

- LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ (PSRS)
- DOCUMENT SOUMIS À LA CONCERTATION

PROJET

29 mars 2011

Adressez vos remarques, commentaires, ajouts ou modifications :  
en écrivant à : [ars-idf-projet-regional-de-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-projet-regional-de-sante@ars.sante.fr)  
ou bien en réagissant sur le blog du PRS, [www.sante-iledefrance.fr](http://www.sante-iledefrance.fr)

Avant-propos .....	7
Synthèse .....	9
Remerciements .....	15

<b>PARTIE I – INTRODUCTION : LE CONTEXTE DANS LEQUEL NOUS NOUS SITUONS .....</b>	<b>16</b>
--	-----------

<b>1. La transition épidémiologique et les bouleversements professionnels et structurels qu'elle engage .....</b>	<b>16</b>
<b>2. Les nouvelles attentes sociales en santé .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Le risque que les contraintes liées au financement font peser sur la solidarité nationale .....</b>	<b>17</b>
<b>4. La nouvelle géopolitique de la santé .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Le contexte spécifique de l'Ile-de-France .....</b>	<b>18</b>

<b>PARTIE II - ELEMENTS D'ANALYSE DIAGNOSTIQUE.....</b>	<b>19</b>
---	-----------

<b>1. DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION FRANCILIENNE .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Une région riche, jeune et en bonne santé .....</b>	<b>19</b>
1.1.1. Une économie dynamique .....	19
1.1.2. Une démographie dynamique .....	20
1.1.3. Des indicateurs sanitaires globalement favorables .....	20
Mortalité et espérance de vie .....	20
Mortalité prématurée .....	20
Causes de décès .....	21
<b>1.2. Une région fortement inégalitaire .....</b>	<b>22</b>
1.2.1. Inégalités socio-économiques .....	22
Indicateur de développement humain et indicateur de santé sociale .....	22
Ecart de revenus .....	23
Précarité, pauvreté .....	24
Migration .....	24
Emploi .....	24
Cadre de vie et logement .....	25
Transports .....	25
Problèmes environnementaux : pollution et bruit .....	25
1.2.2. Inégalités de santé .....	26
1.2.2.1. Inégalités en termes de mortalité .....	26
1.2.2.2. Naissance, enfance et jeunesse : l'inégalité dès le départ .....	27
Inégalités face à la mortalité périnatale et infantile .....	27
Santé des enfants .....	28
Santé des jeunes .....	28
1.2.2.3. Inégalités face aux comportements de santé et aux modes de vie .....	29
Nutrition .....	29
Sexualité .....	29
Santé mentale .....	29
1.2.2.4. Principales causes de morbi-mortalité : de fortes inégalités franciliennes .....	30
Cancer .....	30
Maladies cérébro-vasculaires .....	31
Diabète .....	31

Hypertension artérielle .....	31
1.2.2.5. Inégalités face aux pathologies infectieuses et aux expositions liées aux conditions de vie .....	31
Infection par le VIH/sida et hépatites .....	31
Pathologies liées à la pauvreté et à la précarité .....	32
Santé, migration, discrimination .....	32
1.2.2.6. Inégalités face à la perte d'autonomie : vieillissement et handicap .....	33
Vieillesse .....	33
Handicap .....	34
<b>1.3. Une région soumise à de nombreux risques.....</b>	<b>34</b>
1.3.1. Les risques infectieux .....	34
1.3.2. Les risques liés à l'eau .....	35
1.3.3. Les risques technologiques .....	35
Les risques technologiques liés aux activités industrielles .....	35
Les risques liés aux transports.....	35
<b>2. DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE SANTE .....</b>	<b>36</b>
<b>2.1. Démographie des professions de santé : les grandes tendances franciliennes.....</b>	<b>36</b>
2.1.1. Les constats aujourd'hui.....	36
2.1.1.1. Une densité médicale élevée mais une offre fragile en médecine générale .....	36
2.1.1.2. Une densité paramédicale élevée sauf pour la profession infirmière .....	37
2.1.1.3. Une répartition inégale des densités médicale et paramédicale sur le territoire .....	37
2.1.1.4. La disponibilité des soins pour les patients ne dépend pas que de la démographie.....	37
2.1.1.5. Les projections démographiques .....	38
2.1.2. Ressources humaines de santé : des enjeux franciliens spécifiques .....	38
2.1.2.1. Les enjeux de formation.....	38
2.1.2.2. Les enjeux sociaux.....	39
2.1.2.3. Les conditions d'exercice .....	39
2.1.2.4. De nouveaux besoins.....	39
<b>2.2 L'offre en prévention et en santé publique .....</b>	<b>40</b>
2.2.1. Prévention et promotion de la santé.....	40
2.2.1.1 Une offre riche mais dont la cohérence est limitée .....	40
2.2.1.2. La qualité du service rendu .....	40
2.2.1.3. Des partenariats de qualité .....	41
2.2.1.4. L'enjeu des inégalités sociales et territoriales de santé.....	41
2.2.1.5. L'articulation entre prévention et promotion de la santé, soins et médico-social .....	41
2.2.2. Les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire .....	42
2.2.2.1. La veille sanitaire .....	42
2.2.2.2. La gestion de crise .....	42
<b>2.3. L'offre ambulatoire .....</b>	<b>43</b>
2.3.1. Une offre de soins ambulatoire forte mais contrastée.....	43
2.3.1.1. Une offre abondante .....	43
2.3.1.2. Les faiblesses de l'offre de premier recours .....	43
2.3.1.3. L'accessibilité géographique et financière de l'offre libérale.....	44
2.3.2. Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches .....	44
2.3.2.1. Coordination des soins : l'expérience des réseaux.....	44
2.3.2.2. Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé .....	45
2.3.2.3. Les centres de santé.....	45
<b>2.4. L'offre des établissements de santé.....</b>	<b>46</b>
2.4.1. Une offre riche et de qualité.....	46
2.4.1.1. Une offre dense et diversifiée .....	46

2.4.1.2. Les évolutions dans la consommation de l'offre .....	47
2.4.1.3. La qualité des soins prodigués.....	47
2.4.2. ... qui fait face à d'importantes transformations .....	48
2.4.2.1. Le SROS III : un levier majeur de transformations récentes qui rencontre ses limites ...	48
2.4.2.2. Le défi de la transversalité .....	49
2.4.2.3. Le défi de l'efficience.....	49
2.4.2.4. Les ressources humaines hospitalières .....	50
<b>2.5. L'offre médico-sociale .....</b>	<b>51</b>
2.5.1. Une offre médico-sociale riche... ..	51
2.5.1.1. Prise en charge des personnes âgées .....	51
2.5.1.2. Prise en charge des personnes en situation de handicap .....	52
2.5.1.3. Prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques .....	53
2.5.2. ...mais dont les efforts d'amélioration restent à poursuivre .....	54
2.5.2.1. Un accès géographique et financier inéquitable .....	54
2.5.2.2. Qualité et bienveillance : des efforts à poursuivre .....	54
2.5.2.3. Articulation avec les établissements de santé : des passerelles à renforcer .....	54
2.5.2.4. Des initiatives porteuses pour l'accompagnement du maintien à domicile .....	55
2.5.2.5. Une offre à développer : les structures de répit et logements-foyers .....	55
2.5.2.6. Efficience : une logique insuffisamment développée .....	56
<b>3. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES FINANCIERES .....</b>	<b>56</b>

<b>PARTIE III - LES PRINCIPES QUI VONT GUIDER L'ACTION DE L'ARS .....</b>	<b>59</b>
---	-----------

<b>1. Investir dans la prévention pour éviter les soins inutiles .....</b>	<b>59</b>
<b>2. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs .....</b>	<b>59</b>
<b>3. La protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires.....</b>	<b>60</b>
<b>4. La structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonnée aux besoins .....</b>	<b>60</b>
<b>5. La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale .....</b>	<b>61</b>
<b>6. L'amélioration de l'efficience et la garantie de la qualité des prises en charge vont de pair .....</b>	<b>62</b>
<b>7. Une démocratie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé .....</b>	<b>62</b>
<b>8. La créativité des acteurs locaux est un levier majeur du changement .....</b>	<b>63</b>

<b>PARTIE IV – OBJECTIFS STRATEGIQUES .....</b>	<b>64</b>
---	-----------

<b>1. GARANTIR A CHAQUE FRANCIEN UN PARCOURS DE SANTE LISIBLE, ACCESSIBLE ET SECURISE .....</b>	<b>64</b>
<b>1.1. Entrer au bon moment dans le parcours de santé.....</b>	<b>65</b>
<b>1.2. Entrer au bon endroit dans le parcours de santé : structurer le premier niveau de recours aux soins préventifs et curatifs .....</b>	<b>66</b>
<b>1.3. Bénéficier d'un parcours adapté à ses besoins.....</b>	<b>66</b>
1.3.1. Garantir l'accessibilité des parcours de santé.....	67
1.3.1.1. Equilibrer la répartition géographique de l'offre de santé .....	67
1.3.1.2. Garantir l'équité financière .....	67
1.3.1.3. Assurer la disponibilité des soins pour les besoins non programmés .....	68

1.3.2. Prévenir les ruptures dans les parcours de santé, renforcer la cohérence et la gradation des prises en charge .....	69
1.3.2.1. Mieux coordonner chaque étape du parcours de soins .....	69
1.3.2.2. Concilier proximité et technicité .....	69
1.3.3. Garantir le respect de la personne, de son autonomie et de ses droits .....	70
1.3.3.1. Respecter le libre choix des personnes en faveur du maintien à domicile .....	70
1.3.3.2. Encourager les services d'appui à l'insertion des personnes handicapées .....	71
1.3.3.3. Mobiliser de nouveaux outils au service du respect des droits des usagers .....	71
<b>1.4. Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS.....</b>	<b>72</b>
1.4.1. Pour les enfants et les jeunes, mettre l'accent sur la prévention .....	73
1.4.1.1. Lutter contre la mortalité infantile .....	73
1.4.1.2. Assurer l'équité dès le départ, en partenariat avec les acteurs de l'enfance .....	73
1.4.1.3. Promouvoir la santé des jeunes.....	73
1.4.2. Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne.....	74
1.4.2.1. Face aux maladies chroniques, assurer une prise en charge transversale et coordonnée .....	74
1.4.2.2. Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale .....	75
1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques .....	76
1.4.3.1. Rapprocher la prévention et les soins des populations fragilisées .....	76
1.4.3.2. Prendre en compte les besoins spécifiques engendrés par le vieillissement,.....	76
1.4.3.3. Assurer une prise en charge globale des difficultés liées au handicap .....	77
<b>2. AMELIORER LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>78</b>
<b>2.1. Faciliter et renforcer les coopérations, les nouveaux métiers et les nouveaux modes d'exercice</b>	<b>78</b>
2.1.1. Promouvoir la coopération entre établissements .....	78
2.1.2. Renforcer les réseaux .....	79
2.1.3. Encourager les coopérations entre professionnels de santé .....	79
2.1.4. Promouvoir les nouveaux modes d'exercice collectif.....	80
2.1.5. Consolider les centres de santé .....	81
<b>2.2. Promouvoir l'amélioration des pratiques professionnelles et la formation.....</b>	<b>81</b>
2.2.1. Favoriser la qualité des pratiques professionnelles .....	81
2.2.2. Améliorer la sécurité des soins.....	82
2.2.3. Développer la culture de l'évaluation auprès des professionnels .....	82
2.2.4. Mobiliser les atouts de la formation initiale des professionnels de santé .....	83
<b>2.3. Garantir l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des alertes.....</b>	<b>84</b>
2.3.1. Professionnaliser la veille .....	84
2.3.2. Renforcer les systèmes de surveillance pour mieux détecter et mieux évaluer .....	84
2.3.3. Cibler la veille et la gestion sur les pathologies et les facteurs de risque à l'origine d'inégalités de santé .....	85
2.3.4. Mettre en œuvre le règlement sanitaire international (RSI) dans les aéroports d'Ile de France .....	85
<b>2.4. Faire de la recherche de l'efficience une culture partagée et un moteur de l'évolution du système de santé .....</b>	<b>85</b>
2.4.1. Favoriser une gestion optimisée dans les différents secteurs de l'offre .....	86
2.4.2. Subordonner la structuration de l'offre à l'évolution des besoins.....	86
<b>2.5. Développer la recherche en santé .....</b>	<b>87</b>

<b>3. CONDUIRE UNE POLITIQUE DE SANTE PARTAGEE AVEC TOUS LES ACTEURS AU PLUS PRES DE LA REALITE DES TERRITOIRES .....</b>	<b>89</b>
<b>3.1. Assurer la coordination des politiques publiques dans la région .....</b>	<b>89</b>
3.1.1. Faire vivre les commissions de coordination des politiques publiques .....	89
3.1.2. Insérer une préoccupation pour la santé dans toutes les politiques sectorielles .....	90
<b>3.2. Faire vivre la démocratie sanitaire.....</b>	<b>90</b>
3.2.1. Donner leur essor aux instances régionales .....	90
3.2.2. Développer les consultations thématiques et le débat public en région .....	91
3.2.3. Renforcer la représentation des usagers et les droits collectifs.....	91
3.2.4. Répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de santé.....	91
<b>3.3. Mobiliser les territoires pour renforcer la sécurité sanitaire .....</b>	<b>92</b>
3.3.1. Assurer une gestion de crise efficace au niveau régional et territorial.....	92
3.3.2. Mobiliser les citoyens, les usagers et les professionnels pour se protéger et protéger les autres face aux risques sanitaires.....	93
<b>3.4. Mobiliser la région pour lutter contre les inégalités de santé dans les territoires défavorisés.....</b>	<b>93</b>
3.4.1. Faire des contrats locaux de santé des instruments de la réduction des inégalités .....	93
3.4.2. Habitat et santé : une interaction à mieux connaître pour mieux la maîtriser .....	94
3.4.3. Mobiliser l'ensemble des acteurs en région pour évaluer l'impact de leur action en termes de santé .....	95
<b>3.5. Une démarche originale : le contrat de territoire .....</b>	<b>95</b>
3.5.1. Structurer une gouvernance territorialisée .....	95
3.5.2. Le contrat de territoire .....	96
<b>4. RENOVER LES OUTILS DU PILOTAGE DE LA SANTE EN REGION .....</b>	<b>98</b>
<b>4.1. Equilibrer le recours aux leviers d'action .....</b>	<b>98</b>
4.1.1. Développer la contractualisation .....	98
4.1.2. Les autorisations : un outil de planification pour répondre aux besoins de santé de la population .....	99
4.1.3. Incitation, évaluation, formation : équilibrer les leviers de l'amélioration des pratiques professionnelles.....	100
4.1.4. Exercer à bon escient les pouvoirs de police sanitaire .....	100
4.1.5. Mobiliser les leviers financiers pour adapter l'offre aux besoins .....	101
<b>4.2. Développer une ingénierie de services en appui aux offreurs de santé et aux usagers.....</b>	<b>101</b>
4.2.1. Développer l'espace numérique régional de santé .....	101
4.2.2. Accompagner l'essor de la télésanté .....	102
4.2.3. Mettre en place une plateforme-ressource pour l'éducation thérapeutique du patient.....	103
4.2.4. Mettre en œuvre des services d'appui aux professionnels de santé et accompagner la gestion des ressources humaines de santé.....	103
4.2.5. Soutenir les compétences des acteurs en éducation pour la santé et développer une politique de labellisation des équipes en prévention .....	104
4.2.6. Développer les systèmes d'information au service de la qualité.....	104
<b>4.3. Renforcer les outils de pilotage et d'évaluation de la politique menée par l'ARS .....</b>	<b>105</b>
4.3.1. Les indicateurs d'évaluation liés au CPOM.....	105
4.3.2. Renforcer la connaissance sur les parcours de santé .....	106
4.3.3. Mieux connaître les contraintes financières et renforcer le pilotage de l'efficience .....	106
4.3.4. Accompagner l'adaptation des métiers de l'ARS .....	107
<b>Liste des sigles .....</b>	<b>108</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>110</b>

# AVANT-PROPOS

*Le présent document, soumis au débat public et à la concertation, est le premier étage du Projet régional de santé : le Plan stratégique régional de santé a pour but de définir les grandes orientations de la politique de santé dans notre région. Il s'agit de dire au nom de quoi l'Agence régionale de santé, qui a la responsabilité de piloter l'ensemble des sujets de santé dans la région, veut agir, quels sont les objectifs qu'elle poursuit, comment elle veut répondre aux besoins de santé des Franciliens.*

*Ce document ne décrit pas l'application opérationnelle de cette politique. Ce sera fait dans un second temps. Le deuxième étage du Projet régional de santé sera décliné sous la forme de trois schémas opérationnels : un schéma organisant les actions de prévention, un schéma organisant l'offre de soins et un schéma organisant l'offre médico-sociale pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. La préparation de ces schémas fera à son tour l'objet d'une concertation. Mais avant d'élaborer ces schémas, il est nécessaire que la cohérence d'ensemble des mesures à prendre, des actions à conduire ait été affichée et que le sens de l'action ait été donné.*

*Le secteur de la santé est confronté à des transformations et à des défis de plus en plus aigus. Et cela ne va pas s'arrêter. On soigne de mieux en mieux des maladies hier incurables. Les techniques médicales sont de plus en plus complexes et les thérapeutiques plus efficaces. On vit de plus en plus vieux. Il faut s'en réjouir. Mais pour relever ces défis, pour continuer d'améliorer le service ainsi rendu à la population, pour en garantir l'efficacité et la qualité, nous devons sans cesse nous adapter et évoluer. L'organisation et le fonctionnement du système de santé de demain ne pourront être ceux que nous avons connus hier. Le Projet régional de santé a pour but de consolider les actions aujourd'hui pertinentes, de développer des actions nouvelles, de renforcer la prévention, d'adapter l'offre de santé aux changements à venir.*

*Autant que l'évolution épidémiologique, c'est aussi le maintien de la solidarité nationale pour garantir l'accès aux soins qui impose cette adaptation permanente de notre système. Face au progrès scientifique et technologique toujours plus coûteux, face à des besoins de santé qui aujourd'hui ne sont pas satisfaits, il nous faut rendre l'offre de santé plus efficiente si on ne veut pas trop peser sur la demande et limiter les prises en charge nécessaires. Les recompositions de cette offre n'ont pas pour but de « faire des économies » - l'argent mis chaque année dans la santé ne cesse d'augmenter -, elles s'imposent afin de mieux organiser la dépense pour financer ces innovations ou assurer le développement de services dans des domaines où ils sont encore insuffisants.*

*Le Projet régional de santé doit définir les actions à conduire dans les cinq prochaines années, mais on ne peut limiter ainsi notre horizon car le mouvement à opérer nécessite de s'inscrire dans le temps et de se projeter à plus long terme. Certains des objectifs de ce Projet régional de santé ne trouveront sans doute pas de réponses immédiates. Il nous semble pour autant nécessaire d'affirmer ici nos ambitions tout en sachant que l'Agence régionale de santé n'a pas encore aujourd'hui tous les moyens et les outils pour les réaliser.*

*La région Ile-de-France se caractérise par un bon niveau global de santé et d'offre de soins. Pour autant, nous identifions au sein de notre région de nombreuses inégalités sociales et territoriales concernant l'état de santé de la population et concernant l'accès aux soins ou aux services médico-sociaux. La réduction de ces inégalités est pour l'ARS Ile-de-France une priorité, même si*

*la réalisation de cet objectif ne peut dépendre de la seule politique de santé. C'est avec l'ensemble des partenaires concernés que l'Agence souhaite agir dans ce sens.*

*C'est avec ce souci qu'elle souhaite conduire des politiques territoriales ciblées à travers des contrats de territoire. C'est en effet au plus près des populations concernées que l'on pourra mieux adapter les actions aux besoins. La prise en charge des patients au long cours, qu'ils soient atteints de maladies chroniques ou que ce soient des personnes âgées ou handicapées, nécessite que soit organisé un parcours de santé alliant prévention et organisation des soins. C'est une démarche nouvelle que l'ARS Ile-de-France ambitionne de mettre en œuvre, une démarche cohérente de transversalité dépassant les cloisonnements « en silos », une démarche qui change les organisations existantes en développant avec elles une responsabilité vis-à-vis des populations.*

*Pour réduire ces inégalités de santé et d'offre de soins, pour garantir la qualité du service rendu à la population, pour accompagner l'évolution de notre système régional de santé afin de garantir son efficience, le présent document établit un diagnostic, affirme des principes et décrit des objectifs d'action.*

*Soumis à l'appréciation des différents acteurs de la santé dans notre région et d'une manière plus générale à la discussion publique, ce projet doit permettre de donner du sens à la politique que souhaite conduire l'Agence régionale de santé au service de la santé de la population francilienne.*

**Claude EVIN**

**Directeur général**

# SYNTHESE

## Nous nous situons dans un contexte général qui impacte notre système de santé

Plusieurs tendances lourdes structurent les évolutions dans le champ de la santé.

Tout d'abord, l'augmentation importante des **maladies chroniques** (maladies cardio vasculaires, diabète, cancer) et du **vieillessement de la population**. Cette évolution nécessite des prises en charge beaucoup plus complexes que lorsqu'il s'agit de répondre à une demande de soins aigus. Nous devons organiser des continuums de services sophistiqués, de la prévention à la prise en charge sous différentes formes. Ces services doivent s'inscrire dans la durée et faire appel à des équipes pluridisciplinaires. La pratique clinique actuelle qui accroît la spécialisation nécessite davantage de coopération et de coordination entre les acteurs.

Ces prises en charge sont de plus en plus coûteuses. L'innovation médicale est la principale cause de l'augmentation des dépenses de santé. Dans un contexte de crise économique, **le maintien de la solidarité nationale** pour financer l'accès aux soins nécessite aussi des adaptations permanentes de l'offre de soin.

La place des **usagers** dans le système de santé est profondément modifiée. Au-delà du respect du droit des malades et de la vie des instances régionales de démocratie sanitaire, de plus en plus de patients veulent être **acteurs de leur propre santé**.

La santé s'inscrit dans le mouvement de **mondialisation**. C'est particulièrement le cas de notre région, porte d'entrée privilégiée de flux internationaux.

## La région Ile-de-France présente des caractéristiques particulières

Nous avons la chance de vivre dans une région globalement plus riche et plus jeune que les autres régions françaises. Les indicateurs de santé sont aussi globalement meilleurs. Mais en fait **nous vivons dans une région fortement inégalitaire**. L'Ile-de-France se caractérise par l'existence de populations qui sont tout particulièrement frappées par des difficultés spécifiques : précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transports longs, difficultés de logement ou insalubrité, exposition au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination. Tous ces déterminants sociaux ou économiques ont un impact négatif sur la santé.

C'est ainsi que, si la durée moyenne de vie en Ile-de-France est supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain, on vit en moyenne deux années de plus dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale. En ce qui concerne l'obésité et le surpoids, les enfants sont plus touchés dans notre région. La surmortalité des femmes par cancer y est plus importante et la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne révèlent une surmortalité tous cancers hommes et femmes confondus par rapport à la moyenne régionale. Près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH chaque année se concentre en Ile-de-France, qui est de plus la région métropolitaine la plus touchée par la tuberculose.

Nous bénéficions d'une offre de soins particulièrement bonne. La densité médicale et paramédicale (sauf pour les infirmières) est globalement élevée. Mais nous constatons une **très forte disparité entre les territoires**. Tous modes d'exercice confondus, la densité varie de 116 médecins pour 100 000 habitants en Seine-et-Marne à 530 à Paris. Cette densité élevée de médecins dans certains quartiers parisiens ne garantit pas pour autant l'accessibilité des soins, du fait d'une forte représentation de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires.

L'offre hospitalière francilienne est elle aussi très dense. Elle est diversifiée et permet de fournir les prestations les plus spécialisées. Les services les plus courants de médecine, chirurgie et obstétrique, sont globalement situés au plus près de la population puisque le temps médian pour accéder à ces services est de 15 minutes alors qu'il est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises. Mais **l'offre hospitalière reste concentrée au cœur de la région** alors que des pôles importants de population sont appelés à se développer à la périphérie dans le cadre du Grand Paris.

**Enfin, l'offre médico-sociale** pour les personnes âgées et les personnes handicapées **est au contraire insuffisante au centre de la région**, conduisant les familles à rechercher des solutions dans les départements limitrophes, voire à l'extérieur de l'Ile-de-France.

### **L'ARS Ile-de-France veut fonder son action sur des principes**

Pour répondre aux besoins de santé des Franciliens, l'Agence Régionale de Santé souhaite se doter de principes qui doivent guider son action. Le premier de ces principes est l'affirmation d'un attachement à organiser sur tout le territoire régional une bonne répartition des missions de **service public** pour la solidarité et l'égalité.

Les caractéristiques de la santé des Franciliens requièrent par ailleurs que soient prises en compte des exigences particulières. C'est ainsi que, face à l'augmentation des maladies chroniques, nous devons absolument investir dans **la prévention et la promotion de la santé**. Notre système de santé s'est essentiellement développé autour du soin (en Ile-de-France, les dépenses spécifiques de prévention représentent à peine 1 % de l'ensemble des dépenses de santé) alors que notre premier objectif doit être de tout faire pour éviter qu'apparaisse la maladie.

C'est donc un **parcours de santé** que nous devons organiser permettant une approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre les différents professionnels et institutions. Nous devons notamment chercher à éviter les hospitalisations inutiles grâce à une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

C'est, en effet, à **partir des besoins de la population** que nous voulons organiser l'offre de santé. Comme nous l'avons déjà souligné, les besoins de santé ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire régional. Les actions prioritaires à conduire doivent être définies en fonction des situations territoriales et populationnelles.

L'ARS Ile-de-France ne parviendra cependant pas seule à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé tant il est établi que les déterminants sociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements individuels ou les soins médicaux. Ces déterminants appellent donc une mobilisation de tous les acteurs en région. Pour cela, l'ARS souhaite jouer le rôle de chef d'orchestre et **mettre la santé dans toutes les politiques en région**.

L'amélioration de l'**efficacité du système de santé**, c'est-à-dire la recherche permanente d'une meilleure adaptation de la dépense aux besoins, va de pair avec l'amélioration de la **qualité du service rendu**. Mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge. Le coût de la non-qualité dans l'organisation des services ou des prestations est préjudiciable aussi bien pour les établissements ou les professionnels qui y exercent que pour les usagers qui y ont recours.

La protection de la population face aux risques environnementaux sur la santé fait aussi partie des préoccupations de l'ARS, de même que la protection face aux risques iatrogènes. La mise en œuvre du **principe de précaution** passe d'abord par un renforcement des contrôles et de la gestion des alertes face à toute situation susceptible de mettre en cause la santé des Franciliens.

L'implication de plus en plus forte des usagers, des élus, des professionnels et des représentants de divers organismes dans les instances de concertation régionale sur les politiques de santé traduit l'importance de la **démocratie sanitaire**. Mais pour que cette démocratie soit effective, il est nécessaire que l'ensemble de ces acteurs disposent d'informations transparentes sur le système régional de santé et que ces informations s'appuient sur des observations dûment étayées.

Enfin, face à un environnement en pleine mutation, l'Agence régionale de santé doit tout à la fois sécuriser les professionnels de santé et soutenir leurs capacités d'innovation sur le terrain. C'est en effet par la **créativité et l'expérimentation** que nous trouverons des réponses adaptées aux différents besoins dans la région ; l'évaluation des pratiques et la recherche sur des formes diverses d'organisation devant être réalisées en lien avec des institutions de recherche.

### **Pour répondre aux besoins de santé de la région, l'ARS se fixe des objectifs d'action**

L'action de l'agence doit pouvoir s'organiser autour de quatre objectifs :

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

\*

Si, comme nous l'avons déjà relevé, l'offre de santé en Ile-de-France est d'une particulière richesse, des marges de progression demeurent pour **garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé**. Nous souhaitons pour cela tout d'abord que chaque Francilien puisse entrer au bon moment et au bon endroit dans son parcours de santé.

**Entrer au bon moment**, c'est avoir la garantie d'être pris en charge suffisamment tôt face à l'éventualité de la maladie. Pour cela nous voulons développer la vaccination (tuberculose, rougeole), améliorer le dépistage organisé du cancer du sein et du colon, ainsi que le dépistage du VIH. Dans le champ du handicap, le repérage des troubles dès la petite enfance permet des progrès plus importants. Entrer au bon moment dans le parcours de santé, c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper et éviter les situations de crise, c'est réduire le nombre

d'hospitalisations évitables notamment dans la prise en charge du diabète, de l'asthme et de l'insuffisance cardiaque.

**Entrer au bon endroit**, c'est pouvoir disposer d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée à ses besoins. La présence de médecins généralistes ainsi que d'autres professions paramédicales nécessaires à un suivi régulier de la population ou au maintien à domicile des personnes âgées ou des malades chroniques doit pour cela être organisée sur l'ensemble de la région et accessible à un tarif opposable. Pour pallier les carences dans certains territoires, l'aide à l'installation de professionnels libéraux ou la présence de centres de santé doivent garantir cette proximité. Les soins non programmés nécessitent que la permanence des soins aussi bien ambulatoires qu'au sein des établissements de santé soit organisée de manière cohérente afin d'éviter d'avoir recours inutilement aux urgences.

Les soins programmés dispensés ne nécessitent pas par contre cette proximité. Ils doivent être assurés dans un environnement de technicité permettant de disposer d'équipes ayant une taille critique et un volume d'activité qui garantisse la bonne utilisation d'équipements performants. La réorganisation de l'offre hospitalière francilienne doit par ailleurs permettre de garantir un équilibre entre le centre de la région et sa périphérie.

Quant aux établissements médico-sociaux ils doivent eux aussi être mieux répartis sur le territoire régional et garantir aux personnes âgées une accessibilité financière compatible avec le niveau moyen des retraites ; les personnes handicapées devant, dans la mesure du possible, bénéficier de dispositifs de droit commun.

**Bénéficier d'un parcours de santé sécurisé**, c'est être assuré que les différents moments et lieux de l'intervention sont bien en cohérence, que chaque étape du parcours de la personne soit bien articulée, de la prévention aux soins, de la ville à l'hôpital puis au service de soins de suite et de réadaptation, si nécessaire et jusqu'au retour à domicile. Le développement de filières et la mise en œuvre de réseaux de soins répondent à cet objectif.

Des populations particulières doivent bénéficier en priorité d'un parcours de santé organisé, coordonné et adapté ; soit parce que l'action auprès d'elles est déterminante pour l'avenir (la petite enfance, les jeunes), soit que leur prise en charge s'inscrit souvent dans la durée (malades chroniques, personnes souffrant de troubles mentaux) ou parce qu'elles sont plus fragiles (populations en grande précarité, personnes âgées, personnes handicapées).

\*

Nous voulons **garantir la pérennité d'un système de santé de qualité**. Pour cela il nous faut faire évoluer l'organisation de l'offre de santé et améliorer son efficacité.

L'organisation d'un parcours de santé ne s'accommode pas d'une organisation cloisonnée en tuyaux d'orgue. La **coopération** entre professionnels de santé, le développement de nouveaux modes d'exercice collectif rassemblant divers professionnels, les rapprochements entre établissements de santé - que ces **rapprochements** se fassent entre établissements publics ou entre établissements publics et privés - sont autant de démarches nécessaires pour garantir la présence d'une offre de soins sur l'ensemble des territoires et pour sécuriser la prise en charge des patients.

La qualité passe aussi par la promotion des **bonnes pratiques professionnelles** que l'ARS souhaite développer aussi bien avec les professionnels en ville que dans les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux dans lesquels la culture de l'**évaluation** doit être un levier de l'amélioration de la qualité.

La recherche d'**efficience** passe par des actions d'**optimisation des modes d'organisation** existants : mutualisation des fonctions support dans les établissements, fluidification des fonctions logistiques, lutte contre les facteurs de non-qualité. La réduction des déficits des établissements publics de santé répond à cet objectif tant on sait qu'un établissement déficitaire ne peut se projeter dans l'avenir et développer ses activités.

Pour garantir la pérennité du système, nous devons sans cesse en améliorer l'efficience. Cela se traduit par une ambition plus large de **réorganisation et de restructuration de l'offre de santé**. Il s'agit d'éviter les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale ; c'est par exemple le cas des prises en charge ambulatoires. Une telle démarche est inséparable d'une **revalorisation indispensable de l'offre de prévention**, de même qu'elle s'impose pour satisfaire des besoins non couverts.

\*

Nous voulons conduire la politique de santé dans la région **avec tous les acteurs au plus près des territoires**.

L'ARS n'est pas, loin s'en faut, la seule des institutions dont l'action a un impact sur l'état de santé de la population et sur l'offre de services dans la région. La santé au travail, la santé scolaire, la PMI par exemple dépendent d'autres acteurs que l'Agence a mission de **coordonner** notamment dans le domaine de la prévention. La prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées est aussi de la responsabilité des départements avec lesquels l'ARS se doit d'établir des **partenariats**.

La démocratie sanitaire s'exprime à travers la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et des Conférences de Territoire. Nous ne souhaitons **pas limiter cette expression démocratique** à ce seul fonctionnement institutionnel. Des consultations thématiques ou l'organisation de débats publics doivent pouvoir venir enrichir cette démarche. De même que des outils d'information doivent permettre aux usagers de mieux se repérer dans le système de santé.

L'objectif de réduction des inégalités de santé, l'organisation de parcours de santé, le renforcement de la sécurité sanitaire, la transversalité de la prise en charge ne peuvent se mettre en œuvre que si nous avons une **démarche adaptée à chaque territoire**. L'ARS souhaite pour mettre en œuvre cette politique développer des **leviers d'action** permettant de mobiliser tous les acteurs. Les **contrats locaux de santé** avec les collectivités locales doivent permettre d'adapter les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population.

Mais au-delà, afin de promouvoir une véritable transversalité, l'ARS souhaite mettre en œuvre des **contrats de territoire** organisant une démarche de responsabilité populationnelle en lieu et place d'une responsabilité d'organisation d'une offre de soins et de services. A travers ces contrats de territoire, l'ambition de l'Agence est de mettre en œuvre une nouvelle démarche qui change fondamentalement les organisations existantes. Les contrats de territoire devraient permettre de définir et de mettre en œuvre des politiques cohérentes et organisées entre professionnels et établissements de santé, établissements médico-sociaux au sein d'une entité géographique homogène afin de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des parcours de santé sur un territoire donné.

\*

Les conditions pour atteindre ces objectifs passent par une **rénovation des outils de pilotage de la santé dans la région**.

Dans la mise en œuvre de sa politique, l'ARS souhaite privilégier la **contractualisation** fondée sur le partenariat et la valorisation des acteurs : contractualisation avec les professionnels et les établissements pour organiser la réponse aux besoins de la population ou améliorer les pratiques, contractualisation autour d'un projet territorial de santé permettant d'organiser une transversalité de la prise en charge.

Si les **autorisations** d'activité et d'équipements s'inscrivent dans un cadre réglementaire précis sur le fondement des objectifs des schémas, l'ARS veillera à encourager les demandes qui garantissent aux patients une accessibilité satisfaisante ainsi qu'une coopération et une complémentarité entre les structures autour d'un projet médical commun.

Le pouvoir de **contrôle** que l'agence doit exercer pour garantir la protection environnementale de la population ou pour s'assurer de la qualité des prises en charge dans les établissements doit s'exercer avec un souci d'amélioration de la qualité.

Pour la réalisation de ces objectifs, l'ARS souhaite développer une **ingénierie de services** en appui aux offreurs de santé et aux usagers. La création d'un espace numérique régional de santé doit permettre de développer un espace de services dématérialisés afin de permettre des échanges de données, faciliter la coopération entre les professionnels, organiser une gestion optimisée des finances publiques et informer les usagers. Le développement de la télésanté est un bon exemple où l'Île-de-France manifeste un réel dynamisme. La gouvernance des systèmes d'information de santé doit quant à elle être renouvelée.

D'autres services doivent répondre à des besoins spécifiques des usagers ou des professionnels de santé : une plateforme ressources pour l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique afin qu'il puisse gérer au mieux sa pathologie au long cours ; des services d'appui à l'installation des professionnels libéraux ou pour accompagner l'évolution des ressources humaines des établissements de santé ; un soutien des compétences en prévention et en éducation à la santé.

**L'ARS elle-même n'échappe pas à une évolution** que sa création a déjà nécessitée en regroupant les services de l'État et de l'Assurance maladie et en organisant une démarche régionale plus cohérente. Ses décisions doivent être soumises à des critères d'évaluation transparents et accessibles. Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qu'elle a signé avec ses ministres de tutelle comprend des indicateurs d'objectifs permettant d'évaluer son action. Enfin, ses métiers et ses compétences doivent toujours mieux répondre à l'attente des acteurs de santé pour les accompagner dans leurs transformations au service de toute la population de notre région.

# REMERCIEMENTS

L'élaboration du Plan stratégique régional de santé, confiée au sein de l'ARS Ile-de-France à l'équipe de la Direction générale adjointe, a reposé sur la contribution de l'ensemble des équipes du siège (Direction de la stratégie, Direction de la santé publique, Direction de l'offre de soins et médico-sociale, Direction de la démocratie sanitaire, de la communication et des partenariats) et des 8 délégations territoriales de l'ARS.

Ce travail n'aurait pas été possible sans le concours actif des nombreux représentants des institutions sanitaires et sociales qui ont accepté d'apporter leur expertise, fourni des éléments de diagnostic francilien ou contribué par leurs critiques à la réflexion.

Nous les en remercions vivement.

Conférence régionale pour la santé et l'autonomie d'Ile-de-France

Conseil général de Paris

Conseil général de la Seine-et-Marne

Conseil général des Yvelines

Conseil général des Hauts-de-Seine

Conseil général de l'Essonne

Conseil général de Seine-Saint-Denis

Conseil général du Val de Marne

Conseil général du Val d'Oise

Conseil régional de l'ordre des médecins

CPAM de Paris

CPAM de la Seine-et-Marne

CPAM des Yvelines

CPAM de l'Essonne

CPAM des Hauts-de-Seine

CPAM de Seine-Saint-Denis

CPAM du Val de Marne

CPAM du Val d'Oise

Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Union régionale des professionnels de santé d'Ile-de-France

L'ARS souhaite adresser des remerciements particuliers au Conseil scientifique du Projet régional de santé qui a accompagné la réflexion et la rédaction de ses critiques constructives.

# PARTIE I – INTRODUCTION : LE CONTEXTE

## DANS LEQUEL NOUS NOUS SITUONS

Premier volet du Projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé détermine le sens de l'action de l'Agence et structure la façon dont elle aborde l'organisation de la politique de santé en région. Cette vision s'élabore en premier lieu sur la base d'une appréciation des éléments de contexte qui s'imposent et façonnent l'horizon du secteur de la santé.

Le secteur de la santé sera confronté dans les prochaines décennies à des transformations et à des défis de plus en plus aigus. Plusieurs tendances lourdes structurent les évolutions dans le champ de la santé : les évolutions démographiques et épidémiologiques, les transformations sociales et l'évolution des représentations, et enfin les enjeux de financement. A ces tendances s'ajoutent les éléments de contexte propres à la région Ile-de-France.

### **1. La transition épidémiologique et les bouleversements professionnels et structurels qu'elle engage**

La transition épidémiologique se caractérise par une prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les progrès technique et thérapeutique constituent autant de défis majeurs qui appellent des évolutions profondes dans l'organisation du système de santé et la pratique des professionnels de santé. On ne peut plus aborder les sujets comme hier, en silos, et les cloisonnements sur lesquels le système de santé s'est historiquement construit ne permettent plus de répondre aux besoins de santé des populations.

La CNAMTS évalue à 12 millions le nombre de Français qui seront pris en charge pour une affection de longue durée en 2015, et le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter en moyenne de 50% en France entre 2000 et 2040 selon l'INSEE. Or la prise en charge de la chronicité nécessite de mobiliser des moyens spécifiques pour lesquels notre système de santé, structuré autour de son ambition curative, n'est pas aujourd'hui encore organisé de façon optimale. Les exigences spécifiques de la prise en charge des maladies chroniques appellent des bouleversements profonds : intégration, travail en équipe et en réseau, coopération, coordination et structuration des complémentarités entre professionnels, accompagnement et éducation du patient, liens étroits entre prise en charge sanitaire et accompagnement social, utilisation des nouvelles technologies ... ; les évolutions structurelles requises pour permettre au système de santé de mieux répondre aux défis de demain en matière de maladies chroniques sont au cœur des missions de l'ARS.

