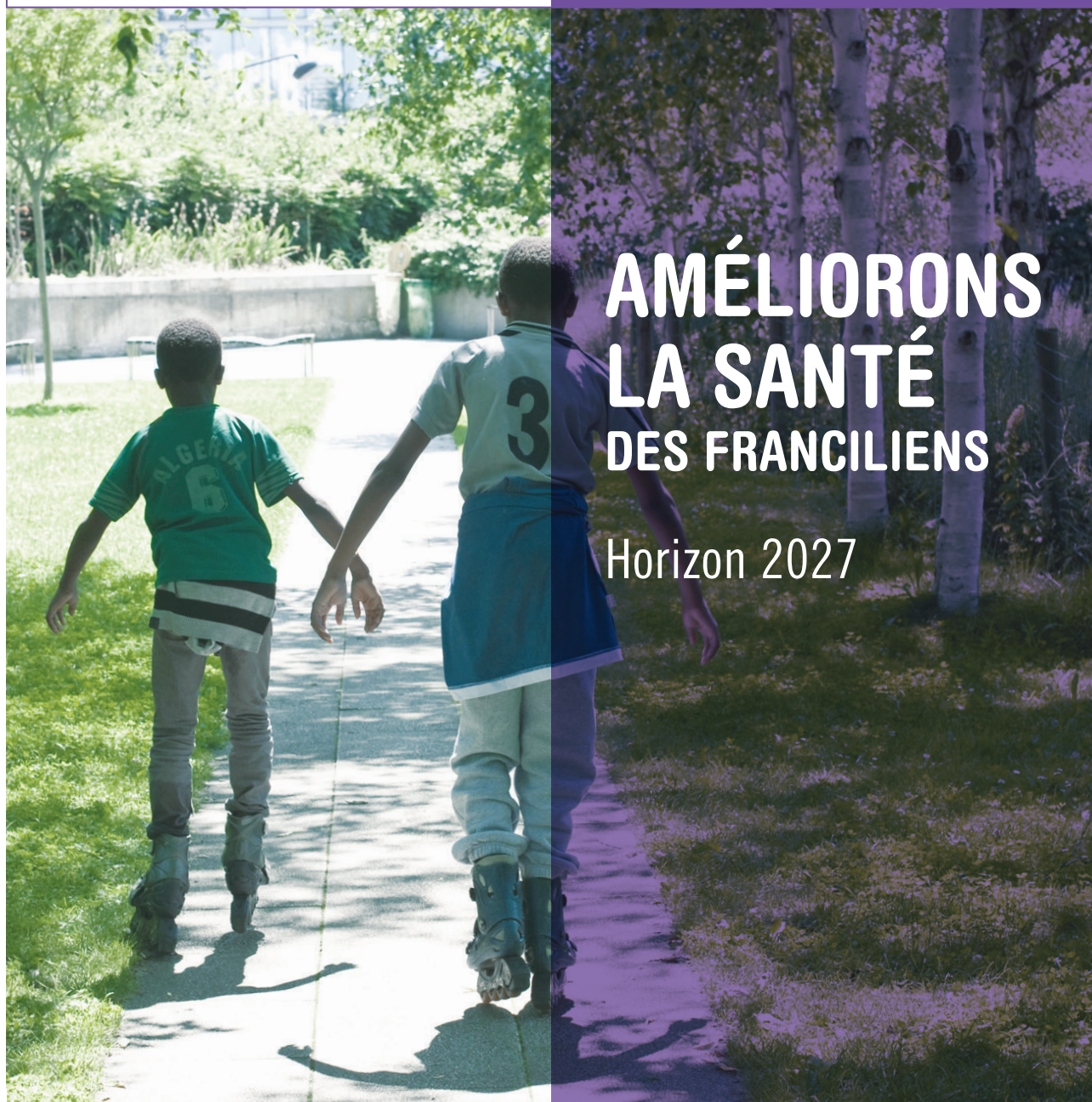


**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
2018 - 2022**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



**AMÉLIORONS
LA SANTÉ
DES FRANCILIENS**

Horizon 2027

CADRE D'ORIENTATION STRATÉGIQUE

TABLE DES MATIERES

Première partie : atouts, contraintes et défis du système de santé en Île-de-France	3
Une région capitale particulièrement marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé	3
Une région jeune et démographiquement dynamique, mais qui vieillit	3
La région la plus riche mais aussi la plus inégalitaire	4
Si la région est globalement en bonne santé, il existe des fragilités et des inégalités majeures	5
L'Île-de-France présente des caractéristiques particulières qui l'exposent plus que d'autres régions à des risques sanitaires et environnementaux, ainsi qu'à des situations sanitaires exceptionnelles	6
Une offre en santé francilienne présentant de nombreux atouts mais aussi des zones de fragilités importantes	7
Une offre en prévention diversifiée, liée à l'historique de certaines pathologies, mais insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités et à la mobilisation potentielle des acteurs.	7
Une offre ambulatoire avec de fortes disparités territoriales qui pourraient s'amplifier au regard des projections démographiques	9
Une offre hospitalière francilienne dense, diversifiée et en cours de transformation	10
Un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre médico-sociale qui doivent se poursuivre	12
Les produits de santé, un enjeu majeur pour la région Île-de-France	13
Deuxième partie : où nous voulons être en 2027	14
Premier principe : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets	14
Deuxième principe : il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques	15
Troisième principe : l'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action	15
Un paysage sanitaire en évolution rapide	16
La méthode : transformation par les projets, co-construction, capacité d'adaptation	18
Troisième partie : nos axes de transformation	19
Axe de transformation n°1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires	19
Axe de transformation n°2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente	21
Axe de transformation n°3 : un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche	23
Axe de transformation n°4 : permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé	26
Axe de transformation n°5 : inscrire la santé dans toutes les politiques	28
Quatrième partie : les conditions de la réussite : cinq programmes de mise en œuvre	30
Programme transformation territoriale des organisations : développer des stratégies de promotion de la santé et construire les parcours au plus près des patients et des professionnels	30
Programme ressources humaines en santé : une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à 10 ans en partenariat avec les acteurs	30
Programme allocation des ressources financières : dégager des marges de manœuvre, mieux prioriser les financements	31
Programme production et traitement de données : les systèmes d'information au service des parcours et de la connaissance	32
Programme information et communication en santé : la communication intégrée comme levier à part entière de la mise en œuvre des politiques publiques	33

