de production et distribution ;
- La protection des captages d'eau, via l'instauration de périmètres de protection ;
- La mise en place de traitements curatifs quand la qualité n'est pas satisfaisante ;
- La mise en œuvre par l'exploitant d'une autosurveillance permanente ;
- La réalisation par les ARS, en lien avec les préfets, d'un contrôle sanitaire de l'eau distribuée (des prélèvements et des analyses réguliers).

Si la qualité de l'eau du robinet en Île-de-France est d'un très bon niveau, une attention constante est portée à son contrôle notamment par rapport aux pesticides et leurs métabolites, et aux PFAS.

Focus 7 : pesticides et PFAS

Pesticides : certains usages de pesticides entraînent des rejets diffus dans les milieux naturels, contaminant les eaux de surface et souterraines. Ces molécules ou leurs métabolites peuvent se retrouver dans les eaux brutes, puis au robinet si les mesures préventives mises en œuvre ne sont pas efficaces et si les traitements sont insuffisants. La réglementation fixe une limite de qualité au robinet à 0,1 Ug/L par pesticide individuel (0,03 Ug/L pour certaines substances) et à 0,5 Ug/L pour la somme des pesticides quantifiés. En cas de dépassement, un suivi sanitaire renforcé est mis en place et des actions correctives sont demandées, sans restriction d'usage si la concentration reste inférieure à la valeur sanitaire, qui correspond à la limite en dessous de laquelle la consommation de l'eau ne présente pas de risque pour la santé humaine. Les ARS adaptent les listes de molécules surveillées selon les contextes régionaux.

PFAS : très persistants, ils contaminent l'eau, l'air, les sols et la chaîne alimentaire. L'exposition humaine se fait, principalement via l'alimentation. Depuis le printemps 2025, le contrôle sanitaire de l'ARS inclue l'analyse des 20 PFAS introduits par la directive européenne eau potable, après une campagne exploratoire menée sur l'ensemble de la région en 2024 sur ces substances. Parmi celles-ci, l'EFSA (autorité européenne de sécurité des aliments) identifie quatre PFAS majeurs (PFOA, PFNA, PFHxS, PFOS) présentant des risques pour la santé : baisse de la réponse immunitaire, perturbations endocriniennes, effets hépatiques, cholestérol élevé et faible poids à la naissance. Le PFOA est classé cancérigène par le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) et le PFOS comme potentiellement cancérigène. Leur production est désormais interdite, mais leurs résidus persistent durablement dans l'environnement.

2 - Quel rôle des élus pour les eaux de consommation humaine ?

Les élus sont en première ligne dans la distribution de l'eau et dans la prévention de la pollution de l'eau. Les maires et présidents des intercommunalités sont responsables de la production et de l'approvisionnement en eau de leurs administrés tant pour la quantité que pour la qualité, notamment lorsqu'ils assument le rôle de personne responsable de la production et distribution de l'eau (PRPDE).

Ils doivent en premier lieu assurer l'accès à l'eau à l'ensemble de leurs administrés. La directive européenne « eau potable » du 16 décembre 2020 réaffirme la nécessité d'améliorer ou préserver l'accès de tous aux eaux destinées à la consommation humaine afin de satisfaire les besoins essentiels. Cela concerne toutes les personnes physiques et notamment les populations vulnérables et marginalisées. A cet effet, les collectivités doivent élaborer un diagnostic territorial afin d'identifier les personnes sans accès à l'eau ou avec un accès insuffisant, d'évaluer les solutions possibles à mettre en place, d'y consacrer les moyens nécessaires et d'en informer les populations concernées.

2.1 - Quel rôle dans la prévention de la pollution de l'eau ?

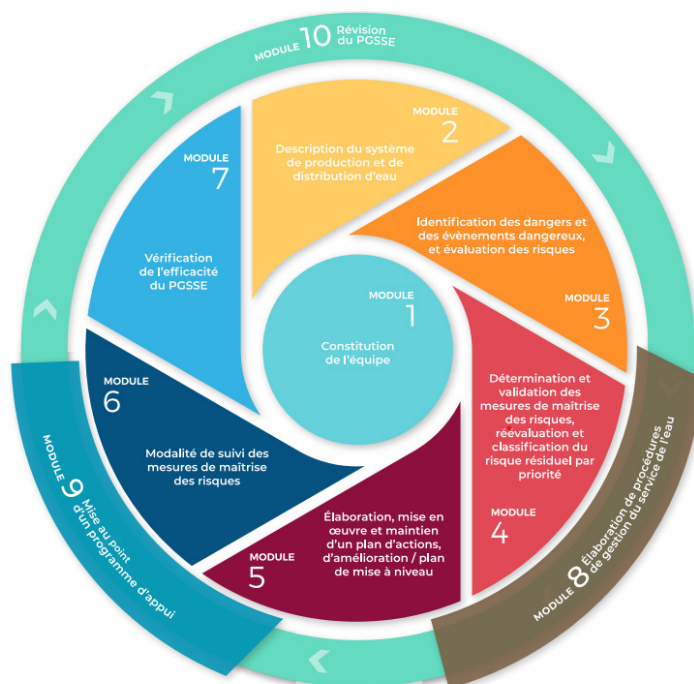
Les élus soutiennent notamment les actions préventives de réduction des pollutions sur leur territoire de manière générale conformément aux objectifs de plans nationaux tels que le plan Écophyto. Cela passe par la mise en œuvre de mesures de protection de la ressource en eau, à plusieurs échelles :

- Les périmètres de protection permettent de prévenir et diminuer toute cause de pollution locale, ponctuelle et accidentelle, susceptible d'altérer la qualité des eaux prélevées. Les activités y sont réglementées. La responsabilité de la mise en place de ces périmètres incombe aux producteurs d'eau et aux collectivités sur le territoire desquelles sont implantés les captages.
- Les aires d'alimentation de captages concernent un territoire plus large et permettent de limiter toute introduction de polluants sur le bassin hydrographique drainé par le captage. Une réglementation des activités est possible via la qualification du territoire en zone soumise à contrainte environnementale par arrêté du préfet.

De nombreuses collectivités prennent des mesures efficaces pour réduire la pression en nitrates et pesticides à l'échelle des aires d'alimentation de captages ou à l'échelle de leur périmètre de gestion (communes, conseils généraux, etc.). En Île-de-France, la majorité des communes sont engagées dans des démarches de réduction ou de suppression des pesticides, 18 % des communes d'Île-de-France sont en zéro phyto et 67 % déclarent ne plus utiliser aucun pesticide dans la gestion de leurs espaces extérieurs.

Les PGSSE

Les Plans de Gestion de la Sécurité Sanitaire des eaux (PGSSE) consistent en une approche globale visant à garantir en permanence la sécurité sanitaire de l'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine, de la ressource aux robinets des consommateurs. C'est une stratégie générale de gestion préventive et d'anticipation des risques. La réalisation du PGSSE relève de la PRPDE, qui doit le mettre en place et le faire vivre. Leur mise en œuvre est fixée au plus tard à juillet 2027 pour la partie « ressource » et janvier 2029 pour la partie « production-distribution ». Des sources documentaires existent pour accompagner les collectivités (guide Astee1, ARS IDF, FNCCR...) et des leviers financiers sont disponibles auprès de l'Agence de l'eau.



2.2 - Quel rôle dans la surveillance de la qualité de l'eau ?

En complément des mesures préventives et en cas de dépassement des exigences de qualité du code de la santé publique, le maire ou l'intercommunalité, en qualité de personne responsable de la production et distribution de l'eau (PRPDE), surveille également en permanence la qualité de l'eau distribuée.

Lorsque les exigences de qualité ne sont pas respectées, il est tenu de :

- de prendre des mesures ponctuelles appropriées (distribution d'eau en bouteille par exemple) et d'informer les consommateurs ;
- de mettre en œuvre un programme d'amélioration à long-terme pour rétablir la qualité des eaux distribuées.

Une dérogation peut alors lui être accordée par le préfet, ouvrant une période de trois ans maximum, renouvelable une fois sur justification, pendant laquelle devront être mises en place les mesures correctives afin de garantir le retour au respect de la limite réglementaire de qualité dans les délais impartis. La collectivité s'engage ainsi dans un plan d'amélioration de la qualité de l'eau avec une solution technique (construction ou amélioration d'une usine de traitement, raccordement à un réseau voisin, création d'une nouvelle ressource...), un échéancier et les financements nécessaires pour sa mise en œuvre.