De même, alors que les projections prévoient un déficit démographique des professionnels de santé à moyen terme, le progrès technique et thérapeutique a à l'évidence changé la pratique clinique quotidienne et, par là même, la perception que les professionnels de santé ont de leur métier. Tout en augmentant l'efficacité des traitements prodigués, le progrès thérapeutique renforce le poids des dimensions techniques, organisationnelles et collectives du soin. Il affecte la pratique clinique en accroissant la spécialisation, en nécessitant d'avantage de coordination, en imposant l'actualisation constante des savoirs et en requérant une vraie intégration de la prévention dans la prise en charge globale du patient. La qualité technique du soin fait en outre

l'objet d'attentes fortes des patients, tout en induisant aussi une certaine tension avec leur demande d'écoute et de qualité humaine des prises en charge.

Face aux évolutions qui s'amorcent pour accompagner la transition épidémiologique que nous connaissons, nous manquons parfois de visibilité, de repères. L'incertitude qu'engendre ce contexte de changements profonds requiert des capacités de souplesse et d'adaptation, de réactivité.

## **2. Les nouvelles attentes sociales en santé**

La reconnaissance de la place des usagers dans le système de santé, consacrée par les lois du 2 janvier et du 4 mars 2002, a marqué une évolution culturelle profonde en érigeant le citoyen comme acteur à part entière de sa santé. Au-delà du respect des droits des patients et de la vie des instances régionales de démocratie sanitaire, la place des usagers dans le système de santé est aujourd'hui profondément modifiée par l'accès à l'information (information médicale, information sur la qualité des soins) et l'émergence d'attentes sociales de plus en plus fortes en matière de qualité et de sécurité. Les attentes des usagers sont relayées par leurs représentants, les collectivités territoriales exerçant des compétences qui nécessitent une articulation forte avec celles de l'ARS.

Les baromètres d'opinion disponibles soulignent le niveau élevé d'attente des usagers, tant pour disposer d'informations sur l'organisation du système de santé ou la nature et la qualité des soins offerts, que pour bénéficier de garanties sur la coordination et la sécurisation des parcours de santé. Ces exigences citoyennes, croissantes dans le domaine de la sécurité sanitaire, placent les pouvoirs publics devant une obligation de résultat en matière de réactivité et de qualité de l'expertise.

## **3. Le risque que les contraintes liées au financement font peser sur la solidarité nationale**

La France occupe, parmi les pays de l'OCDE, le second rang quant au niveau de dépenses consacrées à la santé en proportion du PIB. Depuis 1945, les progrès de la solidarité sociale se sont accompagnés d'une hausse constante des dépenses collectives de santé qui, sans pouvoir être déplorée pour elle-même, justifie néanmoins aujourd'hui la préoccupation des pouvoirs publics et, au-delà, des citoyens eux-mêmes. En outre, les évolutions repérables aujourd'hui aux plans démographique et épidémiologique pourront engendrer une modification importante des équilibres actuels de la solidarité.

En dix ans, la contrainte qui pèse sur les ressources allouées à la santé est devenue une réalité qui s'impose à l'ensemble des parties prenantes, en particulier à les professionnels de santé ; une contrainte qui pèse sur les ressources financières d'abord, avec un taux d'évolution de l'ONDAM à son plus bas niveau depuis 1999, et qui pèse sur les ressources humaines ensuite, posant d'un point de vue général la question de l'adaptation quantitative et qualitative à court terme de la force de travail, premier actif du système, et de façon plus spécifique mais de moins en moins marginale, du décalage entre les aspirations des professionnels et la réalité de leurs pratiques.

Pour préserver et garantir la pérennité de notre système de protection sociale fondé sur la solidarité collective, chacun s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'accroître l'efficacité des dépenses.

La création des ARS répond à la volonté de rassembler sous une même logique l'amélioration de l'état de santé des populations et l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. Ces deux exigences, volontiers perçues hier comme contradictoires, paraîtront demain de plus en plus convergentes. L'ARS a vocation à accompagner la diffusion d'une culture de l'efficacité qui contribue à augmenter conjointement la performance du système de santé, la qualité du service qu'il rend, et la pérennité de son financement solidaire.

#### **4. La nouvelle géopolitique de la santé**

Le secteur de la santé s'inscrit dans le mouvement de la mondialisation. Cela se vérifie en tout premier lieu à travers la circulation des maladies transmissibles, les épisodes épidémiques récents du SRAS ou de la grippe témoignant de cette nouvelle géopolitique de la santé appelant une coordination mondiale renforcée de la gestion des risques. Or la région Ile-de-France, porte d'entrée privilégiée des flux internationaux dans notre pays, a un devoir tout particulier de se saisir de ces enjeux. La gouvernance mondiale de la santé concerne également des enjeux de gestion des flux de personnes : migrations des professionnels de santé d'abord, entre pays émergents et occident, mais aussi flux du tourisme médical des patients, qu'il s'agisse de patients aisés des pays émergents recherchant sous nos latitudes une offre de qualité, ou bien de patients occidentaux fuyant dans les pays émergents les tarifs, délais ou les contraintes des soins offerts ici. Ces enjeux de mondialisation dessinent pour le secteur de la santé dans son ensemble des enjeux nouveaux qu'il convient d'anticiper.

#### **5. Le contexte spécifique de l'Ile-de-France**

Le contexte francilien est fortement influencé par ces tendances générales, auxquelles s'ajoutent certaines spécificités régionales. Globalement plus favorisée que d'autres régions pour la plupart des indicateurs de santé, la population francilienne fait cependant face à des difficultés spécifiques : la mortalité infantile, la mortalité des femmes par cancer, la prévalence des pathologies infectieuses sont notamment plus défavorables en Ile-de-France. Les atouts dont bénéficie la région ne profitent pas équitablement à tous les Franciliens : de nombreux problèmes de santé sont nettement stratifiés socialement ou inégalement répartis sur le territoire régional. Face à ces enjeux, l'offre de santé francilienne est, il est vrai, d'une particulière richesse ; mais ces atouts demandent à être préservés et le service rendu par le système de santé appelle des améliorations, notamment de façon à mieux bénéficier à chaque habitant de la région. Abondante mais complexe et souvent déséquilibrée, l'offre de santé francilienne impose également des gains en termes d'efficacité.

La région concentre certaines spécificités liées à son statut de région capitale. Zone de recours national en matière d'offre de soins et de réflexions sur les politiques de santé, zone d'échanges internationaux, territoire de migrations, elle se trouve confrontée du fait de son statut particulier à des enjeux spécifiques. La montée en puissance des mobilités de toutes natures qui caractérisent la métropole francilienne engendre des évolutions que le projet de Grand Paris a vocation à accompagner. Riche et dynamique, la région est aussi tout particulièrement exposée aux difficultés qui touchent les populations en temps de crise économique : poches de pauvreté, travailleurs pauvres, familles monoparentales fragiles au plan économique, difficultés d'accès au logement des classes moyennes et spécialisation croissante des territoires avec son cortège d'enjeux liés aux transports... la vulnérabilité croissante de segments importants de la population caractérisera avec prégnance la période qui s'ouvre pour la région.

# PARTIE II - ELEMENTS D'ANALYSE

## DIAGNOSTIQUE

### 1. Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne<sup>1</sup>

L'état de santé global de la population francilienne est meilleur que celui de la population française dans son ensemble, que ce soit du point de vue de l'espérance de vie à la naissance, de la mortalité prématurée ou de la mortalité pour les deux premières causes de décès en France, cancers et maladies cardiovasculaires. Pour autant, certains indicateurs de santé placent la région dans une situation préoccupante au regard des moyennes nationales : c'est le cas notamment de la mortalité infantile, de la mortalité féminine par cancers et de la prévalence des pathologies infectieuses. Surtout, l'analyse de l'état de santé de la population francilienne révèle que les atouts importants dont la région est dotée ne bénéficient pas à la population dans son ensemble et que l'état de santé de la population est marqué par de très fortes inégalités sociales et territoriales.

#### 1.1. Une région riche, jeune et en bonne santé

Région capitale, la région Ile-de-France possède à tous égards des caractéristiques atypiques au regard des autres régions du pays. Cette situation unique se retrouve au plan sanitaire. Sa population, que l'on peut globalement qualifier de plus jeune et de plus riche, bénéficie bien souvent d'indicateurs de santé plus favorables que la population des autres régions françaises. Avant d'identifier les besoins et les défis spécifiques auxquels l'ARS aura à répondre pour promouvoir la santé de la population francilienne, le constat ne saurait donc faire fi d'un point de départ positif : l'Ile-de-France est une région favorisée.

##### 1.1.1. Une économie dynamique

En 2006, L'Ile-de-France a produit près de **29 % de la richesse nationale** alors que sa population représente 19 % environ de la population française. Le PIB/habitant (plus de 44 000 € en 2006) est le plus élevé de toutes les régions et dépasse de plus de 50% celui de la France métropolitaine. De même, l'Ile-de-France se distingue par **un revenu moyen nettement supérieur au reste de la France**, avec un revenu fiscal moyen par unité de consommation (UC)<sup>2</sup> de 15 % supérieur.

Avec plus de 800 000 entreprises, l'Ile-de-France constitue le **premier bassin d'emplois européen**. Les particularités économiques de la région, avec un secteur tertiaire particulièrement

<sup>1</sup> Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne », 24/03/11, et ARS, « Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18/01/11,

<sup>2</sup> Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation (UC) à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle la plus utilisée (OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le 1<sup>er</sup> adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Ainsi un ménage avec 2 parents et 2 enfants (un de plus de 14 ans et un de moins de 14 ans) dispose d'un revenu fiscal moyen de 46 000 € en Ile-de-France contre 42 500 € France entière.

développé et une concentration des sièges sociaux notamment, conduisent à une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures.

### 1.1.2. Une démographie dynamique

Avec près de 12 millions d'habitants en 2009, répartis sur un territoire de 12 000 km<sup>2</sup>, l'Ile-de-France regroupe environ **19 % de la population métropolitaine**. La **densité** de la population francilienne est très largement supérieure à celle des autres régions françaises et s'établit à près de 980 habitants au km<sup>2</sup> contre 115 pour la France entière. Après avoir longtemps progressé, le poids relatif de la population d'Ile-de-France est aujourd'hui stabilisé.

L'Ile-de-France est **une région jeune** : elle occupe le premier rang des régions de France métropolitaine pour la part des moins de 3 ans dans la population estimée en 2008 (4,3 %, contre 3,7 % en moyenne), et le deuxième rang pour la part des moins de 25 ans (33 %, contre 31% en moyenne)<sup>3</sup>. De fait, l'Ile-de-France occupe le premier rang de France métropolitaine pour le taux brut de natalité, qui était de 15,4 pour 1 000 naissances en 2007, contre 12,7 en moyenne.

### 1.1.3. Des indicateurs sanitaires globalement favorables

Que ce soit en termes d'espérance de vie, de morbidité, de mortalité ou de mortalité prématurée, l'Ile-de-France présente des indicateurs plus favorables que le reste de la France.

#### *Mortalité et espérance de vie*

Avec une espérance de vie à la naissance qui atteint **79** ans chez les hommes et **84,9** ans chez les femmes en 2007, l'Ile-de-France se caractérise par une durée de vie moyenne significativement supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain (77,5 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes). **L'espérance de vie masculine moyenne est la plus élevée de l'ensemble des régions françaises** et l'espérance de vie féminine arrive en quatrième position. L'espérance de vie à soixante ans est également plus favorable en Ile-de-France que dans le reste du pays (22,6 ans pour les Franciliens et 27,1 ans pour les Franciliennes, contre 21,8 ans chez les hommes et 26,6 ans chez les femmes pour l'ensemble du territoire).

Corollaire de l'espérance de vie à la naissance, supérieure à la moyenne nationale, la mortalité francilienne est inférieure de manière significative à celle de la France ; en 2005-2007, toutes causes de mortalité confondues, l'Ile-de-France se trouve en sous-mortalité par rapport aux données nationales, pour les deux sexes et à chaque âge de la vie, **hormis la petite enfance**.

#### *Mortalité prématurée*

En 25 ans, la mortalité prématurée a diminué d'environ 30 % pour les hommes comme pour les femmes, en France comme en Ile-de-France. Pour la période 2005-2007, le taux standardisé de mortalité prématurée s'établit, en Ile-de-France, à 236,6 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans et à 118,6 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. A l'échelle de la métropole, ces taux sont de 273,8 décès pour 100 000 hommes et 122,7 décès pour 100 000 femmes. Si la situation de l'Ile-de-France est donc sensiblement équivalente à celle de la France en ce qui concerne les femmes, elle est en revanche nettement favorable en ce qui concerne les hommes.

<sup>3</sup> INSEE, population estimée en 2008

Cette situation favorable se vérifie même en ce qui concerne la **part des décès considérés comme évitables** au sein de la mortalité prématurée : si 32% des décès prématurés en Ile-de-France restent évitables chez les hommes et 20 % chez les femmes, cela reste **plus favorable que les chiffres nationaux** (respectivement 38% et 24% sur l'ensemble de la métropole). Chez les hommes, les cancers du poumon, les suicides, l'alcoolisme (psychose et cirrhose alcoolique), les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les infarctus et les accidents de la circulation sont les causes les plus fréquentes de mortalité prématurée. Chez les femmes, le cancer du sein devance les cancers du poumon, les suicides, l'alcoolisme et les accidents de circulation.

#### *Causes de décès*

Avec des spécificités régionales, en particulier liées aux **pathologies infectieuses, notamment l'infection par le VIH/sida**, qui frappent de façon particulière l'Ile-de-France, le poids des causes de décès varie selon le sexe et l'âge. De façon simplifiée, les morts violentes et accidentelles constituent la première cause de décès chez les Franciliens de moins de 35 ans, notamment chez les hommes. Les **cancers**, relativement rares avant 40 ans, progressent ensuite très fortement avec l'âge et constituent la **première cause de décès**, devant les maladies de l'appareil circulatoire, dans la tranche d'âge 35-84 ans des deux sexes. Chez les personnes âgées de 85 ans ou plus, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès, notamment chez les femmes.

Désormais première cause de mortalité en France, les cancers ont causé 22 369 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2007 (12 600 hommes et 9 769 femmes) en Ile-de-France, ce qui représente 36 % des décès chez les hommes et 28 % des décès chez les femmes. Malgré l'importance de ces chiffres, la situation francilienne est légèrement plus favorable que celle de la France métropolitaine. L'Ile-de-France connaît **une évolution favorable de la mortalité par cancers**, notamment chez les hommes, pour qui le taux standardisé de mortalité par cancers a connu une diminution de 25 % en 15 ans, supérieure à celle constatée en métropole (- 19 %). Chez les femmes, la baisse de la mortalité est moins marquée puisqu'elle atteint environ 17 % en Ile-de-France (16 % au niveau de la métropole), le poids de la **mortalité des femmes par cancer du sein et du poumon** étant particulièrement marqué dans la région.

L'Ile-de-France se distingue de même par une **sous-mortalité par maladies cardiovasculaires** pour les deux sexes (145,1 décès pour 100 000 hommes et 84,8 pour 100 000 femmes contre, respectivement, 177 et 103,1 au niveau de la métropole en 2005-2007). Les accidents vasculaires cérébraux, par exemple, entraînent, à population comparable, une mortalité régionale inférieure d'environ 20 % à la mortalité métropolitaine. A défaut d'explications relatives aux comportements alimentaires, défavorables à l'Ile-de-France et causes d'une sur-morbidité régionale pour cette pathologie, cette situation est attribuée à une prise en charge médicale régionale plus efficace, liée directement à la qualité de l'offre de soins.

Si la région présente globalement des indicateurs particulièrement favorables, l'analyse révèle que tous les Franciliens ne bénéficient pas de cette situation favorisée de façon équitable.

La région se caractérise par des inégalités très marquées, au plan économique et social comme au plan sanitaire. Certains indicateurs de santé présentent des disparités territoriales ou des stratifications sociales extrêmement fortes, au point de tirer la moyenne régionale sous la moyenne nationale pour certains enjeux de santé, notamment en ce qui concerne la mortalité infantile, la mortalité féminine par cancers et les pathologies infectieuses.

## 1.2. Une région fortement inégalitaire

Des travaux comparatifs à l'échelle européenne ont fait valoir que la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsqu'elles sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation<sup>4</sup>. Or cette problématique nationale trouve dans la région Ile-de-France l'une de ses expressions les plus nettes.

La caractéristique la plus préoccupante du paysage sanitaire francilien tient à l'importance des disparités de santé sur le territoire. On retrouve ainsi des écarts d'une amplitude à peu près comparable à celle observée à l'échelle nationale. Ces disparités s'organisent pour de nombreux indicateurs (espérance de vie, mortalité prématurée...) selon une ligne Nord-Ouest/Sud-Est, ligne de part et d'autre de laquelle la situation sanitaire est globalement favorisée dans la moitié Sud et défavorisée au Nord. Or cette ligne de partage recouvre peu ou prou l'existence de fortes disparités économiques et sociales entre territoires franciliens. Les fortes inégalités de conditions sociales qui caractérisent la région se traduisent ainsi par des inégalités de santé, que l'on qualifie donc de « sociales » parce qu'elles sont corrélées à des déterminants sociaux, et que l'on qualifie de « territoriales » parce qu'elles s'ancrent dans des disparités entre territoires.

Ces inégalités vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « **gradient social de santé** » : loin de se réduire à l'écart des conditions de vie et des ressources entre les catégories sociales extrêmes, souvent réduite à l'opposition cadres/ouvriers compte tenu des données disponibles, le lien entre position sociale et santé se manifeste de manière constante tout au long de l'échelle sociale. De fait, aujourd'hui, la montée de la pauvreté laborieuse et la proportion croissante de ménages franciliens qui sont en situation d'insécurité économique et professionnelle en raison de la crise économique signalent que les inégalités socio-économiques ne peuvent s'analyser en opposant exclus et inclus, pauvres et riches, actifs et inactifs.

### 1.2.1. Inégalités socio-économiques

**L'Ile-de-France est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises.**

Certaines populations connaissent des situations particulièrement défavorables au regard d'indicateurs dont on sait qu'ils déterminent de façon négative l'état de santé. L'Ile-de-France se caractérise ainsi par l'existence de populations qui sont tout particulièrement frappées par des difficultés spécifiques : précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transports longs, difficultés de logement ou insalubrité, expositions environnementales au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination... de nombreux déterminants sociaux ou économiques dont l'impact négatif sur la santé est reconnu connaissent en Ile-de-France des prévalences particulièrement problématiques.

*Indicateur de développement humain et indicateur de santé sociale*

S'il est vrai que la région francilienne se caractérise par un produit intérieur brut par habitant plus favorable que celui des autres régions françaises, cette mesure de la richesse est toutefois largement reconnue aujourd'hui pour son incapacité à illustrer le bien-être réel d'une population<sup>5</sup>.

4 J.P. Mackenbach et al., « Socioeconomic inequalities in health among 22 european countries », *New England Journal of Medicine*, 2008, 358, 2468-81

<sup>5</sup> J.Stiglitz, *Rapport au président de la République*, septembre 2009 ; IAURIF, Note rapide, janvier 2011

L'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France a développé une mesure du bien-être et du développement humain proche de l'indice de développement humain (IDH) développé par les institutions des Nations-Unies, croisant dans un même indicateur appelé IDH2 des données relatives au niveau de vie mais aussi à la santé et au savoir ; cet indicateur met en relief de très fortes disparités entre commune franciliennes, avec des valeurs allant quasiment du simple au double entre certaines zones de Seine-Saint-Denis et le centre de Paris<sup>6</sup>.

Dans le même ordre de travaux, la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (MIPES) d'Ile-de-France s'est dotée d'un indicateur de « santé sociale » qui rassemble un faisceau d'indicateurs sociaux : taux de pauvreté, taux de sorties du système scolaire sans qualification, taux de mortalité prématurée, taux d'accords de recours à la force publique en vue d'une expulsion, taux de pauvreté monétaire, taux de ménages surendettés, indice d'inégalités territoriales des revenus des ménages, etc. En 2010, la MIPES a révélé que la santé sociale de l'Ile-de-France s'était nettement dégradée au cours des dix dernières années, avec un indice en baisse de 2,4 points, sous le coup, notamment, de la hausse des inégalités territoriales de revenus, de l'augmentation du nombre des bénéficiaires de minima sociaux, de l'augmentation des décisions d'expulsion, ou encore de la prévalence croissante du surendettement.

### *Ecart de revenus*

De fait, l'Ile-de-France se caractérise par des inégalités de revenus particulièrement fortes : les 10 % de foyers fiscaux les plus riches ont un revenu mensuel minimum supérieur de près de 3 300 euros à celui du revenu maximum des 10 % les plus pauvres. Si l'on raisonne de façon relative, avant impôts, **le revenu minimum des 10 % les plus riches est 7 fois supérieur au revenu maximum des 10 % les plus démunis**. Les habitants de Seine-Saint-Denis ont des revenus parmi les plus bas de France<sup>7</sup>.

Le revenu médian des Franciliens est plus faible dans les communes du centre-est et de l'est que de l'ouest de la région. Les revenus médians les plus bas s'observent principalement sur deux grands territoires :

Le premier couvre le nord de Paris, la Seine-Saint-Denis, le nord des Hauts-de-Seine et le sud du Val d'Oise. La forte présence dans ces communes de ménages d'ouvriers et d'employés, d'étrangers et un taux de chômage élevé expliquent en partie la faiblesse des revenus des habitants.

Le deuxième territoire suit la limite est de la Seine-et-Marne : les habitants y sont plus fréquemment inactifs, essentiellement retraités. Les communes concernées sont de petite taille.

Plusieurs indicateurs socio-économiques montrent que les inégalités infrarégionales tendent à augmenter depuis 25 ans, opposant de plus en plus un groupe de territoires aisés composé de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines, au reste de la région. L'équilibre de la géographie sociale francilienne est progressivement modifié : alors qu'hier la promotion sociale se traduisait par une attraction vers le centre, rejetant les populations modestes en banlieue, aujourd'hui les couches populaires en ascension sociale se déplacent vers la seconde couronne et le périurbain. En outre, la structure sociale de la région est progressivement modifiée par la fuite des ménages populaires qui en ont la possibilité vers les autres régions françaises. Cette mobilité centrifuge touche particulièrement les ménages mono-actifs, dont le revenu est insuffisant pour faire face aux coûts et aux contraintes (logement, transports) de la vie francilienne, et concerne ainsi

<sup>6</sup> IAU, Note rapide n°528, novembre 2010

<sup>7</sup> L.Auzet et al., "Niveaux de vie et pauvreté en France", *INSEE Première*, n°1162, octobre 2007

particulièrement certaines professions (infirmières, secteur public)<sup>8</sup>. Ces phénomènes récents de la géographie sociale francilienne tendent à renforcer les inégalités entre territoires.

### *Précarité, pauvreté*

En 2002, selon l'enquête logement de l'INSEE, 653 000 ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté régional (moins de 760 € par mois de revenu par unité de consommation), soit 14 % des ménages franciliens.

Ces ménages pauvres étaient plus souvent constitués d'une famille monoparentale que la moyenne nationale (16 % contre 9 %), un phénomène en forte augmentation. Toujours à cette même date, la personne de référence était au chômage dans trois ménages pauvres sur dix, mais on remarquait également que 58 % d'entre eux étaient des actifs, illustrant ainsi l'importance des travailleurs « pauvres » en Ile-de-France, qui exercent des emplois salariés à temps partiel ou précaires.

Par ailleurs, alors qu'un Francilien sur 10 vit en-dessous du seuil des bas revenus avec moins de 903 euros par mois, la demande d'hébergement d'urgence est une caractéristique francilienne préoccupante, avec au total 1,37 million de nuitées attribuées au cours de l'année 2008, dont une part importante de familles, orientées vers les hôtels.

La région concentre en outre les trois quarts des bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat.

### *Migration*

La région Ile-de-France reste la porte d'entrée privilégiée des personnes venant de l'étranger<sup>9</sup> : **40 % des immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) vivant en France résident en Île-de-France**, où ils représentaient 16,9 % de la population en 2006 soit une proportion deux fois supérieure à la moyenne nationale. Or les immigrés sont plus souvent confrontés à des difficultés socio-économiques que le reste de la population ; ils sont davantage exposés au chômage, sont plus souvent ouvriers, et subissent plus souvent des revenus bas<sup>10</sup>.

### *Emploi*

Fin 2009, 4,1 millions de salariés travaillent en Ile-de-France dans le secteur marchand hors agriculture, soit le quart des effectifs nationaux, les services constituant la majeure partie de l'emploi francilien (71 %). La région subit de plein fouet la crise économique, puisqu'en 2009, les destructions nettes d'emploi en Ile-de-France représentent un cinquième des destructions nettes d'emploi en France métropolitaine.

L'une des spécificités franciliennes tient à l'exposition particulière de ses salariés aux risques psycho-sociaux liés au travail, avec plus d'un quart des salariés franciliens (27,5%) en situation de « job strain », c'est-à-dire confronté à une demande psychologique plus forte que les salariés de France entière tout en ne bénéficiant que d'une faible latitude décisionnelle<sup>11</sup>.

Par ailleurs, la présence d'amiante en milieu professionnel (mais aussi dans l'environnement intérieur) constitue également un risque avéré et parfois fortement médiatisé (Jussieu, CMMP

<sup>8</sup> D.Behar, "Le projet de grand Paris peut-il ignorer la question sociale ?", *Esprit*, décembre 2009

<sup>9</sup> M.Sagot, IAU, note rapide, octobre 2010

<sup>10</sup> C.Tavan, *INSEE première*, septembre 2005

<sup>11</sup> « L'appréhension des risques psychosociaux à partir de l'enquête SUMER », Supplément BREF, avril 2009

d'Aulnay). En 2003, en Ile-de-France, on estime à environ 460 le nombre de cas de cancers dus à l'amiante (400 cancers du poumon et 60 mésothéliomes).

Si les conditions de travail sont un déterminant de santé, le fait aussi de ne pas travailler constitue un risque pour la santé, le chômage jouant un rôle catalyseur des différents facteurs de mortalité<sup>12</sup>. Or la progression récente des chiffres du chômage en Ile-de-France marque la fin de l'exception régionale en la matière et l'alignement de la région sur le reste du pays (taux de chômage régional de 10,8 % contre 11 % pour la moyenne métropolitaine). En parallèle, les tendances récentes révèlent que l'utilisation de l'intérim s'intensifie dans une région pourtant autrefois plutôt préservée, et ce en particulier en grande couronne.

### *Cadre de vie et logement*

En tant qu'expression de l'inégal capital social et économique de ses habitants, ou par ses caractéristiques propres en matière notamment d'aménagement, le territoire de résidence peut avoir un impact particulier sur la santé de ses habitants. Ainsi, les travaux engagés dans le cadre du projet francilien RECORD illustrent des disparités socio-spatiales d'obésité particulièrement importantes en Ile-de-France, qui sont corrélées avec le capital éducatif des habitants à l'échelle du quartier<sup>13</sup>.

Or la spécialisation socio-économique des territoires et du logement en Ile-de-France est aujourd'hui accrue par la crise du logement qui frappe la région plus durement que le reste du pays et bloque l'accès au logement des ménages modestes mais aussi d'une grande partie des classes moyennes. Ainsi par exemple en 2006, le loyer moyen du secteur libre était supérieur de 56 % à celui du reste du pays, alors que le revenu disponible moyen des Franciliens n'était supérieur que de 23 % à celui des habitants des autres régions. Echo de ces difficultés, 36 % des ménages franciliens les plus pauvres sont logés dans le parc social. Un Francilien sur 8 vit dans une zone urbaine sensible.

Enfin, l'Ile-de-France se caractérise par une problématique spécifique liée à l'insalubrité des logements ou à leur caractère indigne. 5 % des résidences privées, soit 200 000 logements, sont potentiellement indignes<sup>14</sup>, dont les trois quarts sont situés dans les zones urbaines centrales. En 2008, 705 arrêtés d'insalubrité ont été pris en Ile-de-France, et près de 3 000 arrêtés plus anciens sont encore en cours.

### *Transports*

Une enquête de l'Observatoire régional de santé au travail d'Ile-de-France révèle que les salariés franciliens consacrent en moyenne 2 heures par jour à leurs trajets domicile-travail, dont 1h30 dans les transports en commun<sup>15</sup>. Cette confrontation quotidienne au stress, à l'incertitude et à la fatigue est perçue par la majorité des utilisateurs comme un déterminant négatif de l'état de santé.

### *Problèmes environnementaux : pollution et bruit*

Au regard des autres régions françaises, l'Ile-de-France se caractérise par une forte concentration d'infrastructures à l'origine de multiples nuisances, en particulier de pollution de l'air et de bruit, particulièrement à Paris et en petite couronne.

<sup>12</sup> Annie Mesrine, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Economie et statistique*, n°334, Insee, Paris, 2000, pages 33-48

<sup>13</sup> B. Chaix et al., INSERM U707, « Les disparités socio spatiales d'obésité en Ile-de-France et leurs déterminants : l'étude RECORD »,

<sup>14</sup> IAU, *Le logement : Un champ d'étude et d'action pour Paris Métropole*, juin 2010

<sup>15</sup> ORSTIF, *Enquête auprès des salariés franciliens sur les transports domicile-travail*, février 2010

La pollution atmosphérique extérieure, du fait en particulier de la circulation automobile, constitue un risque important pour l'état de santé de la population, l'ensemble de la population étant exposée. Airparif recense ainsi jusqu'à 4 millions de personnes qui, à Paris et en proche couronne, sont exposées à des niveaux de dioxyde d'azote supérieurs à la valeur de la limite.

C'est toutefois le bruit qui est cité comme la première nuisance environnementale par les Franciliens. Ses effets sur la santé, qu'il s'agisse de la gêne, d'impact sur la tension artérielle ou sur les capacités d'apprentissage chez l'enfant, sont suffisamment connus pour mettre au premier plan la lutte contre cette nuisance. La région Ile-de-France est la première région à s'être dotée d'un observatoire du bruit (Bruitparif) et avoir développé des études autour des aéroports.

La nécessité de construire sur d'anciens sites pollués, l'intrication entre zones habitées et usines ou grands équipements, en particulier routiers, donnent une place particulièrement importante à l'évaluation des risques pour la santé dus à ces équipements et la participation des riverains aux études et à la gestion.

L'exposition aux champs électromagnétiques (antennes relais de téléphonie mobile, lignes à haute tension), bien que son impact sur la santé des populations ne soit pas prouvé, inquiète très fréquemment les riverains. Ces situations sont très fréquentes en Ile-de-France et méritent une attention particulière.

Certaines zones de région cumulent ces expositions environnementales et constituent de véritables « points noirs » environnementaux appelant une action résolue.

### 1.2.2. Inégalités de santé

Les inégalités de ressources, les écarts de rémunération, les difficultés de logements et de transports ou encore l'impact souvent différentiel de la crise économique selon les territoires et les populations, se traduisent par des inégalités de santé qui semblent s'accroître en Ile-de-France.

#### 1.2.2.1. Inégalités en termes de mortalité

Les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région sont ainsi recoupées par des disparités en termes de mortalité.

**On vit en moyenne deux ans plus vieux dans le 92 que dans le 93.** En 2007, pour les deux sexes, les espérances de vie à la naissance les plus élevées sont observées à Paris, dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine, tandis que les moins élevées sont observées en Seine-et-Marne, dans le Val-d'Oise et en Seine-Saint-Denis. Dans ces trois derniers départements, l'espérance de vie des femmes est même inférieure à la moyenne nationale. Ces différences s'expliquent, en grande partie, par le profil sociodémographique des départements : les départements à forte espérance de vie sont, dans l'ensemble, ceux où la proportion de cadres et de professions libérales est élevée.

Ces tendances se retrouvent dans les chiffres de la mortalité prématurée. Si les départements franciliens affichent pratiquement tous un niveau de mortalité prématurée inférieur à la moyenne nationale, en réalité la situation est fortement contrastée selon les départements. Sur la période 2005-2007, les taux standardisés de mortalité prématurée de certains départements sont proches de la moyenne nationale (Seine-et-Marne pour les deux sexes, Seine-Saint-Denis pour les hommes), voire supérieurs à la moyenne nationale (Seine-Saint-Denis avec une mortalité prématurée des femmes supérieure de 10 % à celle constatée sur la métropole). Entre les

Yvelines, département le mieux situé pour la mortalité prématurée, et la Seine-Saint-Denis, département le moins bien situé, les écarts s'élèvent à 28 % pour les hommes et à 25,5 % pour les femmes.

Ces inégalités persistent dans le temps. Sur une période de près de 20 ans, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis se caractérisent par des taux de mortalité prématurée importants et largement supérieurs à la moyenne régionale.

Au-delà même de l'échelle des départements, c'est même au niveau infra-départemental, entre cantons ou communes voisines, que l'on retrouve parfois ces disparités de santé. Dans la communauté d'agglomérations de Saint-Quentin-en-Yvelines (78), les hommes vivent en moyenne 7 ans de plus à Voisins-le-Bretonneux qu'à Trappes. Ainsi, dans Paris comme en proche grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité. A l'échelle du canton et pour les deux sexes, la mortalité prématurée apparaît particulièrement basse dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'ouest parisien, le sud du 92 et la partie orientale du 78, ce secteur urbanisé présentant une situation socio-économique très favorable. A l'inverse, l'ouest du 93 dessine une importante zone de surmortalité qui se prolonge au nord dans le 95 et à l'ouest dans le 92, secteur qui concentre des difficultés économiques avec une population ouvrière importante, un taux de chômage supérieur à la moyenne et une forte population étrangère. Outre ces deux secteurs aux profils très caractéristiques, l'analyse cantonale révèle par ailleurs des poches de surmortalité isolées dans le 94 et en grande couronne, notamment dans le 77 et le 95, avec le plus souvent un prolongement dans les régions voisines.

#### 1.2.2.2. Naissance, enfance et jeunesse : l'inégalité dès le départ

On sait que les événements de santé survenus chez un nourrisson ou un enfant sont susceptibles d'avoir un impact sur sa santé à l'âge adulte. Plus largement, les conditions de vie connues dans l'enfance ont elles-mêmes un impact sur les inégalités de santé à l'âge adulte<sup>16</sup> : accès à l'éducation dans l'enfance, normes et valeurs éducatives reçues, alimentation, loisirs, sont autant de déterminants qui définissent dès l'enfance des trajectoires de santé socialement différenciées. Les programmes internationaux de lutte contre les inégalités de santé insistent particulièrement sur ce moment crucial de la vie et la commission des déterminants sociaux de l'OMS fait de la promotion de *l'équité dès le départ* l'un de ses principes cardinaux.

#### *Inégalités face à la mortalité périnatale et infantile*

La santé périnatale est un enjeu de santé publique pour toutes les régions françaises, mais l'Île-de-France fait partie des régions françaises où les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont les moins favorables. **Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale** (3,9 ‰, vs 3,6 ‰ en France métropolitaine) ; le taux de mortalité néonatale (au premier mois de la vie) est de 2,7 pour 1000 naissances vivantes, vs 2,3 ‰ en France. Pour ces deux taux, on observe de fortes disparités entre départements ; le département de Seine-Saint-Denis conjugue les taux les plus élevés pour la mortalité infantile (5,4‰) et néonatale (3,6 ‰), la mortalité des 28 premiers jours dans ce département étant équivalente à la mortalité sur l'ensemble de la première année en France.

---

16 D.Bricard, F.Jusot, S.Tubeuf, "Les modes de vie, un canal de transmission des inégalités de santé", IRDES, *Questions d'économie de la santé*, juin 2010

Par ailleurs, le taux francilien de mortalité (enfants nés sans vie après le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse) est également supérieur à la moyenne nationale (11 ‰ vs 9,6 ‰) et présente là encore de fortes disparités entre départements : de 8,8 ‰ dans les Yvelines à 13,4 ‰ en Seine-Saint-Denis.

### *Santé des enfants*

Les inégalités de santé ont un caractère particulièrement précoce avec, par exemple, dès l'âge de six ans, des différences sociales marquées en termes de caries non soignées et d'obésité, prédictive de problèmes cardio-vasculaires. Ainsi les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale ont un moins bon état de santé bucco-dentaire et sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres<sup>17</sup>. Par exemple, en 2006, chez les enfants de 12 ans, seuls 50 % des enfants d'ouvriers étaient totalement indemnes de caries alors que cette proportion atteignait presque 70 % chez les enfants de cadres<sup>18</sup>.

**Or en ce qui concerne l'obésité et le surpoids, les enfants sont plus touchés en Ile-de-France qu'en France métropolitaine** : si le nombre d'enfants obèses ou en surpoids en grande section maternelle a baissé ces dernières années, il n'en reste pas moins que ce nombre est significativement plus élevé en Ile-de-France qu'en France (13,6 % contre 12,1 % sur la période 2005-6).

### *Santé des jeunes*

L'adolescence constitue à son tour une période critique pour la santé. La construction des attitudes par rapport aux risques est fortement différenciée selon le milieu social et détermine des conditions de vie favorables ou défavorables à la santé pour l'avenir : expérimentation et consommation de produits psychoactifs, conduites à risque dans les activités de loisir et sur la route, alimentation, pratiques sportives, pratiques sexuelles à risque...

Selon les données 2005 de l'INPES<sup>19</sup>, les jeunes franciliens se caractérisent par de moindres consommations régulières d'alcool et de tabac que leurs homologues provinciaux, quel que soit le sexe. Pour autant, les conduites à risque des jeunes demeurent un problème de santé publique aigu pour la région. L'Ile-de-France présente certaines spécificités s'agissant notamment des comportements sexuels des adolescents : chez les filles, l'utilisation du préservatif est significativement moins élevée (18 % des Franciliennes n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport, contre 10 % des filles résidant en province). De même, 7 % des jeunes Franciliennes de 15-17 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse ; elles recourent davantage à la contraception d'urgence et au dépistage VIH que leurs homologues provinciales, ce qui peut signaler davantage de prises de risques sexuels en Ile-de-France qu'en province<sup>20</sup>. Par ailleurs, l'Ile-de-France diffère de la province par un risque plus élevé de tentative de suicide au cours de la vie : la proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a fortement augmenté et est passée de 6 % à 8 % entre 1997 et 2005 en Ile-de-France<sup>21</sup>. Or les conduites à risque des jeunes sont plus fréquentes lorsque la cohésion familiale est affaiblie par des facteurs de vulnérabilité sociale.

---

<sup>17</sup> DREES, *L'état de santé de la population en France*, Rapport 2009-2010, p.21

<sup>18</sup> Source USBD-DGS

<sup>19</sup> INPES, Baromètre santé jeunes, 2005

<sup>20</sup> ORS, « Jeunes en Ile-de-France », mars 2007

<sup>21</sup> ORS, « La mortalité des jeunes de 10 à 29 ans en Ile-de-France », 2000

### 1.2.2.3. Inégalités face aux comportements de santé et aux modes de vie

#### *Nutrition*

La population francilienne se conforme moins qu'en province aux recommandations du PNNS : **seuls 10,5 % des Franciliens consomment 5 fruits et légumes par jour**, contre 12,5 % des provinciaux. A contrario, la consommation de boissons sucrées est plus fréquente en Ile-de-France (26,6 % contre 19,7 % en province).

En outre, si l'on sait que la qualité de l'alimentation est partout corrélée au niveau socio-économique, les Franciliens ayant des revenus faibles ou intermédiaires ont une consommation de fruits et légumes particulièrement insuffisante par rapport aux provinciaux de statut socio-économique comparable. Selon l'ORS d'Ile-de-France, les ménages dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 900 € sont de petits consommateurs à hauteur de 62 %, contre 51 % hors Ile-de-France. Pour des revenus compris entre 900 et 1 499 €, les proportions sont respectivement de 52 % et 42 %. Pour les revenus supérieurs à 1 500 €, l'écart se réduit considérablement (41 % contre 39 %). L'accès des Franciliens défavorisés est plus souvent restreint, inadéquat ou incertain à des aliments sains, nutritifs et personnellement acceptables, et cela se vérifie à la fois sur le plan de la quantité et sur le plan de la qualité.

#### *Sexualité*

Parmi la population âgée de moins de 55 ans, la proportion de multipartenaires est plus élevée en Ile-de-France que dans les autres régions<sup>22</sup>, notamment parmi les personnes vivant en couple. Cette particularité fait des comportements sexuels un enjeu important pour la région.

La particularité de la région Ile-de-France concerne notamment le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), plus élevé que le taux national. L'IVG concerne toutes les femmes sans corrélation avec des caractères socio-économiques.

De même, les infections sexuellement transmissibles sont plus fréquentes chez les Franciliennes que chez les femmes des autres régions. L'exposition à certains comportements sexuels à risque est fortement stratifiée socialement. Ainsi, les femmes non-diplômées sont en effet moins nombreuses à avoir protégé leur premier rapport et à avoir utilisé un préservatif : près d'une Francilienne sans diplôme sur deux de moins de 40 ans n'a utilisé aucune méthode de contraception lors de ce premier rapport sexuel alors qu'elles sont un peu plus de 10 % parmi celles ayant un diplôme du supérieur.