PREMIERE PARTIE : ATOUTS, CONTRAINTES ET DEFIS DU SYSTEME DE SANTE EN ÎLE-DE-FRANCE

Une région capitale particulièrement marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé

Une région jeune et démographiquement dynamique, mais qui vieillit

L'Île-de-France est avant tout caractérisée par une forte concentration populationnelle et une croissance démographique soutenue. La population francilienne s'élevait en 2013 à 12 millions d'habitants, soit 19% de la population française métropolitaine, sur 2% du territoire métropolitain. Cette population est concentrée : l'unité urbaine de Paris en regroupe 89%, pour seulement 27% de la surface de la région. La région a gagné en moyenne 60 000 habitants par an entre 2008 et 2013, soit +0,5% par an. L'augmentation de la population est globalement homogène en petite et en grande couronne mais Paris affiche une croissance bien plus faible que la moyenne régionale avec seulement 0,2%. Cette croissance de la population va se poursuivre. En 2030, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, l'Île-de-France devrait compter 12,7 millions d'habitants, soit six-cent mille de plus qu'en 2017 (+4,9%). Ce fort dynamisme démographique représente par lui-même un enjeu pour le système de santé. Son impact sera différencié selon les territoires puisque cette croissance sera faible à Paris, forte en Seine-Saint-Denis, dans les Hauts-de-Seine et dans l'Essonne, particulièrement importante en Seine-et-Marne. Elle concernera principalement les plus de 65 ans, qui représenteront environ les trois quarts de cette croissance, et la grande couronne.

Les 4 départements de la grande couronne (77, 78, 91 et 95) représentent 85% de la surface de notre région pour 45% de la population (5,5 millions d'habitants). Ils juxtaposent des zones urbaines, semi rurales et rurales. L'accroissement de leur population est rapide, porté notamment par les villes nouvelles (Marne-la-Vallée, Cergy-Pontoise, Evry, Melun-Sénart, St-Quentin-en-Yvelines, ...) avec une population plus jeune qu'au centre de la région.

Paris (2,2 millions d'habitants) **et les 3 départements de la petite couronne** (92, 93 et 94, soit 4,5 millions) se démarquent sensiblement. La densité de population y est très forte, les transports en commun plus accessibles. Les écarts d'indices de précarité sont très importants entre l'Ouest et l'Est, y compris sur Paris intra-muros (îlots de grande pauvreté dans les arrondissements du nord-est de Paris). La Seine-Saint-Denis occupe une place singulière. C'est le département le plus pauvre de la métropole (taux de chômage élevé, revenus des ménages faibles, ...), avec d'importantes disparités (des pôles économiques se renforcent). Le taux de fécondité est important, lui conférant une population jeune avec de nombreux immigrés et étrangers.

Cette augmentation se fera de manière hétérogène selon les territoires, conduisant à des variations importantes résultant notamment de l'impact des grands projets d'urbanisme dans le cadre du Grand Paris, qui redéfinira les territoires sous deux aspects :

- **Au plan institutionnel**, la dynamique métropolitaine se poursuivra, sous une forme qui reste à déterminer. Il pourrait en résulter des capacités accrues de redistribution et une amélioration de la coordination des politiques publiques,.
- **Au plan géographique**, l'infrastructure de transport du Grand Paris express, ambitieux projet de métro

automatique en rocade autour de Paris. Le calendrier actuel prévoit l'ouverture de la quasi-intégralité des lignes nouvelles sur la durée du PRS, dès 2022 s'agissant de la ligne 15 sud qui relie le pont de Sèvres à Noisy-Champs. Cette infrastructure modifiera la physionomie des déplacements, qui deviendront beaucoup plus aisés de banlieue à banlieue. Elle renforcera également certains pôles urbains, qui sont appelés à concentrer les investissements immobiliers et la croissance de la population. Ainsi le Grand Paris du logement, concernera tout particulièrement la petite couronne et le début de la grande couronne, ce qui nécessitera une analyse fine des impacts sur l'offre de santé. On devrait observer une forte polarisation de la croissance démographique, de nouveaux espaces résidentiels et mixtes, des pôles d'emplois et d'activités, des opérations d'aménagement d'envergure, sur des pôles de développement.

Anticiper ces évolutions territoriales, et plus largement veiller à ce que ce projet conduise à réduire non seulement les écarts de santé liés à l'accès au système de santé (accessibilité en transports en commun aux établissements de santé, repositionnement de l'offre de proximité, de l'offre médico-sociale, etc.), mais aussi ceux relatifs à l'organisation sociale et urbaine de la région sont à la fois des défis et des opportunités pour la politique de santé francilienne.