Existent aussi des obligations en termes d'information du public :

- Affichage en mairie des résultats du contrôle sanitaire de l'eau exercé par l'ARS ;
- Présentation annuelle au Conseil municipal d'un rapport sur la qualité et le prix du service public de l'eau potable ;
- Publication au recueil des actes administratifs de la note de synthèse sur la qualité de l'eau élaborée par l'ARS pour les communes de plus de 3500 habitants.

2.3 - Quelle est l'action de l'ARS en matière d'EDCH ?

L'ARS informe et accompagne les collectivités territoriales dans l'exercice de leurs compétences dans ce domaine. L'ARS, pour le compte du préfet :

- autorise, par arrêté préfectoral, les installations de production et distribution ;
- instaure des périmètres de protection des captages d'eau ;
- réalise un contrôle sanitaire de l'eau distribuée (prélèvements et des analyses réguliers) ;
- instruit les demandes de dérogation.

Focus 8 : Les autres acteurs de l'eau

- **Le Conseil régional** : planification à l'échelle territoriale (ex. stratégie régionale de l'eau, intégration dans les documents d'aménagement).
- **Les Conseils départementaux** : peuvent appuyer les communes techniquement et financièrement dans leurs missions de service public d'eau/assainissement.
- **Les directions départementales des territoires (DDT, Préfecture) et la direction régionale et interdépartementale de l'environnement, de l'aménagement et des transports** : assurent notamment la réglementation, le contrôle, l'instruction des autorisations et déclarations de la police de l'eau. Elles coordonnent la politique départementale de l'eau, dans tous ses usages (pas seulement pour l'EDCH), participent à la protection des ressources, gèrent les restrictions liées à la disponibilité en eau (ex. en périodes de sécheresse) et veillent à la prévention des pollutions diffuses.
- **l'Agence de l'eau Seine-Normandie (AESN)** : finance les actions et équipements visant à protéger les ressources en eau et à lutter contre les pollutions au travers de son 12^e programme d'intervention « Eau, climat et biodiversité » 2025-2030. Pour financer son action, elle perçoit des redevances auprès des usagers qu'elle redistribue sous forme d'aides financières aux collectivités, entreprises, agriculteurs et associations agissant pour la préservation du milieu naturel.

POUR EN SAVOIR PLUS



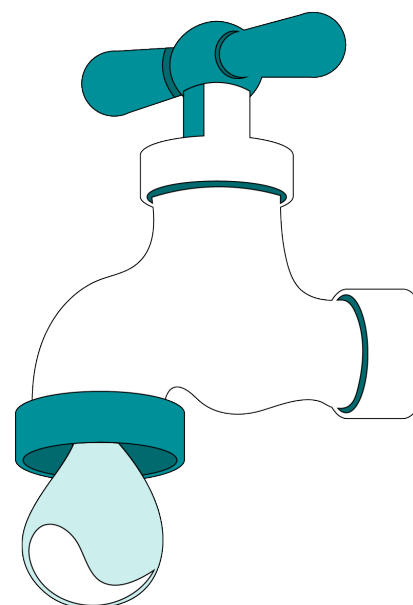
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/leau-de-consommation-en-ile-de-france-les-principaux-acteurs-et-le-cadre-juridique>



<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/metabolites-de-pesticides>



<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/surveillance-des-pfas-dans-leau-de-consommation-humaine-en-region-ile-de-france>



FICHE 9 - Comment lutter contre l'habitat indigne (LHI) ?

Une définition réglementaire posée par l'article 83 de la loi MOLLE du 29 mars 2009 (Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion) indique que : « constituent un habitat indigne, les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé. ».

1 - Quel rôle pour les élus dans la lutte contre l'habitat indigne ?

Les élus, en particulier le maire, sont en première ligne dans la lutte contre l'habitat indigne. Selon l'importance des désordres et des risques encourus par les occupants, le maire peut agir directement ou, dans les cas les plus graves et en l'absence de service communal d'hygiène et santé (SCHS, au nombre de 208 en France), faire appel à l'ARS après avoir procédé à l'évaluation de la situation en visitant le logement

Procédure préalable : un logement potentiellement indigne est signalé en mairie.

Le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) ou le service désigné par le maire en l'absence de SCHS visitent le logement et établissent un rapport. En cas de manquement grave constitutif d'un délit, un signalement direct peut être fait au Procureur (Art. 40 du CPP) par la commune.

Si le logement est en infraction avec les règles d'hygiène, le maire engage une procédure administrative pour non-respect des règles d'hygiène et de salubrité :

- S'assurer que le locataire a effectué les démarches auprès du propriétaire (lettre recommandée avec accusé de réception) et que ce dernier n'a pas répondu ;
- Mettre en demeure le propriétaire de se conformer aux règles sanitaires et d'hygiène dans un délai fixé.

Si les travaux ne sont pas réalisés ou sont insuffisants, après une nouvelle visite, le maire :

- Dresse un procès-verbal d'infractions pour manquements aux règles sanitaires et d'hygiène, transmis à l'officier du ministère public ;
- Prend un arrêté de travaux d'office (et d'hébergement si nécessaire), sur décision motivée, sans nouvelle mise en demeure, aux frais du propriétaire dans le cas des mises en sécurité (péril).

Si à l'occasion d'une visite d'un logement, les services communaux constatent un danger grave pour la santé des occupants ou des voisins soit en lui-même soit par l'utilisation qui en est faite (**habitat insalubre**) :

- Dans le cas où la mairie est dotée d'un SCHS, c'est ce dernier qui va instruire la procédure en insalubrité pour permettre l'édition d'un arrêté préfectoral d'insalubrité ;
- En l'absence de SCHS, le maire rédige un rapport avec ses constats et ses éventuelles premières actions, et le transmet à l'ARS pour instruction de la procédure adéquate le cas échéant.



2 - Que fait l'ARS dans la lutte contre l'habitat indigne ?

- Protège et informe la population sur les risques sanitaires liés à l'habitat, en particulier en matière de lutte contre l'habitat insalubre et contre le saturnisme infantile. Met à disposition des ressources sur son site web et accompagne les collectivités ;
- Peut être saisie à la suite d'une plainte des occupants ou d'un signalement (par un particulier, un travailleur social, un agent communal, les forces de l'ordre, une association, etc.) concernant un logement susceptible de présenter un risque pour la santé ou la sécurité des occupants ou du voisinage ;
- Une enquête habitat peut alors être menée par la délégation de l'ARS du département concerné. Cette enquête vise à identifier les désordres (humidité, moisissures, absence de ventilation, matériaux toxiques...) pouvant nuire à la santé des occupants ;
- Les résultats de l'enquête sous forme d'un rapport sont soumis à la procédure contradictoire prévue par le code de relations entre le public et l'administration, et peuvent conduire à la prise d'un arrêté préfectoral après avis le cas échéant du CoDERST (commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques) précisant la possibilité de remédier ou non à l'insalubrité, la nature des travaux à réaliser et le délai pour le faire, les mesures de protection des occupants. Si les travaux sont réalisés, le préfet prononce la levée d'insalubrité, sinon, il peut ordonner leur exécution d'office.

POUR EN SAVOIR PLUS :



<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/habitat-indigne>



[*Améliorer et requalifier le parc privé des logements | Drihl Île-de-France*](#)



[*Guide-Interco-Habitat-2023.indd*](#)



FICHE 10 - Comment lutter contre la prolifération du Moustique tigre dans les communes d'Île-de-France ?

Dix ans après son arrivée en Île-de-France, *Aedes albopictus*, dit moustique tigre, est désormais une préoccupation majeure pour les autorités sanitaires. Sa progression constante exige une forte mobilisation locale pour limiter son implantation et sa diffusion, réduire le risque d'arboviroses autochtones (dengue, chikungunya et Zika) et protéger les populations, notamment les plus vulnérables. L'action des communes est déterminante pour prévenir la prolifération, en complément des dispositifs mis en place par l'Etat et les Agences régionales de santé (ARS).

1 - Où trouve-t-on le moustique tigre en Île-de-France ?

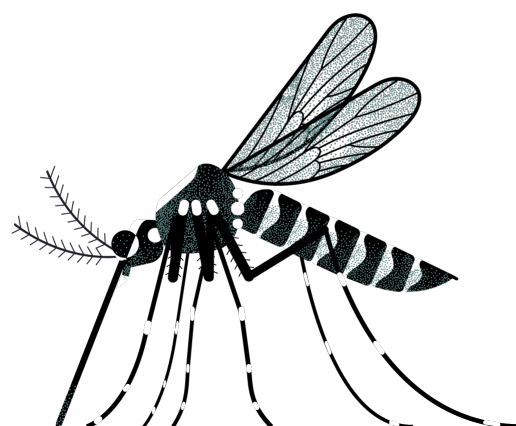
En moins d'une décennie, le moustique tigre s'est installé dans l'environnement urbain francilien. L'insecte se développe dans de très petites quantités d'eau présentes dans les espaces publics (parcs, cimetières, jardins) comme chez les particuliers (balcons, gouttières, pots de fleurs et bacs oubliés). Il a d'ores et déjà officiellement colonisé 212 communes d'Île-de-France, soit 68 % de la population régionale.