#### *Santé mentale*

La santé mentale fait depuis quelques années l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics au niveau international et national. Les enjeux de la « santé mentale » ne sont plus subsumés sous la seule maladie mentale : ils incluent désormais la détresse psychologique et la santé « positive » (comme aptitude au bien-être, au rebond, à la relation, etc.). Pour ce qui concerne la pathologie mentale à proprement parler, selon l'OMS, 14 % de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité, peut être attribuée aux troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'absorption de substances toxiques. L'OMS constate par ailleurs que les ressources allouées pour pallier cette charge sont insuffisantes, distribuées de manière inéquitable et utilisées de façon inappropriée, engendrant des lacunes de couverture thérapeutique, notamment pour les populations à faibles revenus et à revenus moyens inférieurs.

---

<sup>22</sup> A l'exception de la région PACA

Hormis les tentatives de suicide des hommes, tous les indicateurs sont défavorables en Ile-de-France par comparaison aux données hors Ile-de-France, avec des différences particulièrement significatives pour l'alcoolodépendance chez les femmes. C'est un enjeu qui est particulièrement sensible aux inégalités sociales, avec notamment une forte problématique liée à la précarité et aux troubles psychiques des personnes sans chez-soi.

#### *1.2.2.4. Principales causes de morbi-mortalité : de fortes inégalités franciliennes*

Trois pathologies regroupent près d'une prise en charge en ALD sur deux en Ile-de-France : les tumeurs malignes (17,9 %), le diabète de type I et II (17,8 %) et enfin l'hypertension artérielle (HTA, 13,4 %). Cette répartition est similaire à celle relevée à l'échelle de la métropole. L'affection qui contribue le plus à l'évolution du nombre d'ALD dans la région est variable selon les départements : les tumeurs malignes pour les Hauts-de-Seine et les Yvelines, l'HTA pour Paris, et le diabète pour les autres départements, tout particulièrement la Seine-Saint-Denis, avec 38 % de la progression du nombre d'ALD qui lui est imputable entre 2008 et 2009.

#### *Cancer*

L'incidence des cancers est plus faible en Ile-de-France que sur l'ensemble du territoire. Ce constat est aussi valable pour la mortalité prématurée par cancers qui est inférieure de 11,5 % à celle constatée sur la métropole. Globalement, en Ile-de-France comme en France, si l'incidence tous cancers confondus augmente régulièrement depuis 1990, la mortalité recule, grâce aux progrès du dépistage et de la prévention et aux progrès réalisés en matière de prise en charge.

Les hommes franciliens sont notamment moins touchés qu'au niveau national, tant en termes de morbidité que de mortalité, par le cancer du poumon et le cancer colorectal, qui représentent, en France, les deux cancers les plus mortels. Moins mortel mais très répandu, le cancer de la prostate (7 % des décès sur la France entière en 2008) a également un impact moindre sur la mortalité des Franciliens que sur celle des Français : à population standardisée, il entraîne 11 % de décès de moins en Ile-de-France que sur la France entière. De même, à structure de population standardisée, le nombre de cas mortels de cancer du poumon est inférieur de 7 % en Ile-de-France, pour la période 2005-2007, à celui constaté sur l'ensemble de la métropole. Il est de 11 % inférieur pour le cancer colorectal.

La situation des Franciliennes face au cancer est moins favorable que celle des hommes : l'incidence des cancers féminins tend à augmenter en Ile-de-France depuis 1990. Surtout, l'Ile-de-France se caractérise par une **surmortalité des femmes par cancer**. A l'inverse des hommes, les Franciliennes connaissent une surmortalité et une sur-morbidité tous cancers confondus, ainsi que pour la plupart des cancers principaux : cancers du poumon, du sein, du col de l'utérus. La mortalité par cancer des femmes franciliennes est supérieure à la moyenne nationale, essentiellement liée à une forte surmortalité par cancer du poumon (écart de 20 % par rapport à la moyenne nationale), et, dans une moindre mesure, par cancer du sein (écart de 6 %). La mortalité féminine par cancer est supérieure à la moyenne métropolitaine dans plusieurs départements franciliens (77, 93, 95).

Enfin, les départements franciliens présentent des situations disparates. Chez les hommes, en termes de morbidité, tous cancers confondus, seuls les départements de la Seine-Saint-Denis (396,2 cas pour 100 000 hommes) et de Paris (410,4) présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale (433,9). La sur-morbidité est surtout concentrée dans l'Essonne (453,3), la Seine-et-Marne (459,0) et le Val-d'Oise (467,0). Concernant le cancer du poumon, les taux de morbidité

national et régional (respectivement, 50,1 et 49,8) sont très proches et seuls deux départements franciliens les dépassent : il s'agit de la Seine-Saint-Denis (55,2) et du Val-d'Oise (53,9). Tous cancers, hommes et femmes confondus, **la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise révèlent une situation de surmortalité par rapport à la moyenne régionale**. Ces trois départements présentent, chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par cancers les plus élevés de la région, généralement supérieurs à la moyenne nationale : entre 241,3 et 249,6 décès pour 100 000 hommes et entre 124,3 et 127,6 décès pour 100 000 femmes. La Seine-Saint-Denis présente une situation particulière de sous-morbidité et de surmortalité par cancer, qui doit être reliée à l'insuffisant accès aux soins et aux diagnostics tardifs.

#### *Maladies cérébro-vasculaires*

La situation régionale favorable vis-à-vis de la mortalité cérébro-vasculaire souffre de forts déséquilibres internes. Si Paris, le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine affichent, tous sexes confondus, un niveau de mortalité par maladies cérébro-vasculaires très inférieur à la moyenne régionale, le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et l'Essonne connaissent une situation de surmortalité très significative.

La situation de sous-mortalité globale de l'Ile-de-France doit être rapprochée d'une situation a priori paradoxale de sur-morbidité. En effet, tous les départements franciliens montrent, par rapport à la moyenne nationale, une sur-morbidité des AVC chez les hommes, pouvant représenter jusqu'à 25 % d'incidence de plus (71,1 incidents pour 100 000 hommes à Paris, contre 57 au niveau métropolitain). Chez les femmes, les écarts sont moins prononcés, avec un maximum de 43,9 incidents pour 100 000 femmes (soit + 13 %) en Seine-et-Marne.

#### *Diabète*

Le nombre de cas standardisés de personnes bénéficiant d'une exonération au titre de l'ALD diabète est inférieur en Ile-de-France par rapport aux données nationales. Pour autant, les inégalités en la matière sont nettes, puisqu'à l'inverse en Seine-Saint-Denis le nombre de personnes concernées est supérieur de 30 % à la moyenne nationale. A un moindre niveau, le Val d'Oise, la Seine-et-Marne et l'Essonne sont également au dessus de la moyenne régionale.

#### *Hypertension artérielle*

La prévalence pour cette affection est supérieure en Ile-de-France par rapport à celle observée en France : 2 216 cas pour 100 000 personnes contre 1 999 cas. Trois départements se distinguent par une forte prévalence de la pathologie – taux standardisés - : la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et l'Essonne.

### *1.2.2.5. Inégalités face aux pathologies infectieuses et aux expositions liées aux conditions de vie*

#### *Infection par le VIH/sida et hépatites*

L'Ile-de-France concentre **près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH enregistrés chaque année en métropole**. Le nombre annuel de découvertes de séropositivité rapporté à la population y est 2,6 fois supérieur à celui observé sur la métropole (en 2009, 26,3 pour 100 000 habitants contre 10,3).

Au sein de la région, les départements franciliens présentent, en grande majorité, des taux de découvertes de séropositivité supérieurs à la moyenne nationale mais l'épidémie les touche de façon inégale : le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité pour 100 000 habitants varie, en 2008, entre 8,0 dans les Yvelines et 58,8 à Paris. La Seine-Saint-Denis est le deuxième département le plus affecté (35,3).

Les hommes homosexuels sont particulièrement touchés avec un nombre de découvertes de séropositivité qui est resté quasiment stable du fait de prises de risque de plus en plus importantes ; leur part dans l'ensemble des nouveaux cas de VIH a augmenté, passant de 22 % en 2003 à 34 % en 2006.

Par ailleurs, chez les usagers de drogues par voie injectable, si la politique de réduction des risques a permis une nette baisse des contaminations par le VIH, elle n'a par contre pas permis de freiner l'épidémie de **VHC**. Le partage encore fréquent du petit matériel servant à l'injection et la réutilisation des seringues dans des pratiques de consommation en groupe sont les causes d'une prévalence régionale du VHC encore extrêmement élevée chez les usagers injecteurs, qui atteignait 76 % en 2004. Cette prévalence est particulièrement problématique parmi les personnes emprisonnées en Ile-de-France. Il faut noter en outre qu'une part importante des déclarations d'infections par les virus des hépatites A et B concernent l'Ile-de-France (respectivement 26% et 28 % en 2008).

#### *Pathologies liées à la pauvreté et à la précarité*

Les populations précaires sont plus nombreuses en Ile-de-France que sur le reste du territoire métropolitain, et, au sein de la région, plus concentrées dans certains territoires, en Seine-Saint-Denis notamment. Ainsi, **la part de la population francilienne bénéficiant de la CMU complémentaire est supérieure à la moyenne nationale** (6,6% contre 6,1%, dont 3,6% dans les Yvelines et 12,2% en Seine-Saint-Denis). La CMU de base concerne environ 1 455 000 personnes en métropole, dont 396 000 en Ile-de-France au 31 décembre 2007. Pour la CMU Complémentaire (tous régimes confondus), au 31 décembre 2007, 3 743 000 en sont bénéficiaires en métropole, dont 763 000 en Ile-de-France.

Sur-occupation des logements, locaux anciens ou dégradés et précarité contribuent, voire expliquent, certaines pathologies particulièrement marquées dans la région. Le risque de saturnisme infantile lié à l'habitat ancien est encore très présent dans les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis, en dépit des efforts conduits dans la région depuis plus de 10 ans. La région Ile-de-France a reçu en 2009 53 % des notifications au niveau national de saturnisme infantile. L'Ile-de-France est également l'une des régions, derrière le Nord-Pas-de-Calais où le risque d'intoxications au CO est le plus élevé. Ces intoxications, particulièrement fréquentes en période hivernale, sont le plus souvent dues à des installations de chauffages vétustes ou ne respectant pas les normes d'installation. Enfin, l'insalubrité et l'humidité des logements peuvent provoquer ou aggraver des pathologies respiratoires (asthme, allergies...), des accidents domestiques et parfois même altérer la santé mentale des occupants.

#### *Santé, migration, discrimination*

Selon les données de l'Enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France<sup>23</sup>. Au-delà de l'état de santé perçu, on retrouve une concentration de certaines

<sup>23</sup> Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva, « La santé perçue des immigrés en France, Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'économie de la santé*, n° 133 - juillet 2008

pathologies chez les personnes étrangères. Ainsi par exemple, même si elle a diminué ces dernières années, la **proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité VIH** atteignait 48 % en 2008. En Ile-de-France, ce sont essentiellement- les migrants originaires d'Afrique subsaharienne qui sont concernés, représentant 50 % des découvertes de séropositivité VIH, dont près de 60 % de femmes.

De même, l'Ile-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par la **tuberculose** et le phénomène concerne principalement des étrangers originaires de pays à forte prévalence (d'Afrique subsaharienne notamment) et des personnes vivant dans des lieux surpeuplés et/ou insalubres. Le nombre de nouveaux cas déclarés en 2006 était de 1 970, soit une incidence deux fois supérieure à la moyenne métropolitaine (17,1 pour 100 000 habitants contre 8,5). Enfin, l'Ile-de-France est particulièrement concernée par l'enjeu que représentent les difficultés sanitaires aiguës que rencontre la **communauté Rom**, avec notamment une très faible couverture vaccinale (8 à 12 %), un accès trop tardif au diagnostic et aux soins, et une santé maternelle et infantile très dégradée.

Au-delà des expositions particulières qui leur sont liées, la pauvreté et la précarité ont également un **impact sur l'accès aux soins**. Cette réalité s'illustre notamment autour de l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de l'Aide médicale d'état, dont 75 % résident en Ile-de-France. Une enquête régionale de la DREES a mis en évidence la jeunesse de la population des bénéficiaires de l'AME (70 % de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans), originaire pour moitié d'Afrique hors Maghreb, et caractérisée par un mauvais état de santé perçu. Surtout, dans cette enquête, un bénéficiaire sur quatre déclarait en outre avoir renoncé à des soins au cours de l'année passée, le plus souvent pour des raisons financières et majoritairement pour des soins de premier recours.

#### *1.2.2.6. Inégalités face à la perte d'autonomie : vieillissement et handicap*

##### *Vieillesse*

La jeunesse de la population francilienne par rapport à la moyenne nationale ne doit pas masquer l'importance de l'enjeu du vieillissement. L'estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2008 indique que 2 millions de Franciliens sont âgés de plus de 60 ans, soit une progression supérieure à 10 % en 10 ans. Les hausses sont plus fortes aux âges les plus élevés. En 1999, l'Ile-de-France comptait environ 585 500 personnes de 75 ans ou plus (5,3 % de la population) ; en 2008, elle en comptait 736 000, soit 6,6 % de la population. Selon les projections, cette proportion pourrait atteindre 7,3 % en 2020. Ce vieillissement de la population est, comme ailleurs, porteur de défis de santé cruciaux pour la région, notamment en termes de prévalence des maladies chroniques, de la maladie d'Alzheimer et de la perte d'autonomie.

Ces évolutions s'accompagnent de profondes disparités territoriales. Paradoxalement, ce sont les départements de la grande couronne qui vieillissent le plus, même s'ils comptent parmi les plus jeunes des départements de France métropolitaine. La part des personnes de 60 ans et plus y a augmenté de 17 % en 10 ans (1999-2008) contre 10 % en moyenne régionale, et 5 % en moyenne métropolitaine. La part des personnes de 75 ans et plus y a augmenté de 38 % au cours de la même période, contre 26 % en moyenne régionale et 30 % en moyenne métropolitaine. Les départements des Yvelines et de l'Essonne sont les plus concernés.

Corollaire du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter dans les années à venir. Il est donc important de tenter d'appréhender les évolutions dans ce domaine. Selon des projections datant de 2003, le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus devrait passer de 89 000 en 2000 à 105 000 en 2020. Une étude

réalisée en 2009 par la direction régionale de l'INSEE d'Ile-de-France, en lien avec la DRASS d'Ile-de-France, aboutit à un résultat comparable avec une estimation à 23 600 du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires potentiellement dépendantes d'ici 2020. Il faut en outre noter que 63 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile (25 % seules et 38 % non seules) et 37 % en institution, la prévision étant que, en raison de multiples facteurs favorisant le maintien à domicile, la part des personnes âgées dépendantes ayant recours à un hébergement en établissement devrait diminuer quelque peu.

### *Handicap*

D'après l'enquête INSEE Handicap santé 2008, quel que soit l'âge, la part de personnes en situation de handicap, d'incapacité ou de dépendance est plus faible en Ile-de-France qu'en France métropolitaine: 2,1% des Franciliens ont une situation de handicap ou d'incapacité à la fois reconnue, ressentie et identifiée, contre 2,7 % en France métropolitaine. L'Ile-de-France compte aussi parmi les régions dont les habitants considèrent le moins souvent avoir un handicap, selon l'enquête Vie quotidienne et santé de l'INSEE publiée en 2009.

Les projections d'ici 2020 révèlent que l'évolution des populations en situation de handicap n'est pas homogène suivant les départements. La tranche d'âge qui enregistre la plus forte progression sur la quasi totalité des départements de la région est celle de 12 à 15 ans. Cette progression de l'ordre de 10 % en Seine et Marne, 8% dans le Val d'Oise et le Val de Marne, 6 % dans l'Essonne et seulement plus de 3% à Paris atteint plus de 18% en Seine-Saint-Denis. Les projections anticipent par ailleurs une augmentation notable de la population de 46 à 59 ans à l'horizon 2020 dans les Hauts-de-Seine (+10 %), la Seine-et-Marne (+7 %) et à Paris (+ 6 %). Ces chiffres soulignent l'importance de la problématique des personnes handicapées vieillissantes, liée aux progrès de la médecine.

Chez les enfants, les déficiences auditives concernent 1 enfant sur 1 000, la prévalence de la déficience visuelle se situant entre 0,5 et 2 pour 1 000. L'autisme et les troubles envahissants du développement associés concernent environ 60 naissances sur 10 000. La prévalence des polyhandicapés est comprise entre 0,7 et 1/1000. La prévalence des Infirmités motrices cérébrales varie de 1,5 à 2 pour 1 000. Il faut souligner que la moitié des déficiences sévères de l'enfant (1 700 enfants concernés chaque année) concerne des enfants prématurés ou grands prématurés, le taux de prématurité s'établissant à 6,7% en Ile-de-France (7,2 % en Seine-Saint-Denis) soit 11 500 enfants naissances par an.

## **1.3. Une région soumise à de nombreux risques**

### **1.3.1. Les risques infectieux**

L'importance de la population, le nombre de déplacements journaliers contribuant à multiplier les contacts entre personnes (transports en commun, lieux de travail, etc.), le nombre de touristes (première destination touristique au monde) et l'importance de l'immigration rendent la région particulièrement vulnérable au développement de phénomènes infectieux, qu'il s'agisse de germes courants ou de germes inhabituels pour la région voire émergents. On se rappellera ainsi que l'Ile-de-France a été le point d'entrée des virus de la grippe A(H1N1) 2009 et du SRAS. En outre, du fait de la forte densité de tours aérorefrigérentes, le risque de survenue de légionelloses en relation avec une exposition environnementale est particulièrement élevé.

Par ailleurs l'émergence dans la région de bactéries multi-résistantes (BMR) appelle une vigilance particulière. Ce phénomène est quantitativement encore limité, mais il doit appeler à la plus grande vigilance compte tenu du rôle de plaque tournante que joue la région, qui concentre plus que d'autres les hospitalisations de patients en provenance de pays étrangers où les BMR circulent.

### 1.3.2. Les risques liés à l'eau

Peu exposée à des risques sur la qualité de l'eau potable, globalement élevée, la région est en revanche caractérisée par des risques liés à une inondation majeure par débordement des fleuves et rivières qui la bordent (la Seine, la Marne et l'Oise mais aussi le Loing, l'Yonne, le Grand Morin, et l'Yerres). Plus de la moitié des communes seraient concernées, soit 900 000 personnes directement exposées

### 1.3.3. Les risques technologiques

#### *Les risques technologiques liés aux activités industrielles*

Avec 35 établissements classés SEVESO seuil haut et 58 établissements seuil bas, la région est aussi exposée aux risques industriels, notamment en grande couronne. Le risque industriel concerne notamment les sites de production de matières premières chimiques ou pétrolières, les sites de transformation de ces matières, et les sites de stockage de produits chimiques ou pétroliers ainsi que les sites de distribution. On note aussi la présence dans la région d'un grand nombre d'installations classées « agricole » (773 au total) situés en grande couronne dont les effets négatifs possibles incluent le risque d'explosion de poussières de produits alimentaires. Globalement le risque touche l'ensemble du territoire à l'exception de Paris.

#### *Les risques liés aux transports*

L'Ile-de-France est dotée d'un réseau d'infrastructures de transport particulièrement dense avec des nœuds (tunnels routiers) et une forte imbrication. Tous les réseaux convergent vers Paris, qu'il s'agisse des voies routières largement utilisées pour le transports de matière dangereuse, des voies ferrées (métro et train) par lesquels transitent à environ 7 millions de personnes chaque jour, des voies fluviales qui permettent le transport de marchandises et d'hydrocarbures, des transports aériens qui convergent vers Orly et surtout Roissy (80 millions de personnes transitent chaque année par ces aéroports, pour près de 800 000 vols) et des canalisations dont le principal réseau d'oléoducs relie le Havre à Paris et achemine par canalisation 40 types différents de produits.

## 2. Diagnostic de l'offre de santé<sup>24</sup>

### 2.1. Démographie des professions de santé : les grandes tendances franciliennes

Le progrès technique et thérapeutique a changé l'exercice des professions de santé. Tout en augmentant l'efficacité des traitements prodigués, le progrès thérapeutique renforce le poids des dimensions techniques, organisationnelles et collectives du soin. Il affecte la pratique clinique en accroissant la spécialisation, en imposant l'actualisation constante des savoirs et en nécessitant d'avantage de coordination. Outre son inscription naturelle dans la dynamique du progrès médical, cette évolution se double aujourd'hui d'une conjoncture de tension prévisible en termes de démographie professionnelle.

La situation démographique des professions de santé présente des caractéristiques paradoxales : c'est à l'heure où la densité globale est plus élevée que jamais que le constat d'une crise est posé avec acuité. En réalité, il faut bien voir que le constat numérique n'est pas la seule composante pertinente d'un diagnostic en matière de ressources médicales et paramédicales. Au-delà du constat chiffré, l'enjeu de la démographie des professions de santé concerne l'adéquation de l'offre aux besoins, en termes de répartition géographique, en termes d'accessibilité financière, en termes de sécurité pour la prise en charge des patients et de taille critique des effectifs, et en termes de coordination dans la répartition des différentes tâches entre professionnels.

La Loi HPST a mis en lumière la nécessité d'apporter des réponses aux inégalités d'accès aux soins sur le territoire français. Les échanges avec les futurs professionnels et les médecins en exercice, par exemple lors des Etats généraux de l'organisation des soins en 2008, ont montré la nécessité d'offrir des conditions d'exercice et d'installation à la fois conformes aux besoins de santé exprimés par nos concitoyens et aux souhaits des professionnels. Ainsi, si, sur un plan quantitatif, l'analyse de la démographie des professions de santé fait craindre une accentuation de la réduction de la ressource humaine disponible dans les années à venir, une analyse plus qualitative des causes contextuelles de ces enjeux démographiques peut aussi ouvrir des perspectives positives en termes de réorganisation des pratiques et des modes d'exercice.

#### 2.1.1. Les constats aujourd'hui

##### 2.1.1.1. Une densité médicale élevée mais une offre fragile en médecine générale

La densité médicale moyenne place actuellement l'Ile-de-France au deuxième rang des régions les mieux dotées, derrière Provence-Alpes-Côte d'Azur. Avec, au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, 47 054 médecins, la densité moyenne est de 405 médecins pour 100 000 habitants, loin devant la densité moyenne nationale qui est de 336 médecins en moyenne pour 100 000 habitants.

La caractéristique francilienne est de compter une proportion de médecins spécialistes plus importante (57,21 %) qu'au plan national (51,25 %). C'est sur la médecine générale, spécialité centrale pour l'offre de soins de premier recours, que se concentrent dans notre région les plus

<sup>24</sup> Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Eléments de diagnostic de l'offre de santé en Ile-de-France », 30/03/11, sur <http://www.sante-iledefrance.fr/>

grandes difficultés. Sur les 24 336 médecins généralistes franciliens inscrits à l'Ordre de médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2009, dont environ 18 000 médecins en activité régulière, seuls 10 000 environ ont un exercice régulier libéral en cabinet (57 %), et 19 % exercent en centres de santé, alors que 18 % choisissent des exercices particuliers, avec pour conséquence une offre de médecine générale en premier recours assurée pour la région par environ 8 000 professionnels actifs hors médecines à exercice particulier, soit une offre bien moindre qu'en province.

#### *2.1.1.2. Une densité paramédicale élevée sauf pour la profession infirmière*

La densité des professionnels paramédicaux est supérieure en Ile-de-France à ce qu'elle est en moyenne au plan national, à l'exception d'une seule profession, celle d'infirmier.

A l'image du généraliste pour les professions médicales, la profession infirmière est, en Ile-de-France, celle qui concentre toutes les difficultés des professions paramédicales. Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'Ile-de-France compte 82 930 infirmiers en exercice dont 78 % dans le secteur hospitalier. Avec moins de 40 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, la densité francilienne est deux fois plus faible qu'au plan national ; ce mode d'exercice représente 8,7 % des professionnels infirmiers, contre 15 % au plan national, ce qui engendre une évidente faiblesse de l'offre de premier recours, à laquelle s'ajoutent des difficultés de recrutement signalées par quasiment toutes les structures de soins en Ile-de-France.

#### *2.1.1.3. Une répartition inégale des densités médicale et paramédicale sur le territoire*

Au sein de la région, la répartition de la ressource médicale est caractérisée par une très forte disparité entre territoires. Tous modes d'exercice confondus, la densité varie de 116 médecins pour 100 000 habitants en Seine-et-Marne, à 530 à Paris. On retrouve une situation comparable avec les généralistes : à une densité moyenne régionale de 173 praticiens, répond une densité également minimale en Seine-et-Marne (123) et maximale à Paris (288). La Seine-et-Marne compte au rang des départements les moins bien lotis de France en termes de densité de généralistes.

La répartition des professionnels paramédicaux épouse le plus souvent la répartition des médecins et fait, là encore, de certains départements des territoires moins bien desservis que ceux de province. Ainsi en est-il depuis au moins 2004 en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne pour les professions de masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue.

#### *2.1.1.4. La disponibilité des soins pour les patients ne dépend pas que de la démographie*

Les données relatives au secteur de conventionnement des médecins ont une importance majeure pour le diagnostic démographique des professions médicales. En effet, une densité élevée de médecins peut très bien se conjuguer, notamment dans certains quartiers parisiens, avec une faible accessibilité des soins au tarif conventionné, du fait d'une forte représentation de médecins admis à pratiquer des dépassements d'honoraires. L'accessibilité financière des soins doit donc être une clé de lecture à part entière de la régulation démographique des professions médicales.

### *2.1.1.5. Les projections démographiques*

Le vieillissement du corps médical, réalité sur l'ensemble du territoire national, affecte moins l'Ile-de-France que les autres régions, sauf pour la médecine générale. Pour autant, le scénario tendanciel retenu par la DREES dans ses projections sur la densité médicale à l'horizon 2030 fait apparaître une baisse de la densité médicale en Ile-de-France de 26 %, soit nettement plus importante qu'en France entière (-10 %).

Pour les professions paramédicales, à l'exception des orthoptistes, la part des plus de 55 ans est plus élevée en Ile-de-France qu'en moyenne nationale. Ainsi, 31,6 % des infirmiers franciliens ont plus de 50 ans (30,6 % France entière) et 17,6 % plus de 55 ans (15,4 % France entière) ; les départs à la retraite d'infirmiers sont estimés à en moyenne près de 4 000 par an pour les cinq ans à venir. Du côté des médecins, le diagnostic met en lumière des départs très importants à la retraite qui ne seront pas compensés par les flux entrants des jeunes médecins formés, du fait de la réduction du numerus clausus intervenue dans les années 1990. En outre, la durée d'exercice des médecins tend à diminuer du fait notamment de l'installation beaucoup plus tardive des jeunes médecins en libéral (en moyenne dix ans après l'obtention du diplôme).

## **2.1.2. Ressources humaines de santé : des enjeux franciliens spécifiques**

### *2.1.2.1. Les enjeux de formation*

Les atouts de la région Ile-de-France en termes de formation médicale et paramédicale sont bien connus : offre importante, présence de compétences de pointe, etc. Pour autant, les difficultés rencontrées par la région pour son offre de premier recours sont repérables dès le stade de la formation.

Ainsi, on constate que, parmi les professionnels infirmiers formés en Ile-de-France, les quotas théoriques de formation ne sont pas atteints (5 560 étudiants pour un quota de 6 540), et qu'en outre les taux de fuite vers la province et d'abandon en cours d'études sont importants. La réingénierie des diplômes avec l'accès au système Licence-Master-Doctorat (LMD) engendre en outre des enjeux spécifiques. De façon générale, la méconnaissance de certains métiers ou de certaines fonctions, le manque de visibilité des dispositifs de formation, l'image difficile associée parfois aux conditions de travail, le manque de perspectives de carrière, le manque de reconnaissance des compétences et des formations universitaires, les salaires jugés insuffisants au regard de l'activité et des responsabilités, figurent parmi les éléments influençant négativement l'attractivité des métiers paramédicaux. Bien que les missions de formation, d'enseignement et plus récemment de recherche soient admises comme relevant des activités des professionnels paramédicaux, elles ne sont pas véritablement identifiées. Cette situation, qui se traduit notamment par une faible appétence à accueillir et former des stagiaires, a un impact à la fois sur les capacités à former les professionnels et sur l'attractivité.

De même, pour ce qui concerne la formation des médecins, on constate que la répartition inégale des professionnels est partiellement liée à la centralisation de l'offre de formation et notamment des stages d'internat. Plus spécifiquement, pour les médecins généralistes, il faut noter que les études de médecine proposent un cursus hospitalo-universitaire qui prépare mal à la médecine générale, à l'exercice de ville et plus généralement induit une hyperspécialisation des étudiants, et ce en dépit de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité au décours des épreuves nationales classantes depuis 2004.

### *2.1.2.2. Les enjeux sociaux*

Le mal-être des professions de santé est souligné par de nombreuses sources depuis plusieurs années. En dépit de leur poids démographique, économique et politique mais aussi de leur prestige scientifique et symbolique, les professions de santé sont aujourd'hui confrontées à des défis qui les inquiètent et les conduisent à interroger leur positionnement social et institutionnel. Les transformations de leur relation aux patients à la faveur des évolutions sociales et technologiques, la crainte de la judiciarisation, la réforme des études ou de la gouvernance des structures hospitalières, la gestion des épidémies, les impératifs d'efficience, ou encore les défis démographiques... nombreux sont les enjeux critiques qui nourrissent le mal-être des professionnels. L'ARS, attentive aux évolutions qui affectent l'exercice de ces professions, souhaite consacrer à leur analyse partagée les espaces de dialogue nécessaires. L'enjeu des transformations en cours est de remobiliser les communautés soignantes autour des valeurs fondamentales de leur métier.

### *2.1.2.3. Les conditions d'exercice*

Les contraintes spécifiques de la vie quotidienne en Ile-de-France affectent tout particulièrement les professions de santé. Qu'il s'agisse du logement ou de l'installation en cabinet, le prix de l'immobilier a nécessairement un impact sur les choix professionnels. La lourdeur des transports est aussi à relier aux difficultés de recrutement des établissements de santé et médico-sociaux franciliens, notamment pour le personnel paramédical, dès lors que les contraintes imposées au personnel infirmier en termes d'horaires nécessitent d'avoir accès rapidement à son lieu de travail. En outre, en Ile-de-France, des enjeux spécifiques liés à la sécurité des professionnels se font jour dans certaines zones de la région.

Les difficultés des professionnels paramédicaux engendrent un raccourcissement des durées d'exercice professionnel et d'abandon du métier. Ainsi par exemple, malgré un quota et un effort important de formation des infirmières, la durée moyenne d'exercice professionnel reste autour d'une douzaine d'années. L'aspiration à de meilleures conditions de vie et/ou de travail conduit les infirmiers à aller vers d'autres régions ou vers d'autres activités.

Plus largement, on assiste à une évolution du rapport au travail des jeunes médecins des deux sexes : comme l'ont très nettement fait ressortir les Etats généraux de l'organisation des soins en 2008, les hommes médecins des générations nées dans les années 1970, sont, comme les femmes, en quête d'un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et tous appréhendent de façon nouvelle leur exercice et leurs modes d'organisation. L'exercice mixte et l'exercice groupé sont plébiscités.

### *2.1.2.4. De nouveaux besoins*

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital. Comme l'a récemment souligné le rapport Hénart, l'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes. Le développement progressif des alternatives à l'hospitalisation classique crée également de nouveaux besoins. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels

de santé encouragées par la loi HPST sont une réponse aux enjeux de la démographie et de la qualité des organisations.

## 2.2 L'offre en prévention et en santé publique

### 2.2.1. Prévention et promotion de la santé

#### 2.2.1.1 Une offre riche mais dont la cohérence est limitée

La planification de l'offre en prévention et en promotion de la santé a été assurée jusqu'en 2010 au travers du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2006-2010. Etabli sur la base d'un diagnostic régional partagé, il prévoyait 5 axes prioritaires : la lutte contre le cancer, l'accompagnement des phases de fragilisation au cours du parcours de vie, la promotion de comportements favorables à la santé, la promotion de la santé auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale et enfin la réduction des risques pour la santé liés aux facteurs environnementaux. Le bilan de ce plan permet aujourd'hui d'établir le diagnostic des atouts et des limites des actions conduites jusqu'à aujourd'hui dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Ce bilan fait émerger certaines difficultés. Elles concernent notamment la cohérence des actions soutenues, renvoyant à des enjeux de gouvernance du PRSP mais aussi à une fragilité dans la démarche de priorisation explicite des thématiques ou des territoires. L'existence de candidats à une subvention l'emporte ainsi parfois sur l'évaluation des besoins dans le choix des actions conduites. Il est difficile d'avoir une vision globale de la synergie et de la complémentarité des actions entreprises et de leurs impacts sur un territoire et/ou une population donnée. Reste que la répartition des subventions 2010 fait apparaître une distorsion importante entre départements franciliens, Paris et la Seine-Saint-Denis ayant reçu plus de deux fois plus de financements que chacun des autres départements. La ventilation par thématique, de même, révèle par exemple la très faible représentation des actions autour de la périnatalité ou de la santé bucco-dentaire au regard de l'importante mobilisation en faveur de la prévention du VIH/sida.

Le bilan des actions conduites révèle aussi l'importante proportion de projets portés par des petites structures, avec, en 2010, 560 promoteurs soutenus pour près de 1 000 projets, conduisant à une certaine atomisation des crédits au détriment, là encore, de la cohérence et de la priorisation. En outre, la situation financière de ces petites associations n'est guère compatible avec le calendrier actuel du financement de l'appel à projet.

#### 2.2.1.2. La qualité du service rendu

L'Ile-de-France bénéficie d'une concentration exceptionnelle d'acteurs de prévention. La qualité des porteurs de projet en termes d'implication et de compétences est un atout majeur pour notre région.

Pour autant, le bilan du PRSP fait également apparaître un enjeu de qualité et d'efficience de l'offre en prévention : les projets financés souffrent d'une visibilité insuffisante au regard de l'évaluation de leur qualité comme de l'efficience globale de la stratégie de subventions conduite. L'analyse de 309 dossiers de projet d'action pour la programmation 2010 révèle qu'un tiers des dossiers présentaient une qualité jugée moyenne ou insuffisante. D'autre part, une enquête de collecte des résultats d'évaluation a été réalisée au dernier trimestre 2010 sur les évaluations des actions financées en 2009. Le taux de réponse des promoteurs a été de 72 %. Mais le taux de non

réponse aux indicateurs de résultats qui essaient de cerner les apports à la population atteint 41 %. Les actions de qualité, ayant fait l'objet d'évaluation externe, ou basées sur des données probantes et des méthodes validées, sont sans doute insuffisamment valorisées et diffusées.

### *2.2.1.3. Des partenariats de qualité*

La plupart des acteurs soulignent la qualité du travail réalisé en partenariat au niveau local. Ces partenariats concernent essentiellement : les autres services de l'Etat au niveau départemental, les municipalités et leurs services de santé (Centres municipaux de santé, Ateliers santé ville, services communaux d'hygiène et de sécurité, etc.) dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, les conseils généraux, et l'Assurance Maladie (actions des CPAM et des Centres d'Examen de Santé). D'autre part, les projets menés en établissements scolaires sont considérés comme essentiels dans la démarche locale de prévention et promotion de la santé. Les territoires de proximité sont une priorité affirmée de la politique de santé publique dans la loi HPST et l'action en santé publique des collectivités territoriales en Ile-de-France est forte et incontournable. Ces dynamiques territoriales permettent de mieux construire les actions et d'être plus performants dans la recherche de leviers et de financements.

### *2.2.1.4. L'enjeu des inégalités sociales et territoriales de santé*

De nombreux dispositifs territoriaux coexistent et parfois se chevauchent en Ile-de-France (Villes santé OMS, agenda 21, ateliers santé ville, zones ANTESYS, projet local de santé, projets médicaux de territoires, projets RIR etc.) tout s'articulant en outre souvent avec d'autres dynamiques. D'une façon générale, les programmes territoriaux de santé publique, basés sur les priorités locales et reposant sur une dynamique basée sur une démarche partagée constituent un élément essentiel de la réduction des inégalités de santé. Le précédent PRSP 2006-2010 avait fixé des objectifs précis pour deux démarches territoriales en Ile-de-France en prévoyant des créations d'ASV dans tous les départements et l'expérimentation grâce aux projets locaux de santé, d'un mode d'articulation locale entre PRSP et Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Actuellement l'Ile-de-France compte une soixantaine d'ASV et seul le département de Seine-et-Marne n'a pas développé ce type de démarche.

### *2.2.1.5. L'articulation entre prévention et promotion de la santé, soins et médico-social*

Les centres municipaux de santé, les centres d'examens de santé, notamment ceux de la Seine-Saint-Denis, et les réseaux de soins, jouent un rôle conséquent en matière d'articulation entre la prévention-promotion de la santé et le soin, en raison de leur nombre important en Ile-de-France et de leur implication en matière de prévention et de promotion de la santé. Certains acteurs sont adossés à des établissements hospitaliers (par exemple les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). L'articulation entre la prévention, l'offre de soins et le médico-social apparaît particulièrement nécessaire en ce qui concerne la santé mentale, les conduites addictives et les violences notamment dans les grands ensembles. Enfin, la prévalence croissante des maladies chroniques, appelant un effort renouvelé de prévention mais aussi d'éducation thérapeutique des patients, souligne l'importance du rôle des professionnels de santé dans une démarche de prévention et de promotion de la santé qui ne saurait être cantonnée aux associations spécialisées.

## 2.2.2. Les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire

### 2.2.2.1. La veille sanitaire

La région dispose d'un éventail particulièrement bien développé d'outils de surveillance en population générale (non spécifiques et spécifiques à une pathologie) à des fins d'alerte, d'évaluation et de gestion de l'offre de soins (dispositif SURSAUD de veille sur les urgences<sup>25</sup>, dispositifs CERVEAU<sup>26</sup>, CAPRI<sup>27</sup> et SERDEAU<sup>28</sup>, maladies à déclaration obligatoire). Certains dispositifs de suivi demandent à être améliorés (shigella, IST, toxicovigilance, etc.). Une étape importante est en passe d'être franchie avec la création d'une plate-forme régionale associant la C[R]VAGS et la Cire (InVS-ARS) pour recevoir, traiter ou réorienter tous signalements sanitaires entrant dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire ou témoignant de la survenue d'un phénomène décrit comme anormal ou inquiétant, constitutif d'une alerte.

Dans le domaine environnemental, l'ARS pilote de nombreux dispositifs de surveillance, soit de pathologies en partenariat avec le CAPTV<sup>29</sup> (saturnisme infantile et intoxications au CO), soit des milieux (suivi de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ; des eaux de baignade, ...). La qualité microbiologique des eaux distribuées à la population est globalement bonne, voire très bonne. Concernant la qualité chimique, quelques secteurs géographiques sont encore alimentés par une eau non conforme vis-à-vis de solvants halogénés (quelques unités de distribution dans l'Essonne ou dans le Val-d'Oise) à des teneurs ne présentant toutefois pas de risques pour la santé des consommateurs, ou bien vis-à-vis des pesticides (notamment en Seine-et-Marne, où quelques communes sont soumises à des restrictions de consommation). La prévention de ces situations repose sur la protection des prises d'eau dans le milieu naturel, la sécurisation des installations de production et distribution d'eau potable, le suivi très régulier de la qualité de l'eau (recherche d'une soixantaine de paramètres, dont des paramètres microbiologiques indicateurs de contamination fécale) par les responsables de production/distribution d'eau et par les services de l'ARS, ainsi que sur le développement d'interconnexions. Enfin, la surveillance de la qualité de l'air et des expositions au bruit est assurée par des organismes indépendants (Airparif et Bruitparif) ayant des liens étroits avec l'ARS. La limite de ces dispositifs est qu'ils portent sur l'élément surveillé lui-même, et non sur l'état de santé des populations exposées à d'éventuels dysfonctionnements.

### 2.2.2.2. La gestion de crise

Le principe de la gestion interministérielle des crises majeures quelle que soit leur nature confie au premier ministre et au ministre de l'intérieur l'autorité au niveau national, déclinée sous l'égide des préfets au niveau local. Le dispositif ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile), constitue un outil interministériel de premier ordre à la main des préfets, permettant la planification des actions à mettre en œuvre en organisant notamment la mobilisation et la coordination des actions de toute personne publique et privée concourant à la protection générale des populations. Il constitue un cadre au-delà duquel chaque acteur doit en outre préparer sa propre organisation de gestion de l'événement.