L'Île-de-France est une région globalement jeune et présente un taux de fécondité plus élevé que la France métropolitaine, contribuant à près d'un quart des naissances du pays. Cependant, dans le même temps, la population francilienne vieillit. Entre 2007 et 2013, le nombre de personnes très âgées (85 ans ou plus) a augmenté de 31%. Cette évolution tend à s'accélérer dans les projections démographiques actuelles. Dans le scénario tendanciel, la croissance des Franciliens de 85 ans est de plus en plus forte : l'évolution relative est de +14,4 % sur la période 2017-2022 et de 19,3% sur la période 2022-2030. Là aussi, elle est variable selon les départements, les perspectives de vieillissement étant plus fortes en grande couronne.

La région la plus riche mais aussi la plus inégalitaire

Son produit intérieur brut représente environ 31% de la richesse nationale et près de 4% de celui de l'Union Européenne. Avec 1 865 euros par mois, le revenu disponible médian par habitant en 2013 est le plus élevé de l'ensemble des régions de France métropolitaine.

Cependant, les inégalités socio-économiques sont particulièrement importantes en Île-de-France. En 2013, le taux de pauvreté en Île-de-France s'élève à 15,4 % ce qui est supérieur à la valeur de la France métropolitaine (14,5%). Il est caractérisé par de fortes disparités territoriales : il atteint jusqu'à 27,8 % en Seine-Saint-Denis contre 11,4 % en Seine-et-Marne.

Certaines populations sont ainsi 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.

La présence en Île-de-France d'une population migrante importante, dont les caractéristiques évoluent en fonction des besoins économiques de la région, mais aussi de la situation géopolitique internationale constitue à la fois une richesse et une source d'inégalités sociales majeure.

Ces inégalités sociales franciliennes déterminent des inégalités territoriales majeures. L'indice de développement humain IDH-2, combinant trois variables (santé, éducation et revenu médian) révèle les écarts entre

un «grand» sud-ouest favorisé et une partie nord-est, moins étendue et plus centrale, qui concentre les valeurs les plus basses de l'IDH-2.

Si la région est globalement en bonne santé, il existe des fragilités et des inégalités majeures

On vit en moyenne plus vieux dans la région que dans le reste de la France. Avec une espérance de vie à la naissance de 85,9 ans chez les femmes et 80,8 ans chez les hommes en 2014, l'Île-de-France se caractérise par une espérance de vie moyenne supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain (85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes).

On observe en Île-de-France une mortalité inférieure à celle de la France, toutes causes de mortalité confondues, et en particulier chez les hommes pour ce qui concerne la mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancers. A l'inverse on relève une surmortalité par cancer du poumon chez les Franciliennes.

Le taux de mortalité infantile régional, lissé sur 2013-2015, s'élève à 3,78 ‰, et est significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (3,36 ‰). Ce taux varie de 3,10 ‰ dans les Yvelines à 4,76‰ en Seine-Saint-Denis (taux lissé 2013-2015), et il est possible que d'autres zones de surmortalité infantile soient en cours de constitution.

La région est fortement frappée par le VIH, les hépatites et la tuberculose ainsi que les conduites addictives. Le VIH est globalement en recul mais la région francilienne est toujours la plus touchée de métropole. L'Île-de-France est l'une des régions où le nombre de bénéficiaires d'une prise en charge pour hépatite chronique C est le plus élevé. Plus du tiers des cas de tuberculose déclarés en France sont des cas franciliens.

L'intrication entre inégalités sociales et inégalités territoriales se traduit de façon très marquée en termes de santé. On vit en moyenne deux ans plus vieux dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis. Les écarts entre les cantons les plus favorisés et les cantons les plus défavorisés atteignent jusqu'à 8 ans chez les hommes. La prévalence de l'obésité est deux fois plus importante dans les quartiers prioritaires que dans les autres quartiers. La distribution géographique des nouvelles admissions en longue maladie pour le diabète montre la plus forte densité de cas dans les zones les plus défavorisées.

Par ailleurs, **un certain nombre d'enjeux franciliens spécifiques ont un impact fort sur la santé publique.**

Les inégalités en termes d'éducation se répercutent sur la santé et cela s'observe aussi en Île-de-France. Les jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation initiale ou continue sont en moins bonne santé que les jeunes de la population générale. Ils ont plus fréquemment une maladie chronique, un problème de surpoids, ou d'obésité, ou un problème de dépression.

L'habitat indigne sous ses différentes formes et plus généralement l'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus générateurs d'inégalités de santé somatique et psychique. Par ailleurs, l'Île-de-France est l'une des régions où la densité de cet habitat semble la plus importante, si l'on s'en réfère aux données sur le saturnisme ou à la proportion du parc potentiellement indigne au sein du parc privé. Ainsi, 4,4% de parc privé francilien est potentiellement indigne et 3,5% des demandes de logements sociaux seraient motivées par cet état de fait. L'Île-de-France concentre, par ailleurs, le tiers de cas de saturnisme dépistés au niveau national. L'habitat dégradé concerne des populations socialement vulnérables, et les effets de l'exposition à cet habitat se cumulent avec d'autres déterminants d'inégalités. Le phénomène de la sur-occupation des

logements est majeur, et impacte notamment la santé psychique de l'adulte et de l'enfant.