2 - Pourquoi surveiller et limiter sa prolifération ?

L'insecte est un vecteur redouté de la dengue, du chikungunya ou du Zika. Des maladies nommées arboviroses généralement bénignes mais qui, dans certaines formes, peuvent entraîner des complications graves, notamment chez les personnes âgées, les femmes enceintes (Zika), les personnes immunodéprimées ou avec comorbidités. En 2024, l'Île-de-France a enregistré 584 cas importés de ces arboviroses, principalement durant les retours de vacances d'été. Parmi eux, un cas de chikungunya autochtone – c'est-à-dire contracté localement, sans voyage dans une zone à risque –, le premier recensé dans la région, a confirmé que la menace n'était plus seulement théorique. A ce stade, en 2025, deux cas autochtones de chikungunya ont été détectés et l'on recense 427 cas importés.

3 - Quel est le dispositif de surveillance mis en place ?

Face à ce risque, l'ARS Île-de-France déploie chaque année un dispositif de surveillance renforcée, du 1er mai au 30 novembre, en coordination étroite avec Santé publique France, les collectivités territoriales et son opérateur de démoustication, l'Agence Régionale de Démoustication (ARD). Ce dispositif repose sur trois volets : information et prévention à partir de la sensibilisation du grand public, des professionnels de santé et des voyageurs de retour de zones à risque, surveillance entomologique des populations de moustiques et surveillance épidémiologique des cas humains d'arboviroses. Ces actions permettent de prévenir les risques et de réagir rapidement en mettant en œuvre des mesures de lutte antivectorielle adaptées lorsque cela s'avère nécessaire. L'ARS coordonne également une surveillance entomologique proactive, avec plus de 500 pièges pondoirs installés dans les communes colonisées ou à risque, notamment autour des établissements de santé et des aéroports.



4 - Quel est le rôle des communes dans la surveillance et la lutte contre la prolifération ?

Le maire doit se positionner comme l'acteur pivot de la lutte antivectorielle au sein de la commune, en s'appuyant sur le cadre du CGCT et du décret de 2019 et en travaillant en coordination avec l'ARS. Il est recommandé de mettre en place un programme communal structuré, incluant la désignation d'un référent technique chargé du suivi opérationnel et du lien avec les habitants. La commune doit réaliser un diagnostic pour identifier et cartographier les gîtes amovibles à supprimer et les gîtes inamovibles nécessitant un traitement régulier, en particulier dans les parcs et jardins publics ou municipaux, les cimetières, les jardins partagés. Ce diagnostic doit conduire à organiser la mobilisation citoyenne, en sensibilisant les habitants aux bons réflexes à adopter sur leurs balcons et dans leurs jardins et à éliminer systématiquement les eaux stagnantes (voir la check-list). Il amène également à éliminer les gîtes présents sur l'espace public et à appliquer, lorsque nécessaire, des traitements adaptés (larvicides ou supports biodégradables imprégnés de Bti).

Chaque année, l'ARS Île-de-France organise des sessions de formation destinées aux services techniques des collectivités pour les aider à mettre en place ce programme de lutte contre la prolifération de moustiques.

5 - Quand doit-on mettre en place une démoustication ?

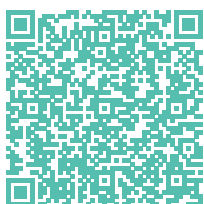
Lorsque l'ARS reçoit la déclaration d'un cas de dengue, de chikungunya ou de Zika, elle contacte la personne pour enquêter sur ses déplacements et déterminer sa période de virémie (phase pendant laquelle le virus circule dans le sang et peut être transmis à un moustique francilien en cas de piqûre, qui pourra alors retransmettre le virus à quelqu'un d'autre, entraînant ainsi un risque de transmission autochtone). Si cette personne a été virémique en Île-de-France, une enquête entomologique est déclenchée dans un rayon de 150 mètres autour des lieux fréquentés où la personne a pu être piquée. Cette enquête consiste à inspecter les cours, jardins, gouttières ou terrasses, à la recherche d'eau stagnante, de moustiques adultes et de larves. L'objectif est également de supprimer les potentiels gîtes de repos pour les moustiques et éventuellement faire des traitements biologiques ou insecticides pour éradiquer les larves et/ou moustiques adultes selon le niveau de risque sanitaire associé.

En 2024, 370 enquêtes entomologiques ont été menées dans la région, donnant lieu à 19 traitements insecticides ciblés. A ce stade, en 2025, 215 enquêtes entomologiques ont été réalisées, donnant lieu à 20 traitements insecticides ciblés. Ces traitements, réalisés la nuit, ne sont utilisés qu'en présence avérée de moustiques adultes et uniquement en contexte de risque vectoriel identifié, conformément aux protocoles et restrictions d'usages qui s'appliquent durant les traitements.

POUR EN SAVOIR PLUS :

 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/especes-nuisibles-et-parasites>

 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/moustique-tigre-en-ile-de-france>



[Foire aux questions / Lutte contre la prolifération du moustique tigre : la démoustication](#)



PLAN DE SENSIBILISATION ET DE LUTTE CONTRE LA PROLIFÉRATION À DESTINATION DES COLLECTIVITÉS

1. SE FORMER EN INTERNE

- ☐ Désigner des agents référents qui sont informés sur les problématiques liées aux moustiques tigre
- ☐ Sensibiliser les agents et les élus aux bons gestes pour lutter contre le moustique tigre

2. OBSERVER LES ESPACES COMMUNAUX ET ÉTABLIR UNE STRATÉGIE POUR ÉVITER LA PROLIFÉRATION

- ☐ Vérifier le bon écoulement des avaloirs et des siphons de la commune
- ☐ Vérifier le bon écoulement de l'eau sous les terrasses à plots existants
- ☐ Vider, ranger et jeter systématiquement les déchets : gobelets, seaux, récipients, jouets dans les cours des écoles et crèches
- ☐ Mettre des grillages sous les avaloirs pour éviter que les feuilles mortes bouchent ces derniers
- ☐ Réaliser un curage de toutes les gouttières des bâtiments de la ville entre avril et mai
- ☐ Mettre les bennes de chantiers à l'abri des eaux de pluie ou louer des bennes fermées
- ☐ Ranger l'ensemble des objets de travaux
- ☐ Élaguer constamment les végétaux présents autour des étangs et des noues (fossés végétalisés)
- ☐ Activer les fontaines entre le mois d'avril et de novembre
- ☐ Mettre à disposition à l'entrée des cimetières des bacs à sable pour permettre aux usagers de mettre du sable dans les coupelles de fleurs
- ☐ Prévoir des prédateurs larvaires au sein des bassins et étangs de la ville (batraciens, poissons etc.)
- ☐ Réaliser ou organiser des visites/diagnostics à domicile lors d'appel pour les nuisances liées au moustique tigre

LIEUX PARTICULIERS :

- ☐ Espaces verts : supprimer les espèces végétales qui, par leur port ou par leur coupe, permettent de stocker de l'eau ainsi de recréer les gîtes larvaires originels du moustique tigre
- ☐ Terrasse sur plots - Reprise de la terrasse : abaisser la hauteur de l'exutoire et augmenter la pente de la base bétonnée et/ou poser des mèches drainantes sous les dalles pour entraîner l'eau résiduelle vers l'évacuation d'eau pluviale de la terrasse
- ☐ Toit terrasse : entretenir régulièrement les systèmes d'évacuation des eaux de pluie

3. COMMUNIQUER AUPRÈS DES USAGERS ET FAVORISER L'IMPLICATION DE TOUS LES ACTEURS DE LA COMMUNE

- ☐ Identifier des référents « moustique tigre » au sein d'associations locales et d'associations gérant les jardins partagés, pour relayer les informations
- ☐ Prévoir des réunions publiques ou des stands d'information pour réaliser une éducation sanitaire efficace auprès des administrés, par exemple en organisant des actions de sensibilisation auprès des syndicats de copropriétés aux dangers des terrasses et proposer une solution pérenne (modification des terrasses, traitements biologiques durant la saison chaude, ajout de gravillons légers, etc.)
- ☐ Prévoir des sessions de sensibilisations aux enfants dans les écoles
- ☐ Sensibiliser les usagers des jardins familiaux, et si les jardins familiaux sont gérés par la commune distribuer des moustiquaires à mailles fines ou des voiles pour leurs récupérateurs d'eau
- ☐ Diffuser les supports de communication sur la lutte anti-vectorielle entre mai et octobre

Plus d'infos sur
iledefrance.ars.sante.fr





THÈME 3 :

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

FICHE 11 - Conseil départemental, ARS, qui fait quoi en matière de prise en charge des personnes âgées ?