En situation de crise sanitaire, les préfets de département exercent les pouvoirs qui leur sont conférés en régime courant et/ou dans le cadre d'épidémies. Ils analysent les questions

<sup>25</sup> SURSAUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès

<sup>26</sup> CERVEAU : CEntre Régional de VEille et d'Action sur les Urgences

<sup>27</sup> CAPRI : capacités des réanimations sur internet

<sup>28</sup> SERDEAU : (serveur web) recueille, une fois par jour, les informations des établissements (nombre de lits disponibles) qui ne sont pas connectés au Cyber Réseau, notamment celles des SAMU

<sup>29</sup> CAPTV : centres antipoison et de toxicovigilance

d'organisation et de permanence des soins et en définissent les adaptations, veillent à la continuité de la prise en charge des personnes les plus fragiles, animent et coordonnent les réseaux locaux dans le respect des compétences des collectivités territoriales en lien avec l'ARS ; ils mettent en œuvre les procédures contenues dans les plans ORSEC départementaux. Pour sa part, le préfet de zone assure la coordination et met en œuvre la mutualisation des moyens. La loi du 13 août 2004 relative à la sécurité civile précise qu'en cas d'accident, sinistre ou catastrophe dont les conséquences peuvent dépasser les limites ou les capacités d'un département, il mobilise les moyens de secours publics relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics et déclenche, s'il y a lieu, le plan Orsec de zone. Dans le domaine de la santé, les préfets de département et le préfet de zone ont également compétence pour déclencher les plans blancs élargis préparés par le directeur général de l'ARS. Comme l'ensemble des opérateurs, les préfets peuvent aussi être amenés à mettre en œuvre les dispositions issues des plans nationaux de défense et de sécurité (NRBC, variole, PCR etc.... ) qu'elles aient ou non fait l'objet d'une déclinaison ORSEC.

## 2.3. L'offre ambulatoire

### 2.3.1. Une offre de soins ambulatoire forte mais contrastée

#### 2.3.1.1. Une offre abondante

La densité médicale moyenne place actuellement l'Ile-de-France au deuxième rang des régions, derrière Provence-Alpes-Côte d'Azur. Avec, au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, avec 47 054 médecins en activité totale, la densité moyenne francilienne est de 405 médecins pour 100 000 habitants, loin devant la densité moyenne nationale qui est de 336 médecins en moyenne pour 100 000 habitants. Ainsi, 97 % des Franciliens résident à moins de deux kilomètres d'un omnipraticien, 80 % à moins de deux kilomètres d'un gynécologue, 78 % à moins de deux kilomètres d'un cardiologue ou d'un dermatologue, etc.

L'offre ambulatoire francilienne est d'une exceptionnelle richesse. La région compte ainsi par exemple l'une des plus fortes densités de chirurgiens-dentistes (60 pour 100 000 habitants contre 54,6 en France) et ce malgré une diminution des effectifs (-6,6 % en Ile-de-France entre 2009 et 2 000 versus -2,1 % en France). Fait unique en France, la région se caractérise par une plus forte proportion de médecins spécialistes que d'omnipraticiens (57 % versus 51 %). Ce phénomène s'explique en partie par l'attrait que représente la région dotée d'une offre hospitalière et d'une offre de formation de pointe. Conséquence de la concentration de l'offre en Ile-de-France, les Franciliens optent plus facilement pour un spécialiste du domaine qui les concerne que pour un généraliste. C'est particulièrement le cas pour les pédiatres : 46 % des enfants franciliens vus en consultation le sont par un pédiatre, deux fois plus qu'en province. Les Franciliens consultent également presque deux fois plus souvent un psychanalyste, psychothérapeute ou psychologue.

De même, la densité des professionnels paramédicaux place la région en position favorisée pour l'ensemble des professions à l'exception des infirmiers libéraux.

#### 3.1.2. Les faiblesses de l'offre de premier recours

Aujourd'hui, la densité d'omnipraticiens libéraux francilienne est plus faible que la moyenne nationale (87 pour 100 000 habitants contre 99) et présente de fortes inégalités de répartition :

119,8 à Paris contre 69,8 en Seine-Saint-Denis. En outre, effet aggravant en Ile-de-France, parmi les quelques 10 031 omnipraticiens exerçant en Ile-de-France, 18 % d'entre eux le font au titre de médecin à exercice particulier (MEP), ayant une activité plus restreinte de la médecine générale au profit de l'homéopathie, de l'acupuncture ou bien encore de la gériatrie ou de la nutrition. Si, dans les 10 dernières années, les effectifs n'ont diminué que de 2,9 %, le départ d'un généraliste est souvent vivement ressenti par la population, l'enjeu concernant tant les zones rurales que les zones résidentielles avec une sensibilité particulière dans certains quartiers difficiles où les cabinets ne retrouvent pas de repreneur.

De même, avec moins de 40 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, la densité francilienne est deux fois plus faible qu'au plan national. Cette pénurie peut s'expliquer en Ile-de-France par une diminution de l'offre libérale associée à des difficultés d'exercice spécifiques (charges locatives, difficultés de déplacement, développement de l'interim...) et une présence importante de structures de soins qui « concurrencent » l'exercice libéral dans une plus grande proportion qu'en province.

Enfin, le recours aux officines est également fragilisé car si, aujourd'hui, la densité régionale est favorable, on note des disparités entre, d'une part, Paris, qui connaît une forte concentration d'officines et, d'autre part, les marges rurales de la région telles que l'Essonne Sud et la Seine-et-Marne ainsi que les zones urbaines sensibles. Par ailleurs, cette concentration de l'offre engendre également des faiblesses financières, accrues par les charges immobilières, qui se traduisent dans les chiffres de fermetures d'officines en Ile-de-France qui, avec 35 faillites ou départs sans revente en 2010 (soit 0,86 % des officines de la région) ont connu une certaine accélération au cours de l'année 2010.

### *3.1.3. L'accessibilité géographique et financière de l'offre libérale*

A une densité de spécialistes plus forte que la moyenne nationale s'ajoute pour la région une densité particulièrement élevée de spécialistes exerçant en secteur 2 dit à honoraires libres (69 pour 100 000 habitants versus 35 pour 100 000 habitants en France métropolitaine). En Ile-de-France, 6 spécialistes sur 10 exercent en secteur 2, cette proportion étant de 4 sur 10 sur l'ensemble du territoire français.

La densité régionale en spécialistes cache de fortes disparités entre territoires. Conséquence de la très forte concentration de l'offre dans le centre de la région, plus de 71 % des communes franciliennes ne recensaient aucun médecin spécialiste en 2010. Ainsi, si, à Paris, les deux tiers des médecins libéraux sont des spécialistes, cette proportion tombe à moins de la moitié en Seine-et-Marne.

## **2.3.2. Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches**

### *2.3.2.1. Coordination des soins : l'expérience des réseaux*

Avec plus de 90 réseaux de santé, l'Ile-de-France est la région qui compte le plus grand nombre d'organisations de ce type en France.

Leur apport majeur se situe dans la coordination des prises en charge, qu'il s'agisse notamment de créer des liens entre intervenants autour d'un patient ou de faciliter le maintien à domicile. Constituant une réponse à la difficulté de coordonner autour d'un patient la ville et l'hôpital, les réseaux de santé franciliens mènent des actions en faveur de la qualité des prises en charge

(formations de professionnels, évaluations pratiques, etc.), en faveur de la coordination des parcours de soins, en faveur du maintien à domicile (gestion des urgences, entrées et sorties d'hospitalisation, liens avec les services sociaux, etc.) et en matière d'éducation pour la santé.

Deux départements peuvent être considérés comme bien dotés en termes de réseaux de santé, puisqu'ils concentrent le tiers des réseaux financés sur la région : Paris et les Yvelines. Trois départements bénéficient d'une couverture moyenne : Essonne, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne. Trois départements sont relativement dépourvus : Seine-Saint-Denis, Val d'Oise et Seine-et-Marne. La couverture territoriale est quasi-totale sur les thématiques cancérologies et insuffisance rénale. Elle est relativement bonne pour les thématiques soins palliatifs et gérontologie : couverture des  $\frac{3}{4}$  de la région en soins palliatifs (zones non couvertes :  $\frac{1}{4}$  du 77, les  $\frac{2}{3}$  du 95 et le centre 92) et des  $\frac{2}{3}$  en gérontologie (zones non couvertes : centre 92, sud 93, nord 77, ouest 95). Elle est de 70 % sur le diabète (zones non couvertes : 95, 78 et sud 92). En revanche, un tiers seulement de la région bénéficie de réseaux de précarité/accès aux soins, et des départements tels le 91, le 93, le 95, et le nord 77 ne sont pas du tout couverts sur cette thématique. Sur la santé mentale, l'insuffisance cardiaque, l'obésité ou les pathologies chroniques de l'enfant, l'organisation en réseaux de santé est quasi inexistante. Enfin, Paris et la Seine-Saint-Denis ne sont que très partiellement couverts en termes de réseaux de périnatalité.

Ces structures sont hétérogènes par nature, selon les thématiques, les territoires, les populations. Cette hétérogénéité entrave leur visibilité. Souvent nés de l'initiative de professionnels de santé fortement engagés, structures légères et adaptables, ils sont néanmoins fragilisés par le caractère non pérenne des financements.

#### *2.3.2.2. Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé*

Les maisons de santé sont des lieux de regroupement de professionnels de santé exerçant, en interdisciplinarité, sur un territoire constituant un bassin de vie. En favorisant le travail en équipe et la coordination de soins, en intégrant à leur projet d'autres acteurs du territoire, cette nouvelle forme d'organisation vise à répondre à la désaffection croissante pour l'exercice isolé et de ce fait à maintenir une offre de soins de qualité accessible à tous.

En Ile-de-France, il semble pourtant que ce mode d'exercice se diffuse peu, contrairement à ce qui est constaté dans d'autres régions comme la Franche-Comté et la Bourgogne : 3 maisons fonctionnent et 7 sont en projet, avec le soutien de subventions FIQCS au titre de la réalisation des études préalables, 12 dossiers ont été déposés dans l'appel à projets 2010.

#### *2.3.2.3. Les centres de santé*

A l'instar des autres régions urbanisées et industrialisées comme Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-D'azur, les centres de santé sont fortement implantés en Ile-de-France, malgré une forte baisse ces 40 dernières années (-60 %). On dénombre ainsi près de 300 centres actifs au 1<sup>er</sup> janvier 2010, salariant plus de 9 000 professionnels, essentiellement à temps partiel, et se répartissant de la façon suivante : 91 centres médicaux exclusifs, 51 centres dentaires exclusifs, 133 centres polyvalents (dentaire + médical) et 22 centres de soins infirmiers. Ensemble de structures très hétérogènes, les centres de santé peuvent être gérés par des municipalités, par des associations, des mutuelles ou d'autres organismes (congrégations, établissements publics, caisses d'Assurance Maladie) et sont tous à gestion désintéressée, salariant leurs praticiens et pratiquent le tiers-payant et des tarifs opposables.

Les centres de santé ont un rôle important comme acteurs de santé publique, 90 % d'entre eux déclarant mettre en œuvre au moins une action de prévention ou d'éducation à la santé. Certains d'entre eux accueillent une proportion de patients en situation de précarité ou socialement défavorisée particulièrement élevée. Ils contribuent à compenser partiellement dans certaines zones les fragilités de l'offre, comme l'illustre le cas de la Seine-Saint-Denis, où, selon la CPAM 93, au premier semestre 2010, ils représentaient 8,3% des dépenses ambulatoires d'honoraires, d'actes d'auxiliaires médicaux et de biologie. De même, à Paris où selon la CPAM les centres de santé réalisent 15 % des consultations en ambulatoire, selon les spécialités la proportion atteint un niveau d'autant plus élevé que l'offre de secteur 1 est limitée : 33 % pour la rhumatologie (13 % de l'offre parisienne accessible en secteur 1), 30 % pour les consultations ORL (6 % de l'offre parisienne accessible en secteur 1), 30 % pour la dermatologie (16 % de l'offre parisienne accessible en secteur 1).

Les centres de santé se concentrent en quasi totalité à Paris, dans la petite couronne et dans des chefs lieux de département, laissant de côté des secteurs entiers urbanisés depuis 1960, surtout en périphérie, où des populations en difficulté sont pourtant mal dotées en offre de soins libérale.

De nombreux centres connaissent aujourd'hui des difficultés financières importantes (7 centres sur 10 souffrent d'un déficit chronique d'exploitation). Cette situation tient à de multiples facteurs dont notamment une gestion administrative non maîtrisée, une amplitude horaire inégale, un rapport personnel soignant/autres personnels insuffisant, une part importante de patientèle socialement défavorisés davantage consommatrice de moyens, une activité non rémunérée (prévention, sociale, accès aux droits), le coût du tiers payant, etc.

## 2.4. L'offre des établissements de santé

### 2.4.1. Une offre riche et de qualité...

#### 2.4.1.1. Une offre dense et diversifiée

L'offre hospitalière francilienne est dense, diversifiée et couvre des besoins locaux, régionaux et parfois nationaux. Environ 420 établissements de santé, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble des territoires de santé de la région. La taille et les statuts des établissements implantés en Ile-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, la région compte d'importants Groupes hospitaliers universitaires (GHU) appartenant à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui représente environ un tiers des séjours en Ile-de-France. Parallèlement, plus de 70 établissements publics, 150 établissements privés à but non lucratif et 180 établissements privés commerciaux sont répartis sur le territoire. Environ 180 établissements proposent des activités de chirurgie et 230 en médecine, plus de 200 établissements proposent des soins de suite et de réadaptation une centaine d'établissements sont autorisés à la pratique de médecine d'urgence, une centaine de structures se répartissent à la pratique des activités de gynécologie-obstétrique, et la région compte 75 unités de réanimation. Pour certaines activités très spécifiques nécessitant des actes de haute technicité, l'offre de soins est répartie sur un nombre de structures beaucoup plus réduit (une vingtaine d'établissements pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, une quinzaine d'établissements pour la réanimation néonatale, etc.). Parallèlement à l'offre proposée par ces différentes structures, certaines filières de soins, organisées pour répondre à des besoins précis de santé publique, ont été identifiées et reposent sur un principe de complémentarité entre elles sur un territoire donné. Certaines de ces filières ont été labellisées, à l'exemple des filières gériatriques (une quarantaine en Ile-de-France).

La densité de l'offre francilienne est illustrée par une étude récente de la DREES, qui démontre que l'Ile-de-France est la région où l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est globalement au plus près de la population, le temps médian pour accéder à cette offre y étant de 15 minutes alors est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises<sup>30</sup>.

Pour autant, la région paraît caractérisée par un recours plutôt moindre à l'hôpital que les taux nationaux moyens (en 2009, 213 versus 216 en MCO, 621 versus 517 en SSR, et 339 versus 3893 en psychiatrie). On observe par contre des différences non négligeables entre départements dans les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge.

#### *2.4.1.2. Les évolutions dans la consommation de l'offre*

La consommation de séjours présente des variations très contrastées selon les spécialités. Les augmentations les plus fortes sont observées dans les séances de dialyse + 17,6 %, radiothérapie + 35,7 %, et chimiothérapie + 35,7 %. Ces évolutions sont les plus marquées pour les populations des petite et grande couronnes.

La forte attractivité des établissements de Paris s'exerce en premier lieu sur les résidents de la petite couronne qui ont consommé 29% des séjours produits par les établissements parisiens. Il faut également souligner l'attractivité de certains établissements périphériques sur les habitants des départements limitrophes de l'Ile-de-France ; l'attractivité extra régionale concerne environ 10 % des séjours.

En MCO, entre 2006 et 2009, l'évolution de l'activité produite a été de + 13,6 % en termes de séjours et de + 18,4 % en termes de file active de patients pris en charge. Les parts de marché entre les différents statuts montrent un départ de l'activité du public vers le privé commercial (+ 2 % des patients). L'effet de segmentation des séjours qu'on aurait pu craindre du fait de la T2A n'est globalement pas constaté.

Depuis de nombreuses années l'activité de l'hôpital sans hospitalisation complète se développe. C'est le cas de l'ensemble des activités paracliniques, comme des passages aux urgences sans hospitalisation, des avis et conseils dispensés. C'est aussi constaté pour la chirurgie ambulatoire et pour les activités ambulatoires de chimiothérapie ou de dialyse par exemple, dont la croissance respective entre 2006 et 2009 ont été pour la chimiothérapie de 21 % et de 17,6 % pour les séances de dialyse. Quant à la chirurgie ambulatoire, qui est plus pratiquée en Ile-de-France qu'en moyenne française, elle atteint 80 % pour les 17 actes marqueurs sélectionnés au niveau national.

S'agissant des soins de suite et de réadaptation, alors qu'en 1997, la région était dans le domaine des soins de suite et de réadaptation la deuxième région la plus défavorisée du pays, l'effort consenti ces dernières années a permis d'augmenter le nombre d'établissements de 50 % en 2008 pour totaliser un peu plus de 18 000 lits, la part prise par le secteur privé dans cette évolution étant notable.

#### *2.4.1.3. La qualité des soins prodigués*

En matière de qualité et de sécurité des soins prodigués dans les établissements de santé, les résultats de la certification HAS des établissements franciliens font apparaître une situation régionale favorable. En 2009, sur 437 établissements franciliens éligibles, 115 établissements ont été certifiés, dont 60 avec suivi et 9 gardant des réserves après mesures de suivi, soit 16 %

<sup>30</sup> F.Evain, « A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », DREES, *Etudes et résultats*, n°754, février 2011

d'établissements de santé certifiés avec réserves (taux moyen national : 20 %). La certification avec réserves est bien plus fréquente dans les établissements publics (71 %) que dans les établissements privés, lucratifs (47 %) ou non lucratifs (36 %). C'est en Seine-et-Marne que l'on retrouve la plus forte proportion d'établissements certifiés avec réserves (70 %), suivi des Yvelines (67 %) alors que seuls 43 % des établissements de l'Essonne et 30 % de ceux du Val d'Oise sont dans ce cas. Les deux thèmes qui font plus fréquemment l'objet de réserve concernent la gestion et le circuit du médicament et la politique de gestion des risques.

Concernant la lutte contre les infections nosocomiales, les résultats régionaux font apparaître une évolution favorable depuis 2007 et une comparaison favorable par rapport aux moyennes nationales. Sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, le seul qui fasse apparaître une situation moins favorable que les moyennes nationales concerne le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, ce qui nécessite une réflexion sur l'organisation de cette interface à risque en Ile-de-France.

Concernant la sécurité transfusionnelle, l'Ile-de-France n'est pas en situation d'autosuffisance en matière de collecte et de préparation de concentrés de globules rouges et importe 45% de ses besoins. L'accès aux produits sanguins labiles, le transport des tubes pour analyse reposent sur une organisation logistique fragile (délais) dont la charge va s'accroître du fait des regroupements de plateaux techniques.

## 2.4.2. ... qui fait face à d'importantes transformations

### 2.4.2.1. Le SROS III : un levier majeur de transformations récentes qui rencontre ses limites

Elaboré progressivement dès 2005, le SROS III a porté une ambition majeure en termes de réorganisation des prises en charge, l'un des enjeux ayant notamment été de promouvoir progressivement les seuils minimums d'activités garants des tailles critiques d'organisation, rendus nécessaires pour répondre à des objectifs de qualité de la prise en charge et pour améliorer l'attractivité afin de faciliter le recrutement des professionnels. Cette évolution a été manifeste dans le domaine de la chirurgie avec une réduction progressive du nombre d'établissements (-35 % entre 1996 et 2008) malgré une augmentation globale de l'activité chirurgicale. De même, malgré une augmentation de 12 % des accouchements sur la même période, le nombre de centre périnataux a diminué de 30 %. Les derniers volets publiés du SROS, relatifs à la cancérologie ou à la cardiologie interventionnelle, ont encore poursuivi cette orientation avec des contraintes de seuils d'activité imposant parfois des restructurations importantes à l'échelle des territoires, voire de la région. Le volet imagerie du SROS, publié en septembre 2008 a permis d'augmenter le parc d'équipements mais aussi d'instituer des objectifs d'activité par machine qui ont contribué à impulser une culture de l'efficacité des plateaux médico-techniques.

Au-delà des transformations induites par le SROS, il convient de bien mesurer les bouleversements considérables vécus par le monde hospitalier depuis 2006. Simultanément à l'adoption des SROS de troisième génération, les établissements de santé ont connu une transformation majeure de leurs organisations internes avec la création des pôles et le renforcement du projet d'établissement, fondé sur un projet médical, comme exercice stratégique majeur. En outre, 2005-2006 ont également été les premières années d'une montée en charge très progressive de la tarification à l'activité (T2A) qui ne connaîtra son plein aboutissement qu'en 2011 avec la fin des différents mécanismes d'ajustement dans le secteur public (coefficient de transition).

Enfin, une approche principalement axée sur l'organisation des soins s'est avérée plus efficace pour les prises en charge de patients en phase aiguë de la maladie, ou pour des modalités de traitement fondées sur des techniques précises. A l'inverse, le SROS III avec des objectifs modestes pour l'organisation de la prise en charge des pathologies chroniques (à l'exception du cancer) que ses outils de mise en œuvre (les autorisations opposables par territoire) n'ont pas aidé à compenser.

Les opérations de rapprochement et de recompositions s'inscrivent dans un mouvement de rationalisation de l'offre de soins hospitalière, qui porte notamment sur les plateaux techniques. Dans certains territoires franciliens, ce processus est déjà largement engagé ; dans d'autres, il nécessite d'être soutenu. Parmi la quinzaine de fusions d'établissements publics et ESPIC réalisées ou en cours de réalisation, il aura fallu 20 ans pour réaliser l'hôpital Georges Pompidou à Paris, ou 12 ans pour faire de même avec les hôpitaux d'Evry et de Corbeil-Essonnes. L'expérience du groupement de coopération sanitaire rassemblant les 3 établissements publics de la Seine-et-Marne nord est prometteuse. Il reste que, en 2009, l'Ile-de-France paraissait moins dynamique que d'autres régions dans la formation de GCS (9 pour la région).

#### *2.4.2.2. Le défi de la transversalité*

Malgré l'important travail conduit autour des projets médicaux de territoires dans le cadre du SROS III, la transversalité des prises en charge à l'échelle des territoires reste le défi majeur. Pour ne prendre qu'un exemple, l'insuffisante coordination de la prise en charge des personnes âgées malades est déplorée de manière quasi unanime. Qu'il s'agisse de l'utilisation des urgences hospitalières comme premier recours médical pour des patients âgés habitant à domicile ou en institution ; de la faiblesse opérationnelle des concepts afférents à la prise en charge globale de la personne âgée ; du manque d'implication des hôpitaux dans le suivi post-hospitalisation, y compris pour simplement transmettre les informations utiles au suivi ad hoc par un professionnel de santé identifié ; et même des conditions de la mort à l'hôpital, les indicateurs défavorables à la qualité globale du système dans la prise en charge des personnes âgées sont nombreux et largement étayés par la littérature scientifique ou les rapports qui lui sont consacrés. Plus largement, le phénomène des hospitalisations évitables ou inadéquates illustre un déficit d'articulation entre l'hospitalisation et l'amont ou l'aval des parcours de santé. Les hospitalisations évitables, c'est-à-dire qu'une prise en charge en ville en amont aurait permis d'éviter, illustrent un défaut de cohérence des parcours corrélé avec les inégalités sociales. Une étude de 2006 estimait que 10 % des journées en Ile-de-France étaient « potentiellement évitables » moyennant une prise en charge d'amont adaptée. Les hospitalisations inadéquates, dont on estime couramment qu'elles peuvent représenter entre 15% et 30% des journées hospitalières, sont pareillement le témoignage des marges de progression qui demeurent dans l'articulation entre les différents secteurs de prise en charge.

Longtemps accoutumé à s'organiser seul pour guérir des patients atteints de pathologies aiguës, l'hôpital doit désormais poursuivre un virage amorcé récemment pour s'adapter à la prise en charge de pathologies chroniques et devenir un maillon parmi d'autres de parcours de soins individuels sans cesse complexifiés. Alors que les besoins en hospitalisation complète diminuent, la transition vers la prise en charge en ambulatoire est encore peu aboutie.

#### *2.4.2.3. Le défi de l'efficience*

L'aboutissement de la réforme du financement et la crise économique marquent fortement les perspectives des établissements de santé. Le contexte économique des prochaines années sera fortement contraint autour d'une progression globale de l'ONDAM ralentie (+3 % en 2010, +2,9 %

en 2011, +2,8 % en 2012) avec un impact plus fort sur des tarifs hospitaliers qui pourraient demeurer stables, voire négatifs.

Il faut rappeler que le total des déficits des établissements de santé publics (hors AP-HP) et ESPIC a fortement diminué entre 2007 (132 M€) et 2009 (52 M€). Ces déficits tiennent chaque année compte des aides importantes allouées par l'ARH sur la période, soit conformément aux engagements pris dans le cadre des Contrats de retour à l'équilibre passés avec les établissements déficitaires, soit sous forme d'aides exceptionnelles de fin d'année. En l'absence de ces aides financières de l'ARH, le total des déficits serait passé de 235 M€ en 2007 à 185 M€ en 2009, réduction essentiellement due aux établissements publics hors AP.

En 2010, à l'issue d'un exercice beaucoup plus contraint qu'en 2009, marqué par une stabilité des tarifs et une évolution du nombre des séjours de 0,3 % (hors séances), la diminution du total des déficits (hors AP) avant aides de l'ARS est très sensible. Il s'établit à 105 M€, en baisse de 43 % (79 M€). Cette amélioration est quasiment la même pour les EPS (-38 M€) et pour les ESPIC (-41 M€).

Sur les 185 établissements concernés, 86 clôturent l'exercice à l'équilibre avant aide de l'ARS, 42 en excédent, et 57 en déficit (toujours avant aide contractuelle d'accompagnement au retour à l'équilibre). Parmi ces situations déficitaires, 10 établissements (7 publics et 3 ESPIC) concentrent 60 % du total des déficits. Ils font l'objet en 2011 d'un accompagnement rapproché par l'ARS.

L'évolution du résultat de l'AP-HP constitue une problématique spécifique. Conjuguée aux effets de la résorption progressive du coefficient de transition élevé dont bénéficiait initialement l'institution, une campagne de redistribution de crédits MIGAC de l'AP-HP vers les autres établissements de la région et vers les autres régions a sensiblement réduit le niveau de ses recettes. Cependant, en raison, notamment, de campagnes successives de révision de ses effectifs en liaison avec de complexes opérations de restructuration interne, l'AP-HP parvient à contenir son déficit d'exploitation à un niveau d'environ 1,5 % de sa masse financière.

Ainsi la majorité des établissements de santé présentent en 2010 des résultats d'exploitation favorables mais quelques établissements franciliens, souvent de taille importante, présentent des résultats d'exploitation significativement voire fortement déficitaires en 2010, en raison soit de difficultés héritées (positionnement stratégique, structure architecturale...), soit d'incapacités d'ajustement à des contraintes économiques et budgétaires issues de la réforme de la tarification. Aux défis à venir dans le prolongement de la T2A en termes de reconversions et de concurrence s'ajoute pour de nombreux établissements la contrainte de la mise aux normes des bâtiments.

#### *2.4.2.4. Les ressources humaines hospitalières*

Les activités de santé constituent une prestation de service dans laquelle le facteur essentiel est le facteur humain. Les contraintes tenant aux missions des établissements de santé (ouverture de jour comme de nuit, toute l'année, activités très diversifiées et allant jusqu'aux plus techniques, évolutions des modes de prise en charge...) pèsent lourdement sur leurs personnels et sur l'organisation du travail, et s'ajoutent en Ile-de-France à des contraintes spécifiques (transports). L'environnement hospitalier a particulièrement été touché par la loi dite 35 heures qui a profondément modifié les relations entre professionnels (réduction des temps de transmission, d'échanges et de coopérations) et l'organisation interne des établissements de santé, particulièrement en Ile-de-France où les négociations lors de leur mise en place se sont faites dans de très mauvaises conditions (climat social dégradé, pénurie de personnels infirmiers,...).

## 2.5. L'offre médico-sociale

A la différence du champ sanitaire, le secteur médico-social doit rester dans une perspective de croissance :

- parce que la région dispose d'une offre moins dense que la moyenne nationale (différence avec le champ sanitaire) ;
- parce que l'évolution démographique augmente mécaniquement les besoins médico-sociaux ;
- parce que la mutation épidémiologique que connaît le pays accroît fortement la prévalence des pathologies qui supposent une prise en charge médico-sociale (Alzheimer, Parkinson mais aussi AVC...) ;
- parce que les progrès thérapeutiques rendent progressivement chroniques de nombreuses pathologies aiguës (VIH, diabète, cancer,...) et accroissent de façon spectaculaire l'espérance de vie des personnes handicapées (trisomie, polyhandicapés).

Ces perspectives de croissance nécessaire de l'offre médico-sociale sont du reste consacrées au regard des nombreux indicateurs du CPOM de l'Agence qui sont consacrées à leur suivi<sup>31</sup>.

### 2.5.1. Une offre médico-sociale riche...

S'il est difficile de définir un taux d'équipement cible en matière d'offre médico-sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées, il reste qu'aujourd'hui la région Ile-de-France paraît à bien des égards sous-dotée.

#### 2.5.1.1. Prise en charge des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées doit répondre à des besoins spécifiques. Comme l'a cependant démontré le HCAAM dans son rapport sur les dépenses d'assurance maladie et le vieillissement, les besoins spécifiques de prise en charge des personnes âgées correspondent certes à une prévalence plus élevée des pathologies et incidents, mais surtout à un état général de fragilité qui requiert des parcours de santé tout particulièrement coordonnés et appelle une approche globale d'accompagnement sanitaire et social.

La part des Franciliens de 75 ans et plus devrait augmenter de 1,2 point passant de 6,1 % de la population totale en 2005 à 7,3 % en 2020. Les départements de la grande couronne vont connaître les taux d'évolution les plus élevés (entre 20 et 25 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus et entre 44 et 61 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus), les départements des Yvelines et de l'Essonne étant les plus concernés. De plus, avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter dans les années à venir. Enfin, les projections réalisées par l'INSEE à l'horizon 2025 et 2030 confirment ces évolutions et font apparaître une augmentation majeure du nombre de malades Alzheimer chez les 85 ans et plus (+ 84 % entre 2006 et 2030).

<sup>31</sup> CPOM fiches 4.5, 6.2, 6.3, 9.1, 9.2

Pour l'ensemble des références au CPOM, consultez le détail des fiches disponible sur <http://www.sante-iledefrance.fr/>

L'évolution d'ici 2020 du nombre de personnes âgées dépendantes et de leurs modes de vie entraînera un besoin accru d'aidants professionnels, à domicile comme en institution. Selon les scénarios d'évolution de l'offre d'hébergement en Ile-de-France, il faudrait créer entre 18 000 et 28 500 emplois en institution et 19 400 emplois à domicile entre 2004 et 2020 afin de répondre aux besoins des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et d'améliorer leur prise en charge. En particulier, le nombre d'emplois de personnel soignant devrait progresser de façon soutenue. En institution, 39 emplois de personnel soignant pour 100 résidents seraient nécessaires en 2020. A domicile, la majorité des emplois resteraient des emplois d'aide à la vie quotidienne.

L'hébergement permanent des personnes âgées est assuré par 650 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 59 000 places autorisées en hébergements complet. Le taux d'équipement régional en EHPAD est de 75,4 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus en 2010, soit un taux bien inférieur à la moyenne nationale qui est de 118 places pour 1 000. Il ya près de 60 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) dans la région, qui sont chargés d'informer et d'orienter les usagers, de fédérer les acteurs du secteur et de coordonner les interventions autour des personnes âgées. La région n'étant pas couverte en totalité, avec des situations départementales variées et des évolutions probables, il est prévu de revoir leur nombre ainsi que leur périmètre d'intervention.

L'ARS poursuit le développement de l'offre en mobilisant les crédits disponibles, principalement les crédits relevant du PRIAC et alloués par la CNSA sous forme d'enveloppes anticipées au titre des années 2011-2012-2013, l'objectif restant de contribuer au rééquilibrage territorial de l'offre médico-sociale entre, d'une part, les départements de Paris et de la petite couronne et, d'autre part, les départements de la grande couronne. Une partie de ces crédits sera consacrée à la programmation de premiers appels à projets. Près de 45 M€ vont permettre de financer 4 300 places (hébergement complet, hébergement temporaire, accueil de jour, services de soins infirmiers à domicile) dont plus de 1 100 sous forme d'appels à projets.

#### *2.5.1.2. Prise en charge des personnes en situation de handicap*

Les transformations de l'incidence des déficiences de naissance ou acquises doivent constituer la base de l'analyse prospective des besoins car elles doivent induire une recomposition en profondeur de l'offre (enfant vers adulte, établissement vers milieu ordinaire). De ce point de vue, si l'incidence des principales déficiences de naissance est globalement stable et celle des déficiences acquises probablement en légère baisse, la prévalence des déficiences progresse, elle, de façon importante en raison du vieillissement accéléré des personnes handicapées au regard de la population générale. Celui-ci, qu'illustre par exemple le fait que l'espérance de vie des personnes trisomiques en établissement augmente de 1,7 an chaque année, induit un nécessaire rééquilibrage du soutien aux personnes, des aidants naturels, forcément moins nombreux au fil de l'avancée en âge, vers les structures et les dispositifs d'accompagnement.

Globalement, la région en Ile-de-France est sous-dotée par rapport au taux d'équipement national en ce qui concerne l'accueil tant des adultes que des enfants. Au niveau régional les équipements les plus importants en nombre de place pour enfants concernent la déficience intellectuelle (41 %), les déficiences sensorielles (12 %) puis le handicap moteur (10 %). En termes d'équipement pour l'accueil des enfants souffrant de handicap, la Seine-Saint-Denis enregistre le taux le plus bas, la Seine-et-Marne et l'Essonne ayant un taux supérieur à la moyenne régionale.

Le taux d'équipement en places pour enfants handicapés au 31 décembre 2010 est de 7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, par rapport à la moyenne nationale qui est de 8,0 places. Les 21 200 places offertes se répartissent entre des établissements de type IME (terme générique regroupant, toutes déficiences confondues, les établissements d'éducation spéciale) et Instituts

Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP), des Services à domicile : Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD, 6 818 places). Les structures telles que les Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP) et Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) ne sont pas comptabilisées dans ce bilan, le nombre de places n'étant pas significatifs et l'offre devant s'évaluer en nombre d'enfants suivis.

Pour les adultes handicapés, les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) accueillent les personnes nécessitant des soins constants sur 3 299 places (soit un taux de 0,51 pour 1 000 habitants, versus 0,64 pour la moyenne nationale). Les foyers d'accueil médicalisés offrent 2 507 places à des personnes très dépendantes. Le travail protégé repose sur 16 406 places en Etablissements d'Aide par le Travail (ESAT), soit un taux de 2,53 places pour 1 000 habitants, versus 3,28 pour la moyenne nationale. Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) dont les créations sont récentes, totalisent 1 177 places sur la région.

En matière d'offre à destination des personnes handicapées, l'Ile-de-France se caractérise ainsi par un déficit de places en établissements et services par rapport à la moyenne nationale. Ce retard est progressivement réduit, car la région est engagée dans une forte dynamique de rattrapage et bénéficie depuis plusieurs années du soutien financier du Ministère en charge du handicap et de mesures nouvelles conséquentes, tant sur le budget de l'assurance maladie que sur le budget de l'Etat. Le nombre de places en établissement a ainsi progressé de 85,6 % depuis 2004 et, chaque année, entre 1 500 et 2 000 places nouvelles sont financées en faveur des enfants et des adultes présentant différents types de handicaps, pour des projets portés par des associations gestionnaires. La volonté de maintenir ce dynamisme s'exprime dans le PRIAC qui affiche une programmation ambitieuse de création de 3 345 places nouvelles en établissements entre 2009 et 2013.

### *2.5.1.3 Prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques*

Le secteur médico-social « personnes en difficultés spécifiques » recouvre le champ de la prise médico-sociale en addictologie (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues – CAARUD-, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - CSAPA, Communauté thérapeutique) ainsi que celui de l'accompagnement médico-social et de l'hébergement des personnes ayant des besoins spécifiques (Appartements de coordination thérapeutique, lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés).

L'offre médico-sociale francilienne en direction des personnes en difficultés spécifiques comprend, au 1<sup>er</sup> janvier 2011 : 71 CSAPA (35 « généralistes », 22 spécialisés « alcool », 14 spécialisés « drogues illicites » ; 21 CAARUD ; 1 communauté thérapeutique, constituant ainsi l'offre médico-sociale en addictologie ; 675 places d'ACT ; 384 places en LHSS et 24 places en LAM (dispositif expérimental ouvert depuis décembre 2010).

Si l'offre francilienne présente un certain nombre d'atouts, regroupant au sein du périmètre régional l'ensemble des ressources et des compétences (CSAPA, CAARUD, prise en charge en ambulatoire et en hébergement thérapeutique, consultations jeunes consommateurs, etc.), elle est néanmoins répartie de façon hétérogène et inégale selon les territoires. Par ailleurs, outre le fait que le secteur médico-social en addictologie est récent et qu'en cela il manque encore de visibilité et de lisibilité, le dispositif francilien rencontre plusieurs difficultés et/ou manques qui le fragilisent et participent à rendre son action difficile et complexe.

## 2.5.2. ...mais dont les efforts d'amélioration restent à poursuivre

### 2.5.2.1. Un accès géographique et financier inéquitable

L'offre en EHPAD est déséquilibrée au niveau territorial entre le centre (Paris et petite couronne) et la grande couronne en matière d'accueil des personnes âgées dépendantes, ce qui ne garantit pas un égal accès de proximité. L'accessibilité des lieux d'information et de conseil (CLIC) et de diagnostic doit être améliorée.

L'accessibilité économique des EHPAD présente des difficultés qui vont croissant (écarts accrus entre tarifs et revenus) et font obstacle au libre choix des personnes. Il est d'ores et déjà certain que le reste à charge moyens en EHPAD dépasse les 150 % du revenu disponible, ce qui constitue un défi majeur pour éviter le maintien à domicile contraint, largement générateur de maltraitance.

Dans le domaine du handicap, au niveau de l'offre, on constate un déséquilibre d'équipement dès lors que l'on étudie l'offre par type de déficience et par territoire. Cependant ce constat doit être nuancé par une analyse plus transversale tenant compte des proximités géographiques et des moyens d'accès.

### 2.5.2.2. Qualité et bientraitance : des efforts à poursuivre

Au niveau déconcentré, les agences régionales de santé contribuent, aux termes de l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Le souci de la bientraitance dans les pratiques des professionnels se traduit par une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa singularité et par une valorisation de son expression et de ses droits.

Dans un autre registre lui aussi déterminant pour la qualité des prises en charge, il faut souligner que la garantie de conditions matérielles d'accueil satisfaisantes n'est pas assurée partout, du fait de l'obsolescence d'une partie du parc en EHPAD, mais aussi dans le secteur du handicap des IME et des MAS.

### 2.5.2.3. Articulation avec les établissements de santé : des passerelles à renforcer

En Ile-de-France, alors que les personnes âgées de 75 ans et plus constituent 6 % de la population, ils représentaient en 2009 16 % des hospitalisations et 26,7 % des journées d'hospitalisation (versus 23 % en 2005). Le taux de recours à l'hospitalisation est de 45 % contre 16 % pour les patients de moins de 75 ans. Or ces recours sont délétères pour les personnes âgées, du fait notamment d'une mauvaise coordination des acteurs inadaptée aux besoins spécifiques de cette population.

Le processus de généralisation de la médicalisation des maisons de retraite pour personnes âgées est en cours, la plupart de ces établissements ayant signé la convention tripartite leur permettant d'accueillir des personnes dépendantes et de disposer à cette fin des crédits de médicalisation nécessaires. Le renforcement de cette médicalisation doit se poursuivre afin de mieux prendre en compte non seulement l'accroissement du niveau de dépendance mais aussi le niveau de soins requis par les personnes âgées accueillies. La médicalisation est encore insuffisante dans les

EHPAD qui ne sont pas toujours en capacité d'accueillir dans de bonnes conditions les malades Alzheimer et manquent de personnels formés et qualifiés. Face à ce constat, de nouveaux dispositifs de prise en charge des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement se développent actuellement au sein des EHPAD : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Leur développement traduit la prise de conscience de la spécificité de certaines pathologies et de la nécessité d'un accompagnement spécifique.

#### *2.5.2.4. Des initiatives porteuses pour l'accompagnement du maintien à domicile*

Le maintien à domicile dans de bonnes conditions dépend, pour une part importante, de l'accès aux soins de premier recours. Il demande aussi que les services d'aide à domicile parviennent à résoudre les problèmes de financement, d'émiettement et de professionnalisation auxquels ils sont souvent confrontés.