La répartition spatiale de cet habitat conduit, par ailleurs, à l'aggravation des inégalités territoriales de santé et de la ségrégation urbaine caractéristiques de notre région. Ces difficultés se traduisent également par le nombre important de quartiers franciliens en politique de la Ville, et surtout par la forte polarisation des grands programmes de renouvellement urbain sur 59 sites franciliens caractérisés par des besoins de santé prioritaires, issus à la fois de la paupérisation de la population et de l'effet propre des dysfonctionnements de ces quartiers.

Ce phénomène signifie que certains territoires franciliens sont à la fois, en difficultés sociales, enclavés par des carences en transport ou des coupures urbaines, présentent des espaces publics dégradés, une absence d'offre locale de services.

Il importe enfin d'identifier en Île-de-France deux phénomènes concourants mais distincts. D'une part, il existe une forte concentration de la grande précarité, en particulier de la précarité et de l'exclusion liée aux difficultés de logement (chaque nuit, environ 40 000 personnes sont hébergées en hôtel par l'Etat : cette précarité entraîne des risques et des freins spécifiques dans l'accès aux soins). D'autre part, il existe un gradient d'inégalités, qui se traduit en particulier par des rapports inter-déciles de revenus très importants. Ces inégalités d'exposition à des déterminants entraînent des inégalités de santé qui traversent l'ensemble des classes sociales. On observe ainsi des différences sociales pour l'espérance de vie à la naissance, pour l'espérance de vie en bonne santé, pour la consommation de soins, dans la santé déclarée, dans l'adoption de comportements favorables à la santé. Les différences d'espérance de vie se doublent par des différences d'incapacité : les ouvriers ont une vie plus courte et au sein de cette vie plus courte passent plus de temps en mauvaise santé.

L'Île-de-France présente des caractéristiques particulières qui l'exposent plus que d'autres régions à des risques sanitaires et environnementaux, ainsi qu'à des situations sanitaires exceptionnelles

La région est au cœur des mouvements d'échanges internationaux, avec les deux principaux aéroports internationaux français. Elle est la principale frontière française avec les pays à risque sanitaire infectieux à la fois avec les pays de l'hémisphère Sud et avec les pays européens et d'Amérique du Nord. Les mouvements de population, quels que soient les motifs, conduisent à une continuité de problématiques entre les enjeux épidémiologiques internationaux et les enjeux régionaux. Ces enjeux sont renforcés par le positionnement majeur du système de santé francilien dans la lutte contre les épidémies. L'arrivée sur le territoire régional de migrants et réfugiés nécessite, par ailleurs, une prise en charge sanitaire le plus en amont possible pour traiter les problèmes somatiques et psychiques spécifiques.

Son statut de « région capitale » l'expose plus que d'autres à des actes de nature intentionnelle ou terroristes, dont les conséquences potentielles sont majorées par l'importance de la population et des infrastructures à caractère national.

La forte densité de la population, l'organisation économique qui génère de très nombreux mouvements pendulaires quotidiens, créent des **conditions spécifiques susceptibles d'augmenter et d'aggraver la plupart des risques identifiés**, parmi lesquels :

- Les risques liés aux transports et aux réseaux souterrains : plateformes aéroportuaires internationales, voies ferrées et gares, accidentologie routière et transport de matières dangereuses notamment.
- Le risque infectieux épidémique est lui-même majoré par la fréquence des contacts quotidiens au sein des populations; ces aspects concernent en priorité les affections à microorganismes émergent, en particulier

lorsqu'elles présentent un risque de transmission respiratoire, mais également les bactéries multi résistantes. La région est en outre confrontée à une surreprésentation de la tuberculose. Les nombreux échanges internationaux et le positionnement des deux principaux aéroports nécessitent d'avoir une sensibilité particulière par rapport aux dispositifs de surveillance des pathologies émergentes

Par ailleurs, en lien avec la forte densité de population, la forte activité francilienne en termes de prises en charge hospitalière, médico-sociale et ambulatoire entraîne *de facto* un risque majoré de survenue d'évènements indésirables associés aux soins. Pour surveiller mais également pour contribuer à la gestion de ces risques sanitaires, la région dispose d'une importante capacité d'expertise et de prise en charge dans l'ensemble des domaines (risques infectieux, iatrogénie médicamenteuse...) mais dont le développement demeure un enjeu au regard notamment des risques émergents.

La région francilienne présente enfin des risques sanitaires spécifiques liés à la pollution de l'air, à l'insalubrité des logements et à la pollution des sites et des sols. L'activité industrielle passée et actuelle associée à une forte pression foncière entraîne de nombreuses situations d'exposition de riverains aux sites et sols pollués. **La région francilienne présente une fréquence particulièrement élevée de certains risques environnementaux liés à la forte densité de population** (pollution de l'air, exposition au bruit) comme cela est détaillé dans le diagnostic du troisième plan régional santé-environnement (PRSE 3), **à la pression immobilière et foncière ainsi qu'au passé industriel de la région** (proportion élevée de logements insalubres, nombre important de sites pollués). Par ailleurs, cette forte densité de population et le rôle central de la région dans les transits de population rend particulièrement sensible la problématique de la qualité de l'eau, de la **dissémination des agents vecteurs de pathologies** (particulièrement arboviroses) et autres espèces animales ou végétales nuisibles pour la santé publique. La lutte anti-vectorielle est ainsi l'un des enjeux majeurs du PRSE 3.