L'Île-de-France, historiquement caractérisée par une population relativement jeune, va connaître un vieillissement marqué de ses habitants dans les prochaines années. Selon l'INSEE, le nombre de Franciliens de plus de 75 ans devrait augmenter de + 44 % d'ici 2040 et de +63 % d'ici 2050 avec plus de 600 000 séniors supplémentaires, portant la population francilienne de plus de 75 ans à environ 1,5 millions de personnes en 2050. Le nombre de personnes âgées en situation de dépendance (GIR 1 à 4)¹ devrait augmenter selon les mêmes proportions.

Cette évolution démographique implique d'anticiper les besoins croissants en matière d'accompagnement des personnes âgées. Transports, logement, accessibilité, activités de loisirs, accès aux soins et aux services publics : la politique territoriale du bien-vieillir au sein des communes concerne de nombreux champs.

1 - Conseil départemental / Agence régionale de santé : qui fait quoi ?

Le Conseil départemental est un acteur clé de la politique sociale et médico-sociale. Le département œuvre à la gestion de l'APA, l'organisation des services d'aide à domicile et des établissements pour personnes âgées. L'ARS, quant à elle, est l'autorité sanitaire régionale, chargée de planifier, financer, autoriser et contrôler l'ensemble de l'offre de soins et médico-sociale, et d'assurer la cohérence avec la politique régionale de santé.

DOMAINES	CONSEIL DEPARTEMENTAL	AGENCE REGIONALE DE SANTÉ
PILOTAGE DE LA POLITIQUE	Chef de file de la politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées (autonomie, aide sociale)	Pilotage de la politique régionale de santé, intégrant les enjeux du vieillissement et de la dépendance
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Aides individuelles (Attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), EHPAD sur la partie hébergement au titre de l'ASH) - Financement des services sociaux et médico-sociaux - Aide à domicile - Préside la commissions des financeurs de la perte d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> - Financement des établissements de santé et médico-sociaux (EHPAD sur la partie soins, SSIAD), - Aides à l'investissement, financement des dispositifs de santé (filiales gériatriques, unités de soins longue durée, HAD ...) et de prévention de la perte d'autonomie (ex : plan anti-chutes)
ORGANISATION DE L'OFFRE	Organisation et gestion des services d'aide à domicile et des établissements médico-sociaux en lien avec l'ARS (EHPAD, accueils de jour)	Planification et régulation de l'offre sanitaire (hôpitaux, soins de suite, services de santé à domicile) et médico- sociale (EPADH, CRT)
AUTORISATION ET CONTRÔLE	Contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de leur compétence, notamment les SAAD et les EHPAD	Autorisation des établissements de santé et médico-sociaux, contrôle de la qualité et sécurité des prises en charge, notamment les EHPAD et les SSIAD
COORDINATION DES ACTEURS	Coordination locale des acteurs sociaux et médico-sociaux, soutien aux aidants	Coordination entre sanitaire, médico- social et social, animation des partenariats

2 - Quelles sont les missions de l'ARS ?

L'ARS Île-de-France autorise, finance et contrôle les EHPAD et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'ARS Île-de-France finance ces établissements et services médico-sociaux à hauteur de 1,9 milliard d'euros par an. Depuis le 1er juillet 2025, elle finance aussi la section dépendance des EHPAD de la Seine-Saint-Denis, département expérimentateur de la fusion des sections soin et dépendance des EHPAD. L'ARS veille également à la qualité et à la sécurité des prises en charge, notamment via des missions d'inspection-contrôle auprès des établissements et le recueil de signalements.

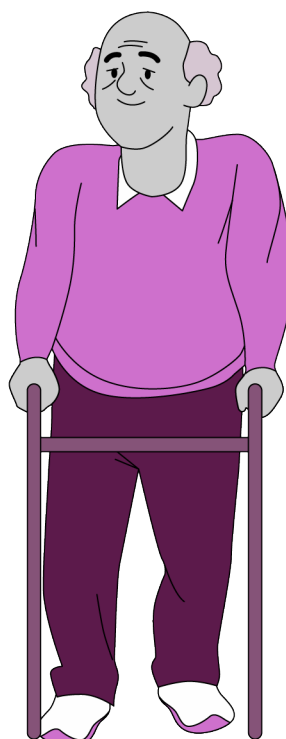
Les rapports des inspections effectués par l'ARS sont publiés ici [Publication des rapports d'inspection-contrôle dans les Ehpads franciliens | Agence régionale de santé Ile-de-France](#)

Ces actions s'accompagnent d'un suivi renforcé des indicateurs de performance, de bientraitance et de gestion des risques, afin de garantir un accompagnement adapté aux besoins des résidents et des personnes âgées vivant à domicile. L'ARS soutient également les démarches d'amélioration continue de la qualité, encourageant la formation des professionnels, le développement de pratiques innovantes et l'adaptation des structures aux enjeux du vieillissement.

Par ailleurs, elle pilote et coordonne les projets de transformation de l'offre médico-sociale, la diversification des modes d'accueil (résidences autonomie, plateformes de services à domicile, accueils de jour) et le déploiement d'outils numériques facilitant la coordination entre acteurs. L'objectif est d'assurer une prise en charge globale, inclusive et de proximité, tout en soutenant la prévention de la perte d'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées sur l'ensemble du territoire francilien.

L'ARS facilite la coordination entre acteurs sanitaires et médico-sociaux, notamment via l'organisation des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en veillant à ce que leur projet de santé permette de renforcer la coordination des professionnels de santé ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux dans la prise en charge du sujet âgé.

L'ARS soutient les innovations et les projets visant à améliorer le parcours de santé des personnes âgées, la prévention de la perte d'autonomie et le soutien aux aidants. Sur tous ces domaines, l'ARS accompagne les élus et partenaires locaux dans leurs projets, par des ressources, des conseils et un appui technique.



3 - Quels enjeux pour les élus locaux ?

Intégrer le vieillissement dans les plans locaux d'aménagement et de développement, en établissant notamment une démarche de diagnostic des besoins et la faire vivre

- Veiller à l'accessibilité par les seniors des services sur tout le territoire (aménagement de l'espace public) ;
- Développer l'habitat social et inclusif adapté ;
- Lutter contre l'isolement des personnes âgées, en particulier à domicile, en collaboration avec le CCAS.

POUR EN SAVOIR PLUS



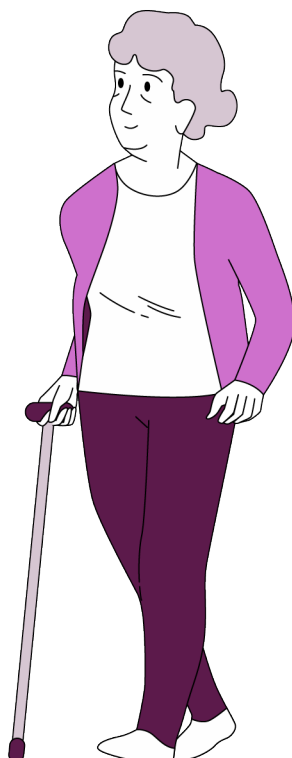
Agence Régionale de Santé Île-de-France : <https://www.ilede-france.ars.sante.fr>, rubrique Handicap et Grand âge



[Portail national pour les personnes âgées : Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches](#)



Pour les personnes âgées Portail de la CNSA « Portraits des territoires, politiques de l'autonomie : <https://cnsa-apps.shinyapps.io/portraits-des-territoires/>



FICHE 12 - Comment mieux prendre en charge le handicap de mes administrés ?

1 - Quelles actions peuvent mener les élus franciliens ?

Les élus locaux ont un rôle essentiel dans la réussite de la transformation, notamment au niveau de la coordination territoriale et de l'ancrage local des dispositifs.