La région compte une offre importante en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec 200 services totalisant 16 000 places couvrant la totalité du territoire francilien, même si certains territoires nécessitent un renforcement des capacités en places. Mais l'offre apparaît toutefois mal adaptée aux besoins : nature et modalités des interventions, amplitude des horaires d'intervention, notamment en soirée, voire la nuit, orientation prévue de la tarification vers les cas lourds pour fluidifier les sorties de services de soins de suite et de réadaptation, place respective des SSIAD et de l'hospitalisation à domicile, etc. En outre, il n'y a pas une bonne adéquation du mode de financement actuel pour couvrir les évolutions d'activités constatées et les besoins émergents.

La création d'équipes spécialisées Alzheimer, au titre du Plan Alzheimer 2008-2012, constitue une mesure importante de diversification et de renforcement de l'action des SSIAD. Il faut faire mention également des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) destinées à favoriser la coordination des prises en charge relevant à la fois du champ sanitaire et médico-social en vue d'apporter une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne. A la suite des expérimentations menées en 2009-2010, 2 MAIA sont aujourd'hui en fonctionnement sur la région (à Paris et dans le Val-de-Marne). Elles seront suivies en 2011 de 3 nouvelles MAIA, sélectionnées à l'issue d'un appel à candidatures, entamant ainsi le début de la généralisation de ce dispositif sur les territoires.

L'aide au maintien à domicile dans le secteur de l'enfance handicapée est assurée par les SESSAD dont le développement s'est renforcé au cours des dernières années afin de permettre l'intégration de l'enfant dans le milieu ordinaire (notamment pour favoriser l'inclusion scolaire). L'offre qui doit encore évoluer quantitativement pour répondre aux besoins pourrait être mieux adaptée aux besoins d'aide à la pré-professionnalisation (élargissement des âges de prise en charge et des modes d'intervention). De même, en ce qui concerne les adultes handicapés, la montée en charge récente des SAMSAH (les premières structures ont ouvertes en 2007) vient diversifier les modalités d'aide au maintien à domicile.

#### *2.5.2.5. Une offre à développer : les structures de répit et logements-foyers*

L'offre de prise en charge en accueil de jour et en hébergement temporaire (AJ, HT) au sein des EHPAD ou de structures médico-sociales autonomes est indispensable pour concourir au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, en apportant des réponses diversifiées selon leurs besoins. Elles sont actuellement insuffisantes en capacités. Il y a actuellement 2 700 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire autorisés, dont plusieurs centaines sont encore à installer. Face au constat actuel d'un éparpillement relatif de ces places, qui entrave la

capacité d'assurer des prises en charge de qualité et de constituer de véritables solutions alternatives, l'ARS s'est engagée dans l'accompagnement de la restructuration de l'offre en accueil de jour et hébergement temporaire.

Les logements-foyers sont à la frontière entre maintien à domicile et accueil en établissement et permettent de répondre aux besoins de personnes qui, sans être dépendantes, recherchent un cadre collectif offrant sécurité et un minimum de services, un rempart contre la solitude, tout en conservant un statut de domicile de droit commun. Le parc des logements-foyers, ancien et souvent inadapté, a tendance à diminuer. Il compte en Ile-de-France plus de 450 structures avec une capacité de 25 000 places.

Dans les structures pour enfants et adultes handicapés, la diversification des modes d'accueil (accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel, internat de week-end) pour faciliter des périodes de répit est récente et sa mise en œuvre se heurte à des difficultés de financement et de fonctionnement, notamment dans les établissements de l'enfance (la tarification de la majorité des établissements étant basée sur la notion de nombre de journées). Dans les établissements pour adultes, ces modes d'accueils alternatifs posent le problème des besoins spécifiques de transports afin de favoriser l'accès aux services

#### *2.5.2.6. Efficience : une logique insuffisamment développée*

Beaucoup de structures n'atteignent pas la taille critique (SSIAD PH et PA) et restent peu accessibles en raison de l'absence de prise en charge adéquate et suffisante des transports (notamment pour les accueils de jour).

La logique d'efficience de la dépense reste insuffisamment développée : inégalités dans l'allocation des ressources avec des écarts considérables au regard du service rendu (problématique de la convergence tarifaire) et une tarification contre-incitative qui ne tient pas compte de la lourdeur des cas pris en charge (SSIAD et secteur du handicap).

### **3. Diagnostic des ressources financières<sup>32</sup>**

L'ARS doit apprécier les caractéristiques de la région en matière de consommation de ressources publiques afin d'en déduire les leviers d'intervention possibles au regard de ses priorités stratégiques.

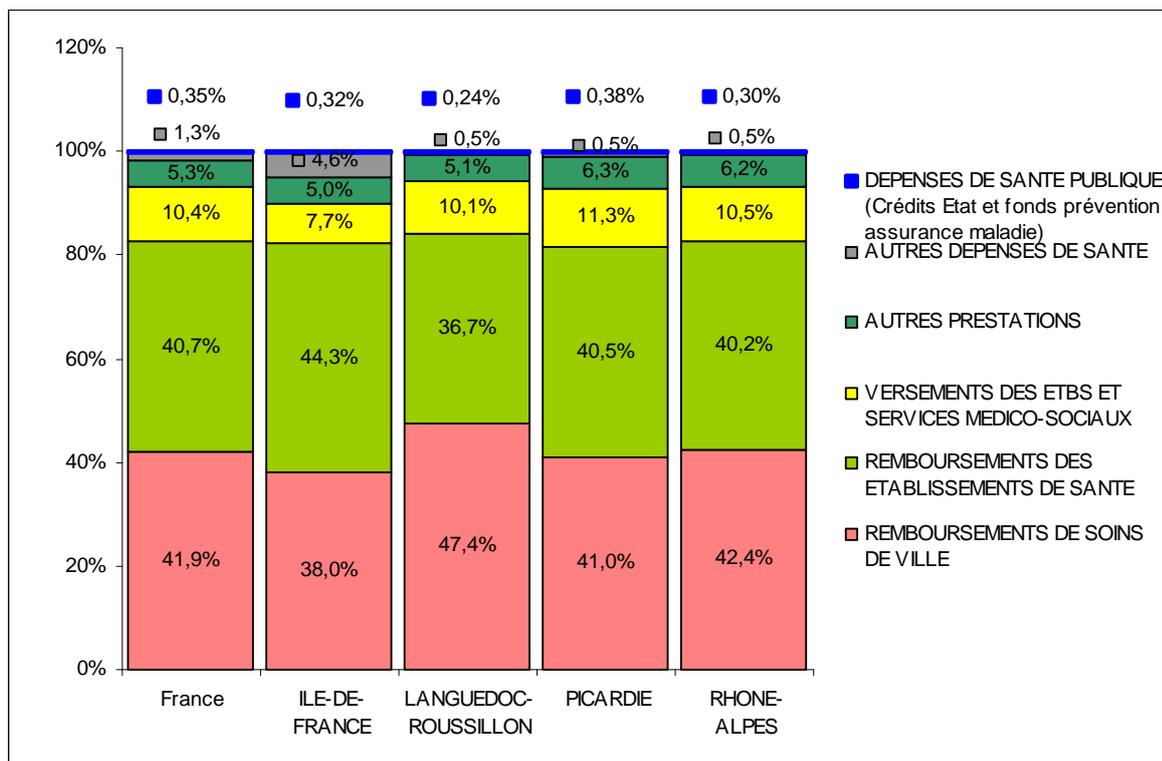
Des outils d'observation sont en construction à l'échelle régionale mais également à l'échelle nationale pour permettre des comparaisons interrégionales. Les présentes données sont issues en grande partie d'un outil, encore en phase de test, développé au niveau national avec la contribution des détenteurs de données. Les conventions de description des dépenses sont issues d'un travail entre l'administration centrale (DGOS, DSS, DREES ...), les régimes d'Assurance Maladie et les agences (CNSA, ATIH). Il s'agit d'états statistiques qui permettent de cibler les grandes caractéristiques de l'Ile-de-France en matière de dépenses publiques (voir en annexe le détail pour la région Ile-de-France). Les montants peuvent donc différer pour un même champ de ceux disponibles par ailleurs (CCSS, CCS, CNAMTS). Ils seront en tant que de besoin complétés d'analyses plus fines issues des systèmes d'information de l'Assurance Maladie ou des agences.

<sup>32</sup> Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Diagnostic des ressources financières du système de santé d'Ile-de-France », 17/03/11 sur <http://www.sante-iledefrance.fr/>

L'état présenté dans ce chapitre n'inclut pas les financements alloués par le Conseil Régional et les Conseils Généraux ou encore les communes sur lesquels les données ne sont pas disponibles (ce qui restreint les capacités de suivis des dépenses de santé sur la région en particulier pour le secteur médico-social et la prévention). L'objectif d'évaluation des actions de l'ARS au regard de la bonne utilisation des fonds publics, dont les fonds sociaux, imposerait à terme l'accès à de telles données.

Les montants qui figurent dans les tableaux ci-dessous portent sur le financement des acteurs de santé par l'Assurance Maladie et l'Etat et pas la consommation de soins et biens médicaux des usagers. Cette analyse ne prend donc pas en compte à ce stade l'ensemble des dépenses de santé, dont la part de financement qui reste à la charge des usagers. Le débat ne peut donc être ouvert sur le montant, la nature et les modalités de couverture du restant à charge. Cet état compare la situation de la région à celle de la France et de trois autres régions aux profils variés (Rhône Alpes, Picardie et Languedoc-Roussillon). La dépense de l'Ile-de-France représente 18,2 % de la dépense nationale.

	Réalisé 2009 (M€)					Part de la région dans la ligne de dépenses nationale
	ILE-DE-FRANCE	LANGUEDOC-ROUSSILLON	PICARDIE	RHONE-ALPES	FRANCE	
DEPENSES DE SANTE PUBLIQUE (Crédits Etat et fonds prévention assurance maladie)	97,88	18,11	18,17	46,74	588,47	16,6%
REMBOURSEMENTS DE SOINS DE VILLE	11 764,18	3 553,12	1 960,29	6 692,10	71 309,42	16,5%
REMBOURSEMENTS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	13 718,99	2 753,20	1 936,19	6 350,15	69 296,88	19,8%
VERSEMENTS DES ETBS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX	2 372,37	755,8	542,33	1 657,55	17 723,29	13,4%
AUTRES PRESTATIONS	1 553,07	383,31	299,27	977,45	9 092,09	17,1%
AUTRES DEPENSES DE SANTE	1 428,50	36,33	22,96	73,5	2 196,15	65,0%
TOTAL	30 934,98	7 499,88	4 779,21	15 797,50	170 206,29	18,2%



Cette approche très macroscopique affiche le poids de l'hospitalisation dans la dépense régionale. L'écart entre les régions peut s'expliquer, d'une part, par le poids de l'hospitalisation privée (notamment en région Languedoc-Roussillon) car les honoraires des praticiens sont décomptés sur les dépenses de ville (majoration de l'ordre de 6 % des dépenses des établissements de santé au niveau national) et, d'autre part, par le coefficient géographique de la région Ile-de-France (7 %) qui vient majorer à activité donnée la dépense des établissements de santé en MCO.

La dépense de santé publique peut être augmentée d'au moins 23 millions d'euros au titre des missions d'intérêt général (MIG) afférentes à l'activité de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des missions de prévention et d'éducation pour la santé, mais également d'une quinzaine de millions d'euros au titre du risque prévention qui ne figure pas dans les états ci-dessus.

L'analyse de la structure de financement des établissements médicaux sociaux montre que globalement la région consacre une part moindre des financements aux établissements médico-sociaux et en particuliers pour ceux accueillant des personnes âgées.

# PARTIE III - LES PRINCIPES QUI VONT GUIDER L'ACTION DE L'ARS

L'ARS a identifié 8 principes qui devront structurer son action et fixer le cap de ses interventions au service de la santé des Franciliens. Ces principes expriment tout d'abord les convictions et valeurs auxquelles l'ARS Ile-de-France est attachée, au premier rang desquelles la poursuite de ses missions de service public pour la solidarité et l'égalité. Ces principes sont aussi l'expression des exigences qui s'imposent à l'ARS au regard des traits spécifiques de la santé de la population dans la région mis en valeur par le diagnostic ci-dessus.

## 1. Investir dans la prévention pour éviter les soins inutiles

Notre système de santé a longtemps réservé une place prédominante aux soins, sans réellement considérer la prévention comme prioritaire. La démarche préventive, incluant la promotion de la santé, existe bien, mais elle n'est pas valorisée et est souvent totalement coupée de la réflexion sur les services de soins. Pourtant, le système de soins n'est qu'un des déterminants pour résoudre les problèmes de santé : les facteurs biologiques et génétiques, les comportements individuels et collectifs et l'environnement (social, économique, culturel, physique) y contribuent pour une large part.

La région Ile-de-France dispose d'une offre de soins riche et diversifiée ; s'il importe certes d'œuvrer pour optimiser son organisation, il n'en reste pas moins que, pour l'ARS, c'est du côté de l'offre de prévention, trop souvent secondaire, qu'il convient surtout de faire porter l'effort d'amélioration. Au demeurant, le fait est que tous les acteurs de santé, y compris les acteurs du soin et l'hôpital, ont un rôle à jouer en matière de prévention au quotidien. A cet égard, l'ARS souhaite promouvoir une approche intégrée qui, à chaque fois que c'est utile et nécessaire, privilégiera le préventif au curatif.

## 2. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs

Le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne a mis en lumière l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé dans la région. Depuis les travaux en santé des populations menés dès le milieu des années 1980, il est établi que les déterminants macro-sociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements individuels ou les soins médicaux. C'est donc sur ces déterminants qu'il convient de focaliser l'action. L'horizon de cet enjeu est aussi celui de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, les déterminants de la santé ayant un impact fortement stratifié socialement et différencié selon les territoires. Habitat, environnement, transports, éducation : parce que les déterminants de la santé sont multiples, ils appellent une mobilisation de tous les acteurs en région, que l'ARS a pour mission d'orchestrer.

Le principe est simple, et décisif : « mettre la santé dans toutes les politiques en région ». L'ARS ne peut ni même ne doit être l'unique acteur de cette politique. Elle doit en revanche animer une prise de conscience collective et promouvoir un effort global de décloisonnement. Le leadership régional et la coordination des politiques publiques sont un principe d'action cardinal de l'ARS afin que les inégalités de santé soient à l'avenir prises en compte dans toutes les politiques conduites en région.

### **3. La protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires**

La maîtrise des risques sanitaires, en particulier des épidémies et des risques environnementaux qui concernent tout spécifiquement une l'Ile-de-France, a toujours été au fondement de la mission régaliennne de protection de la santé publique. Pour autant, les attentes sociales ont fortement évolué en la matière ces dernières décennies, sous l'effet conjugué des crises qu'a connues notre système de santé et de l'émergence de nouveaux risques, notamment environnementaux et iatrogènes, conduisant à l'émergence de dispositifs de veille et de sécurité sanitaire de mieux en mieux structurés et efficaces. Notion récente, la sécurité sanitaire est devenue aujourd'hui une notion naturelle et impérative faisant l'objet d'attentes très fortes de la part des citoyens. Après s'être largement centré sur la médecine curative et l'espoir dans le progrès thérapeutique, notre société a redécouvert la nécessité de la prévention et les vertus de la précaution face aux risques. Cette évolution engage une expansion considérable du champ des politiques de santé publique ; alimentation, environnement ou sécurité des milieux, comportements à risque sont dorénavant l'objet d'une veille attentive pour répondre au mieux aux besoins de protection des populations. Cette mission, exigeante, doit être remplie en étroite collaboration avec les préfets et leurs services, afin que la population puisse être assurée d'un contrôle efficace de toute situation mettant en cause sa santé.

La protection des usagers passe également par la sécurisation du fonctionnement de l'offre de soins. La vigilance concerne ici la nécessaire prévention des infections liées aux soins, mais aussi la garantie de la réactivité de l'offre en termes quantitatifs, en cas de crise sanitaire, de pic épidémique, etc. Il s'agit aussi de protéger les patients face aux dysfonctionnements, en sécurisant la qualité des pratiques professionnelles des acteurs du soin et de la prise en charge médico-sociale.

Face aux crises sanitaires, aux risques environnementaux, aux risques iatrogènes, l'ARS réunit des compétences et des savoir-faire qui font l'objet d'attentes fortes de la part des citoyens. En lien avec les préfets, elle doit renforcer la lisibilité et l'unité d'action des pouvoirs publics pour mieux veiller sur les risques sanitaires, les contrôler et les prévenir.

### **4. La structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonnée aux besoins**

Les problématiques générales d'aménagement du territoire (bassins de vie et d'emploi, zones d'attractivité, transports...) évoluent rapidement dans notre région ; l'offre de santé doit s'adapter à cette évolution. Le poids historique de l'AP-HP et la concentration de l'offre médico-sociale hors Paris et petite couronne illustrent l'inadéquation de l'offre aux besoins actuels des populations franciliennes. Il convient donc de repenser cette organisation à partir des besoins et non pas de l'offre ou des structures existantes.

La création des ARS marque la volonté politique de renforcer le pilotage régional de notre système de santé pour lui permettre de mener des politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population, de chaque territoire. La vocation de l'ARS n'est pas de conduire les mêmes actions sur l'ensemble de la région, mais au contraire d'avoir la préoccupation d'apporter des réponses réellement adaptées au terrain local et aux populations. Pour quelque sujet que ce soit, aussi bien pour développer une action de promotion de la santé, pour garantir la qualité d'un parcours de santé d'un individu ou pour assurer un accompagnement ou une prise en charge adéquats d'une personne dépendante, que ce soit seule ou en partenariat avec d'autres institutions compétentes, l'ARS doit rechercher la meilleure adaptation possible de ces services aux problèmes identifiés, aux besoins manifestés. Cette logique s'exprime tout particulièrement s'agissant des missions de service public assurées par les établissements, dont un bilan stratégique doit permettre d'adapter la réponse aux besoins.

Outre qu'elle impose de disposer de diagnostics locaux pertinents grâce au développement d'une faculté d'observation renforcée, cette ambition implique de porter une particulière attention aux préférences et aux attentes des usagers : souhait de rester à domicile pour les personnes en situation de perte d'autonomie, besoin d'une offre de soins alliant proximité et qualité, exigence d'excellence sur certains segments spécialisés du soin requérant des compétences et des plateaux techniques centralisés, sont autant de préférences des usagers que l'ARS doit chercher à honorer. Pour atteindre cet objectif il est essentiel d'une part de disposer d'informations permettant de décrire dans le détail les parcours de santé des usagers et d'autre part de conduire de travaux de modélisation de ces parcours, ce pour quoi, l'ARS s'engagera tant au niveau régional qu'au niveau national.

## **5. La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale**

Devant le constat de l'insuffisante coordination des parcours de santé la volonté politique qui a porté les ARS avait pour mot d'ordre le décloisonnement. Car les exemples sont nombreux qui illustrent l'insuffisante cohérence des différents segments d'un parcours de santé et le déficit de qualité et d'efficience qui en résulte, que l'on songe aux enjeux de la sortie d'hôpital, aux hospitalisations évitables ou inadéquates, notamment chez les personnes âgées, etc. L'un des défis majeurs que doit relever l'ARS est donc de promouvoir une approche intégrée des parcours de santé, qui permette de prendre en compte l'ensemble du parcours de la personne, que ce soit entre le préventif et le soin, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social. Le compartimentage des interventions professionnelles ne doit désormais plus obérer une approche globale de la personne et de ses besoins. Il s'agit de garantir aux usagers des parcours cohérents, fluides et complémentaires.

Le regroupement au sein de l'agence de compétences jusque là exercées par de multiples acteurs constitue une première réponse. Elle ne saurait être la seule. Dans une logique de décloisonnement, l'ARS recherchera la meilleure coordination des interventions en faisant évoluer l'organisation des secteurs de la prévention, du soin et du médico-social dans le sens d'une prise en charge globale des patients.

La cohérence des parcours de santé des usagers implique aussi une articulation avec leur quotidien de vie et, si nécessaire, une coopération avec les acteurs du champ social. L'organisation de complémentarités fortes est ici un impératif pour l'ARS.

## **6. L'amélioration de l'efficacité et la garantie de la qualité des prises en charge vont de pair**

De nombreuses conditions sont aujourd'hui réunies pour réussir un bond en avant en matière d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficacité du système de santé.

En tout premier lieu, il est aujourd'hui largement admis que la qualité des prises en charge et leur caractère efficace vont de pair. Les acteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître que mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge et que la qualité des prises en charge est pleinement convergente avec la gestion du risque pour optimiser les ressources et moyens mis en œuvre. Le coût de la non-qualité fait maintenant l'objet d'études régulières, notamment en milieu hospitalier, permettant d'objectiver ce constat.

Les conditions sont aujourd'hui réunies pour agir, dès lors qu'il existe désormais un fort consensus sur les faiblesses de notre système de santé, dont certaines sont particulièrement vérifiées en Ile-de-France : une inadaptation à la prise en charge des pathologies chroniques (dont le poids est prépondérant dans les dépenses et en forte croissance), une faiblesse du préventif par rapport au curatif, une hypertrophie du secteur hospitalier au détriment de l'offre de premier recours ou des offres alternatives, un manque de coordination, des incitatifs financiers pas toujours bien orientés... Le concept d'efficacité dispose dorénavant d'un haut niveau d'acceptabilité, qui s'explique par la maturité des démarches et des outils de régulation : les mesures comptables ont cédé la place à une régulation plus médicalisée, mettant l'accent sur la pertinence des pratiques et cherchant une réconciliation permanente entre les enjeux d'efficacité et les enjeux de qualité.

## **7. Une démocratie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé**

Le renforcement des capacités d'observation de la santé en région est un impératif, de même que la transparence des informations produites. L'optimisation des recueils existants doit se doubler d'une ambition forte pour créer et valoriser de nouvelles sources d'information. Il s'agit bien sûr en premier lieu de disposer d'informations pertinentes pour structurer le diagnostic des besoins et la réponse politique adaptée aux territoires et aux populations. Surtout, l'ARS considère surtout que la production d'informations transparentes sur le système de santé est un impératif de la démocratie sanitaire.

En effet, le partage de l'information est un préalable à une réelle inclusion des acteurs institutionnels, élus ou professionnels, dans la gouvernance démocratique de la santé en région. De même, les usagers, citoyens et contribuables, ont le droit de connaître et de comprendre l'organisation du système de santé et de pouvoir analyser ses atouts et ses faiblesses, en termes de coordination, de sécurité ou de qualité. La production et la diffusion de l'information, préalables à tout exercice d'un « droit de regard » et d'un « droit d'intervention », sont une condition incontournable de toute démocratie réelle, et la démocratie sanitaire n'échappera pas à cette exigence.

## 8. La créativité des acteurs locaux est un levier majeur du changement

Dans un environnement en mutation, l'ARS doit impulser et accompagner les évolutions rendues nécessaires. Cela passe en tout premier lieu par la sécurisation des professionnels de santé et le soutien à leur développement professionnel. Elle doit s'allier, en les encourageant et en les soutenant, les capacités d'innovation des acteurs de santé sur le terrain. Elle doit faire émerger la créativité, l'expérimentation et favoriser des comportements adaptatifs de la part des professionnels dans les territoires. Ce soutien à l'innovation concerne également l'accompagnement des nouvelles technologies ainsi que l'optimisation de l'organisation interne et des coopérations entre acteurs de santé. La région Ile-de-France est ici favorisée par la présence d'acteurs déjà fortement impliqués et novateurs.

Attentive à la rigueur scientifique comme à l'efficacité économique, l'ARS veillera à l'évaluation de ces nouvelles pratiques et développera ses liens avec les institutions de recherche, afin de promouvoir des pratiques reconnues efficaces et efficientes. Convaincue que l'échelle régionale est la plus pertinente pour déployer des travaux de recherche et d'expérimentation en matière de gestion et de performance du système de santé, l'ARS s'attachera à développer les connaissances en la matière en lien avec les équipes et institutions franciliennes.

SOU MIS à CONCERTATION

# PARTIE IV – OBJECTIFS STRATEGIQUES

Déclinant ces principes constitutifs du sens de son action, l'ARS définit une série d'objectifs qui dessinent la matrice de l'action telle qu'elle sera organisée dans les différents schémas du Projet régional de santé. Ces objectifs ont vocation à structurer les différents schémas de façon à garantir qu'ils soient non seulement cohérents, mais même et surtout synergiques et intégrés.

## 1. Garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé

La demande des Franciliens est d'accéder à une offre de santé de qualité. Le service rendu aujourd'hui par l'offre de santé de notre région est d'une particulière richesse, mais le diagnostic établi par l'ARS fait valoir que des marges de progression demeurent dont il convient de se saisir en améliorant l'équité de l'accès à cette offre, sa lisibilité, et en protégeant mieux les usagers contre les dysfonctionnements ou les défauts de sécurisation des parcours de santé.

En amont de toute action sur les parcours de santé, il convient de rappeler que les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. Comme l'a révélé le diagnostic de l'état de santé des Franciliens, l'état de santé de la population est déterminé, en amont de tout recours aux soins comme de toute prise de risque individuelle, par les conditions de vie, dès l'enfance, par les conditions de travail, par l'environnement, l'habitat, l'utilisation des transports, etc. Dès lors, l'ARS Ile-de-France souhaite axer ses actions de prévention vers la lutte contre les déterminants défavorables à la santé. L'amélioration des conditions globales de vie des Franciliens est la prémisses à toute action en matière de santé. Ce n'est que sur la base d'une coordination de l'ensemble des acteurs régionaux pour agir résolument sur les déterminants structurels de la santé que peut se construire la stratégie propre de l'ARS pour garantir à chaque Francilien un parcours de santé sécurisé, accessible et lisible.

Pour assurer à chaque Francilien un parcours de santé cohérent adapté à ses besoins, l'ARS se fixe plusieurs objectifs stratégiques : il s'agit d'abord d'optimiser l'entrée dans les parcours de santé, en renforçant notamment la prévention et l'accès aux dépistages (1.1) ; il s'agit ensuite d'assurer à chacun une porte d'entrée optimale dans le parcours de santé, à travers le renforcement de l'offre de premier recours (1.2) ; il s'agit enfin de garantir un certain nombre de principes structurants dans le déroulement de ces parcours, parmi lesquels l'équité d'accès, le respect des personnes, de leur autonomie et de leurs droits, mais aussi la cohérence et l'absence de ruptures ou la gradation des niveaux de recours (1.3). Une telle action de structuration en profondeur des parcours de santé requiert que l'ARS se dote de quelques domaines d'intervention prioritaires en la matière ; si l'ambition demeure bien celle d'organiser l'ensemble des parcours de santé, c'est d'abord sur plusieurs parcours que se concentrera l'action, selon des choix de priorisation dictés par le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne (1.4).

## 1.1. Entrer au bon moment dans le parcours de santé

A la croisée de l'action préventive et de l'action curative, plusieurs pratiques déterminent l'entrée des patients dans le parcours de santé au moment opportun pour une prise en charge optimale.

En premier lieu, l'entrée opportune dans le parcours de santé nécessite d'optimiser l'offre de dépistage et de repérage précoce. L'enjeu concerne particulièrement en Ile-de-France la pratique des dépistages organisés, pour le cancer du sein et le cancer du colon, auxquels l'accès est marqué par de fortes inégalités sociales et qui font l'objet d'un suivi particulier dans le CPOM de l'Agence<sup>33</sup>. Les nouvelles modalités de dépistage du VIH doivent également être fortement promues. La question de l'articulation de ces dépistages avec une prise en charge réactive et de qualité par le système de soins est cruciale.

Dans le champ du handicap, le repérage des troubles dès la petite enfance constitue un enjeu majeur dans la mesure où la précocité de la prise en charge permet des progrès souvent plus importants qu'à un âge plus avancé et évite les situations dites de « surhandicap ». Il s'agit donc d'un enjeu important qui interroge à la fois l'existence en nombre suffisant de structures adaptées et le fonctionnement des relations entre les acteurs de la petite enfance. Du fait d'un taux important et en hausse de naissances prématurées, de l'impact des inégalités sociales sur la qualité des suivis de grossesse et de la hausse de l'âge moyen des mères, avec de fait une prévalence des malformations congénitales qui ne diminue pas (2,5 % des naissances), l'ARS Ile-de-France souhaite augmenter, en lien avec les conseils généraux, le nombre de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), dont l'offre (22 établissements principaux sur 27 sites) ne paraît pas répondre aux besoins (délai d'attente important à la première consultation, etc.).

Par ailleurs, permettre aux patients d'entrer au bon moment dans un parcours de santé c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper et éviter les situations de crise et les prises en charge inadéquates à l'hôpital. Le concept d'hospitalisation « évitable » (qui ne signifie pas hospitalisation « non-pertinente » ou « inadéquate » ou non justifiée médicalement) permet d'identifier des populations qui ont recours à l'hôpital alors que des soins primaires auraient stoppé l'aggravation. Selon une étude réalisée en 2006, les hospitalisations potentiellement évitables représentaient 5,7 % de l'ensemble des séjours et 10 % des journées en Ile-de-France, avec des durées moyennes de séjour de 50 % plus élevées signalant une gravité particulière des situations. Trois pathologies représentaient plus de 50 % du total des pathologies pour ces hospitalisations évitables : les complications du diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme. Ces constats appellent une amélioration des conditions de suivi en ville, notamment en termes d'accessibilité géographique et financière ou de permanence des soins. Le renforcement de l'offre de premier recours est ici l'enjeu clé. Pour les populations âgées dépendantes, l'enjeu réside aussi dans la médicalisation des EHPAD.

Enfin, une entrée pertinente dans un parcours de santé peut aussi commencer par un accès opportun à la vaccination. Dans le domaine des vaccinations, l'Ile-de-France fait face à d'importants enjeux s'agissant de la tuberculose, pour laquelle la région francilienne est la seule en métropole où persiste une indication de proposition systématique du BCG. L'autre enjeu francilien majeur concerne la rougeole, pour laquelle on constate une forte recrudescence du nombre de cas (en Ile-de-France, 13 personnes ont contracté la rougeole en 2006, 35 en 2008, 162 en 2009, 773 en 2010 et 266 déclarés entre le 1er janvier et le 17 mars 2011), et une couverture vaccinale insuffisante en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne, dont l'amélioration constitue un élément du CPOM<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> CPOM fiche 2.3. pour le dépistage du cancer colorectal et Fiche CPOM 4.3. pour le dépistage du cancer du sein

<sup>34</sup> CPOM fiche 2.4

## **1.2. Entrer au bon endroit dans le parcours de santé : structurer le premier niveau de recours aux soins préventifs et curatifs**

La notion de premier recours recouvre la question de la porte d'entrée dans le système de santé, qu'il s'agisse de la prévention ou du soin, l'enjeu du suivi des patients et de leur parcours de santé, et le relais auprès des usagers de l'ensemble des politiques de prévention et de santé publique. Les acteurs de l'offre de soins de premier recours sont nombreux, du généraliste au pharmacien en passant par les auxiliaires médicaux, certains spécialistes, les dentistes, les offreurs de prévention etc. En outre, le fait est qu'aujourd'hui les services d'urgences sont utilisés par une partie des patients en guise de premier recours.

L'offre de premier recours est donc riche dans notre région. Pour autant, le diagnostic conduit par l'ARS sur l'état de santé et sur l'état de l'offre révèle que ce niveau de recours est insuffisamment structuré. Défaut de lisibilité, limites d'accessibilité, manque de cohérence... les constats franciliens convergent pour faire de la structuration de ce premier niveau de recours un axe transversal et fondamental de l'action de l'ARS. Les fragilités de l'offre francilienne de premier recours sont connues : sous-représentation des médecins exerçant la médecine générale dans la région (au profit d'une surreprésentation des modes d'exercice particuliers, etc.), fragilité financière d'un nombre croissant d'officines, faible densité d'infirmières installées en ville, déséquilibre entre secteurs conventionnels et entre territoires avec pour résultat une accessibilité inéquitable, cloisonnements entre secteurs d'offre, etc. Il s'agit de répondre à une situation tendue : les acteurs de santé manifestent un certain découragement, les jeunes professionnels revendiquent d'autres modes d'organisation de leur travail et la pratique des soins de premier recours peine à s'adapter aux nouveaux besoins des usagers. A partir de ces constats, l'ARS Ile-de-France fait donc du développement et de la valorisation d'une offre qualitative de premier recours dans tous les territoires une priorité.

L'ARS a pour objectif de travailler sur le renforcement du premier niveau de recours à l'offre de santé dans l'ensemble des actions qu'elle conduira au travers du PSRS et des schémas. En effet, pour structurer ce premier niveau de recours, les leviers dont dispose l'ARS sont multiples : y concourent par exemple l'appui à la formation initiale et continue, l'aide à l'installation, le soutien à la qualité des pratiques, la promotion des coopérations entre professionnels, etc. Les objectifs stratégiques qui figurent dans ce PSRS sont donc nombreux à contribuer, à différents niveaux, au renforcement du premier recours.

Cette volonté partagée par l'ensemble des acteurs va permettre de renforcer l'offre préventive, curative et d'accompagnement des personnes dépendantes dans des territoires de proximité. L'objectif ici est de permettre à la population un égal accès à la santé et pas seulement à la médecine. La structuration du premier niveau de recours doit en effet favoriser l'accès aux soins, mais aussi à la prévention et, en lien avec les collectivités territoriales, aux services sociaux de proximité.

## **1.3. Bénéficier d'un parcours adapté à ses besoins**

Chaque Francilien doit avoir accès à un parcours de santé adapté à ses besoins. Pour l'ARS, cela signifie qu'il convient de s'assurer que les parcours sont accessibles à chacun, en tout point du territoire régional et à tout moment (1.3.1.) ; qu'ils sont cohérents, sécurisés et gradués de façon à éviter toute rupture de suivi (1.3.2.) ; et enfin qu'ils sont respectueux de l'autonomie et des droits des personnes (1.3.3.).

### 1.3.1. Garantir l'accessibilité des parcours de santé

#### 1.3.1.1. Equilibrer la répartition géographique de l'offre de santé

La densité de l'offre de santé francilienne recouvre d'importantes disparités entre la zone centrale de Paris et de sa petite couronne, et les zones périphériques de grande couronne. L'ARS a vocation à œuvrer en faveur d'un rééquilibrage de cette offre au profit des zones moins bien équipées en fonction des besoins repérés.

Dans l'exercice de cette mission, l'ARS a doté la région dès le début 2011 d'un comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ce comité régional répond, comme l'avait prévu le décret de 2003 relatif à la création de l'ONDPS, à la nécessité de disposer tant au niveau régional que national, de données fiables et d'analyses approfondies sur la situation démographique des professions de santé.

Déjà largement engagée lors du SROS de deuxième génération notamment sur le volet périnatal, le SROS III a confirmé la volonté régionale de rééquilibrer progressivement l'offre de soins au profit des périphéries par le transfert (ou la non augmentation) de l'offre de soins parisienne. L'articulation dans le SROS III entre la notion d'autorisation d'activité de soins et l'approche territoriale a été l'outil principal au bénéfice de cet objectif d'équité géographique. Les volets thématiques prévoient les implantations en fonction principalement de critères populationnels ou géographiques, et devenaient ensuite opposables aux promoteurs. Cet objectif a notamment conduit au renforcement de structures hospitalières dans les départements de petite et grande couronnes au gré du développement de centres périnatals de type III ou du renforcement de structures de réanimation ou surveillance continue. La volonté de l'ARS d'affirmer la composante territoriale de l'offre de soins nécessitera en particulier de travailler avec l'AP-HP sur la nature de ses partenariats avec les autres établissements de santé.

Le SROS PRS devra poursuivre et amplifier la réorganisation de l'offre hospitalière francilienne entamée dans le SROS III afin d'une part de garantir un équilibre entre le centre de la région et sa périphérie, et d'autre part d'optimiser cette offre et les financements afférents de façon à trouver des « marges de manœuvre » pour soutenir les actions de prévention et répondre à des besoins actuellement non couverts.

En matière d'offre ambulatoire, l'ARS est chargée de déterminer les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Cette mesure permettra d'actualiser les zones « déficitaires » ou « sous-dotées » prévues respectivement dans les conventions médicales (avenant 20) et infirmières (avenant 1). En outre, s'agissant de la lutte contre l'inégale distribution géographique de l'offre libérale sur le territoire régional, l'article 46 de la Loi HPST crée un contrat d'engagement de service public à l'attention des étudiants et internes en médecine. En Ile-de-France, l'accent sera mis sur la nécessité de sélectionner une proportion importante de futurs médecins généralistes parmi les candidats, les lieux d'exercice prioritaires concernant notamment les zones considérées comme déficitaires en offre de premier recours.

#### 1.3.1.2. Garantir l'équité financière

La situation de l'Ile-de-France en termes d'offre de soins à tarif opposable est particulièrement inquiétante. La part des dépassements dans certaines zones du territoire régional et pour certaines spécialités peut conduire à la quasi-absence d'offre à tarif opposable. Si, sur cet enjeu, les moyens d'intervention sont principalement entre les mains des signataires de la convention

médicale, l'ARS, garante de l'accès aux soins de la population et de la promotion de l'égalité en santé, doit pouvoir envisager avec ses partenaires de l'URPS médecins, les possibilités d'action sur ce sujet. Les travaux initiés avant la création de l'ARS concernant l'observatoire de l'offre et l'accès aux soins en Ile-de-France doivent pouvoir se prolonger et se renforcer entre l'ARS et l'URPS. L'association des usagers à la réflexion doit également être promue en vue de la définition d'un programme d'actions. Chargée de veiller à l'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire régional, l'ARS favorisera l'implantation d'une offre garantissant un accès à tarif opposable, notamment au travers des structures d'exercice collectif<sup>35</sup>.

L'accessibilité des EHPAD est, elle aussi, très largement inéquitable au plan financier. L'ARS souhaite mobiliser plusieurs leviers pour permettre l'accessibilité économique des EHPAD au plus grand nombre : maîtrise des prix dans le cadre d'une politique tarifaire affichée, aide à l'investissement, incitation des établissements à mutualiser leurs moyens.

### *1.3.1.3. Assurer la disponibilité des soins pour les besoins non programmés*

Chaque Francilien doit pouvoir accéder à une offre de santé adaptée à ses besoins même lorsque ceux-ci n'étaient pas programmés. L'ARS se fixe pour objectif de renforcer la permanence d'accès aux soins.

Depuis leur création au milieu des années 1960, les services d'accueil des urgences ont connu une croissance soutenue et régulière de leur activité. Entre 1997 et 2008, le nombre d'urgences accueillies dans les établissements de la région a augmenté de 47 %, atteignant près de 3,4 millions. L'activité est assumée à 78% par les établissements publics, dont près de 30 % à l'AP-HP. Cette évolution indique que de nouvelles fonctions sont assumées par les urgences : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits, notamment pour la prise en charge des populations à faible niveau de ressources, substitution partielle à la médecine de ville et à la permanence des soins ambulatoire. Ainsi, les motifs de fréquentation des urgences évoqués par les patients vont du souhait de bénéficier du support d'un plateau technique, à la gratuité apparente des soins offerts par l'hôpital en passant par la méconnaissance des possibilités offertes par la médecine libérale.

Les difficultés des urgences ont des causes multiples. Les réponses à la crise des urgences doivent prendre en compte l'organisation et les effectifs des services, mais aussi l'amont (avec l'orientation et la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital) et l'aval des urgences (avec l'hospitalisation des malades dans des lits de suite).

Pour organiser la mission de service public de permanence des soins, comme le prévoit la loi HPST, il revient à l'ARS, en travaillant avec les médecins libéraux, de réunir les conditions donnant au dispositif de PDS ambulatoire toute sa place dans la réponse aux demandes de soins non programmés.

Pour améliorer le dispositif de permanence des soins, l'ARS souhaite favoriser la régulation médicale et la coordination par les SAMU centre 15 ; toutefois, l'essentiel des consultations aux urgences étant spontanées sans passage par le SAMU, le dispositif nécessite surtout une organisation coordonnée entre médecins, pharmaciens d'officine, transporteurs sanitaires, urgences hospitalières, services d'aval, et ce sur l'ensemble des plages horaires, aux heures ouvrables comme aux horaires de la permanence des soins. Il demeure en effet essentiel d'assurer en tout point de la région, une complémentarité optimale entre les deux champs d'intervention distincts que sont celui de la permanence des soins ambulatoire et celui de l'aide

---

<sup>35</sup> CPOM fiche 6.7

médicale urgente. Par ailleurs, il importe d'assurer une offre coordonnée en matière d'urgences psychiatriques.