Une offre en santé francilienne présentant de nombreux atouts mais aussi des zones de fragilités importantes

Une offre en prévention diversifiée, mais insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités et au potentiel de mobilisation

Il existe en Île-de-France des dispositifs de prévention individuelle denses mais mal répartis sur le territoire et dans certains cas insuffisamment coordonnés avec le reste du système de soins et des programmes de prévention collective et communautaires diversifiés mais dont l'amplitude ou la répartition des moyens ne répondent pas encore aux besoins créés par les inégalités territoriales de santé et aux capacités des nombreux acteurs locaux.

L'offre en établissements de prise en charge médico-psychosociale en direction des personnes présentant des conduites addictives ainsi que des personnes précaires atteintes de pathologies chroniques et invalidantes est à renforcer sur l'ensemble des territoires franciliens.

La prévention individuelle

En matière de lutte contre la tuberculose, l'offre de prévention est adaptée aux territoires et diversifiée, notamment avec les équipes mobiles. L'enjeu est essentiellement l'adaptation des stratégies de dépistage à l'évolution de

l'épidémie.

Les taux d'adhésion de la population aux dépistages organisés des cancers présentent de forts contrastes selon les territoires. Cette problématique va s'inscrire dans le double cadre d'une régionalisation de la démarche, et de la prise en charge du nouveau dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

La politique de vaccination gratuite est également sujette à un processus de redéfinition approfondi, suite à un constat de grande hétérogénéité des dispositifs et pratiques, à l'insuffisante coordination et complémentarité des offres publiques et libérales. L'Île-de-France est, par la spécificité de ses risques populationnels et de son offre de formation, particulièrement impactée par les contingentements et pénuries successives de vaccins.

La prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH, des Hépatites, des Infections sexuellement transmissibles ont bénéficié historiquement en Île-de-France d'une forte dotation en moyens. Cette situation est aujourd'hui confrontée à l'évolution des concepts par l'intégration de la dimension de santé sexuelle et des méthodes telle que l'émergence de la prévention diversifiée et de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la diversification des pratiques de dépistages. Le mouvement d'adaptation des implantations de structures à la dynamique de l'épidémie, engagé à l'occasion de la réforme des centres gratuits d'information et de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), doit se poursuivre.

La prise en charge des patients souffrant d'addiction s'appuie également sur un maillage dense et structuré, formé au premier chef par les centres de soins, de prévention et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ainsi que sur l'activité hospitalière (équipes de liaison, consultations spécialisées). Ce maillage, tout en maintenant les spécificités de la prise en charge médico-sociale qui le caractérise, pourrait être amené à évoluer en fonction des besoins et concentrer ses activités sur la prévention.

Enfin, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) restent marqués par une très forte concentration hospitalière qu'il convient de redéployer au plus près des populations et des territoires, au sein de l'ensemble des structures susceptibles de les accueillir. Cette évolution nécessite un profond processus de changement parmi l'ensemble des acteurs de santé et d'accompagnement social.

La prévention collective

L'Île-de-France est marquée par une grande diversité des acteurs dans le champ de la prévention collective. Les collectivités locales sont souvent engagées, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé, très au-delà de leurs compétences obligatoires. Les associations sont également actives, qu'il s'agisse d'associations spécialisées citoyennes, ou de proximité.

L'efficacité de cette mobilisation est cependant obérée par deux phénomènes : d'une part, une répartition irrégulière sur le territoire régional, qui conduit à des inégalités de couverture en promotion de la santé, parfois à des zones blanches, d'autre part, une fragilité des moyens financiers mis en œuvre, à la fois en raison des contraintes liées à l'annualité budgétaire et aux ressources pouvant être mobilisées.

Deux points d'attention doivent être notés : d'une part, la nécessité de coupler l'adossement des programmes et actions aux référentiels existants de santé publique (par exemple dans le champ de la santé mentale ou de la santé

des jeunes), avec l'expression des besoins des territoires. D'autre part, l'intrication de plus en plus forte entre prévention collective, prévention individuelle, et prise en charge (accès aux soins et parcours de santé). Cette intrication est particulièrement importante dans les champs de la périnatalité, de la santé mentale, de la prise en charge du VIH. Elle est également décisive, dans le contexte francilien, pour les publics en situation de grande précarité concernés par le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

Une offre ambulatoire présentant de fortes disparités territoriales qui pourraient s'amplifier au regard des projections démographiques

En Île-de-France, la densité régionale en médecins généralistes tous modes d'exercices confondus est inférieure à la moyenne nationale. Ce constat est plus particulièrement marqué concernant les médecins libéraux et/ou en exercice mixte installés avec une densité de 79 pour 100 000 habitants au 31 décembre 2015, ce qui situe la région au deuxième rang des régions les moins dotées, la densité France entière étant de 93 pour 100 000 habitants. Cette densité ne cesse de décroître régulièrement depuis 2012, et présente de fortes disparités infra territoriales (densité sur Paris de 110 pour 100 000 habitants contre 66 en Seine-Saint-Denis). Enfin, la part des omnipraticiens de plus de 60 ans augmente significativement ; elle est passée de 27% en 2010 à 43% en 2015. Ces caractéristiques expliquent que la région soit, aujourd'hui, celle qui connaît les difficultés les plus importantes de France métropolitaine, ce dont témoigne le classement de 76,3 % de la population en zone sous-dense faisant l'objet d'un soutien à la démographie médicale. Ces difficultés se maintiendront à moyen terme puisque les projections portant sur le nombre et la densité de médecins prévoient, à l'échelle nationale, un rebond aux environs de 2025. Le vieillissement de la population professionnelle est, en partie, compensé par l'installation de praticiens à diplômes étrangers. Par ailleurs, l'entrée dans l'exercice tend à se faire de plus en plus sous forme salariée.