Les élus :

- Participent à la concertation territoriale menée avec l'ARS, les MDPH et les organismes gestionnaires pour définir les zones d'intervention prioritaires (ZIP) et les feuilles de route départementales.
- Favorisent les coopérations locales entre écoles, structures médico-sociales, associations et services municipaux (périscolaire, culture, sport, loisirs) afin de rendre les parcours plus lisibles et inclusifs.
- Soutiennent la création d'équipements de proximité pour éviter les « zones blanches » et améliorer l'accessibilité des accompagnements.
- Encouragent les innovations locales (projets d'école inclusive, dispositifs partagés, mutualisation de locaux, etc.).
- Sensibilisent les familles et les professionnels aux enjeux de l'inclusion, en accompagnant les changements de pratiques.

2 - Qu'est-ce que la transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap ?

La transformation de l'offre médico-sociale vise à adapter les modes d'accompagnement aux besoins réels des personnes en situation de handicap, en passant d'une logique de places en établissement (structures segmentées par type d'accompagnement) à une logique de parcours.

Elle repose sur trois principes directeurs :

- Autodétermination : permettre aux personnes d'exercer leurs choix et de participer activement à leur parcours de vie.
- Accompagnement personnalisé : proposer des réponses modulables, diversifiées et évolutives, articulées avec le droit commun (école, santé, emploi, logement, loisirs...) ;
- Inconditionnalité de l'accueil : garantir une réponse pour tous, au plus près du domicile, y compris pour les situations complexes

Cette transformation s'opère progressivement :

- Par la territorialisation : chaque département est organisé en territoires de proximité assurant une responsabilité populationnelle (aucune zone blanche).
- Par la mise en place de plateformes médico-sociales assurant une « porte d'entrée unique » et la coordination des parcours.
- Par la création de nouveaux dispositifs d'appui à la scolarisation comme les Pôles d'appui à la scolarité (PAS) et le renforcement des équipes mobiles (EMASco)

3 - Qu'est-ce que le Plan Inclus'IF 2030 porté par l'ARS ?

Lancée en 2023, le Plan Inclus'IF 2030 est la déclinaison francilienne du Plan national "50 000 solutions".

Elle poursuit une double ambition :

- Créer massivement des solutions nouvelles, dans une région marquée par un fort sous-équipement historique ;
- Transformer durablement l'offre, pour qu'à terme, chaque enfant en situation de handicap trouve près de chez lui un accompagnement adapté, inclusif et respectueux de ses besoins et de ses envies.

Depuis 2023, près de 3 700 solutions ont vu le jour, dont plus de la moitié pour les enfants. L'ARS conduit cette évolution en lien avec les organismes gestionnaires, les collectivités, les MDPH et l'Éducation nationale, en promouvant la déspecialisation des établissements et la logique de plateformes territoriales à accueil inconditionnel. Par la concertation et l'implication des personnes concernées, elle porte une mission de service public : garantir à chaque enfant en situation de handicap une réponse adaptée, proche et digne.



FICHE 13 - Comment accueillir des enfants en situation de handicap dans mon école ?

1 - L'école pour tous

Le droit à l'éducation pour tous les enfants est un droit fondamental. Ce droit impose au système éducatif de s'adapter aux besoins éducatifs particuliers de tous les élèves.

Deux principes découlent de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : l'accessibilité et la compensation

Lorsque la situation de handicap de l'enfant le nécessite, l'enfant peut être orienté sur décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) vers un établissement ou service médico-social spécialisé, tout en conservant son inscription dans l'établissement de référence. Cette inscription a pour but de rappeler que le maintien ou le retour dans l'établissement de référence reste la solution à privilégier dans la mesure du possible. L'Éducation nationale est responsable de tous les enfants et le recours au droit commun en première intention reste un principe fondamental.

2 - Les différents parcours de scolarisation possible pour un élève en situation de handicap, selon l'orientation notifiée par la CDAPH

- En classe ordinaire avec du matériel pédagogique adapté, des aménagements et adaptations et/ou de l'aide humaine (AESH) ;
- En classe ordinaire avec l'appui d'un dispositif avec des regroupements dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (Ulis) ou avec l'appui d'un service médico-social (SESSAD) ;
- En établissement scolaire adapté dans le secondaire : sections d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa), établissements régionaux d'enseignement adapté (Erea) ; lycées d'enseignement adapté (LEA) ;
- En école ou établissement scolaire ordinaire dans une unité d'enseignement externalisée (UEE) d'un établissement ou service médico-social (ESMS), à temps plein ou temps partagé.
- En établissement médico-social, dans une unité d'enseignement internalisé (UEI) avec la mise à disposition d'un enseignant de l'Éducation nationale.

Ces parcours sont gradués selon les besoins et l'intensité de l'accompagnement nécessaire, et se partagent entre l'Éducation nationale et le médico-social.



Des dispositifs spécifiques sont par ailleurs déployés en école ordinaire pour certains parcours / types de handicap :

- Unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA) et unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) ;
- Équipe pluriprofessionnelle d'autorégulation en milieu scolaire pour les troubles du neurodéveloppement (TND) ;
- Unité d'enseignement externalisée polyhandicap (UEEP) ;
- Pôle d'enseignement des jeunes sourds (PEJS).

A ces dispositifs s'ajoutent enfin les pôles d'appui à la scolarisation (PAS), en cours de déploiement depuis la rentrée 2025 en Île-de-France, installés dans des écoles ou établissements scolaires et constitués d'un binôme associant un enseignant-coordonnateur relevant de l'Éducation nationale et un éducateur relevant du secteur médicosocial.

3 - Comment contribuer à l'inclusion scolaire ?

Les élus locaux jouent un rôle essentiel pour rendre l'école accessible à tous : mise à disposition et **aménagement des locaux scolaires, cantine et périscolaire, coordination locale...** Les principales recommandations en la matière :

- Projet Éducatif Territorial (PEDT) : intégrer un volet handicap pour organiser l'accueil périscolaire ;
- Référents-loisirs handicap : désignés par la commune pour faciliter l'inclusion dans les activités ;
- Signature de conventions de mises à dispositions des locaux avec les ESMS, qui prévoient les conditions de mise à disposition et d'entretien des locaux, du mobilier et de l'équipement de la salle que ce soit à titre gratuit ou onéreux (dont bail locatif) et qui précisent les conditions de restauration et de participation sur les temps périscolaire.

Autres réflexes à adopter :

- Anticiper les besoins d'accessibilité dans les projets de rénovation des écoles et établissements scolaires ;
- Se mettre en relation avec les services départementaux de l'éducation nationale et la délégation départementale de l'ARS au sujet des locaux et salles disponibles dans les écoles et établissements scolaires ;
- Associer les familles et les professionnels dans les décisions ;
- Former les agents municipaux à l'accueil des élèves en situation de handicap.

4 - Le rôle de l'ARS et de ses délégations départementales

- Planifient, financent et accompagnent les projets d'inclusion scolaire en lien avec les établissements et services médico-sociaux et les enjeux de transformation de l'offre médico-sociale ;
- Pilotent et financent les dispositifs médico-sociaux (UEMA, UEEA, DAR, UEE, UEPP...);
- Animent avec le rectorat les comités départementaux de suivi de l'école inclusive (CDSEI) pour coordonner les acteurs locaux.

POUR EN SAVOIR PLUS :



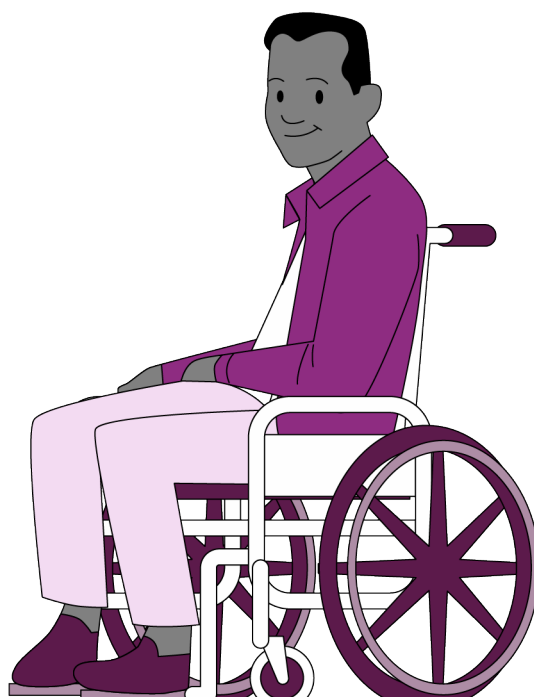
[École inclusive : stratégie et dispositifs portés en Ile-de-France | Agence régionale de santé Ile-de-France](#)