### **1.3.2. Prévenir les ruptures dans les parcours de santé, renforcer la cohérence et la gradation des prises en charge**

#### *1.3.2.1. Mieux coordonner chaque étape du parcours de soins*

La complexité des parcours de santé engendre trop souvent des ruptures qui sont sources d'insécurité pour les patients. De même, le phénomène des hospitalisations évitables (lorsqu'une prise en charge en amont aurait permis d'éviter l'hospitalisation) ou inadéquates (lorsque le patient n'est pas hospitalisé dans la structure qui lui convient le mieux) illustre les marges de progression qui demeurent dans l'articulation des parcours. Sur le plan national, régional, en médecine de ville et à l'hôpital, des mesures sont prises pour optimiser la trajectoire des patients. Le développement de filières et la mise en œuvre de réseaux de soins répondent à cet objectif. L'ARS souhaite aller au-delà et promouvoir la sécurisation des patients à toutes les étapes du parcours de soins. L'enjeu est par exemple particulièrement crucial chez le sujet âgé dépendant, trop souvent hospitalisé au cours de sa prise en charge en EHPAD et exposé à des ruptures de suivi entre les différents pôles de sa prise en charge.

L'ARS a identifié plusieurs nœuds de fragilité dans les parcours de soins, dont le diagnostic régional a révélé l'impact et sur lesquels il convient d'agir en garantissant des passerelles sécurisées : ces nœuds de fragilité concernent notamment les interfaces entre la permanence des soins hospitalière et la permanence des soins en ville, les interfaces entre les acteurs du domicile, du social et du médico-social, les interfaces entre les urgences et les EHPAD, les interfaces entre ambulatoire et santé mentale et enfin la continuité du dépistage jusqu'à la prise en charge. L'action de renforcement de ces différentes interfaces est inséparable de l'action de structuration du premier niveau de recours aux soins.

#### *1.3.2.2. Concilier proximité et technicité*

Il existe une tension entre la capacité du système de santé à offrir à chacun une offre sanitaire de qualité à proximité du lieu où il réside, et la capacité du système de santé à assurer à chacun une offre sanitaire de haute technicité, nécessairement mutualisée et centralisée autour de plateaux techniques de pointe. Assumer cette tension est au cœur des missions de l'ARS. Les préférences des usagers doivent en la matière être articulées selon une logique équilibrée de gradation. Chaque Francilien doit avoir accès à une offre de santé de premier recours au plus près de son domicile au quotidien. Mais chacun doit aussi pouvoir bénéficier, lorsque cela est requis par une pathologie grave ou une prise en charge complexe, des meilleures compétences et des plateaux techniques les plus performants. Cette exigence ne doit pas se confondre avec la proximité. Lorsqu'il s'agit de soins programmés, la technicité doit être la préoccupation première. L'Ile-de-France est la région où l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est globalement au plus près de la population, le temps médian pour accéder à cette offre y étant de 15 minutes alors est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises. Les plateaux de haute technicité doivent permettre de faire converger vers eux les besoins et leur positionnement doit être pensé en fonction de leur accessibilité et des voies de transport. La gradation de l'offre en fonction de la technicité des prises en charge est une exigence de qualité qui s'impose de plus en plus compte tenu des progrès médicaux et organisationnels.

Dans le prolongement du travail déjà accompli il conviendrait d'identifier un premier socle d'activités qui correspondent aux missions de l'institution en tant qu'hôpital « de proximité » assurant un certain nombre de missions de service public. Au delà, il s'agit de définir des niveaux de recours différenciés pour un certain nombre de spécialités pour lesquelles la notion de proximité, pour le patient, n'intervient que partiellement. L'exemple le plus emblématique en est la cancérologie. Enfin, un certain nombre d'activités relèvent du recours régional ou inter-régional, la plupart soumises à autorisation, « rares » ou de référence, pour lesquelles la notion de proximité, pour le patient, n'intervient pas.

### 1.3.3. Garantir le respect de la personne, de son autonomie et de ses droits

#### 1.3.3.1. Respecter le libre choix des personnes en faveur du maintien à domicile

Face à sa santé, chacun a le droit de faire valoir ses préférences et de se voir proposer un libre choix informé quant aux modes de prise en charge adaptés. La promotion du respect du libre choix des personnes est un enjeu particulièrement fort pour les personnes dépendantes, notamment s'agissant du maintien à domicile des personnes âgées. Les Français plébiscitent la recherche de solutions permettant aux personnes âgées de rester à domicile et, selon un sondage CSA sur ce thème en novembre 2010, 87 % des enquêtés sont prêts à faire en sorte qu'une personne âgée de leur entourage puisse rester chez elle, que ce soit en lui rendant visite le plus souvent possible ou en faisant appel à une aide extérieure. Cette préférence des usagers est donc un élément fondamental à prendre en compte et conduit l'ARS à poser la structuration des soutiens au maintien à domicile comme un objectif majeur de son action. Le maintien à domicile exige une coordination optimisée des différents acteurs de la prise en charge (réseaux gériatriques, infirmiers libéraux, SSIAD). Alors que la part des services dans l'offre médico-sociale fait l'objet d'un indicateur spécifique dans son CPOM<sup>36</sup>, l'ARS souhaite en particulier œuvrer avec les conseils généraux à une meilleure intégration des SAAD et développer les SSIAD et les dispositifs de répit et alternatifs. Le développement de places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire en EHPAD est à ce titre à privilégier. En outre, l'ARS souhaite encourager l'innovation dans le domaine des technologies d'assistance à la vie autonome (notamment bracelets, domotique), tout en sachant que ces progrès appellent une réflexion sur leurs enjeux d'accessibilité économique. Ces technologies peuvent également servir de levier à une évolution des établissements d'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées de façon à ce qu'ils deviennent des acteurs directs de l'accompagnement du maintien à domicile des patients, en assurant une plateforme de soutien et de services. L'ARS se dotera d'une veille stratégique particulière sur les efforts nationaux et internationaux de recherche, notamment translationnelle, en la matière.

La préférence pour le domicile dépasse en outre l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées et concerne l'ensemble des usagers qui, pour une cause ou une autre, sont confrontés à la nécessité de se voir accompagner dans l'organisation de leur vie quotidienne face à une pathologie chronique. L'ARS se donne pour objectif de contribuer à assister chaque Francilien dans la sécurisation de son environnement quotidien à domicile lorsque son état de santé nécessite des aménagements particuliers, en lien avec les acteurs du champ social. Le développement de l'hospitalisation à domicile et de la chirurgie ambulatoire, ou encore de la dialyse péritonéale, qui font chacune l'objet d'un suivi CPOM spécifique<sup>37</sup>, représentent également des opportunités de mieux prendre en compte la préférence des patients pour leur domicile.

<sup>36</sup> CPOM fiche 6.3

<sup>37</sup> CPOM fiche 6.4, 6.5. et 6.6

Enfin, quelle que soit la personne et la pathologie concernée, l'accompagnement de la préférence pour le domicile et l'autonomie doit inclure un renforcement des dispositifs d'aide aux aidants.

### *1.3.3.2. Encourager les services d'appui à l'insertion des personnes handicapées*

Pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap, la priorité est de favoriser le recours aux dispositifs de droit commun, ne serait-ce qu'en garantissant l'adaptation des équipements sanitaires et la sensibilisation des équipes à l'accueil et à la prise en charge du handicap. De même, l'autonomie et l'intégration dans le milieu ordinaire de vie des personnes doivent être favorisées, en développant les structures dédiées (SSIAD PH, SAMSAH). L'inclusion scolaire et professionnelle doit être développée afin d'être accessible au plus grand nombre. Le développement des SESSAD et l'évolution de leur mode de fonctionnement (élargissement des âges d'agrément) doit permettre cet accompagnement au plus proche des lieux de vie. De même de nouveaux modèles de prise en charge spécifiques expérimentés (notamment pour les enfants autistes) en garantissant le respect des droits fondamentaux des personnes doivent faire l'objet d'une évaluation précise.

### *1.3.3.3. Mobiliser de nouveaux outils au service du respect des droits des usagers*

Le respect des droits des usagers fait partie intégrante de la qualité des parcours de santé.

En matière de respect des droits collectifs, l'ARS doit tout d'abord s'assurer, en lien avec les opérateurs de la santé et du médico-social, de la qualité des modes de représentation des usagers, à commencer bien sûr par les instances de démocratie sanitaire (CRSA, conférences de territoire). Au-delà, l'ARS a pour objectif de s'assurer que la représentation des usagers donne lieu à une prise de parole effective, écoutée, et efficace pour assurer que les décisions prises soient conformes aux besoins des patients et usagers.

En matière de droits individuels des patients, le premier objectif de l'ARS est de contribuer à ce qu'ils soient mieux connus des usagers eux-mêmes et des professionnels de santé. Pour assurer leur prise en compte dans chaque point de l'offre de santé, l'ARS souhaite inscrire des engagements en la matière dans chaque démarche de contractualisation (CPOM, contrats locaux de santé, appels à projet...) et d'évaluation (indicateurs).

Deux champs de l'offre de santé engagent des enjeux spécifiques en la matière. Il s'agit en premier lieu du champ de la santé mentale, pour lequel l'ARS entend favoriser des actions spécifiques en faveur de la déstigmatisation et de la lutte contre la discrimination des malades mentaux. Il s'agit en second lieu de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD. L'ARS prêtera une attention particulière à la prévention des phénomènes de maltraitance en EHPAD, pour laquelle la formation des personnels est un levier majeur. Il faut également disposer d'outils pour apprécier l'organisation et le fonctionnement des structures et ainsi aider au repérage des situations présentant des risques sur ce plan. L'enquête annuelle sur la bientraitance des personnes âgées accueillies en EHPAD, menée en lien avec l'ANESM et fondée sur une autoévaluation des pratiques de bientraitance constitue un moyen pour les établissements de s'interroger sur leurs pratiques et permet d'avoir une connaissance plus précise de la situation d'ensemble et par conséquent définir des actions éventuelles à entreprendre.

Enfin, le respect des droits des patients implique aussi de s'attacher à mettre en œuvre au sein de l'Agence un service performant de gestion des réclamations dédié tout autant à l'amélioration des

relations avec les usagers qu'à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'ARS s'engage donc dans ce domaine à ce qu'une réponse soit apportée à chaque Francilien qui s'adressera à elle et à contribuer, dans un esprit de partenariat avec d'autres instances ou opérateurs (Conseil régional de l'ordre, Médiateur de la République, Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, Assurance maladie, hôpitaux, organisations professionnelles,...) à l'amélioration des pratiques issues de l'analyse systémique des réclamations.

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

Les ambitions de l'ARS pour structurer des parcours de santé adaptés aux besoins de chaque Francilien trouveront dans les schémas leurs déclinaisons opérationnelles. Pour autant, l'ARS a d'ores et déjà défini plusieurs domaines de prises en charge et pathologies pour lesquels une amélioration des parcours de santé est prioritaire compte tenu des besoins de la population francilienne. Sur ces priorités stratégiques, la démarche d'optimisation des parcours de santé fait l'objet d'orientations spécifiques.

L'ARS entend promouvoir un abord des parcours de santé qui privilégie une approche transversale sur l'ensemble de son champ de compétences, défini par la loi. C'est une approche exigeante, car elle oblige à trouver de nouveaux modes de lecture des priorités recensées dans les différents exercices de planification mis en place aujourd'hui, et qui aboutissent à des interventions bien souvent non coordonnées entre elles, dictées par le découpage de l'offre institutionnelle, et non par une logique de continuité des parcours au service des populations.

Toutes les thématiques que devra aborder l'agence auront à prendre en compte cette dimension transversale. Toutefois, cette logique transversale n'est pas suffisante pour enclencher de nouvelles approches. La promotion de la santé, la prévention, les soins de premier recours, les soins spécialisés, les services médico-sociaux s'intègrent dans une logique de parcours des personnes, qui ne doit pas se traiter schéma par schéma, programme par programme. Il a donc été décidé, à l'ARS Ile de France, de donner un accent fort à la prévention et à la promotion de la santé, qui se situent de manière naturelle en amont de toute activité de santé.

C'est donc par cette entrée sur la prévention qu'ont été privilégiées certaines thématiques de santé. Ces thématiques ne résument pas l'action de l'agence pour les prochaines années, car l'Agence devra prendre en compte l'ensemble des plans et programmes nationaux élaborés tout au long de la phase de réalisation du PRS et les activités régulières dont l'agence a la charge. Toutefois, elles constitueront des axes forts qui seront retrouvés au sein des trois schémas élaborés dans le cadre du PRS et dans leur mise en œuvre au plan local.

Pour asseoir la cohérence de ces parcours de plus en plus complexes, l'Agence entend mettre l'accent sur le développement des pratiques cliniques préventives, qui ancrent le champ préventif dans le monde du soin et assurent une approche globale des personnes. Par ailleurs, la pertinence et les modalités de mise en place de consultations de prévention méritent d'être explorées, en lien avec les régimes d'assurance maladie, les professionnels de santé et le milieu universitaire.

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

### 1.4.1.1. Lutter contre la mortalité infantile

L'Ile-de-France connaît une situation particulière concernant la mortalité infantile, avec des indicateurs dégradés, notamment sur certains territoires vulnérables. Cette situation n'est pas acceptable et appelle un engagement fort de l'ARS, qui fera l'objet d'un suivi particulier au travers du CPOM<sup>38</sup>. Dans le cadre du PRS, des actions particulières seront mises en place pour mieux comprendre les raisons de ce taux important de mortalité infantile et pour délimiter des actions concomitantes et articulées dans le champ de la prévention et dans le champ de la prise en charge. En effet, il convient d'agir de manière simultanée sur l'ensemble de la chaîne aboutissant à cette situation : mobiliser les acteurs intervenant dans le champ social pour permettre un repérage précoce des femmes en difficulté, notamment sociale, prendre en charge de façon adéquate l'ensemble de la grossesse, offrir des conditions optimales d'accouchement et permettre un accompagnement sanitaire et social dès la sortie de la maternité. Un fort partenariat avec les services de PMI sera donc privilégié.

### 1.4.1.2. Assurer l'équité dès le départ, en partenariat avec les acteurs de l'enfance

De nombreuses études montrent que, pour réduire les inégalités de santé, il faut mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé dès le plus jeune âge. L'ARS ayant fait de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé une priorité, elle mettra en avant toutes les opportunités pour développer cet axe dans le cadre du PRS. Les thématiques qui seront à développer seront nombreuses, centrées sur la promotion des déterminants d'une bonne santé (nutrition, environnements sains, prévention des addictions, prévention des maltraitances...).

Ceci implique avant tout le développement d'un fort partenariat, car il faudra mettre en cohérence l'ensemble des partenaires qui interviennent auprès du jeune enfant et de sa famille. Ainsi seront impliqués les collectivités territoriales en charge de la PMI ou des modes de garde du jeune enfant, l'éducation nationale responsable des programmes à partir de la maternelle, les organismes de protection sociale et notamment les CAF, les services de l'Etat en charge des réseaux de parentalité... Au niveau des acteurs de santé, outre la PMI déjà citée, il sera nécessaire de sensibiliser les services d'obstétrique et de pédiatrie, mais également l'ensemble de professionnels libéraux ayant à prendre en charge l'enfant et sa famille ; pour ne prendre qu'un exemple, l'amélioration de l'équité d'accès à la vaccination rougeole, oreillons, rubéole chez les enfants de 24 mois fera l'objet d'un suivi particulier au travers du CPOM de l'ARS<sup>39</sup>. Enfin, une attention particulière devra être portée à la prévention et la promotion de la santé auprès des enfants porteurs d'un handicap, physique, sensoriel ou mental. La prévention de l'obésité et du surpoids infantiles, enfin, devra faire l'objet d'un effort particulier en Ile-de-France<sup>40</sup> au vu des résultats préoccupants indiqués dans le chapitre sur le diagnostic de l'état de santé.

### 1.4.1.3. Promouvoir la santé des jeunes

La santé des jeunes a été pendant longtemps un secteur délaissé des politiques de santé, au motif que dans cette population les taux de mortalité et de morbidité étaient bas. Toutefois, depuis quelques années, le constat est souvent fait d'un état de santé alarmant des jeunes, notamment

<sup>38</sup> CPOM, fiche 2.5

<sup>39</sup> CPOM, fiche 2.4

<sup>40</sup> CPOM, fiches 2.1 et 2.2

en ce qui concerne le cumul de conditions défavorables à la santé : mauvaises conditions de nutrition, expériences d'addictions de nature diverses, prises de risque, notamment en ce qui concerne les traumatismes violents, problèmes de santé mentale... La question de l'éducation à la vie affective et sexuelle est un axe essentiel chez les jeunes. Ainsi, les questions de contraception, de recours à l'avortement, de prévention des maladies sexuellement transmissibles (IST, VIH, vaccination HPV) sont essentielles à traiter.

Par ailleurs, les jeunes sont souvent éloignés du système de santé, préventif et curatif, et la question de l'accès aux droits est réelle, notamment pour les jeunes en situation précaire, ou ceux en rupture familiale ou sociale. L'accès au médecin traitant, le dépistage de certaines pathologies, la bonne santé bucco-dentaire sont des exemples de l'importance d'une bonne entrée dans le système de soins.

Dans cet objectif, l'ARS se propose, dans le cadre d'une corégulation avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et comme l'autorise un décret de 2008, de convertir certains services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, après évaluation des besoins, en centres de santé, permettant un meilleur accès des étudiants aux prescriptions, aux soins et à l'éducation pour la santé. De même, la prise en charge de ces populations nécessite une mobilisation des services médico-sociaux. C'est vrai pour les personnes atteintes d'un handicap, mais également pour le cas des addictions, où les dispositifs doivent être mobilisés en étroite collaboration avec le volet prévention.

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

Les nouveaux besoins de prise en charge, induits notamment par la prévalence croissante des maladies chroniques, font que le parcours de santé se complexifie, devant prendre en compte à la fois les progrès curatifs et l'hyper technicité, la nécessaire globalité de l'approche de la personne et la continuité de sa prise en charge au plus près de ses besoins quotidiens.

##### *1.4.2.1. Face aux maladies chroniques, assurer une prise en charge transversale et coordonnée*

En Ile-de-France, une personne sur 5 est atteinte d'une maladie chronique. L'analyse prospective de cette situation souligne que le vieillissement de la population et le progrès thérapeutique vont accroître ce phénomène. Cette situation engendre des coûts de prise en charge importants, et il convient de souligner qu'entre 2008 et 2009, le nombre de personnes admises en ALD a augmenté de 5,2 %, les diabètes, l'hypertension artérielle et les cancers représentant 80 % de cette augmentation.

De l'asthme infantile au diabète de la personne âgée, une maladie chronique, quelle qu'elle soit, détériore la qualité de vie, cette dégradation étant fortement sensible aux inégalités sociales, qu'elle contribue en outre elle-même à engendrer.

L'ARS a pour objectif de renforcer le parcours de santé des personnes concernées, dans un souci de qualité et d'équité d'accès. Cette ambition passe à la fois par un renforcement de la prévention primaire et du dépistage, et par un renforcement des prises en charge, notamment en termes d'accès à l'éducation thérapeutique du patient. Celle-ci, reconnue et formalisée par la loi HPST, permet de disposer d'un référentiel de pratiques, précisé par les textes d'application. Il s'agit donc

d'un axe important, que l'ARS souhaite développer selon des orientations stratégiques précises<sup>41</sup>. Elle est un élément essentiel de la capacité de notre système de santé à prendre en charge l'ensemble des maladies chroniques.

Pour chaque pathologie chronique, le parcours de santé des Franciliens devra être mieux structuré et mieux adapté aux besoins des populations. Dans un premier temps, l'ARS accordera une focale particulière aux parcours des patients souffrant de certaines pathologies présentant en Ile-de-France une situation particulièrement préoccupante : le diabète, qui concerne près de 360 000 patients avec de fortes disparités entre territoires et une grande hétérogénéité de l'accompagnement, notamment en matière d'éducation thérapeutique ; l'asthme et les affections respiratoires, pour lesquelles l'enjeu de la pollution en Ile-de-France engendre des dimensions spécifiques ; l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et la maladie coronarienne, avec des prévalences plus élevées que les moyennes nationales particulièrement dans certains départements ; et enfin l'insuffisance rénale chronique, avec là encore des prévalences élevées et de fortes marges de progrès en termes de qualité dans la structuration des prises en charge.

L'ARS a par ailleurs une ambition forte pour la structuration des parcours de santé dans le champ du cancer, où l'Ile-de-France présente une situation paradoxale avec une sous-mortalité pour les hommes et une surmortalité chez les femmes. Parmi les enjeux spécifiques à la région, on peut identifier la prévention des facteurs de risque, notamment pour le cancer du poumon féminin, la compréhension de l'impact de l'environnement, et enfin la prévention des risques professionnels, mais aussi l'accès au dépistage organisé ou la structuration des passerelles entre dépistage et prise en charge rapide. La sur-incidence du cancer du sein chez les Franciliennes requiert une attention particulière. Sur l'ensemble de ces sujets, la problématique des inégalités sociales est bien sûr un prisme d'action essentiel, structuré aujourd'hui par les engagements du Plan national. Par ailleurs, avec plus de 50 % des patients qui survivent à leur cancer après 5 ans, l'accompagnement pour mieux vivre pendant et après le cancer est également un enjeu majeur. La qualité du service rendu par l'offre de soins, que ce soit notamment en termes d'accès au progrès thérapeutique et en termes de qualité humaine des prises en charge, est également un axe prioritaire de l'action.

Dorénavant assimilé à une affection chronique sous l'effet des progrès thérapeutiques majeurs de ces dernières années, l'infection par le VIH/sida, avec près de la moitié des nouveaux cas de métropole, constitue également une priorité pour l'Ile-de-France. L'ARS a pour objectif de contribuer à prévenir les nouvelles contaminations et de renforcer le parcours des patients franciliens, en luttant notamment contre les dépistages tardifs et les défauts de coordination, alors qu'une personne sur 3 a découvert sa séropositivité à un stade avancé en 2009. Il convient notamment de favoriser la mobilisation des professionnels de premier recours et les structures associatives, à la fois pour promouvoir les nouvelles stratégies nationales de dépistage élargi, et pour accompagner le parcours des personnes vivant avec le VIH au quotidien.

#### *1.4.2.2. Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale*

La santé mentale doit être envisagée dans son acception large et non comme la seule prise en charge des maladies psychiatriques. Le défi que devra relever l'ARS est de permettre une nouvelle approche qui puisse à la fois promouvoir un concept nouveau de santé mentale, aider à « déstigmatiser » les pathologies mentales et permettre une prise en charge adaptée, mobilisant l'ensemble des ressources, sanitaires et médico-sociales. Par ailleurs, la santé mentale est au

---

<sup>41</sup> ARS, « Orientations stratégiques en matière d'éducation thérapeutique du patient », 01/03/2011

confluent de nombreuses priorités et doit être présente à différents niveaux : qu'il s'agisse des déterminants de santé, de la relation avec le monde du travail et de l'entreprise, du problème du suicide ou des conduites suicidaires chez les jeunes, de l'interaction entre pathologie mentale et grande précarité, de la dépression et de l'isolement de la personne âgée, ou encore du lien entre addictions et santé mentale, de la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le cadre du premier recours... la liste des enjeux de santé afférents est longue et mérite que cette priorité soit fortement affichée par l'ARS. Les trois schémas, de prévention, d'organisation sanitaire et d'organisation médico-sociale, auront ainsi une lecture commune des priorités, permettant d'assurer une cohérence des objectifs opérationnels et actions retenues.

### **1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques**

#### *1.4.3.1. Rapprocher la prévention et les soins des populations fragilisées*

Les populations en précarité constituent la part la plus vulnérable des inégalités de santé et des gradients de pauvreté qui traversent les populations en Ile-de-France. Il peut s'agir des personnes sans logement ou en hébergement, des travailleurs migrants, des personnes incarcérées ou sortant de prisons, des personnes en rupture de travail ou en travail précaire, des étrangers en situation irrégulière, des jeunes en rupture familiale ou ayant bénéficié de mesures éducatives, etc. Si l'ensemble du champ de compétences de l'ARS est concerné par la prise en charge de ces populations en difficulté, un accent majeur doit être mis sur les domaines de la prévention et des soins.

La prévention est non seulement à développer, mais à adapter à des populations très souvent éloignées de ces préoccupations, avec pour résultat des indicateurs de santé très dégradés. Le travail préventif doit donc être renforcé, en intense articulation avec les secteurs œuvrant auprès de ces populations, qu'il s'agisse du logement, de l'accès aux droits sociaux ou de l'accès au travail. Les déterminants de santé seront également l'objet d'interventions spécifiques, que l'on pense à la nutrition ou aux addictions. La question de l'exclusion de ces populations aux soins est un axe majeur que doit résoudre l'ARS si elle veut réduire les inégalités de santé : capacité à être pris en charge par les soins ambulatoires (soins de premier recours, incluant les soins bucco-dentaires), accès garanti aux établissements de santé.

Le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) devra être évalué afin de garantir une véritable accessibilité, qu'elle soit financière, géographique ou culturelle. Enfin, l'ensemble des mesures spécifiques auprès des populations en situation de précarité devra se retrouver au sein du programme d'accès à la prévention et aux soins, défini par la loi comme un des programmes obligatoires figurant dans le PRS.

#### *1.4.3.2. Prendre en compte les besoins spécifiques engendrés par le vieillissement,*

L'ARS aura à développer un ensemble d'actions et de services envers les personnes âgées, au regard de l'évolution démographique et de ses conséquences non seulement pour la prise en compte des maladies chroniques et des polyopathologies, mais aussi pour prévenir et prendre en charge les problèmes liés à la dépendance. Il s'agit d'un domaine dans lequel le champ de compétences élargi de l'ARS est un atout certain. Il permet d'assurer une vision globale aux prises en charge, en privilégiant la continuité des interventions et la cohérence des services, tout en promouvant un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les Conseils généraux. L'articulation entre prévention, soins et actions médico-sociales autorise une

large gamme d'actions, que ce soit pour prévenir les effets du vieillissement, éviter les hospitalisations inutiles des personnes âgées ou assurer autant que faire se peut le maintien à domicile des personnes dépendantes. A titre d'exemple, une lutte efficace contre la dénutrition des personnes âgées devrait permettre d'éviter des hospitalisations inutiles et améliorer le bien être des personnes dépendantes, qu'elles vivent au domicile ou en institution. De même, la prévention et la réduction des risques de chute constituent un sujet important. Le maintien ou le retour à domicile peuvent nécessiter des mesures diverses (apprentissage du maintien de son équilibre corporel, aménagement du domicile,...). L'organisation d'ateliers d'information et d'éducation constitue une formule adaptée pour répondre à ce besoin, à l'initiative, le plus souvent de communes et d'associations. Le plan national Bien vieillir a permis d'aider au financement d'actions de ce type jusqu'en 2009. Il serait souhaitable de pouvoir soutenir, sinon généraliser, les initiatives locales dans ce domaine. La prévention et la réduction des risques de chute concernent également les établissements, notamment les EHPAD qui peuvent y remédier par des mesures d'organisation et de formation des personnels. Une attention particulière sera donnée au développement des actions relatives à la maladie d'Alzheimer qui constitue un chantier présidentiel et fait l'objet d'un plan national spécifique.

#### *1.4.3.3. Assurer une prise en charge globale des difficultés liées au handicap*

Le champ du handicap est large, pouvant toucher des personnes à tout âge de la vie. Il englobe aussi bien le handicap physique et sensoriel que le handicap mental. A l'instar du constat établi pour les personnes âgées, le handicap nécessite une approche globale sur l'ensemble du champ de compétences de l'ARS. L'articulation de la prévention, des soins et des services médico-sociaux est une exigence pour une prise en charge de qualité des problématiques vécues par ces personnes. De même, l'implication de l'ensemble des partenaires disposant d'une compétence propre, en priorité les Conseils généraux, est essentielle pour permettre d'assurer cette continuité des services, et pour articuler la réponse aux besoins proprement sanitaires à ceux liés à la dimension sociale du handicap. L'action de l'ARS se doit donc d'être soutenue dans ce domaine, mettant constamment en avant le bien-être des personnes et permettant de limiter les soins hospitaliers à ce qui est nécessaire.

Une illustration de l'importance de cette approche globale peut être donnée à propos des accidents vasculaires cérébraux, qui constituent une priorité transversale de l'ARS. Cette thématique exige en effet de combiner tous les champs de compétence de l'Agence afin de réduire les facteurs de risque, d'agir le plus précocement possible, de diminuer les complications secondaires et de prendre en charge le handicap résiduel.

## 2. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé

Dans un environnement en mutation, incarnant une volonté politique de rénovation profonde du système de santé, l'ARS doit fixer le cap des changements importants qu'appelle le contexte actuel.

### 2.1. Faciliter et renforcer les coopérations, les nouveaux métiers et les nouveaux modes d'exercice

La prise en charge des patients ne peut se réduire à la juxtaposition de professionnels, d'établissements de santé ou d'établissements médico-sociaux. Le défaut de coordination entre les offreurs de santé est un facteur de non-qualité et de perte d'efficacité. Ce diagnostic, posé depuis plusieurs années par l'ensemble des acteurs, vaut pour l'ensemble des secteurs de compétences de l'Agence. L'organisation de la complémentarité entre les différents acteurs doit être développée au travers des différents leviers dont dispose l'ARS.

#### 2.1.1. Promouvoir la coopération entre établissements

La coopération entre établissements constitue désormais une priorité au niveau national pour l'organisation des prises en charge sanitaires et médico-sociales, sous plusieurs formes qu'il appartient à l'ARS de promouvoir : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou encore les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), et ce alors que la région accuse un retard particulier en la matière par rapport à d'autres régions.

Depuis 10 ans, le tissu hospitalier français a fortement évolué, sous l'effet de l'action des Agences régionales de l'hospitalisation. Les ARS poursuivent aujourd'hui cette politique, tout en l'enrichissant grâce à une approche transversale aux secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social (accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées). Elle sert avant tout à améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins, en assurant le meilleur usage des ressources disponibles. Les coopérations entre établissements de santé s'imposent souvent pour atteindre une masse critique d'activité afin de garantir le recrutement de professionnels qualifiés.

Les ARS disposent aujourd'hui de moyens d'actions rénovés pour faciliter les coopérations entre établissements, grâce à l'amélioration du cadre législatif des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) mais aussi grâce à la création des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT). Ces CHT permettent à des établissements publics, principalement de taille moyenne, de développer une stratégie territoriale commune, sur la base d'un projet médical partagé avec les autres établissements, tout en gardant leur indépendance fonctionnelle. Les GCS constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés et permettent des coopérations avec les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Le GCS peut, en effet, être constitué entre des établissements de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des médecins libéraux à titre individuel ou sous forme de société collective.

Ces coopérations entre établissements sont fondées sur la base du volontariat. Néanmoins, l'ARS étant en charge de la coordination régionale pourra demander à un ou plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention. La coopération entre établissements peut aussi aboutir à la création d'un nouvel établissement de santé par la fusion d'établissements existants.

L'enjeu est de garantir la poursuite des activités de soins, avec la contrainte de l'équilibre budgétaire et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale. Les rapprochements présentés aux conférences de territoire début 2010 ont prévu : 9 fusions d'établissements (par exemple entre les 2 hôpitaux de Saint Maurice (94)), des reconversions (par exemple pour l'Institut de puériculture de Paris), 6 groupements de coopération sanitaire (par exemple entre les 2 hôpitaux de Créteil) et la constitution de communautés hospitalières de territoires (par exemple pour les CH Orsay et Longjumeau).

Dans le secteur médico-social de même, la coopération entre établissements ou services est à encourager à travers le développement des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) issus de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et des textes permettant sa mise en œuvre parus en 2006. Il s'agit de permettre aux acteurs du secteur social et médico-social une meilleure adaptation à l'évolution des besoins. La coopération doit en effet favoriser la coordination et la complémentarité des prises en charge et accompagnements assurés par les établissements et services. Cela va de la simple mise en commun de moyens, à la gestion d'un personnel à temps partagé jusqu'à l'exercice des missions des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...), il permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social. Le principe de coopération, fondé sur une démarche volontaire dans le secteur social et médico-social, participe ainsi à rompre l'isolement de certaines structures ou professionnels, à réaliser des économies d'échelle, à améliorer la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers, etc.

### **2.1.2. Renforcer les réseaux**

Pour améliorer la complémentarité entre ville, hôpital et actions de prévention, les réseaux ont fait la preuve de leur pertinence. Avec plus de 90 réseaux de santé couvrant une large palette de thématiques en dépit d'une couverture inégale du territoire régional, l'Ile-de-France dispose d'une expérience spécifique qu'il convient de consolider et d'enrichir. Leur apport majeur se situe dans la coordination des parcours de santé, dans l'intégration des démarches de prévention et de soins, et dans la coordination de la prise en charge de patients complexes. L'ARS souhaite maintenir l'offre sur les thématiques prioritaires, harmoniser les budgets, rééquilibrer les territoires, développer le plurithématisme sur la base de trajectoires patient similaires et orienter les réseaux vers de l'appui et l'accompagnement du premier recours.

### **2.1.3. Encourager les coopérations entre professionnels de santé**

La mise en œuvre chez les professionnels de santé de nouvelles organisations des soins, des prises en charge ou des modes d'exercice partagé a pour objectif de mieux répondre aux besoins de santé de la population tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité des services. L'ARS a pour objectif de promouvoir la coopération entre les professionnels de santé.

Les progrès technologiques médicaux facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre les professionnels de santé. La Loi HPST étend le principe des coopérations entre

professionnels de santé qui jusqu'alors revêtaient un caractère expérimental. La mise en place de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé s'inscrit dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins. Ses enjeux sont multiples : réduire les difficultés et les inégalités d'accès aux soins liées à l'évolution défavorable de la démographie médicale et aux disparités de répartition territoriale des professionnels de santé ; favoriser le développement de certaines activités, telle que l'éducation thérapeutique, et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients, notamment pour ceux atteints de pathologies chroniques ; améliorer l'efficacité des prises en charge ; et enfin améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé. L'ARS a un rôle central à jouer à la fois au plan stratégique et au plan technique dans la mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération.

#### 2.1.4. Promouvoir les nouveaux modes d'exercice collectif

Les difficultés rencontrées de plus en plus fréquemment par les professionnels de santé notamment de proximité dans le cadre d'un exercice individuel de type libéral (qualité de vie, course à la multiplication des actes, isolement,...), conduisent au développement de structures d'exercice collectif. Amélioration de la coordination des acteurs et donc de la prise en charge, renforcement de la continuité des soins, élargissement des missions de santé publique, accès aux soins facilité par la pratique de tarifs opposables, lieu de formation et de recherche, sont, selon que l'on soit professionnel, patient, élu ou institutionnel, autant d'éléments en faveur de ce mode d'exercice. Les structures concernées peuvent être des maisons de santé (exercice libéral pluri professionnel dans un lieu unique), des pôles de santé (exercice libéral pluri professionnel sur plusieurs sites) ou des centres de santé (exercice salarié pluri professionnel sur un seul site). L'activité dans ce type de structure semble être plébiscitée par les jeunes professionnels de santé de premier recours et est donc susceptible de créer un regain d'intérêt pour la médecine de proximité. Il importe donc de soutenir soit le développement, soit le maintien de ce type de structure dans la région, en particulier lorsqu'il concerne des zones défavorisées ou rurales en déficit démographique. C'est la raison pour laquelle le suivi du nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire fera l'objet d'un suivi particulier dans le CPOM de l'Agence<sup>42</sup>. En outre, les cahiers des charges de ces structures imposent aux professionnels qui en font partie des garanties concernant un système d'informations partagé, des actions de santé publique et une coordination avec les offreurs de santé du territoire notamment réseaux de santé et établissement sanitaires ou médico-sociaux. Ces éléments constituent un gage de meilleure prise en compte du parcours global de santé dans lequel doit s'insérer l'offre de 1<sup>er</sup> recours.

L'expérimentation « Nouveaux modes de rémunération » prévue à l'article 44 de la LFSS 2008, qui concerne les professionnels exerçant en structure pluri professionnelle ambulatoire dans le cadre de maisons, pôles ou centres de santé, constitue un levier. L'objectif est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de 1<sup>er</sup> recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention. Le principe de financements forfaitaires ou à la performance rémunérant la coordination entre professionnels ou des services innovants tels que l'éducation thérapeutique du patient est de nature à favoriser la qualité des prises en charges et un parcours de santé entre les différents intervenants, y compris l'articulation avec les établissements de santé ou médico-sociaux.

L'Ile-de-France, qui accuse un certain retard dans la création de MSP, voit se développer de nombreuses initiatives impulsées par les pouvoirs publics, les collectivités territoriales ou les professionnels de santé eux-mêmes.

<sup>42</sup> CPOM fiche 6.7

### **2.1.5. Consolider les centres de santé**

Parce qu'ils assurent une offre accessible à tarif opposable dans certaines zones sensibles, les centres de santé sont un atout que l'ARS doit préserver et développer. Il convient notamment de renforcer certains centres face aux difficultés économiques qu'ils rencontrent.

La participation significative des centres de santé à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération constitue une première étape importante dans cette voie. Elle est d'ailleurs encore renforcée pour la deuxième vague de cette expérimentation. La loi HPST crée l'opportunité que des centres de santé soient créés et gérés par des établissements de santé. L'ARS souhaite encourager cette perspective, notamment lors de restructurations dans des territoires déficitaires en offre ambulatoire.

## **2.2. Promouvoir l'amélioration des pratiques professionnelles et la formation**

L'ARS a vocation à s'assurer de la qualité des services que les offreurs de santé rendent aux Franciliens. En coordination avec les acteurs compétents en la matière, elle peut s'attacher à promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans ses différents champs de compétences. Les transformations qui affectent aujourd'hui la pratique des professions de santé justifient, comme le prévoit la loi HPST au titre des missions de service public que l'ARS a pour mission de défendre, une redynamisation du service public de formation et d'accompagnement, tant pour la formation initiale que pour le développement professionnel continu.

### **2.2.1. Favoriser la qualité des pratiques professionnelles**

L'optimisation de la qualité de l'offre de santé passe par le soutien à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques des professionnels de santé, dans le domaine du soin mais aussi de la prévention et de la prise en charge médico-sociale, à l'échelle des individus comme à l'échelle des structures de prise en charge.

Des recommandations de bonnes pratiques, dont la vocation est d'accompagner la pratique individuelle des soignants, sont élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'être utilisées dans le cadre des programmes d'amélioration des soins et de la gestion des risques conduits en région. L'ARS entend contribuer à leur diffusion à ce titre. Elle souhaite également promouvoir la démarche dans le champ de la prise en charge médico-sociale, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Dans le domaine de la pharmacie et de la biologie, des guides de bonnes pratiques opposables sont établis par le Ministère de la Santé et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). L'ARS a pour vocation de contribuer à leur diffusion et à leur mise en œuvre par les professionnels de santé.

L'ARS souhaite promouvoir la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles sur certaines thématiques à fort enjeu pour lesquelles il existe des marges d'amélioration importantes et bien documentées (par exemple sur la prescription d'anticoagulants ou de psychotropes chez le sujet âgé).

Au titre de l'amélioration des pratiques individuelles des professionnels en ville, l'ARS dispose également de leviers à travers les actions financées au titre des expérimentations et des Contrats régionaux d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCOS). Ainsi l'ARS proposera d'engager avec les professionnels de santé une réflexion sur les thèmes susceptibles de donner lieu à contractualisation. Cela pourra se faire soit sur la base de contrats types nationaux, soit en proposant des contrats régionaux à l'approbation des partenaires conventionnels et des ministères, et dans les limites financières du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

En outre, les ARS contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des pratiques des professionnels de santé en agissant au niveau de la formation (Article L1431-2 du code de la santé publique). Dans le champ de la formation continue des professionnels de santé, la loi HPST a redéfini un paysage jusqu'alors complexe et éclaté en regroupant les dispositifs de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) existant depuis 1995. Chaque professionnel, qu'il soit médical ou paramédical, libéral ou salarié, est aujourd'hui soumis à une nouvelle obligation de développement professionnel continu (DPC). Il a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». L'ARS contribuera au déploiement de ce dispositif et soutiendra l'effort de DPC que les employeurs publics ou privés auront à établir en région.

### **2.2.2. Améliorer la sécurité des soins**

La survenue d'effets adverses liés aux soins lorsque ceux-ci sont évitables est considérée comme inacceptable par les usagers du système de soins. Cette revendication de la sécurité des soins partagée par les professionnels de santé et les patients a conduit à renforcer la surveillance des événements indésirables liés aux produits de santé (les vigilances) et aux pratiques (surveillance des infections nosocomiales, événements graves liés aux soins...) et les démarches qualité. Cette exigence de sécurité des soins est légitime et son renforcement, au niveau régional, est un enjeu tant pour les établissements de santé et médico-sociaux, les professionnels de santé de ville et pour l'ARS qui doivent trouver un nouveau partenariat autour de cet objectif.

### **2.2.3. Développer la culture de l'évaluation auprès des professionnels**

L'évaluation est un levier puissant pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles. La littérature disponible sur la qualité des pratiques professionnelles en santé révèle que la diffusion d'une culture de l'évaluation chez les professionnels de santé est un moteur essentiel.