A contrario, la densité des médecins spécialistes, tous modes d'exercices confondus, est plus forte dans la région que sur l'ensemble de la France métropolitaine, et ces effectifs sont en augmentation, même si ce constat doit être nuancé en fonction des modes d'exercice et spécialités. Là aussi, les inégalités territoriales sont fortes et suivent un mouvement de polarisation : les départements déjà les mieux dotés ont vu leur densité en spécialistes croître le plus fortement au cours des 5 dernières années, tous modes confondus.

S'agissant des odontologistes, 8627 exerçaient tous modes d'exercice confondus en Île-de-France au 1^{er} janvier 2014, soit une réduction de 10% en 6 ans. 85% des praticiens ont un exercice libéral ou mixte, la densité étant inférieure de 5% à la moyenne nationale. Cette différence tient au nombre important, dans la région, d'établissements hospitaliers et de centres de santé où les praticiens sont salariés. La densité moyenne régionale est de 72 praticiens pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 63/100 000h. Mais les disparités territoriales sont extrêmes, allant de 136/100 000h à Paris intra-muros à 46/100 000h en Seine et Marne. Il n'y a pas, cependant, de corrélation stricte entre le renoncement aux soins dentaires, évoqué par 45% de la population, et les disparités d'implantations territoriales des praticiens.

Ces évolutions relatives aux professions médicales sont d'autant plus problématiques que, de façon générale, la densité est plus faible dans les territoires aux caractéristiques socio-économiques populationnelles dégradées. L'Agence régionale de santé a été conduite à privilégier les territoires les plus défavorisés dans les choix de géographie prioritaire pour les médecins, en s'appuyant sur une possibilité de déroger par rapport aux propositions nationales qui conduisaient à classer en zones prioritaires certaines communes plus riches. Elles ont également des impacts sur les pratiques, par exemple le recul de la visite à domicile pour les personnes dépendantes ou à faible mobilité (ces visites ont par exemple reculé de 7% à Paris entre 2013 et 2016). Cette situation conduit à agir, d'une

part sur la densité médicale, mais aussi sur le temps médical disponible en concentrant les médecins sur les tâches où ils ont une véritable valeur ajoutée, plutôt que sur des missions administratives ou sociales. Cela passe, entre autres, par le développement des outils de coordination et des structures d'exercice coordonné (centres et maisons de santé). Ces orientations sont dans la ligne de celles du programme national d'accès aux soins.

S'agissant des médecins spécialisés, la croissance régulière du nombre de professionnels pratiquant des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnels, malgré une pratique avec tact et mesure au profit notamment des patients à faibles revenus, complique dans certains territoires l'accès des populations à revenus faibles ou moyens à certaines disciplines, y compris de recours direct.

S'agissant des professions paramédicales, la densité régionale en infirmiers, bien qu'ayant enregistré une nette progression, est toujours inférieure à la densité nationale, avec des difficultés persistantes dans les établissements pour personnes âgées et, s'agissant des infirmières libérales, dans le centre de la région. Par ailleurs, le nombre et la densité des psychomotriciens et, dans une moindre mesure, des ergothérapeutes ont fortement progressé.

Dans ce contexte, la structuration de l'offre de soins de ville évolue progressivement vers un développement des structures d'exercice collectif ou coordonné avec la création d'une cinquantaine de Maisons de santé pluri-professionnelles en Île-de-France depuis 2010 et la consolidation des centres de santé (225 polyvalents ou médicaux), auxquels s'ajoutent environ un millier de cabinets de groupes.

Une offre hospitalière francilienne dense, diversifiée et en cours de transformation

Environ 420 établissements de santé, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble de la région. La taille et les statuts des établissements implantés en Île-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) représente environ un tiers des séjours en Île-de-France. Elle concentre également de très importantes ressources en termes de soins de recours (elle anime par exemple 11 filières de santé maladie rare sur les 23 du territoire national), de capacités de formation, de recherche, et de nombreux partenariats institutionnels ou industriels. Elle représente donc une concentration de ressources inégalée à l'échelle nationale mais également européenne. Pour autant, ses 12 groupes hospitaliers possèdent un véritable ancrage territorial.

Parallèlement, plus de 70 établissements publics, 150 établissements privés à but non lucratif et 180 établissements privés commerciaux sont répartis sur le territoire, avec de forts contrastes territoriaux générateurs d'inégalités d'accès aux soins.