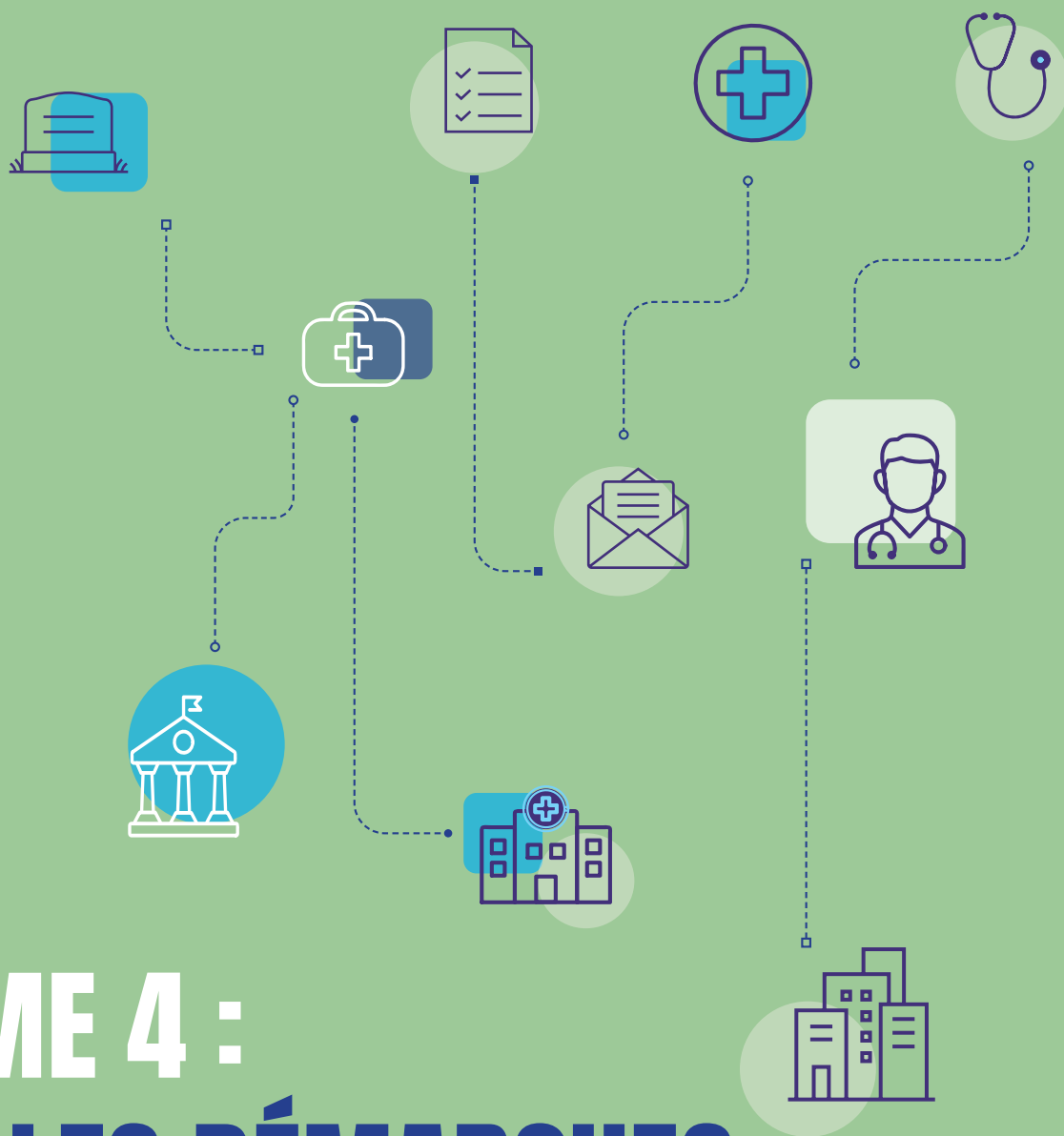


[École inclusive | handicap.gouv.fr](http://handicap.gouv.fr)



[École et handicap - les parcours de scolarisation | Mon Parcours Handicap](#)





THÈME 4 : QUELLES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES EN SANTÉ POUR LES ÉLUS LOCAUX ?

FICHE 14 - Comment obtenir plus rapidement un certificat de décès ?

Les élus sont souvent confrontés à des familles dans l'attente du certificat de décès d'un proche à domicile. La rédaction d'un certificat de décès est la première étape nécessaire pour engager toutes les opérations funéraires, comme celles liées au transport du corps du défunt vers une chambre funéraire.

Le médecin traitant, le médecin de l'établissement médico-social ou tout autre médecin peut rédiger le certificat de décès. Dans certains territoires, cependant, les familles de défunts font face à des délais d'attente importants avant d'obtenir le certificat de décès, les médecins n'étant pas en mesure de répondre à toutes les sollicitations.

Dans ce contexte, l'ARS a expérimenté l'établissement de certificats de décès par des infirmiers diplômés d'État (IDE) volontaires, libéraux ou salariés, lorsque le décès survient au domicile, en EHPAD ou en HAD. Après plus d'un an d'expérimentation, le dispositif a été pérennisé.

1 - Présentation du dispositif

Les infirmiers diplômés d'État (IDE) salariés et libéraux peuvent désormais établir des certificats de décès. Une revalorisation de la profession inscrite par décret et encadrée par des conditions d'exercice précises.

Les infirmiers doivent réunir plusieurs conditions :

- Être volontaires ;
- Avoir obtenu leur diplôme depuis au moins 3 ans ;
- Être inscrits à l'ordre des infirmiers ;
- Avoir suivi et validé une formation spécifique avec une partie obligatoire de 12 heures et une partie optionnelle de 3 heures délivrée 3 mois après la formation.

Surtout, l'infirmier ne peut certifier que les décès rassemblant les conditions suivantes :

- La personne décédée est majeure
- Le décès est survenu à domicile, en établissements de santé, établissements médico-sociaux et centres de santé
- Il n'y a pas d'obstacle médico-légal (faits ou suspicion de violence, suicide...). Sont ainsi exclus du dispositif les décès de personnes mineures, les décès sur la voie publique, et les décès pour lesquels le caractère violent de la mort est manifeste.

Par ailleurs, les infirmiers salariés ont la possibilité de certifier uniquement durant leurs heures de travail, dans leur structure employeuse. L'établissement d'un certificat de décès par les IDE s'accompagne d'une rémunération en fonction des conditions de survenue du décès.


En absence de professionnel de santé habilité à rédiger le certificat, l'ARS a doté les SAMU du territoire d'un outil permettant la gestion des sollicitations d'infirmiers diplômés d'État libéraux (IDEL), en fournissant leurs coordonnées, secteurs d'intervention, et disponibilités.


C'est pourquoi nous vous invitons si vous êtes sollicité, et dans le cas où aucun professionnel de santé habilité à rédiger le certificat ne serait disponible, à contacter le SAMU de secteur en appelant le 15.

Uniquement dans les cas où le décès remplit les trois conditions : majorité de la personne, décès en établissement ou au domicile, et absence de signe de violence.

Pour information, l'ARS encourage les infirmiers à utiliser l'application «CertDC», permettant la certification par voie électronique des décès.

POUR EN SAVOIR PLUS :

 [La rédaction des certificats de décès par les infirmiers diplômés d'Etat | Agence régionale de santé Ile-de-France](#)

 [Guide pour participer à une formation ARS pour les certificats de décès | Publications nationales | Publications | Ordre national des infirmiers](#)



FICHE 15 - Dans quels cas un avis sur les projets d'aménagement et les documents d'urbanisme est-il requis ?

L'article L.1435-1 du code de la santé publique prévoit que l'Agence régionale de santé « fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes et de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine ».

1 - Dans quels cas pouvez-vous demander directement un avis à l'ARS ?

Les collectivités territoriales peuvent solliciter l'avis de l'ARS dans le cadre des autorisations d'urbanisme (permis de construire, permis d'aménager).

Cette consultation reste facultative et à l'appréciation de la collectivité territoriale.

Néanmoins, l'ARS identifie 4 catégories de projets présentant des enjeux de santé pour lesquels son avis sanitaire peut constituer une plus-value pour l'instruction des dossiers :

- Les ensembles bâtis et espaces publics destinés à recevoir un public sensible (établissements de santé et médico-sociaux, établissements scolaires, accueil de jeunes enfants...);
- Les projets d'habitat collectif sur sols potentiellement pollués ;
- Les projets susceptibles d'impacter la qualité de l'eau, s'ils sont situés à l'intérieur d'un périmètre de protection rapprochée de captage d'eau (périmètre identifié par une déclaration d'utilité publique ou un rapport d'hydrogéologue) ;
- Les projets de création de piscine publique ou privée à usage collectif ou d'aménagement d'espace de baignade naturelle ou artificielle.