Piloté par la Haute autorité de santé (HAS), le dispositif de certification repose sur des pratiques d'évaluation interne et externe et vise à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, etc.) et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements. La HAS a déployé en 2010 une nouvelle version de son manuel de certification (V2010), qui accorde une place renforcée aux exigences en matière notamment de respect des droits des patients et de sécurité des soins ou de gestion des risques et événements indésirables graves. L'ARS a un rôle à jouer dans la mobilisation du dispositif de certification, l'objectif de réduction du nombre d'établissements franciliens certifiés avec réserve étant inclus dans son CPOM<sup>43</sup>. La loi HPST prévoit désormais l'utilisation systématique des résultats de la certification des établissements de santé dans les

---

<sup>43</sup> CPOM fiche 5.1

contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre ceux-ci et les ARS. Selon les termes de la loi, ces contrats « définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification [...] » (art.6 (IV) de la loi HPST modifiant l'article L.6114-3 du CSP).

Au-delà de la certification des établissements de santé, les démarches d'évaluation externe sont appelées à s'étendre aux autres modalités d'organisation collective des soins. Certains dispositifs sont d'ores et déjà mis en œuvre ou prévus (évaluation des centres de référence de maladies rares, certification des activités de chirurgie esthétique, évaluation des réseaux de santé, etc.). D'autres champs font l'objet de travaux préparatoires ou d'initiatives professionnelles (évaluation externe de la biologie médicale, labellisation des centres de radiologie, certification des centres de santé, etc.). L'ARS a vocation à soutenir le développement de ces démarches. Elle entend également contribuer à la promotion d'une culture de l'évaluation dans le champ médico-social au travers de son soutien au développement des procédures d'évaluation interne et externe ; en lien avec l'ANESM, et alors que cette proportion est aujourd'hui extrêmement faible, elle envisage dans le cadre de son CPOM de porter à 44% d'ici 2013 la part d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe<sup>44</sup>.

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, l'ARS contribuera au développement d'une culture de l'évaluation des actions conduites au travers d'une politique de labellisation qualité qui concernera la rigueur des méthodes mobilisées, des diagnostics conduits et du caractère validé des stratégies mises en œuvre. La diffusion auprès des opérateurs de prévention en région de référentiels de bonnes pratiques en matière d'évaluation (outils INPES, HCSP etc.) contribuera également à cette démarche.

#### **2.2.4. Mobiliser les atouts de la formation initiale des professionnels de santé**

Pour préparer la santé de demain, l'ARS doit aussi agir sur la qualité de la formation initiale des professionnels de santé. L'Ile-de-France concentre un nombre de lieux de formation des professions médicales et paramédicales particulièrement important au regard des autres régions françaises. Toutefois, cette abondance ne garantit pas une adéquation pertinente de l'offre aux besoins régionaux.

Actuellement, concernant les médecins, l'appareil de formation est globalement riche mais forme encore pour l'essentiel à l'exercice hospitalier, ce qui est préjudiciable notamment pour la formation de futurs généralistes se destinant à l'exercice de ville. La réforme du troisième cycle des études médicales permet désormais d'envisager pour une période de 5 ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier en médecine générale, et par subdivision territoriale. Cette évolution, mise en place dès la rentrée 2010, doit constituer un important levier de rééquilibrage entre les besoins et les affectations par région et par spécialité. Il importe également de développer l'offre de stage de médecine générale dans les cabinets libéraux, dans des structures collectives d'exercice type MSP mais aussi dans des centres de santé et de PMI dont le nombre pourrait permettre d'accroître significativement les possibilités d'accueil. Il serait également utile de favoriser les stages dans les départements de la grande couronne en facilitant au plan logistique l'accueil des stagiaires (logement, transport,...).

Au regard de la situation de la démographie régionale infirmière particulièrement faible en région, du déficit de professionnels en formation avec des quotas non remplis, et du besoin de prise en charge par cette profession des personnes âgées et des malades chroniques en augmentation, il

---

<sup>44</sup> CPOM fiche 5.2

importe de renforcer l'effectif de cette profession particulièrement importante pour l'offre de premier recours. Ce constat signifie qu'il faut développer les mesures attractives, notamment pour la prise en charge des personnes âgées et pour le secteur libéral, à travers la formation (soutenir les actions de professionnalisation des aides-soignantes dans les EHPAD par exemple et l'exercice professionnel dans ces structures ainsi que dans le secteur libéral). Il est à noter que le développement des structures pluri professionnelles pourrait permettre aux jeunes diplômées du DEI d'accéder directement au secteur libéral (actuellement, il leur faut attendre trois ans d'exercice salarié). Enfin, l'ARS, consciente aussi des difficultés spécifiques des conditions de vie quotidienne de cette profession en Ile-de-France, devra notamment agir pour maintenir et développer l'information à l'intention de tous les publics susceptibles d'entreprendre une formation d'infirmière et créer des postes supplémentaires dans les IFSI en adaptant la qualification des personnes aux besoins de chaque structure et/ou département.

## **2.3. Garantir l'efficacité de la veille sanitaire et de la gestion des alertes**

### **2.3.1. Professionnaliser la veille**

La création de l'ARS a été l'occasion de restructurer la veille sanitaire autour d'une équipe régionale et de huit équipes départementales. L'enjeu du dispositif est d'offrir un lieu de signalement unique au niveau régional, la plate-forme de veille sanitaire, pouvant répondre 24h/24 et de garantir une permanence de la réponse (investigation et gestion) par des équipes formées aux techniques de veille et de gestion et s'appuyant sur des procédures partagées. La mise en place de systèmes d'échange d'information sécurisés, garantissant la protection des informations, viendra conforter le dispositif. Au niveau régional, l'enjeu est de créer le « réseau régional de veille sanitaire » associant de façon contractuelle les acteurs institutionnels contribuant à la veille et les professionnels de santé afin de renforcer le signalement, les capacités d'investigation et de gestion des alertes.

### **2.3.2. Renforcer les systèmes de surveillance pour mieux détecter et mieux évaluer**

Qu'il s'agisse du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, ou des dispositifs de surveillance non spécifique (par exemple Sursaud piloté par l'InVS), la région Ile-de-France est globalement bien dotée en dispositifs de veille en population générale. Cependant, pour répondre aux impératifs de sécurité sanitaire, des efforts seront accomplis pour parfaire tant en qualité qu'en exhaustivité la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la surveillance non spécifique (en intégrant de nouveaux services d'urgences afin d'atteindre une couverture régionale plus satisfaisante), et le réseau de médecins sentinelles (en rapprochant les différents réseaux existants).

Dans le domaine de la surveillance des effets indésirables liés aux soins, qu'il s'agisse de la pharmacovigilance et plus globalement de l'ensemble des vigilances, des orientations nouvelles sont attendues dans le cadre de procédures nationales spécifiques. L'ARS saura s'en emparer pour proposer une organisation régionale adaptée garantissant l'efficacité des dispositifs.

### 2.3.3. Cibler la veille et la gestion sur les pathologies et les facteurs de risque à l'origine d'inégalités de santé

Parce qu'il s'agit d'épidémies majeures dans la région, l'ARS se doit de faire porter un effort particulier sur la surveillance de la tuberculose et de l'infection par le VIH. Ainsi, en partenariat avec les huit Centres de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT) et les professionnels de santé hospitaliers (services hospitaliers, UCSA, etc.) pour la tuberculose, ainsi qu'avec les laboratoires de ville pour le VIH, un effort particulier sera réalisé pour faire en sorte que la déclaration obligatoire de ces pathologies contribue efficacement, par la qualité et l'exhaustivité de ses données, à l'évaluation des progrès réalisés dans ces domaines.

Les personnes âgées sont une population particulièrement fragile et sensible aux agents infectieux. Un effort particulier de veille et de prévention du risque infectieux doit être mis en œuvre dans les Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Une mobilisation similaire à celle obtenue avec la mise en place des plans bleus pour lutter contre les risques liés à la canicule est nécessaire. Dans ce cadre, la surveillance des événements de santé inhabituels (infections respiratoires, gastro-entérites aiguës, germes multi-résistants, etc.) doit contribuer à la sensibilisation des acteurs et au contrôle des risques. Ce domaine pourra être un champ du nouveau partenariat ARS – CClin.

L'habitat indigne contribue à la dégradation de l'état de santé des populations qui y résident. La surveillance du saturnisme infantile et des intoxications au monoxyde de carbone, par les actions de contrôle qu'elle entraîne, contribue à la lutte contre ce fléau. La mobilisation des partenaires institutionnels dans cette surveillance contribuera à doter la région de dispositifs d'aide au pilotage des politiques de lutte de plus en plus adaptés, avec la perspective de préparer un observatoire des logements indignes. L'ARS contribuera à la réduction du nombre de logements insalubres en augmentant le nombre d'arrêtés d'insalubrité et en participant activement à la gestion des suites.

Enfin, bien que la qualité de l'eau distribuée pour la consommation humaine soit satisfaisante en Ile de France, il persiste des zones de non conformités que l'ARS s'emploiera à faire disparaître, avec un suivi spécifique dans le cadre de son CPOM<sup>45</sup>.

### 2.3.4. Mettre en œuvre le règlement sanitaire international (RSI) dans les aéroports d'Ile de France

Rendu obligatoire par une résolution de l'assemblée de l'OMS, le nouveau RSI se doit d'être mis en œuvre dès 2011 dans la région qui est une porte d'entrée potentielle pour de nouveaux germes. Une harmonisation des pratiques entre les deux aéroports sera mise en œuvre afin de les rendre plus efficaces.

## 2.4. Faire de la recherche de l'efficience une culture partagée et un moteur de l'évolution du système de santé

Le contexte actuel appelle une action résolue pour garantir la pérennité du système de financement solidaire de la santé. Cette pérennité passe impérativement par une amélioration de son efficience, qui doit allier qualité, accessibilité et performance économique. Les conditions apparaissent aujourd'hui réunies pour que la recherche systématique d'une meilleure efficience devienne une culture partagée par l'ensemble des acteurs et des usagers du système de santé,

---

<sup>45</sup> CPOM fiche 3.2

car l'idée selon laquelle la rationalisation des dépenses, loin d'être un rationnement, est au contraire convergente avec la recherche de la qualité, est aujourd'hui acquise et partagée. En outre, la création de l'ARS est par elle-même un atout pour améliorer l'efficacité d'un système de santé dont le pilotage cloisonné a longtemps été un facteur majeur de perte d'efficacité.

Comme l'a illustré le travail de l'IGAS sur la mission de gestion du risque confiée aux ARS, la recherche de l'efficacité est d'abord une culture ou un état d'esprit : il s'agit d'identifier, à tous les niveaux de l'action, les marges d'action pour garantir l'efficacité des dépenses au moindre coût, et de faire appel aux données de la science pour que les actions conduites, dans le domaine de la prévention ou du soin, répondent à cette exigence.

#### **2.4.1. Favoriser une gestion optimisée dans les différents secteurs de l'offre**

Cet état d'esprit peut se traduire en premier lieu par des actions d'optimisation des modes existants d'organisation ou de prise en charge : mutualisation des fonctions support dans les établissements, fluidification des organisations logistiques, lutte contre les facteurs de non-qualité, etc. Parce qu'optimiser, c'est en premier lieu maîtriser les fondamentaux de son organisation, l'ARS souhaite favoriser cette maîtrise en favorisant le partage d'expériences, en valorisant les opportunités du benchmark. Cette perspective concerne notamment la gestion des opérations à l'hôpital (optimiser le fonctionnement des blocs opératoires, optimiser les capacités d'hébergement, professionnaliser la fonction achats, maîtriser les délais de rendez-vous, augmenter le taux d'utilisation des plateaux techniques, etc.) mais aussi le secteur ambulatoire (accompagner le retour à l'équilibre financier des centres de santé) et le secteur médico-social. La promotion de l'efficacité sera notamment suivie dans le CPOM de l'Agence au regard du taux d'établissements public dont l'indice de coût relatif de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la moyenne nationale<sup>46</sup>. Pour se saisir de ces enjeux d'optimisation, l'ARS pourra notamment s'appuyer sur les projets d'actions thématiques de gestion du risque qu'elle met en œuvre en lien avec l'Assurance maladie dans le cadre de son programme régional de gestion du risque, dont le taux de réalisation fera l'objet d'un suivi particulier dans son CPOM<sup>47</sup>. La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire<sup>48</sup> ou l'augmentation de la pratique de la dialyse péritonéale<sup>49</sup> comptent au rang des objectifs du CPOM qui nourriront cette démarche.

En outre, l'ARS veillera particulièrement à la maîtrise et à la réduction des déficits des établissements publics de santé<sup>50</sup>, en s'appuyant sur un suivi réactif des plans de retour à l'équilibre, en développant ses actions d'appui à la performance, mais aussi en accélérant les recompositions et les mutualisations nécessaires.

#### **2.4.2. Subordonner la structuration de l'offre à l'évolution des besoins**

A un second niveau, la recherche de l'efficacité se traduit par une ambition plus large de réorganisation et de restructuration de l'offre de santé. Les enjeux d'efficacité se présentent notamment en termes de meilleure gestion des interfaces entre les différents secteurs et de structuration des parcours et des prises en charges dans les territoires. L'ambition de l'Agence doit alors être d'améliorer l'efficacité en évitant les prises en charge les plus coûteuses lorsque des alternatives moins onéreuses existent pour une qualité égale, et souvent en respectant mieux les préférences des patients, notamment en termes de proximité. Il s'agit de recentrer le recours à

---

<sup>46</sup> CPOM fiche 8.3

<sup>47</sup> CPOM fiche 5.3

<sup>48</sup> CPOM fiche 6.4

<sup>49</sup> CPOM fiche 6.5

<sup>50</sup> CPOM fiche 8.2

l'hôpital et aux médecins spécialistes sur les prises en charge qui le requièrent et de développer les prises en charge ambulatoires à l'hôpital. Il peut s'agir également de favoriser la prévention secondaire pour éviter les complications ou les hospitalisations.

De façon connexe, il faut souligner qu'une politique d'amélioration de l'efficacité en santé est inséparable d'une revalorisation en profondeur de l'offre de prévention. La part des dépenses de santé consacrées à la prévention est faible (moins de 3% en moyenne dans les pays de l'OCDE). Pourtant, de nombreux programmes de prévention sont hautement efficaces au regard de leur coût pour améliorer la santé et la longévité ; s'il est vrai que rares sont les programmes de prévention susceptibles de réduire directement les dépenses de santé, en revanche le caractère efficient d'une dépense visant à prévenir plutôt qu'à guérir est clairement attractif. Ces enjeux sont donc porteurs de perspectives importantes de réorganisation de l'offre de santé, de façon notamment à faire porter les actions de prévention et d'éducation pour la santé par des acteurs d'autres secteurs mieux dotés. Les mécanismes d'incitation, financiers et non financiers, peuvent être utilisés, en particulier au niveau des soins primaires, pour modifier l'équilibre des soins au profit de la prévention.

Notre système de santé étant aujourd'hui plutôt structuré pour prendre en charge de façon curative et sectorisée des pathologies chroniques, le défi à relever est majeur et les leviers d'action que l'ARS peut mobiliser dans ce champ demeurent limités. Les incitatifs et outils permettant que les usagers soient pris en charge au juste niveau de soin demeurent largement à inventer.

## 2.5. Développer la recherche en santé

La région Ile-de-France compte une offre exceptionnellement riche en matière de recherche en santé. Cet atout concerne bien sûr en premier lieu la recherche fondamentale et clinique ; l'AP-HP notamment, premier centre d'essais cliniques en France et en Europe, représente un potentiel exceptionnel en matière de recherche biomédicale et en santé aux niveaux national et international. Mais si ces domaines de recherche sont nécessaires pour acquérir de nouvelles connaissances et technologies permettant de faire face à d'importants problèmes de santé, en parallèle, la recherche appliquée sur les services de santé est nécessaire à l'identification des problèmes prioritaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des programmes les plus efficaces et les plus efficaces.

Sous le terme général de recherche sur les services de santé, on regroupe des travaux dont l'objectif est d'étudier les relations entre le fonctionnement des services de santé, la production de soins et l'état de santé des populations bénéficiaires des services. Par définition, les recherches entreprises relèvent de plusieurs disciplines scientifiques, dont les disciplines de base de la santé publique, l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, l'économie, la gestion et le droit. Ce domaine de recherche, très développé dans les pays de culture anglo-saxonne et d'Europe du Nord, sous le terme de « Health Services Research », a en revanche été peu soutenu en France.

De même, à la différence de nombreux autres pays où existe de longue date un champ structuré de recherches sur la prévention et en éducation et promotion de la santé, avec des conférences et des revues scientifiques spécialisées, ce champ demeure cependant trop cloisonné et dispersé en France. Il n'a pas permis un développement du niveau de preuve, ni fourni les outils pour l'évaluation des politiques publiques en ce domaine. Si l'évaluation de programmes expérimentaux en prévention existe, les résultats sont trop peu pris en compte dans les interventions ultérieures.

Il appartient donc à l'ARS de soutenir le développement régional des programmes et équipes de recherche dans ces domaines. En complément de modalités plus classiques de recherche

quantitative et qualitative, ce domaine appelle le développement de recherche-actions ou d'expérimentations, modalités de production de connaissance au plus près des réalités des territoires auxquelles l'ARS sera particulièrement attentive. Elle s'attachera notamment à veiller à ce que les modalités d'organisation qu'elle promeut, soutient ou accompagne (réseaux, structures d'exercice collectif, etc.) fassent l'objet de questionnements de recherche et d'évaluations. Conformément à l'engagement de l'ARS au service de l'efficacité de la dépense de santé en région, l'analyse médico-économique des modes d'organisation sera un axe privilégié.

SOU MIS à CONCERTATION

### **3. Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires**

La création des ARS modifie en profondeur le paysage institutionnel de la santé en région. L'organisation renouvelée de la coopération de l'ARS avec l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels, institutions mais aussi usagers, est un levier important pour conduire l'ambition réformatrice dont l'ARS est l'incarnation. La politique de santé doit être partagée avec l'ensemble des acteurs du champ et les mobiliser au service de la santé des populations autour de projets et d'outils adaptés à la réalité des territoires.

#### **3.1. Assurer la coordination des politiques publiques dans la région**

##### **3.1.1. Faire vivre les commissions de coordination des politiques publiques**

La loi HPST a doté les ARS d'une mission de coordination des politiques publiques ayant un lien avec la santé en région. Présidées par le directeur général de l'Agence, les deux commissions de coordination des politiques publiques doivent, dans le domaine de la prévention pour l'une et de la prise en charge médico-sociale pour l'autre, permettre à l'ensemble des acteurs concernés de conduire leurs actions de façon coordonnée et convergente. L'objectif pour l'ARS est d'orchestrer la complémentarité des actions dans des domaines tels que la protection maternelle et infantile, l'accompagnement social des personnes dépendantes, la planification des politiques du logement en lien avec le grand âge, la santé au travail ou encore la santé environnementale, de façon à garantir que chaque politique sectorielle s'inscrive dans une vision globale d'amélioration de la santé des Franciliens.

La commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile conformément à l'article L.1432-1(2°) peut décider des travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention. Elle a pour mission de favoriser sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention la complémentarité des politiques qui sont conduites par l'ensemble des acteurs en région. Elle définit les conditions dans lesquelles ces contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour mettre en place la procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région. Enfin, elle permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

La commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux peut, conformément à l'article L.1432-1(2°), décider d'un commun accord entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment au schéma régional d'organisation médico-sociale. Elle favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale, examine les projets de schéma régional d'organisation médico-sociale ou des programmes qui en découlent. Elle examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes

handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'article L.312-5 du code de l'action sociale et des familles et favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées pour chacun de ses membres sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'article L.312-5-1 de l'action sociale et des familles.

Au-delà des réunions formelles de ces commissions, des échanges et travaux communs avec ces institutions doivent permettre d'agir sur les déterminants qui entrent dans leurs domaines de compétence. Cette action ne peut se concevoir qu'en promouvant et coordonnant auprès des institutions et administrations comme le Conseil régional, l'Education nationale, les conseils généraux, DRHIL, DRJSCS, DRIEE, etc. une démarche de concertation afin d'identifier, pour chaque partenaire, les leviers d'actions en faveur de l'amélioration de l'état de santé des populations qu'il envisage de promouvoir dans son domaine de compétence par l'intermédiaire de ses services, pour permettre une meilleure synergie et cohérence de l'action publique au niveau régional et départemental.

### **3.1.2. Insérer une préoccupation pour la santé dans toutes les politiques sectorielles**

Le décloisonnement des politiques sectorielles de la santé est l'un des mots d'ordre clé de la réforme qui a porté la création des ARS. Au-delà des compétences qui se sont trouvées réunies au sein de l'ARS, il s'agit de coordonner l'action des autres acteurs de l'Etat en région au service de la santé de la population et d'assurer la convergence des différents outils de gestion des risques sectoriels, notamment les plans régionaux santé travail ou santé environnement. L'articulation avec les différents acteurs des politiques publiques ayant un impact sur la santé en région doit en premier lieu permettre d'agir de façon globale au service de la santé des Franciliens en incluant dans une approche unifiée les risques spécifiques des différents secteurs : repérer les risques professionnels en entreprise, dépister les pathologies de l'apprentissage à l'école, améliorer la salubrité des milieux, chaque intervention sectorielle doit d'inscrire dans une approche globale de la santé des populations concernées. La coordination des acteurs est également un gage de la capacité à intervenir de façon précoce sur les environnements de vie, en lien notamment avec les acteurs de l'urbanisme, du logement et des transports mais aussi les PMI, de façon à assurer aux enfants et aux jeunes franciliens une équité dès le départ en matière de santé.

## **3.2. Faire vivre la démocratie sanitaire**

### **3.2.1. Donner leur essor aux instances régionales**

La CRSA et les conférences de territoire doivent réellement devenir des lieux de débats et de production d'avis utiles à la mise en œuvre des politiques de santé régionales. L'objectif en la matière est, en évitant les écueils rencontrés par le passé et identifiés dans le bilan des conférences régionales de santé, de donner à la démocratie sanitaire en région un contenu rénové à travers ces nouvelles instances.

Ainsi l'ARS souhaite-t-elle travailler en partenariat étroit avec la CRSA et l'associer par exemple à des groupes de travail ou certains comités techniques.

De même des réunions spécifiques faisant le lien entre la CRSA, les conférences de territoire (notamment au travers de leurs présidents respectifs) et l'ARS seront mises en place et leur

pertinence évaluée notamment au regard de la fluidité de circulation de l'information et de leur cohérence dans la réalisation du projet régional de santé.

### **3.2.2. Développer les consultations thématiques et le débat public en région**

Toutefois, dans une région où le tissu associatif est particulièrement riche, représentatif de la diversité des usagers, et où les communautés professionnelles sont nombreuses, il convient d'étendre la vie de la démocratie sanitaire au-delà des instances qui lui sont dédiées. C'est pourquoi l'ARS, en lien étroit avec les conférences de territoire et la CRSA à laquelle le législateur a confié une mission en la matière, provoquera le débat public pour susciter l'émergence d'une démocratie sanitaire en actes.

Il s'agira aussi de mettre en œuvre des modalités de débat innovantes, notamment via internet, permettant une réelle expression et sensibilisation des franciliens aux choix qui seront faits pour prendre en charge leur santé.

### **3.2.3. Renforcer la représentation des usagers et les droits collectifs**

Une politique de santé partagée repose en outre sur la qualité de la représentation des usagers. L'ARS doit améliorer les processus de désignation des représentants des usagers, de gestion des candidatures dans les établissements de santé, de formation des représentants des usagers en partenariat avec les établissements ou les fédérations régionales. Il s'agit d'apporter davantage de transparence dans les modalités de désignation et une meilleure efficacité dans la gestion des sièges vacants et des candidatures.

L'ARS s'attachera à promouvoir de façon ambitieuse le rôle de ces représentants qui font vivre la démocratie sanitaire que ce soit au travers de son soutien et d'un budget consacré aux instances ou au travers des outils de contractualisation permettant d'inciter les opérateurs sanitaires et médicaux sociaux à mieux les prendre en compte.

Plus largement, l'Ile-de-France est riche de la mobilisation de nombre de ses élus locaux sur les questions de santé ; cette mobilisation collective constitue pour l'ARS un atout qu'il convient d'approfondir.

### **3.2.4. Répondre aux besoins d'information des usagers sur le système de santé**

Avec la loi du 4 mars 2002, les principes essentiels de la démocratie sanitaire ont été consacrés et ces fondements ne paraissent plus aujourd'hui contestés. Pour autant, la construction reste inachevée à certains égards. Dans son rapport de juin 2009 sur les droits des usagers, la conférence nationale de santé notait que le droit à l'information est, parmi les droits des usagers du système de santé, le droit le moins abouti. Non sans paradoxe si l'on songe à la quantité d'informations en santé disponibles aujourd'hui via Internet.

Au-delà de sa mission de faire vivre les nouvelles instances de la démocratie sanitaire en région voulues par le législateur, l'ARS a l'ambition de rendre effective cette démocratie sanitaire en permettant aux citoyens de devenir réellement les acteurs des enjeux du système de santé et de ses défis à venir. Informer les usagers sur l'organisation du système de santé et publier les indicateurs relatifs à la qualité des services offerts sont un préalable nécessaire pour permettre cette prise de parole. On sait, de surcroît, que les difficultés d'accès à l'information ont une responsabilité particulière dans la formation des inégalités sociales de santé.

Pour l'ARS, l'enjeu concerne moins la production de l'information pertinente que son organisation et sa mise à disposition dans une logique de service vers l'utilisateur. Cet enjeu concerne d'une part la lisibilité de l'organisation de l'offre de santé (qui fait quoi, où, quand et à quel tarif) mais aussi l'information sur la qualité des soins et services offerts, information dont la formulation nécessite une réflexion approfondie afin qu'elle soit appropriable par les usagers. L'ambition de l'ARS est donc à terme de doter l'utilisateur francilien d'un véritable GPS santé.

Première étape dans cette perspective, à ce jour, des référentiels régionaux sont en construction dont l'annuaire des structures et des professionnels : le répertoire opérationnel des ressources (ROR) d'Ile-de-France, destiné à offrir une information dynamique et opérationnelle de l'offre de santé aux professionnels et à les aider notamment dans l'orientation du patient. Ces référentiels serviront, avec d'autres, à alimenter un portail d'informations dédié au grand public.

### **3.3. Mobiliser les territoires pour renforcer la sécurité sanitaire**

#### **3.3.1. Assurer une gestion de crise efficace au niveau régional et territorial**

Bien que, avec la création des ARS, l'organisation de la santé relève désormais d'une approche régionale, ce n'est pas la région qui a été retenue comme territoire de planification de la gestion de crise. Cette situation ne manque pas d'entraîner un certain niveau de complexité puisque les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité des représentants de l'Etat dans le département lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public, et sous celle du préfet de zone lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone. C'est donc sous l'autorité simultanée de 9 préfets différents (huit préfets de département et un préfet de police/préfet de zone) que les services de l'agence peuvent être appelés à travailler en cas de crise sanitaire majeure.

Dans ce contexte, qui apparaît complexe tant sous ses aspects institutionnels que sous ses aspects opérationnels, compte tenu de la multiplication des éléments de planification de gestion, il apparaît nécessaire, que l'ARS soit garante d'une cohérence d'ensemble du volet sanitaire des dispositifs, d'autant qu'elle a vocation à contribuer à l'élaboration des volets santé des différents plans en liaison avec les services préfectoraux. L'enjeu concerne ainsi par exemple la prise en charge de victimes d'événements.

La gestion efficace des crises sanitaires appelle l'élaboration de référentiels de prise en charge des patients établis en liaison avec les SAMU de la région mais également un travail de coordination zonale des SAMU. Elle passe également par la mise en place, au sein des établissements de santé appelés à jouer un rôle actif dans la prise en charge des personnes blessées ou traumatisées, du Système d'information numérique standardisé (SINUS). Ce système, développé par la préfecture de police/préfecture de zone et partagé entre les acteurs opérationnels de la gestion de crise en Ile-de-France, permet de dénombrer et de catégoriser les victimes d'événements, de les identifier et d'assurer la traçabilité de leur orientation dans le respect de la confidentialité médicale. Il repose notamment sur la mise en place d'un bracelet doté d'un code barre unique sur toute personne victime ou impliquée. Ce dispositif permet de dresser des bilans réguliers, fiables et partagés.

### **3.3.2. Mobiliser les citoyens, les usagers et les professionnels pour se protéger et protéger les autres face aux risques sanitaires**

La capacité des populations mais aussi de l'ensemble des acteurs à faire face en situation de crise sanitaire ne peut s'envisager que par une appropriation de la culture du risque qui fasse une place de choix à la solidarité (se protéger et protéger les autres).

L'appropriation des dispositifs de veille sanitaire par les professionnels de santé mais aussi par les citoyens dans le domaine environnemental est une des conditions nécessaires au renforcement de la veille. Signaler une maladie à déclaration obligatoire ou tout événement inhabituel survenant dans sa pratique de ville ou hospitalière, participer à un système de veille par la mise à disposition, dans le respect du secret médical, des motifs et diagnostics relatifs à ses actes, ne doit plus être vécu comme une contrainte mais comme partie intégrante de l'acte de soin car contribuant à la santé des populations et, en retour, éclairant la pratique par une meilleure connaissance des épidémies et des alertes.

Le guichet unique de signalement que représente le Centre de réception et régulation des signaux est un atout pour renforcer la culture du signalement et requiert une information associant les organismes professionnels (l'URPS, les conseils des différents ordres, les sociétés savantes) et les institutions partenaires. Il convient en retour de renforcer l'information continue des professionnels sur l'activité de veille.

Dans le domaine environnemental, l'ARS souhaite favoriser le recueil de signaux en ayant recours aux associations (environnementales, de consommateurs, ...) et en créant un dispositif d'appui (expertise indépendante) aux associations pour documenter l'analyse d'une situation environnementale qui leur semble représenter un danger pour les populations avoisinantes.

Auprès du public, des marges de progrès existent dans la sensibilisation de chacun aux risques et aux situations de crise, à travers la diffusion d'informations et de bonnes pratiques comme à travers la réalisation de mises en situation et d'exercices.

Par ailleurs cet objectif de mobilisation sera décliné par la mise en œuvre directe ou le soutien à des actions de prévention et de promotion de la santé, à destination des publics identifiés et/ou des professionnels concernés, en partenariat avec les collectivités ou les associations.

Dans sa contribution à la gestion de l'habitat indigne l'ARS s'emploiera à renforcer l'accompagnement sanitaire et social des familles en lien avec la DRIHL.

## **3.4. Mobiliser la région pour lutter contre les inégalités de santé dans les territoires défavorisés**

### **3.4.1. Faire des contrats locaux de santé des instruments de la réduction des inégalités**

L'échelle infra-départementale des territoires de proximité est pertinente pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en ciblant davantage les actions de l'Agence sur des thématiques ou des populations prioritaires.

La priorisation territoriale obéit notamment à des critères de gravité (indicateurs d'état de santé ou de niveaux de vie) et de faisabilité (présence de relais locaux et volonté politique). Ce dispositif de

ciblage des ressources ou des financements en direction de territoires prioritaires visera à aborder à la fois les facteurs de risque, les déterminants, les populations, les milieux de vie (environnement, habitat, travail) et la structuration de l'offre de soins et de services. La dimension de ces territoires de proximité prioritaires pourra être variable, allant d'un quartier à une ville ou à une communauté de communes.

Il s'agit de pouvoir adapter les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population ou territoire.

Le développement de l'observation territoriale de la santé est un préalable indispensable afin d'assurer un suivi de l'impact des actions mises en place.

Une démarche de collaboration avec les préfets et notamment les directions de la Cohésion sociale permettra de développer, sécuriser et rendre visibles les actions de santé publique menées dans le cadre de la politiques de la ville (ateliers santé-ville). Ces actions pourront ainsi être déployées envers les publics spécifiques vulnérables. C'est en effet au niveau territorial de proximité que portent leurs fruits les actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé qui associent l'ensemble des acteurs (dont la population). Les délégations territoriales seront les animateurs indispensables pour assurer la concertation entre les acteurs et partenaires, et créer l'articulation opérationnelle des dispositifs.

Pour les territoires particulièrement vulnérables, l'ARS confortera sa démarche de contractualisation territorialisée au travers des contrats locaux de santé (CLS). Les démarches de construction des contrats locaux de santé<sup>51</sup> assureront la prise en compte des problématiques de santé publique dans les projets d'aménagement et de développement des territoires portés par les élus, sachant que la santé est fortement déterminée par la qualité de ce développement. La loi HPST indique que « la mise en œuvre du projet local de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». D'autre part, le Plan triennal du Ministère de la santé précise que « le contrat local de santé est un outil qui doit permettre de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires, il contractualise des objectifs partagés entre acteurs institutionnels et acteurs de terrain... ». Plusieurs communes et communautés d'agglomération se sont déjà manifestées auprès de l'ARS pour signer un contrat.

### **3.4.2. Habitat et santé : une interaction à mieux connaître pour mieux la maîtriser**

L'Ile-de-France est une région où les problèmes liés au logement et à l'hébergement sont cruciaux. Cette situation entraîne des répercussions importantes au niveau de la santé, qui doivent être reconnues et traitées par l'ARS. L'entrée « environnementale » de ces problèmes est essentielle : éradication du saturnisme infantile, lutte contre l'habitat insalubre, lutte contre le bruit, pollutions des sols ou contamination de l'air intérieur aux logements... L'ARS doit à cet effet mener des politiques fortes pour lutter contre ces problèmes environnementaux et, ainsi, contribuer à améliorer la santé des personnes dans leur milieu de vie. Le nombre de logements faisant l'objet d'une évaluation sanitaire fait du reste l'objet d'un suivi particulier au travers du CPOM de l'Agence<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> CPOM fiche 4.4

<sup>52</sup> CPOM fiche 4.2

Mais la notion d'habitat recouvre également une dimension plus économique, sociale et culturelle : l'ARS s'engagera également dans une meilleure connaissance des effets des modes d'habitat sur la santé. Ainsi, il est maintenant démontré en Ile-de-France que les lieux d'habitat contribuent aux différences observées dans la prévalence du surpoids et de l'obésité. De même, l'impact du mode de résidence sur les problèmes de santé mentale doit être mieux exploré. Enfin, la notion d'habitat et santé implique également une réflexion sur la proximité des services aux personnes : disponibilité en soins de premier recours, présence de services hospitaliers, répartition des structures et services médico-sociaux.

### **3.4.3. Mobiliser l'ensemble des acteurs en région pour évaluer l'impact de leur action en termes de santé**

La santé est un enjeu qui dépasse de beaucoup les dispositions, lois et institutions qui touchent au domaine de la santé. L'action dans des domaines variés, à travers les décisions que chaque acteur, public ou privé, peut être amené à prendre, pourra avoir un effet direct sur la santé de la population en région. Dès 1986, la charte d'Ottawa, qui fête en 2011 ses 25 ans, a établi que le pilotage d'une politique de santé a pour composante nécessaire de savoir « inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leurs responsabilités à cet égard ». Outre les effets directs d'une politique dans le domaine qu'elle vise spécialement, quels effets cette politique produit-elle sur la santé ? Il s'agit ici de la mission d'éclairage sur les effets, dont l'ARS entend pleinement se saisir.

En effet, cette mission est une composante essentielle de l'action de réduction des inégalités sociales de santé, car on sait que de nombreuses décisions publiques sont susceptibles d'avoir un impact de santé fortement différencié selon les strates sociales : choix de développement en matière de transports, d'urbanisme, d'environnement, les domaines pour lesquels les Franciliens peuvent être affectés dans leur santé de façon différente selon leur lieu de résidence et leur niveau socioprofessionnel sont nombreux.

C'est pourquoi l'ARS entend proposer à ses partenaires comme à l'ensemble des acteurs en région de se saisir de leur responsabilité en matière de santé. Dans ce but, l'ARS diffusera largement, par le renseignement d'indicateurs en routine, une information continue sur l'état de santé des Franciliens. Par ailleurs, elle approfondira, en lien avec les travaux conduits en la matière au niveau national, les procédures, méthodes et outils des études d'impact en santé (EIS), dont la vocation est de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet. Elle expérimentera avec des acteurs volontaires locaux une démarche permettant de développer une compétence pour évaluer ex ante, avant la mise en place d'une politique ou d'un programme, ses effets sur la santé de la population et leur distribution.

## **3.5. Une démarche originale : le contrat de territoire**

### **3.5.1. Structurer une gouvernance territorialisée**

La nouvelle gouvernance de la santé portée par l'ARS doit permettre de répondre aux besoins des populations au plus près des spécificités de chaque territoire. La territorialisation de l'action est un gage de son adéquation aux besoins et de sa pertinence. Les efforts récents pour structurer une offre de santé cohérente au niveau des territoires ont conduit à proposer de nombreux découpages successifs. L'ARS doit relever le défi de la graduation de ses actions et de la

coordination entre les différentes échelles d'action pertinentes, entre le territoire régional, les territoires de santé que sont les départements franciliens, et enfin l'échelle des territoires de proximité au niveau desquels se joue la structuration d'une offre de santé de proximité.

L'ARS Ile-de-France a défini huit territoires de santé correspondant aux 8 départements de la région. Les territoires d'actions départementaux sont communs aux trois schémas stratégiques (santé publique, offre de soins et offre médico-sociale). Ils ont été reconnus comme le niveau d'action pertinent de l'ARS d'Ile de France. Ces territoires peuvent être abordés selon plusieurs approches.

L'objectif premier est de préserver et de maintenir au mieux le bon niveau de santé globale des populations de l'Ile-de-France en comparaison avec celles des autres régions. A un niveau géographique plus fin, il s'agit de prendre en compte les besoins de santé spécifiques de chaque territoire départemental, en comparant les indicateurs du département et ceux de la région pour adapter l'offre de santé aux besoins des populations. Le rôle des 8 délégations territoriales de l'ARS est ici décisif ; parties intégrantes et essentielles de l'ARS, ces délégations territoriales s'inscrivent dans la stratégie régionale et sont garantes de la territorialisation des politiques et des projets de santé. Elles mettent en œuvre dans les territoires la politique régionale de santé, elles suscitent et accompagnent les initiatives locales, elles ont un rôle clé à jouer dans la sensibilisation de l'action collective locale aux sujets de santé, et elles facilitent également la prise en compte des enjeux locaux dans le cadre régional.

Demain, la qualité de l'animation territoriale sera une condition essentielle de la réussite au plan local des politiques publiques conçues par l'ARS. Les Délégations Territoriales assumeront l'animation au cœur des territoires des sujets entrant dans le champ de compétence de l'Agence : du médico-social jusqu'à l'hospitalisation en passant par l'ambulatoire, la santé publique et la veille et sécurité sanitaires, pour toutes les actions exigeant la proximité des porteurs des politiques de santé avec le terrain.

### 3.5.2. Le contrat de territoire

L'action à l'échelle des territoires de santé doit être renforcée par une intervention à l'échelle infra-territoriale. C'est grâce à la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée à l'échelle des territoires de proximité que l'ARS sera en capacité de s'allier l'engagement des acteurs de terrain et d'encourager leur créativité et leur capacité d'adaptation aux évolutions.

Dans le but de mobiliser réellement les acteurs locaux autour de projets territoriaux de santé, l'ARS mettra en œuvre un outil original : les contrats de territoire. Deux constats forts sont en faveur de l'élaboration de tels contrats : la mise en œuvre de la notion de transversalité d'une part, la nécessité de définir des territoires opérationnels de déclinaison de l'action de l'ARS d'autre part. Afin de donner aux actions définies dans son PRS une déclinaison transversale dépassant les cloisonnements « en silos », l'ambition de l'ARS à travers ces contrats de territoire est de mettre en œuvre une nouvelle démarche qui change fondamentalement les organisations existantes en mettant en avant un nouveau concept : la responsabilité populationnelle, eu lieu et place d'une responsabilité d'organisation d'une offre de soins et de services.

Le contrat de territoire permet de définir et mettre en œuvre des politiques cohérentes et organisées entre professionnels de santé au sein d'une entité géographique homogène, en utilisant l'ensemble des outils disponibles. Il a pour objectif de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des parcours de santé sur un territoire donné.

La démarche consiste en premier lieu à définir, à un niveau de proximité opérationnel, un espace permettant de décliner la politique de l'agence issue du PRS. A terme, les contrats territoriaux ont vocation à couvrir l'ensemble du territoire régional. La délimitation de ces territoires doit faire l'objet d'une consultation des opérateurs et des instances de l'ARS, notamment la CRSA, et requiert une implication forte des conférences de territoire.