Dans les quatre départements de la grande couronne se sont développés des CH de grande taille (Sud Francilien, Pontoise, Versailles, Poissy, Jossigny, Argenteuil, ...) avec de gros volumes d'activités de proximité. Sur les 10 dernières années, leur équilibre recours/proximité a évolué vers le recours. Certains ont structuré une activité d'enseignement et de recherche clinique autour notamment des maladies dont les files actives sont les plus importantes. Quelques services ont ainsi conventionné avec leur Université, particulièrement dans l'Ouest de la région. Le secteur privé lucratif continue à se réorganiser, porté par les grands groupes de cliniques. Au-delà d'activités concurrentielles, des coopérations public-privé y ont vu le jour, parfois portées institutionnellement, parfois à l'initiative d'acteurs de terrain. Ces coopérations public-privé, plus ou moins informelles, tendent à réduire les taux de fuite en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) variables selon les territoires et les disciplines. La fragilité de la grande couronne porte essentiellement sur sa périphérie. Elle concerne tous les secteurs (ville et établissements) et les équipements (IRM par exemple). Les taux de vacance de postes de PH sont importants (urgences, anesthésie, imagerie, psychiatrie, pédiatrie, ...) et des zones à faible ou très faible

densité en médecine libérale, notamment en premier recours (MG, pédiatres) ou dans plusieurs spécialités de second recours, s'étendent. La situation devient critique pour les territoires impactés par une précarité sociale importante (indice IDH2), avec souvent des problématiques plus globales d'aménagement du territoire, de repli des services publics. Dans ce cadre, la plupart des grands CH de la grande couronne ont dû s'impliquer dans un rôle d'animation territoriale vis-à-vis des hôpitaux périphériques de ces territoires, avec des résultats et des niveaux d'implication divers. Les stratégies de groupe publiques progressent peu à peu, et la structuration des GHT y participe largement. Les liens ville-hôpital restent largement perfectibles.

A Paris et en petite couronne, l'offre est très dense. Les plateaux médicotéchniques y sont nombreux, souvent concurrentiels. L'AP-HP y exerce une zone d'influence très forte, conjuguant pour l'essentiel activités de proximité, de recours, voire de recours exceptionnel. Les établissements ESPIC, peu nombreux, connaissent une progression sensible d'activité en MCO. Les établissements privés à but lucratif poursuivent leur logique de concentration. En Seine-Saint-Denis, une partie importante de la population est particulièrement concernée par l'accessibilité financière aux soins. La dispersion des plateaux techniques y est importante sur seulement 235 km². Les établissements de santé y sont confrontés aux problématiques liées aux masses critiques d'activité, avec d'importantes fragilités en matière de recrutement des professionnels et d'investissements.

La répartition des autorisations d'activité et d'équipements a évolué, en lien avec les orientations nationales, dans un objectif de renforcement de la qualité des prises en charge. Ainsi à titre d'exemples, si les capacités de réanimation se sont concentrées, le nombre de sites autorisés passant de 76 à 70 sites sans fermeture de lits, les taux d'équipements matériels lourds ont progressé sur la durée du premier Projet régional de santé. Fin 2017, la région devrait atteindre les taux d'équipement recommandés par les plans nationaux relatifs à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ou des pathologies cancéreuses. La coopération s'est par ailleurs largement développée avec notamment la création de 37 groupements de coopération sanitaire (GCS) depuis 2013 et de 15 groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces groupements, et leurs partenaires ont vocation à améliorer considérablement l'efficacité de la réponse à la population.

Concernant la sortie du patient le jour même de son intervention à l'hôpital - 54,2 % des actes chirurgicaux en Île-de-France ont été réalisés en ambulatoire en 2015. Ce taux progresse chaque année et place la région au deuxième rang national. De la même manière, l'offre et les prises en charge en soins de suite et de réadaptation ont commencé à évoluer vers l'ambulatoire. Ce qui est parfois appelé le « virage ambulatoire » vise avant tout à améliorer la qualité des prises en charge, en diminuant la iatrogénie et en favorisant un retour des patients à des conditions de vie normales le plus rapidement possible, dans de bonnes conditions de sécurité grâce à un système de santé capable de les prendre en charge sur leur lieu de vie. La diminution des capacités d'hospitalisation complète constitue une conséquence, souhaitable mais secondaire, qui ne doit pas être conduite à marche forcée au détriment de cette qualité de prise en charge

L'Île-de-France est bien positionnée sur l'hospitalisation à domicile (HAD), avec un taux de recours de 20,5 patients par jour pour 100 000 habitants en 2015 contre 18,5 en moyenne nationale. L'offre d'hospitalisation à domicile en Île-de-France est représentée par 16 structures correspondant à près de 2500 places et plus de 900000 journées en 2015. Le contexte régional se traduit néanmoins par des indicateurs défavorables : une très grande hétérogénéité infra-territoriale de recours à l'HAD en population générale, un taux de recours par les établissements inégal, une proportion trop faible des prescriptions depuis la ville et un très petit nombre d'interventions réalisées dans les établissements médico-sociaux.

En 2015, près de 4 millions passages aux urgences ont été enregistrés en Île-de-France (22% de l'activité nationale). Le recours aux urgences a significativement augmenté au cours des dix dernières années et l'Île-de-France fait partie des régions où le taux de recours est le plus important, malgré des efforts conséquents de structuration de la permanence des soins ambulatoires. La progression est particulièrement marquée s'agissant des urgences infantiles. Dans ce cadre, une réflexion plus large autour des soins non programmés doit être initiée au niveau territorial pertinent.

En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation temps plein est inférieur à la moyenne nationale mais le recours aux soins ambulatoires atteint à peine cette moyenne malgré la densité des professionnels. Les inégalités d'équipement sont plus marquées encore que pour les soins somatiques ; les renforcements ont été centrés sur les territoires sous dotés et sur la prise en charge des adolescents.

Le Service de santé des armées (SSA) et l'Institution nationale des invalides (INI) ont vu leur place récemment renforcée en tant qu'acteurs du service public de santé dans plusieurs domaines (loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; protocole santé-défense du 6 avril 2017 ; ordonnance 2018-20 du 17 janvier). Les relations entre les ARS et le Service de santé. Le contrat spécifique qui fixera leurs contributions respectives permettra au SSA de mieux répondre aux besoins de santé du territoire et à l'ARS de prendre en compte les besoins spécifiques de la défense nationale.