Lorsqu'un permis de construire ne concerne pas l'une des 4 situations listées au point précédent, il n'est pas nécessaire de solliciter l'ARS.

2 - Dans quels cas l'avis de l'ARS est-il sollicité par d'autres autorités pouvant concerner votre collectivité territoriale ?

Sollicitation par l'autorité préfectorale :

- pour un document d'urbanisme (PLU, PLUi, SCoT) :
 - soit lors du lancement de son élaboration dans le cadre du **Porter-à-connaissance et/ou de la note d'enjeux** des services de l'Etat ;
 - soit dans le cadre de **l'avis des services de l'Etat sur le projet de document d'urbanisme** produit par la collectivité territoriale.
- pour des projets relevant de certaines rubriques du code de l'environnement dans le cadre de **l'autorisation environnementale** délivrée par le préfet.

Sollicitation par l'autorité environnementale :

- pour **des projets relevant** des catégories définies à l'article R.122-2 du code de l'environnement, dans le cadre de l'examen au « cas par cas » donnant lieu à une décision du **Préfet de région** ;
- pour **les plans et programmes** énumérés à l'article R.122-17 du code de l'environnement, dans le cadre de l'examen au « cas par cas » donnant lieu à une décision de la **Mission régionale de l'autorité environnementale (MRAE)** ;
- Et pour tous les projets, plans et programmes faisant l'objet d'une évaluation environnementale systématique ou après examen au cas par cas, menée par la MRAE.

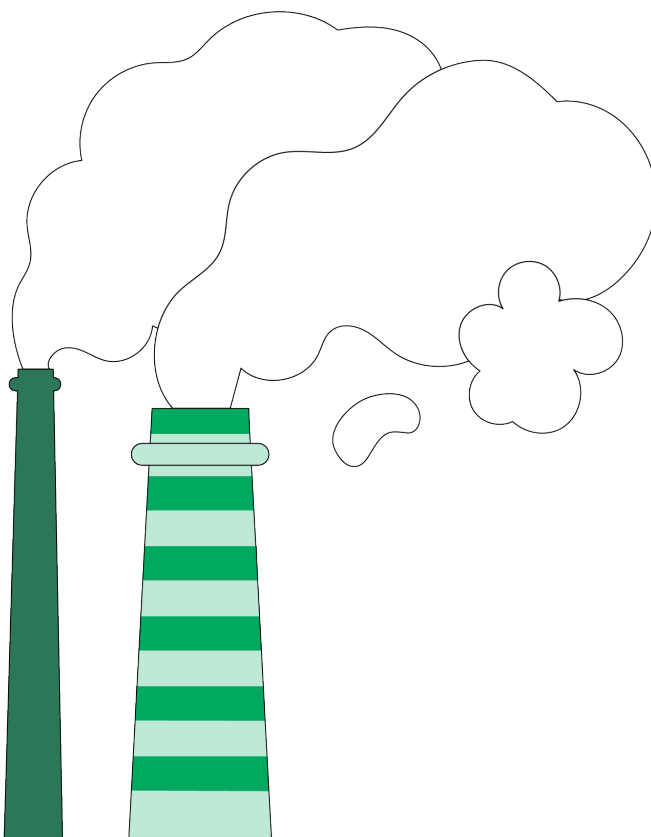
3 - Dans quelles autres circonstances, l'avis de l'ARS peut-il être sollicité par une commune ?

Le maire, lors d'un évènement survenu dans sa commune présentant un risque majeur avéré ou suspecté pour la santé humaine en relation avec une exposition d'origine environnementale, peut solliciter auprès du Préfet l'appui de la délégation départementale de l'ARS :

- Pour identifier s'il existe des enjeux sanitaires en fonction des informations disponibles sur la nature de la pollution et des conditions d'exposition de la population ;
- Le cas échéant pour proposer des recommandations sanitaires à l'attention de la population exposée ou susceptible de l'être ;
- Le cas échéant pour suggérer des mesures de gestion que la collectivité peut prendre pour supprimer ou réduire l'exposition de la population.

4 - Où trouver des informations utiles ?

Le site internet de l'ARS comprend une rubrique « urbanisme et santé » avec de multiples ressources et guides pour accompagner les collectivités territoriales dans leurs politiques de planification urbaine et d'aménagement du territoire.



FICHE 16 - Quel rôle pour les maires dans les décisions de soins psychiatriques sans consentement ?

1 - Qui peut être à l'origine d'une décision de soins psychiatriques sans consentement ?

Il existe deux cas :

- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent. Leur mise en œuvre nécessite la réunion de deux conditions :

- la présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne ;
- un état mental imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale régulière ou constante.

Ce type de mesure vise exclusivement à soigner une personne dont l'état mental ne lui permet pas de consentir aux soins. Le tiers demandeur doit être membre de la famille du malade, ou justifier de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt

- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou du maire, qui visent à soigner une personne dans une perspective de protection des tiers et de l'ordre public, contrairement au SDT qui vise uniquement à protéger la personne.

Dans les deux cas, l'existence des critères nécessaires à une décision de soins psychiatriques sans consentement doit être attestée par un certificat médical.

2 - Comment le maire peut-il décider de soins psychiatriques sans consentement ?

L'article L. 3213-2 du code de la santé publique dispose : « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures »

La procédure d'urgence permettant au maire de prononcer des « mesures provisoires » de soins psychiatriques sans consentement repose sur un cadre strict. Elle consiste pour le maire à prendre un arrêté d'admission d'une personne présentant des troubles mentaux constituant un danger imminent pour la sûreté des personnes, dans un établissement de santé autorisé ou, à défaut, dans un service d'urgences. Cette décision n'est valable que 48 heures, délai durant lequel le préfet doit confirmer ou non la mesure au vu d'un second certificat médical. En principe, la compétence pour ordonner des soins sans consentement appartient au préfet, mais l'intervention rapide du maire peut s'avérer nécessaire en cas de danger immédiat.

Si le certificat, ou à défaut l'avis rendu par un médecin (voir focus 8), confirme la présence des troubles prévus par la loi, la mairie prépare un arrêté motivé en droit et en fait, mentionnant les textes applicables, le certificat médical et les circonstances caractérisant clairement le danger imminent. Une motivation insuffisante peut entraîner la mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention.

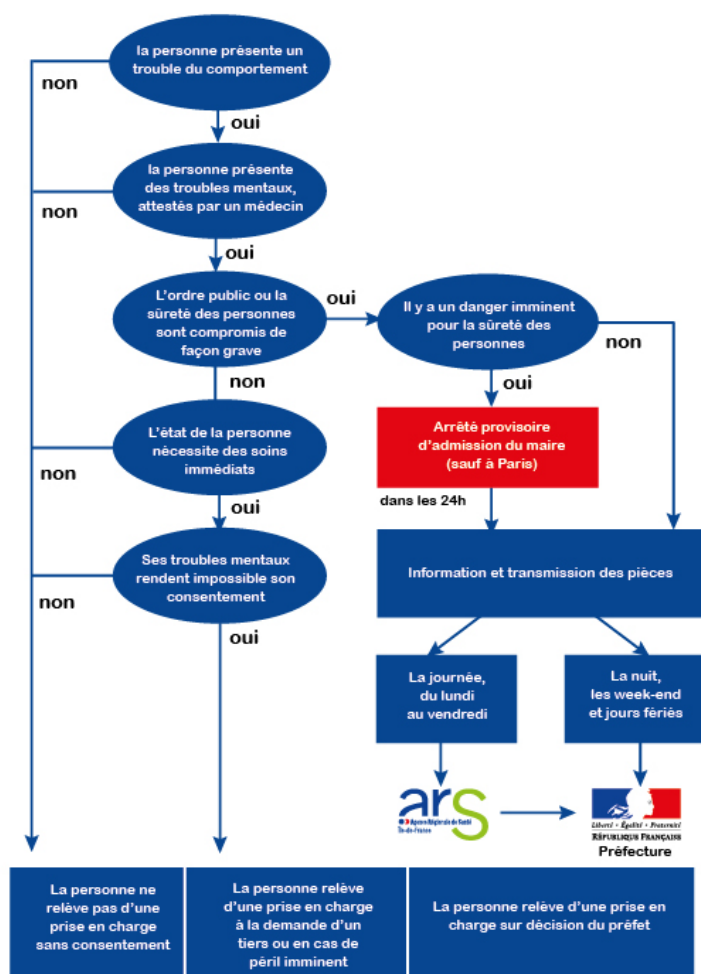
Focus 9 : Quelle est la différence entre un certificat médical et un avis médical ?