Fondée sur des diagnostics territorialisés de l'adéquation de l'offre de santé avec les besoins, cette contractualisation avec les acteurs locaux de la prévention, du soin et du secteur médico-social, qui devrait être associée à une gestion transversale des financements, permettra de bâtir une gouvernance de l'offre de santé au plus près des besoins populations

Le projet partagé entre acteurs dans le contrat de territoire est fondé sur un projet par parcours de santé. Il vient traduire au niveau des opérateurs une déclinaison à un niveau de proximité du projet régional de santé. Le contrat de territoire pourra être conclu entre plusieurs offreurs à partir d'une déclinaison de plusieurs contrats « en miroir », reprenant les mêmes objectifs définis dans le contrat de territoire et déclinés par les métiers de différents offreurs. Par exemple, pour un parcours de santé de patients âgés, il s'agira de conclure entre les opérateurs des actions de prévention mobilisés auprès de cette population, la médecine de ville, les EHPAD, les services à domicile et l'hôpital, un contrat partagé sur un parcours de santé de qualité et efficient, en faisant que chacun des offreurs participe en tant que de besoin à la réalisation des objectifs précis du contrat.

Ce contrat de territoire n'est pas un nouvel outil : c'est une nouvelle démarche qui peut et doit intégrer les outils existants de coopération, en les mettant au service d'une logique globale. Ce dispositif contractuel autour d'un projet de santé territorialisé permettra en outre d'expérimenter plusieurs outils mis à disposition par la loi HPST (nouveaux modes de rémunérations, pôles de santé multi-sites, centres de santé, unités légères de premier recours reliées entre elles, réseaux de santé de proximité, pluri-thématiques, développement de projets de coordination (case et disease management)).

## 4. Rénover les outils du pilotage de la santé en région

### 4.1. Equilibrer le recours aux leviers d'action

L'ARS a l'ambition d'agir sur les comportements des offreurs de santé et sur la structuration de l'offre. Cette fonction de régulation s'appuie sur des leviers d'action simplifiés et renforcés par le rassemblement, à la main de l'ARS, d'outils autrefois compartimentés. Elle doit être structurée de façon transversale de façon à assurer la traduction opérationnelle de la stratégie dans les schémas.

Pour fluidifier les parcours de santé, optimiser la répartition de l'offre ou pour améliorer la qualité et l'efficience des pratiques professionnelles, les politiques de santé s'appuient sur des instruments d'intervention diversifiés. L'information, l'incitation, notamment financière, la contractualisation, l'autorisation ou encore l'inspection et la sanction sont ainsi représentées au sein du portefeuille de leviers dont dispose l'ARS. Cette diversité appelle une réflexion particulière sur l'équilibre qu'il convient de rechercher entre les différents leviers d'intervention pour optimiser leur adaptation aux objectifs recherchés par l'ARS. L'action publique distingue classiquement les outils de régulation (autorisation, contractualisation, allocation de ressources, inspection et contrôle), les outils d'appui à la performance (incitation, information, formation, appui opérationnel) et enfin les outils de communication (indicateurs, publications, portails).

L'action en santé requiert le plus souvent d'articuler ces différents leviers : l'autorisation d'exercer une activité s'appuiera sur un dispositif de visites de conformité, l'incitation complètera une action de formation, etc. L'utilisation coordonnée et transversale de ces différents leviers, autrefois souvent dispersés entre différents acteurs, est l'un des atouts majeurs de l'ARS.

La contractualisation et l'autorisation constituent des leviers majeurs pour la restructuration de l'offre de santé. L'ARS souhaite notamment approfondir la logique contractuelle sur les territoires de proximité pour offrir la meilleure réponse aux besoins des populations. Il s'agit de signer avec tous les opérateurs (offreurs, associations, collectivités locales...) des contrats les engageant dans une logique de réponse de proximité, de décloisonnement, de prévention et de qualité du service. D'autre part, pour consolider l'engagement des professionnels dans une démarche d'amélioration de la qualité de leurs pratiques, des outils incitatifs, en particulier financiers, seront déployés.

#### 4.1.1. Développer la contractualisation

Conformément à l'exposé des motifs de la loi HPST, pour associer les offreurs de soins à ses objectifs et missions et mettre en œuvre des solutions pragmatiques, l'agence recourra de façon privilégiée à la démarche de contractualisation.

La contractualisation est une démarche fondée sur le partenariat et la valorisation des acteurs avec lesquels l'ARS entend travailler à l'amélioration de l'offre de santé. C'est un levier d'action pertinent pour favoriser la coopération des acteurs locaux et leur créativité, mais aussi pour organiser une logique horizontale de coordination et de transversalité entre les acteurs d'un territoire. Pour l'ARS, la contractualisation représente l'occasion de fédérer autour d'un projet de santé une pluralité d'acteurs locaux.

Enfin, au niveau de chaque offreur, et particulièrement dans le champ des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que l'ARS signe avec les établissements de santé, les structures d'exercice collectif et les réseaux, la contractualisation est un levier pertinent pour mobiliser les acteurs régionaux autour d'objectifs partagés. Cet outil sera renforcé de façon à responsabiliser les acteurs de santé sur les priorités stratégiques de l'ARS, par exemple en termes de respect des droits des patients, de sécurité des soins et des parcours, de transversalité des démarches de prévention et de santé publique ou encore de coordination territoriale. Le CPOM, qui est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et les titulaires d'autorisation, du SROS, est aussi pour l'ARS, conformément à l'ambition de la loi HPST, un outil de définition et de suivi des engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins. Il pourra être élargi au-delà des établissements de santé, notamment auprès des structures médico-sociales.

#### **4.1.2. Les autorisations : un outil de planification pour répondre aux besoins de santé de la population**

La compétence de délivrer des autorisations dans le secteur hospitalier et dans le secteur médico-social doit être approfondie et renouvelée.

Dans le secteur médico-social, la loi HPST a modifié le régime des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le champ d'application du régime des autorisations, étendu par la loi du 2 janvier 2002 à tous les établissements et services, y compris les services d'aide à domicile, les centres de ressources ou les lieux de vie, reste inchangé. Mais, désormais, ce sont les autorités publiques (État, ARS, département) et non plus les opérateurs qui seront à l'origine de la demande de création ou de transformation d'établissements. L'appel à projet constitue en effet la dernière étape d'un processus dans lequel l'autorité, après avoir défini en concertation les besoins prioritaires d'un échelon territorial déterminé, s'attachera à en permettre la satisfaction progressive, au regard des enveloppes disponibles. Le cahier des charges établi par les autorités compétentes pour délivrer l'autorisation identifie les besoins à satisfaire conformément aux schémas départementaux et au PRIAC, une procédure allégée étant prévue pour les projets innovants et les projets expérimentaux.

Pour les établissements de santé, porté par l'ambition de renforcer le pilotage régional de l'offre de soins hospitalière, le SROS III a marqué un tournant majeur au plan de la conduite de l'action publique de planification en déclinant les nouvelles dispositions réglementaires issues de l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui portent notamment sur la substitution de la notion d'installations (lits-places) par celle d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds, complétée par une quantification en OQOS et en implantations pour l'ensemble des établissements de santé dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'ARH et les établissements de santé.

L'ARS souhaite approfondir cet outil d'autorisation, tout en l'articulant mieux avec les autres leviers de restructuration dont elle dispose, notamment au regard des perspectives qu'ouvre la contractualisation pour mieux ancrer les établissements de santé dans l'offre de santé territoriale. Les autorisations sont délivrées dans un cadre réglementaire bien précis et sur le fondement des objectifs du schéma. Elles doivent, en outre, être compatibles avec les bilans quantifiés de l'offre de soins établis pour chaque activité ou équipement avant l'ouverture de la fenêtre de dépôt des demandes. L'ARS renforcera l'instruction des autorisations d'activités et d'équipements, avec une analyse approfondie de la capacité financière des établissements et du niveau d'activité adapté aux besoins de santé sur le territoire. Elle veillera à privilégier les dossiers de demandes qui permettent de garantir aux patients une accessibilité satisfaisante sans barrière économique,

l'engagement des demandeurs sur ce point étant un élément d'appréciation important. De même, les dossiers visant à la coopération et à la complémentarité entre les structures autour d'un projet médical commun seront encouragés.

Par ailleurs, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit être considéré comme un vecteur d'adaptation susceptible d'évolution pour la mise en œuvre tant de la planification que de l'implication de l'établissement dans son environnement et pour conforter la qualité de l'offre de soins.

#### **4.1.3. Incitation, évaluation, formation : équilibrer les leviers de l'amélioration des pratiques professionnelles**

Parce que la qualité des pratiques est au fondement de la déontologie et de l'engagement des professionnels de santé, les leviers d'action dont l'ARS dispose pour la promouvoir ont tous pour principe de respecter d'abord l'autonomie des professionnels. La qualité repose alors en premier lieu sur la formation des professionnels de santé (notamment la formation continue). Elle peut également être encouragée par des politiques incitatives appropriées. La loi HPST offre ainsi la possibilité pour l'ARS de signer des contrats d'amélioration des pratiques des contrats d'amélioration des pratiques en santé avec les professionnels de santé exerçant en ambulatoire ou en hospitalier ou en secteur médico-social, mais aussi les établissements eux-mêmes. Ces contrats pourront porter sur la participation à des actions de dépistage et de prévention, à la continuité et la coordination des soins, les conditions d'installation, la permanence des soins, l'amélioration des pratiques. En outre, l'ARS apporte aux professionnels de santé au travers de ses campagnes thématiques d'inspection un appui et un accompagnement dans l'amélioration de la qualité de leurs pratiques.

#### **4.1.4. Exercer à bon escient les pouvoirs de police sanitaire**

La qualité du service rendu par le système de santé a besoin de s'adosser à un dispositif de repérage des dysfonctionnements, par des agents de l'ARS habilités à l'inspection et au contrôle, permettant au directeur de l'ARS de prendre les mesures de police sanitaire ou donner les suites qu'il estime appropriées

L'ARS dispose de pouvoirs de contrôles et d'inspection diversifiés puisqu'ils s'exercent dans le domaine de la qualité et de la sécurité des pratiques des professionnels de santé, mais aussi dans le domaine de la qualité et de la sécurité des procédures et équipements de soins, des conditions d'habitat ou encore des milieux.

Dans ces différents domaines, les pouvoirs d'inspection et de contrôle peuvent s'exercer selon différentes modalités :

- dans le prolongement de ses pouvoirs d'autorisation ou en lien avec d'autres acteurs titulaires d'un pouvoir d'autorisation, l'ARS assure des visites de conformité de façon à repérer d'éventuels manquements aux normes de qualité et de sécurité dont sont assorties les autorisations ou formule des avis sanitaires sur des projets d'aménagement susceptibles d'impacter la santé des populations ;
- l'ARS a également la capacité d'initier spontanément des inspections thématiques ;
- elle est responsable par délégation du préfet d'assurer le contrôle sanitaire de certains milieux (eaux...)

- enfin, l'inspection peut également constituer la réponse de l'ARS face à une plainte ou au signalement d'un incident ou d'un accident, qu'il soit effectué par un professionnel, par une association ou par un particulier. La lisibilité des actions conduites en la matière doit être améliorée, notamment pour mieux accompagner les usagers victimes de dysfonctionnements.

Les pouvoirs de contrôle et d'inspection permettent donc d'agir face aux dysfonctionnements repérables de façon à garantir la protection de la population. Ils sont également un outil d'observation et de connaissance, débouchant sur des préconisations dont l'application peut être encouragée et contrôlée dans le cadre de la contractualisation. Ces pouvoirs doivent donc être clairement articulés avec les autres leviers d'action de l'Agence.

#### **4.1.5. Mobiliser les leviers financiers pour adapter l'offre aux besoins**

Il convient de distinguer les ressources financières que l'agence peut mobiliser directement des dépenses que l'activité des acteurs en région génère.

Au titre des ressources directement mobilisables par les ARS figurent principalement les financements sous forme de dotations, qu'ils soient sur fonds assurance maladie ou crédits d'Etat, qui représentent plus de 7 600 M€. Dans ce cas, l'ARS fortement contrainte par le financement récurrent de structures, peut toutefois établir une politique d'allocation des ressources au service de ses politiques (prévention, organisation des soins, accompagnement de démarches d'efficience, soutien à l'innovation). Les marges d'action des ARS sont également sous contrainte de la répartition des ressources décidée par le niveau national, sans qu'il leur soit donné à ce stade la possibilité d'orienter cette répartition.

Parmi les grands modes de financement à la main des ARS figurent les MIGAC. Dans ce domaine la région se caractérise par le poids important de l'APHP (1,2 Mds€ sur 1,9 Mds€ de crédit MIGAC). A titre d'illustration, les deux MIG visant au financement des aides médicale d'urgence (SAMU et SMUR) représentent environ 7 % des MIGAC (ou 10 % des MIG).

Sans pour autant avoir la main sur les autres financements, l'ARS peut influencer sur le comportement des acteurs au travers des ses missions de régulation et planification. A titre d'exemple on peut citer l'action des ARS en faveur de la chirurgie ambulatoire soit au travers du programme de gestion du risque régional soit au travers d'action d'accompagnement des établissements. Cette action de terrain vient compléter la politique tarifaire incitative qui est à l'œuvre depuis 2007.

## **4.2. Développer une ingénierie de services en appui aux offreurs de santé et aux usagers**

### **4.2.1. Développer l'espace numérique régional de santé**

La région est le lieu pertinent d'une modernisation des systèmes d'information de santé destinés à offrir des services attendus par les acteurs régionaux. Un état des lieux des réalisations menées au niveau national a permis de poser les bases de l'organisation à construire en région et au niveau national pour faciliter le développement des systèmes de santé partagés sur tout le territoire : les Espaces Numériques Régionaux de Santé. L'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) se définit comme un espace de services dématérialisés, piloté institutionnellement par l'ARS en lien avec l'Agence des systèmes d'information partagés en santé.

L'enjeu est la construction d'un espace de confiance au sein duquel la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information sont garanties, permettant notamment l'accès aux informations sur l'offre de santé. L'ENRS est l'espace dans lequel se déploie le Dossier Médical Partagé, les expérimentations de services spécialisés et les services métiers répondant aux besoins exprimés par les professionnels du terrain. L'ENRS est aussi le cadre propice au développement des infrastructures de services propres à la télémédecine.

Il s'agit pour l'Agence de construire un ensemble de services à valeur ajoutée pour mettre en place des infrastructures et des outils communs permettant les échanges de données, le développement de la coopération entre les professionnels, la gestion optimisée des ressources publiques et l'information des usagers.

Le déploiement de ces outils devra être orchestré par l'ARS porteuse du sens donné à ces évolutions des pratiques professionnelles ; la mise à disposition des patients d'une information sur l'offre de soins régionale doit être organisée par l'ARS en ce qu'elle constitue un élément essentiel pour mieux réguler l'accès aux soins de premier recours puis aux filières de prise en charge spécialisées.

#### 4.2.2. Accompagner l'essor de la télésanté

La télésanté peut se définir comme le recours aux technologies de l'information et de la communication pour la prestation de services de santé ou d'informations sur la santé. La dynamique francilienne pour le développement de la télésanté est un atout pour notre région. Les décennies passées de progrès technique et thérapeutique démontrent la capacité du système de santé à intégrer l'innovation dès lors qu'elle apporte un bénéfice réel. L'enjeu face aux nouveaux outils de télésanté est d'intégrer son apport pour modifier en profondeur et à grande échelle le système de santé.

La télésanté apporte des opportunités sur trois grands enjeux :

- la télémédecine offre d'importantes perspectives pour l'organisation de l'offre de soins. Elle constitue un levier essentiel pour réduire les fractures territoriales, restructurer l'offre hospitalière, fluidifier les parcours de soins et faciliter les prises en charge pluridisciplinaires, mettre en œuvre de nouvelles formes de prises en charge et de surveillance, au plus près des patients, en mobilisant de façon plus efficiente les ressources et notamment les compétences rares ;
- les outils et services numériques sont d'importants leviers pour soutenir l'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles, la formation et le développement professionnel continu. Elles ouvrent également des perspectives de collaborations nouvelles et facilitées entre les champs du sanitaire et du médico-social ;
- les outils et services numériques sont un levier majeur pour l'amélioration de l'information des patients : l'information de prévention et d'éducation pour la santé, la capacité des usagers à s'informer sur la qualité des soins et à bâtir leur parcours de soins, l'éducation thérapeutique, l'autonomie de la personne, nombreux sont les enjeux pour lesquels la télésanté ouvre des perspectives essentielles.

La télésanté est donc un domaine vaste dont les perspectives sont riches. L'ARS souhaite soutenir son développement avec l'objectif d'assurer la contribution de cet outil à la lisibilité, à la fluidité et à la sécurisation des parcours de soins.

Cet objectif sera particulièrement important s'agissant du développement de plateformes de services autour des EHPAD.

#### **4.2.3. Mettre en place une plateforme-ressource pour l'éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients atteints de maladie chronique à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur pathologie. L'éducation thérapeutique du patient participe ainsi non seulement à l'amélioration de la santé du patient (biologique et clinique) et à sa qualité de vie, mais vise aussi à la réduction du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences, des visites médicales non programmées.

Sur le terrain, l'ETP, pratiquée depuis de nombreuses années, reste une activité ponctuelle, liée au dynamisme de certains professionnels, et très hospitalo-centrée. L'augmentation du nombre de malades chroniques implique de développer l'offre régionale d'ETP, aujourd'hui trop limitée et mal adaptée à la diversité de la population des malades chroniques.

L'ARS a donc pour objectif de promouvoir la création d'une plateforme-ressource en ETP devant contribuer à développer une vraie dynamique dans la région, avec pour objectifs d'assurer la mobilisation des professionnels de santé et l'amélioration de la coopération interprofessionnelle, de diffuser des informations et outils pour harmoniser les pratiques d'ETP et développer une démarche qualité, et enfin de faciliter le développement de pratiques d'ETP personnalisées au plus près des besoins des patients.

#### **4.2.4. Mettre en œuvre des services d'appui aux professionnels de santé et accompagner la gestion des ressources humaines de santé**

Le système de santé est confronté aujourd'hui à d'importants défis en matière de gestion de ses ressources humaines, défis qui concernent aussi bien les perspectives démographiques que l'enjeu de la mobilité des ressources dans un contexte de restructuration de l'offre et leur capacité à construire de nouvelles formes d'exercice collectif et de coopérations. En outre, l'évolution des parcours de formation, en cours de mise en œuvre, impose de disposer d'une vraie capacité d'adaptation.

Ces différentes perspectives d'évolutions requièrent une mutualisation des moyens d'accompagnement des ressources humaines du secteur hospitalier, sous la forme d'une plateforme unique d'accompagnement et de soutien dont l'ARS entend se doter afin d'accompagner la restructuration des carrières, des modes d'exercice et des pratiques.

En parallèle, l'ARS renforcera le soutien proposé aux professionnels de santé libéraux, sous la forme notamment d'un service unique d'aide à l'installation, et pourra s'appuyer en la matière sur des capacités d'observation renforcées par la mise en place d'un comité régional de l'observatoire national des professionnels de santé. La mise en place de ce service nécessite une concertation avec les partenaires régionaux ou locaux (Assurance Maladie, URPS, conseils de l'ordre des PS, collectivités territoriales, universités, fédérations des Cds, MS et des réseaux,...) permettant d'afficher un portail et un lieu siège du service unique dans chaque département et facilitant le partage des rôles et activités entre les partenaires. Les principaux services proposés concerneront des outils d'aides à l'installation tels que cartographie interactive, présentation des aides disponibles, démarches administratives à effectuer, information sur les modes d'exercices collectifs... Des travaux d'animation, de coordination et de veille au fonctionnement du service et au partage d'informations entre les partenaires devront être organisés.

#### **4.2.5. Soutenir les compétences des acteurs en éducation pour la santé et développer une politique de labellisation des équipes en prévention**

L'ARS mènera des actions visant à la professionnalisation et à la structuration de certains acteurs de la prévention et de la promotion de la santé : mise en place d'activités de formation sur la gestion de projet concernant les actions de prévention et de promotion de la santé ; diffusion de connaissances sur les besoins de la population et les déterminants de santé ; diffusion de référentiels de bonnes pratiques (en lien avec l'INPES) ; soutien méthodologique sur des aspects précis de mise en œuvre de politique de prévention en collaboration avec le pôle régional de compétences en éducation pour la santé. L'ambition de l'ARS est également de soutenir la recherche et l'expertise en promotion de la santé, en participant des projets de recherche dans ce domaine, et en favorisant les échanges entre chercheurs et acteurs de terrain.

En outre, le pôle régional de compétences en éducation pour la santé, développé en partenariat avec l'INPES, constituera une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé (EPS) de la région pour les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs...) et venir en appui de leurs actions en EPS ou promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions support à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire, l'évaluation. Il doit à terme servir de lieu ressource pour des porteurs de projets, de carrefour d'échanges (inter institutionnels ou inter réseaux) de l'information, des pratiques et de l'expertise. Le pôle a également un rôle à jouer en matière d'animation et de coordination (offres de service, système d'information...) ; il sera notamment un outil pertinent pour assurer une meilleure couverture des différents territoires de la région.

Enfin, pour soutenir la professionnalisation et valoriser les compétences des professionnels, l'ARS souhaite développer un outil de labellisation de la qualité des projets et actions menées, concernant prioritairement les opérateurs entrant dans le cadre de conventions d'objectifs et de moyens signées avec l'ARS et dont l'activité relève majoritairement de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ce label pourrait concerner la qualité de la construction des projets, à partir d'une grille évaluant la rigueur de la méthodologie mobilisée, la précision du diagnostic de départ et le caractère validé des stratégies mobilisées. Une telle politique de labellisation devrait toutefois se doter également d'outils capables de repérer par ailleurs les interventions qui, innovantes et donc sans s'appuyer sur des stratégies validées, présentent une pertinence remarquable.

#### **4.2.6. Développer les systèmes d'information au service de la qualité**

L'amélioration des pratiques et des modes d'organisation attendue par les professionnels, les patients, les gestionnaires (meilleure coordination des soins, plus grand partage entre les professionnels et le patient, allègement des procédures administratives...) ne sont possibles qu'avec une bonne maîtrise de l'information, elle-même servie par une diffusion large des technologies de l'information et de la communication. Cet effet de levier de la numérisation et de la circulation des données sur la qualité des organisations est constaté dans de nombreux domaines d'activité industrielle et de services, qui ont investi dans l'optimisation de leurs systèmes d'information.

Ouvrant la voie à une prise en charge médicale du patient plus fiable, plus coopérative et mieux coordonnée, à une collaboration plus étroite entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire, à une utilisation mieux maîtrisée de la ressource médicale, à une participation plus active et plus responsable du patient à son parcours de soins, à une exploitation plus efficace, enfin, des données de santé à des fins de régulation médico-économique comme de santé publique, les

systèmes d'information de santé représentent une priorité stratégique pour la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Leur modernisation doit constituer une priorité pour l'ARS.

En effet, nos systèmes d'information de santé sont aujourd'hui inadaptés à ces enjeux d'efficacité et de qualité. Développés depuis un peu plus d'une décennie à partir de grands projets à forte composante technologique, ils ont été construits selon des approches quasi exclusivement verticales, et portés par des opérateurs spécialisés dont la multiplication a fini par rendre le management de l'ensemble extrêmement difficile.

Au-delà de l'outil de travail « métier » nécessaire à chaque acteur de la prise en charge et qui reste choisi par lui, les systèmes d'information de santé se doivent aujourd'hui d'être communicants, voir partagés (dans un établissement de santé, une maison de santé pluridisciplinaire, un réseau de santé, etc.), ce qui implique une mise en œuvre coordonnée entre les différents types d'utilisateurs (professionnel libéral, structure de santé, etc.) grâce à une gouvernance volontaire et représentative des acteurs concernés. On peut citer à ce titre l'existence du groupement de coopération sanitaire D-SISIF, qui réunit plusieurs offreurs de santé en région avec pour objet d'améliorer les conditions d'activité de ses membres en facilitant l'interopérabilité et la mutualisation au sein des systèmes d'information de santé d'Ile-de-France en facilitant le portage financier et la maîtrise d'ouvrage de projets. En Ile-de-France, la gouvernance des systèmes d'information doit être renouvelée pour répondre aux besoins régionaux des champs sanitaires et médico-sociaux. L'ARS se doit d'organiser cette nouvelle gouvernance, aidée d'une maîtrise d'ouvrage régionale adaptée aux enjeux.

### **4.3. Renforcer les outils de pilotage et d'évaluation de la politique menée par l'ARS**

L'amélioration des systèmes d'information est le gage d'une meilleure pertinence de la prise de décision. Pour l'ARS, l'accroissement prévisible de la contrainte financière, l'accroissement des exigences de qualité et de sécurité, le progrès technique, le vieillissement de la population et, plus généralement, l'explosion des demandes de toutes natures adressées au système de santé sont autant de facteurs qui rendent plus que jamais nécessaires l'instauration de processus décisionnels à la fois rationnels et transparents.

Les décisions de l'ARS doivent en outre être soumises à des critères d'évaluation transparents et accessibles. L'évaluation de l'action publique est nécessaire pour quantifier les performances et piloter l'efficacité des institutions. Or dans le domaine de la santé, l'évaluation est multiforme et nécessite l'élaboration de stratégies et d'outils spécifiques. Ces derniers peuvent être de plusieurs ordres : ils concernent bien sûr l'impact de l'action de l'ARS sur l'état de santé de la population francilienne, mais doivent également refléter l'impact de son action sur l'organisation de l'offre, la pertinence de ses choix d'allocation de ressources, la qualité des pratiques professionnelles, ou encore la cohérence, la qualité ou l'efficacité des parcours de santé, sans oublier bien sûr la composante managériale et la qualité de ses procédures internes. Dans ces différents registres d'évaluation, l'ARS s'attachera à renforcer les systèmes d'information susceptibles de nourrir l'évaluation de son action.

#### **4.3.1. Les indicateurs d'évaluation liés au CPOM**

En premier lieu, l'ARS soumettra son action à la grille d'évaluation constituée par les indicateurs attachés au CPOM qu'elle a contracté avec l'Etat.

Dans ce CPOM, des indicateurs précis sont associés à chacun des objectifs arrêtés. Douze indicateurs prioritaires sont communs à toutes les régions. D'autres indicateurs sont le fruit de l'initiative spécifique de l'ARS pour adapter le CPOM aux spécificités des enjeux de la région : ils concernent en Ile-de-France la mortalité infantile, la lutte contre la tuberculose et les coopérations hospitalières. Le taux de participation des populations aux dépistages organisés et l'amélioration de la couverture vaccinale, la prévalence de l'obésité chez les enfants ou le taux de mortalité infantile comptent au rang des indicateurs qui évalueront l'action de l'ARS à l'aune de son impact sur l'état de santé de la population. D'autres indicateurs renseignent sur l'action de l'ARS en matière d'organisation de l'offre de santé, de qualité et d'efficacité. Le développement des modes d'exercice collectif, la lutte contre les déserts médicaux, la diversification de l'offre médico-sociale font ainsi l'objet d'indicateurs dédiés. En matière de qualité des soins, l'indicateur retenu concerne le taux d'établissements certifiés avec réserve. En matière d'efficacité, l'action de l'ARS sera notamment évaluée à l'aune du déficit cumulé des établissements de santé, de la réalisation de son programme pluriannuel de gestion du risque ou du développement de la chirurgie ambulatoire.

#### **4.3.2. Renforcer la connaissance sur les parcours de santé**

Plusieurs indicateurs du CPOM permettent donc d'évaluer l'action de l'ARS en matière d'organisation de l'offre. Au-delà, l'ARS souhaite pouvoir être évaluée à terme sur l'action qu'elle mettra en place pour renforcer la cohérence des parcours de santé. Cet objectif requiert de renforcer les systèmes d'information et la connaissance disponible sur les parcours des usagers.

La connaissance détaillée des parcours de santé, alors qu'elle contribue grandement à l'analyse des modes de prises en charge et partant à celle des coûts des soins, est peu développée. Si des progrès substantiels ont été réalisés depuis plus de vingt ans par l'Assurance-maladie et l'Etat pour constituer des bases et entrepôts de données (PMSI, ERASME, SNIIRAM), certains outils restent à généraliser ou à diffuser afin de perfectionner l'étude des parcours de santé. Ainsi les chaînages, d'une part entre séjours hospitaliers, d'autre part, entre séjours hospitaliers et soins ambulatoires curatifs et préventifs (à l'aide notamment de l'identifiant du professionnel de santé), sont des outils essentiels pour le suivi de parcours. La dynamique du système de santé, notamment l'évolution des technologies et les recours des patients atteints des différentes affections de longue durée pourraient être ainsi mieux décrits.

L'accès plein et entier des ARS aux profils de l'entrepôt SNIIRAM sera une étape indispensable (en cours d'installation) pour avancer sur cette voie à l'échelle régionale. Enfin, sous l'égide de l'ASIP-Santé, le déploiement du Dossier médical personnel (DMP) qui centre le partage des données sur le patient et sert ainsi la continuité des soins, devrait progressivement contribuer à une collecte de données de santé particulièrement utile à la conduite d'une politique régionale de santé publique efficace.

#### **4.3.3. Mieux connaître les contraintes financières et renforcer le pilotage de l'efficacité**

Au-delà des indicateurs du CPOM portant sur l'état de santé de la population francilienne et sur les modes d'organisation de l'offre, l'ARS souhaite développer l'évaluation de son action en matière d'efficacité et de pertinence dans l'allocation des ressources de la santé en région. Dès lors, portée par l'ambition d'améliorer l'efficacité du système de santé en région, l'ARS doit incarner une volonté réformatrice jusque dans la conception des outils et des méthodes de pilotage de la dépense de santé en région.

L'objectif est en tout premier lieu de disposer à l'avenir d'un outil d'analyse aussi exhaustif que possible des dépenses de santé effectuées au niveau de la région : dépenses de l'Etat bien sûr mais aussi de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des mutuelles, des ménages eux-mêmes, etc. Un pilotage efficient des dépenses n'est concevable qu'au prix d'une intelligibilité accrue de ce que coûte réellement à la région la prévention et la prise en charge des pathologies et des enjeux de santé publique que cela implique, à l'échelle des territoires. La complexité tient en la matière à la multiplicité des acteurs engagés dans le financement. Le pilotage se doit donc d'organiser la coordination des différents acteurs au service d'outils de pilotage financier renouvelés. La logique comptable de juxtaposition des lignes budgétaires et de segmentation des interventions doit laisser place à une lecture globale de la dépense de santé organisée selon les enjeux sanitaires qui concernent la population et non plus selon les périmètres compartimentés des acteurs.

#### **4.3.4. Accompagner l'adaptation des métiers de l'ARS**

L'ARS doit relever le défi de l'adaptation de ses métiers. La réunion des forces de l'Etat et de l'Assurance maladie doit permettre l'alliance des cultures professionnelles et la construction d'un socle fédérateur de valeurs. Plus largement, incarnant une volonté de changement et de rénovation, l'ARS doit également assurer l'évolution et l'adaptation de ses compétences aux transformations qu'elle souhaite accompagner et impulser. La diversité des qualifications de ses agents est un gage de sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles qu'elle entend relever pour la santé en Ile-de-France.

Cette ambition passe par un souci d'exemplarité de l'ARS, résolue à se soumettre aux impératifs de qualité et d'efficacité qu'elle entend porter pour l'offre de santé en région. Porteuse de l'ambition de développer la culture de l'évaluation auprès des offreurs de santé, elle souhaite ainsi développer la certification de ses procédures internes de façon à faire progresser la transparence et l'efficacité de son fonctionnement.

# LISTE DES SIGLES

**AFSSAPS** : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

**AJ** : accueil de jour

**ALD** : affection de longue durée

**AME** : aide médicale de l'état

**ANESM** : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**ANTESYS** : analyse territoriale du système de santé

**AP-HP** : assistance publique – hôpitaux de Paris

**ARS** : agence régionale de santé

**ASIP-Santé** : agence des systèmes d'information partagés de santé

**ASV** : atelier santé-ville

**ATIH** : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**AVC** : accident vasculaire cérébral

**AVK** : anti-vitamines K

**BCG** : (vaccin de) bilié de Calmette et Guérin

**BMR** : bactéries multi-résistantes

**CAF** : caisse d'allocation familiale

**CAMSP** : centre d'accueil médico-social précoce

**CAPRI** : capacités des réanimations sur internet

**CAPTV** : centres antipoison et de toxicovigilance

**CAQCOS** : contrats régionaux d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

**CARRUD** : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue

**CClin** : centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

**CCS** : code de la sécurité sociale

**CCSS** : commission des comptes de la sécurité sociale

**CdS** : centres de santé

**CERVEAU** : centre régional de veille et d'action sur les urgences

**CHT** : centre hospitalier territorial

**CIRE** : cellules interrégionales d'épidémiologie

**CLAT** : centre de lutte antituberculeuse

**CLIC** : centres locaux d'information et de coordination

**CLS** : contrats locaux de santé

**CMMP** : (ex-usine CMMP) usine qui a broyé de l'amiante jusque dans les années 1970 à Aulnay-sous-Bois, en Seine-Saint-Denis

**CMPP** : centre médico-psycho-pédagogique

**CMU** : couverture maladie universelle

**CNAMTS** : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

**CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**CO** : monoxyde de carbone

**CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie

**CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CREF** : contrat de retour à l'équilibre financier

**CRSA** : conférence régionale de la santé et de l'autonomie

**C(R)VAGS** : cellule (régionale) de veille, d'alerte et de gestion sanitaires

**CSA** : conseil – sondage – analyse (institut de sondage)

**CSAPA** : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

**CSP** : code de la santé publique

**DEI** : diplôme d'état infirmier

**DGOS** : direction générale de l'offre de soins

**DMP** : dossier médical personnel

**DPC** : développement professionnel continu

**DRASS** : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

**DREES** : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**DRIEE** : direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie

**DRIHL** : direction régionale interdépartementale de l'hébergement et du logement

**DRJSCS** : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

**D-SISIF** : développement des systèmes d'information de santé

**DSS** : direction de la sécurité sociale

**EHPAD** : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EIS** : études d'impact en santé

**ENRS** : espace numérique régional de santé

**EPP** : évaluation des pratiques professionnelles

**EPS** : éducation pour la santé

**EPS** : établissement public de santé

**ERASME** : Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique

**ESAT** : établissements et services d'aide par le travail

**ESMS** : établissements sociaux et médico-sociaux

**ESPIC** : établissement de santé privé d'intérêt collectif

**ETP** : éducation thérapeutique du patient

**FIQCS** : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

**FMC** : formation médicale continue

**GCS** : groupements de coopération sanitaire

**GCSMS** : groupement de coopération sociale et médico-sociale

**GHU** : groupes hospitaliers universitaires

**GPS** : global positioning system

**HAS** : haute autorité de santé

**HCAAM** : haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

**HCSP** : haut conseil de la santé publique

**HPST** : (Loi) hôpital, patients, santé et territoires

**HT** : hébergement temporaire

**HTA** : hypertension artérielle

**IAU** : institut d'aménagement et d'urbanisme

**IDH** : indice de développement humain

**IFSI** : institut de formation en soins infirmiers

**IGAS** : inspection générale des affaires sociales

**IME** : institut médico-éducatif

**INPES** : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques

**INSERM** : institut national de la santé et de la recherche médicale  
**InVS** : institut de veille sanitaire  
**IRDES** : institut de recherche et documentation en économie de la santé  
**IST** : infections sexuellement transmissibles  
**ITEP** : instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques  
**IVG** : interruption volontaire de grossesse  
**LAM** : lits accueil médicalisés expérimentaux  
**LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale  
**LHSS** : lits halte soins santé  
**LMD** : Licence-Master-Doctorat  
**MAIA** : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer  
**MAS** : maison d'accueil spécialisée  
**MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique  
**MEP** : médecin à exercice particulier  
**MIG** : mission d'intérêt général  
**MIGAC** : Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation  
**MIPES** : mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale  
**MS** : maison de santé  
**MSP** : maison de santé pluridisciplinaire  
**NMR** : nouveaux modes de rémunérations  
**NRBC** : (prévention des risques) nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques  
**OCDE** : organisation de coopération et de développement économiques  
**OMS** : organisation mondiale de la santé  
**ONDAM** : objectif national des dépenses de l'assurance maladie  
**ONDPS** : observatoire national de la démographie des professionnels de santé  
**OQOS** : objectifs quantifiés de l'offre de soins  
**ORS** : observatoire régional de la santé  
**ORSEC** : organisation de la réponse de sécurité civile  
**ORSTIF** : observatoire régional de la santé au travail d'Ile-de-France  
**PA** : personne âgée  
**PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**PASA** : pôles d'activité et de soins adaptés  
**PASS** : permanence d'accès aux soins de santé  
**PCR** : personne compétente en radioprotection  
**PDSH** : permanence des soins hospitaliers  
**PH** : personne handicapée  
**PIB** : produit intérieur brut  
**PMI** : protection maternelle et infantile  
**PMSI** : programme de médicalisation du système d'information  
**PNNS** : programme national nutrition santé

**PRIAC** : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
**PRSP** : plan régional de santé publique  
**PS** : professionnels de santé  
**PSRS** : plan stratégique régional de santé  
**RECORD** (étude) : "Residential Environment and CORonary heart Disease" - "Environnement résidentiel et maladies coronaires"  
**RIR** : regroupement implantation redéploiement  
**ROR** : répertoire opérationnel des ressources  
**RSI** : règlement sanitaire international  
**SAAD** : services d'aide et d'accompagnement à domicile  
**SAMSAH** : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
**SAMU** : service d'aide médicale d'urgence  
**SERDEAU** : (serveur web) recueille, une fois par jour, les informations des établissements (nombre de lits disponibles) qui ne sont pas connectés au Cyber Réseau, notamment celles des SAMU  
**SESSAD** : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile  
**SEVESO** : directive dite Seveso ou directive 96/82/CE est une directive européenne qui impose aux États membres de l'Union européenne d'identifier les sites industriels présentant des risques d'accidents majeurs  
**SINUS** : système d'information numérique standardisé  
**SMUR** : service mobile d'urgence et de réanimation  
**SNIR-PS** : système national inter régime des professions de santé  
**SNIR-AM** : système national inter régime de l'assurance maladie  
**SRAS** : syndrome respiratoire aigu sévère  
**SROMS** : schéma régional d'organisation médico-sociale  
**SROS** : schéma régional d'organisation sanitaire  
**SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile  
**SSIAD PH** : service de soins infirmiers à domicile personnes handicapées  
**SUMER** : surveillance médicale des risques  
**SURSAUD** : surveillance sanitaire des urgences et des décès  
**T2A** : tarification à l'activité  
**UC** : unité de consommation  
**UCSA** : unité de consultation et de soins ambulatoires  
**UHR** : unités d'hébergements renforcées  
**URPS** : union régionale des professionnels de santé  
**USBD-DGS** : union pour la santé bucco-dentaire - direction générale de la santé  
**VHC** : virus de l'hépatite C  
**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine  
**ZEP** : zone d'éducation prioritaire  
**ZUS** : zone urbaine sensible

# LISTE DES ANNEXES

Disponibles sur <http://www.sante-iledefrance.fr/>

## Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS Ile-de-France

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de chacune des 26 agences régionales de santé (ARS) ont été signés par Xavier Bertrand, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

Ces contrats, prévus par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, fixent les grandes priorités des ARS jusqu'en 2013. Conclues le 8 février 2011, ils sont le résultat d'une discussion approfondie entre les équipes de direction des agences régionales, d'une part, les directions ministérielles, les caisses d'assurance maladie et la CNSA, d'autre part. Ils ont reçu l'avis favorable des conseils de surveillance des ARS et ont été approuvés par le conseil national de pilotage des ARS dans sa séance du 14 janvier dernier.

Les missions des ARS sont déclinées en une dizaine d'objectifs plus opérationnels (par exemple : renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires, réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, optimiser l'organisation de la permanence des soins...).

A chacun des objectifs sont associés des indicateurs précis, nationaux ou propres à une région en fonction de son contexte.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens seront révisés, le moment venu, pour prendre en compte les projets régionaux de santé.

## Eléments de diagnostic régional et d'orientations stratégiques élaborés par l'ARS Ile-de-France

ARS, « Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne », 24/03/11

ARS, « Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18/01/11

ARS, « Eléments de diagnostic de l'offre de santé en Ile-de-France », 30/03/11

ARS, « Diagnostic des ressources financières du système de santé d'Ile-de-France », 17/03/11

ARS, « Orientations stratégiques en matière d'éducation thérapeutique du patient », 01/03/2011

PROJET

---

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

---

Tél. : 01 44 02 00 00

---

**Suivez et commentez l'élaboration du PRS sur le blog [www.sante-iledefrance.fr](http://www.sante-iledefrance.fr)**