Les arrêtés préfectoraux doivent être fondés sur un certificat médical, l'article L. 3213-2 du code de la santé publique prévoit que les décisions du maire peuvent, quant à elles, être prononcées sur la base d'un simple avis médical. Cette distinction permet au maire d'intervenir lorsque l'urgence l'exige, même si le médecin requis n'a pas pu examiner la personne présentant des troubles mentaux.

Cela concerne par exemple les situations où l'individu s'est retranché dans un lieu inaccessible : un médecin dépêché sur place, sans possibilité d'examen direct, peut néanmoins constater des troubles manifestes constituant un « danger imminent pour la sûreté des personnes ».

Il peut également s'agir de cas où le médecin a bien vu la personne et constaté son agitation, mais sans pouvoir procéder à un examen complet. Ne pouvant alors rédiger un certificat en bonne et due forme, il peut toutefois transmettre au maire un avis attestant que les conditions légales sont réunies.

Une fois signé, l'arrêté doit être immédiatement notifié à l'établissement d'accueil, accompagné du certificat médical. Des copies doivent être transmises dans les 24 heures à l'ARS ou à la préfecture (voir algorithme de décision). L'arrêté municipal devient caduc au bout de 48 heures : seule la décision préfectorale prise dans ce délai peut prolonger la prise en charge sans consentement. À défaut d'arrêté préfectoral, la poursuite des soins nécessite alors le consentement du patient.



ANNEXE 1 : Les dispositifs d'aide à l'installation existants

Nom du Dispositif	Public cible	Durée	Conditions / Critères	Montants / Aides	Objectif principal
CDE (Contrat de Début d'Exercice)	Médecins libéraux remplaçants et internes	3 ans Non renouvelable	Installation en ZIP/ZAC (+ dérogation 10 km) Exercice coordonné / 80% activité en ZIP-ZAC pour remplaçants Engagement min. 29 jours/trimestre	15 000 € pour 53 jours/trimestre (remplaçants)	Favoriser les remplacements en zones sous-dotées
CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins) Jusqu'en décembre 2025	Médecins s'installant en libéral	5 ans	Exercice en zone déficitaire, en groupe, ESP ou CPTS + engagement PDSA	50 000 € + modulation ARS 10 000 €	Soutenir l'installation durable
COTRAM (Contrat de Transition pour les Médecins)	Médecins ≥ 60 ans accueillant un jeune médecin	3 ans Renouvelable	Accueillir médecin <50 ans nouvellement installé ou en voie d'installation	10% honoraires (plafond 20 000 €/an) + ARS modulation : 4 000 €	Faciliter transition entre générations
CSTM (Contrat de Solidarité Territoriale Médecin)	Médecins hors ZIP/ZAC	Annuel	Engagement : Exercer 10 jours/an dans ZIP/ZAC	25% activité clinique/technique dans ZIP Plafond 50 000 €/an + modulation ARS : 10 000 €	Soutenir ponctuellement les zones déficitaires
Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)	Étudiants / internes	Durée de la formation	Engagement d'exercice dans zone déficitaire équivalent à durée allocation (min. 2 ans)	1 200 €/mois versés par le CNG	Fidélisation en zones sous-dotées
Allocation d'attractivité territoriale (fin 2025)	Internes / Dr Junior en stage éloigné	1 semestre	Stage dans grande couronne / 93	1 500 € / semestre	Attirer vers zones éloignées (non concluant)
Aide logement (internes / PADHUE)	Internes / PADHUE	-	Soutien via établissements, cartographie des propositions de logements existantes.	5 M€ en 2025	Favoriser logement pour faciliter stages
MSU (Maître de Stage des Universités) Zip +	Médecins libéraux installés nouvellement maître de stage	1 an	Soutien à la maîtrise de stage en ZIP+	150€ par externe et 200€ par interne	Encourager la maîtrise de stage
MSU recrutement de nouveaux maîtres de stage des universités	Médecins libéraux installés	-	Convention ARS-UFR : recruter et former de nouveaux maîtres de stage	-	Encourager la maîtrise de stage
Participation aux journées d'accueil des internes et signataire du CESP	Externes et internes de médecine	-	Présentation des zonages et des aides à l'installation aux internes et étudiants en médecine souhaitant signer un CESP (Contrat d'Engagement de Service Public)		
Postes partagés (AAP)	Jeunes praticiens	2 ans	Activité partagée ville / établissement / université	+15 M€/an	Attractivité, et diversification parcours professionnel
Permanences locales d'aides à l'installation	Médecins en cours installation en libéral	Dispositif accessible plusieurs fois au cours de la démarche d'installation	Convention ARS-URPS 2023-2027 : guichet unique d'aide à l'installation	120 000€ par an	Aider à l'installation et permettre de répondre aux questions des jeunes professionnels
Accompagnement entrepreneurial	Médecin nouvellement installé	1 an	Convention ARS-URPS 2023-2027 : facilitation des démarches de création et gestion de cabinet	60 000€ en 2025	Faciliter l'installation en activité libérale

Nom du Dispositif	Public cible	Durée	Conditions / Critères	Montants / Aides	Objectif principal
Dispositif « aller-vers »	Médecin diplômé depuis 4 mois		Convention ARS-URPS 2023-2027 : attractivité du territoire et promotion de l'exercice libéral	50 000€ en 2025	Promouvoir l'exercice libéral auprès des jeunes médecins non installés et faire connaître l'étendue du territoire francilien
Diagnostic de territoire	Collectivités territoriales et professionnels de santé		Convention ARS-URPS 2023-2027 : méthodologie commune pour réfléchir aux solutions locales	60 000€ en 2025	Diagnostic partagé du territoire permettant une augmentation de l'offre de soins
Aide au soutien administratif	Médecin nouvellement installé en ZIP+		Aide financière au recrutement d'un soutien administratif	<ul style="list-style-type: none"> - 400 € mensuel pour un équivalent temps plein de 35 heures par semaine d'embauche - 200 € pour un mi-temps, - 100 € pour un quart temps 	Faciliter la gestion administrative d'un cabinet médical
Aide au Cumul emploi retraite	Médecin senior en exercice en ZIP +			<ul style="list-style-type: none"> - 200 € mensuel pour 9 demi-journées ou plus par semaine - 100 € mensuel entre 5 demi-journées et 8 demi-journées 	Maintenir l'activité et l'offre de soins sur le territoire
Soutien financier à l'investissement immobilier (annexe 7 protocole ARS-URPS)	Les professionnels de santé libéraux constitués sous forme SCP, SCM, SCI, SISA ... Installation sur ZIP		Convention ARS-URPS 2023-2027 : Acquisition foncière et charges afférentes Travaux et charges afférentes Maintenir l'activité sur un délai de 10 ans Développement d'une nouvelle offre de soins	Participation financière de l'ARS au titre du FIR jusqu'à 40% maximum de la dépense éligible, dans une fourchette allant jusqu'à 400 000 euros	Soutien financier à l'investissement immobilier de structures telles que les cabinets de groupe, les MSP ou encore les CDS.
Soutien aux MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires)	Financements de l'ARS et l'Assurance Maladie visant à favoriser la création et le fonctionnement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires,		197 MSP ont été soutenues par l'ARS = plus de 2500 professionnels de santé		Développement et encouragement de l'activité en exercice coordonné
Soutien aux CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)	Financements de l'ARS et l'Assurance Maladie visant pour favoriser la création et le fonctionnement des Communautés professionnelles territoriales de santé		En 2024, 94 CPTS ont été soutenues par l'ARS = 96,5 % de la population francilienne couverte		Développement et encouragement de l'activité en exercice coordonné
Soutien au Centre De Santé	Financements de l'ARS et l'Assurance Maladie visant pour favoriser la création et le fonctionnement des Centres de santé		Création, soutien et pérennisation des 477 centres de santé médicaux et polyvalents sur toute la région Aide à l'investissement : Depuis 2014, 44 CDS ont bénéficié d'une subvention de l'ARS IDF pour un total de 7,7M€ Aide au soutien, au développement et à la pérennisation : Depuis 2014, 59 CDS ont bénéficié d'une subvention de l'ARS IDF pour un total de 1,8M€		Accompagner le souhait de l'installation en exercice salarié



Pour en savoir plus

iledefrance.ars.sante.fr