Toutes les composantes du SSA présentes en région Île-de-France (hôpitaux d'instruction des armées, centres médicaux des armées, écoles de formation, institut de recherche biomédicale des armées, ravitaillement sanitaire et centre de transfusion sanguine des armées) sont engagées dans cette nouvelle coopération. Elle inclut à la fois l'offre de soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation, le ravitaillement sanitaire, la participation des structures civiles à l'effort de défense et la promotion conjointe de la réserve.

Un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre médico-sociale qui doivent se poursuivre

Le sous-équipement de l'Île-de-France en offre médico-sociale aura été réduit sur toute la durée du premier projet régional de santé.

Dans le champ du handicap, 4 000 places ont été créées sur l'ensemble de la durée du premier projet régional de santé. Spécifiquement sur le spectre autistique et les troubles du neuro-développement, l'offre de places a doublé entre 2010 et 2017. En termes de réduction des inégalités d'accès, ce sont les territoires les moins bien dotés qui ont bénéficié des autorisations nouvelles : la Seine-Saint-Denis et Paris. Le développement de l'offre a concerné d'abord les établissements et services médico sociaux prenant en charge les personnes avec autisme (26 % des autorisations). Le handicap psychique, le polyhandicap et le handicap neurologique ont également fait l'objet d'un rattrapage spécifique.

En ce qui concerne les personnes âgées, 9 400 places ont été ouvertes sur la même période. Ces installations sont majoritairement consacrées au rattrapage du sous-équipement francilien en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elles représentent 71% des places installées. La moyenne régionale d'équipement en EHPAD sera passée de 71,9 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus fin 2012, à 74,9 fin 2017. Cependant, ce taux reste en deçà de la moyenne nationale (95 pour 1000). Cet équipement a été complété par des capacités dédiées au soutien à la vie à domicile avec l'intervention de services de soins infirmiers à domicile (11 % des places) et au profit de l'accueil temporaire (18% des places installées sont en accueil de jour et en hébergement temporaire). L'effort de création de places nouvelles a porté majoritairement sur Paris et les départements de la petite couronne, puisqu'ils ont bénéficié de 69% des places créées, soulignant la volonté

partagée de soutenir les départements les moins bien équipés. Cependant le reste à charge supporté par les usagers dans les EHPAD (supérieur en moyenne à 2500€ soit 1 fois et demie la pension moyenne) reste une difficulté majeure d'accès malgré la politique d'aide à l'investissement apportée par l'Agence.

Les produits de santé, un enjeu majeur pour la région Île-de-France

Les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux représentent plus de 6 milliards d'euros en Île-de-France. La région dispose d'une expertise médicale reconnue, fer de lance en matière de recherche et d'innovations au bénéfice des patients : la proportion de thérapies ciblées parmi les anticancéreux y est plus importante (62,5% vs 51,5% en France en 2014). Près de 4000 patients franciliens ont bénéficié en 2015 d'une prise en charge par les nouveaux antiviraux de l'hépatite C pour un montant remboursable de 265 millions d'euros. Par la mobilisation des acteurs, il sera possible à 10 ans de relever le défi de l'éradication. L'Île-de-France est aussi l'une des régions où les niveaux de résistance aux antibiotiques notamment en établissements de santé sont les plus élevés. De plus en plus, les produits de santé devront être considérés comme un élément structurant du parcours du patient : la pharmacie clinique et la conciliation médicamenteuses sont appelées à se développer, dans une optique d'amélioration de la pertinence des soins et de meilleure maîtrise du risque médicamenteux.

DEUXIEME PARTIE : OU NOUS VOULONS ETRE EN 2027

Le cadre d'orientation stratégique a pour ambition de fixer les contours de notre politique de santé régionale pour les 10 années à venir, en cohérence avec la stratégie nationale de santé. Il s'agit de définir les objectifs et les résultats attendus afin de faciliter au quotidien le parcours de santé des Franciliens, d'améliorer la réponse aux besoins de la population, en renforçant en particulier la prévention et la promotion de la santé, de favoriser l'accès à l'innovation pour contribuer à la pérennité et l'équité du système de santé, de contribuer à rendre chaque Francilien acteur de sa santé pour renforcer la démocratie en santé et de mobiliser les politiques publiques au service de la santé. L'Agence s'est pour cela fixé trois principes structurants :

Premier principe : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets

En Île-de-France, la cohabitation des deux logiques de construction des inégalités (d'une part un gradient social très marqué, avec de fortes valeurs extrêmes, d'autre part une concentration de l'exclusion et de la grande précarité) impose de construire une politique publique conforme aux recommandations de l'OMS : nous devons mettre en œuvre avec effectivité le principe d'universalisme proportionné, seul capable de répondre au gradient social, ce qui signifie piloter des politiques universelles mais fortement renforcées dans les territoires ou à l'égard de populations moins favorisées ; nous devons mettre en œuvre un universalisme ciblé, prenant en compte les difficultés spécifiques (notamment en termes de médiation ou d'interprétariat) ; et nous devons enfin mettre en place une approche adaptée – notamment en termes de passerelles – en direction des personnes les plus précarisées. Ces trois approches sont interdépendantes (l'universalisme proportionné bénéficie aussi aux plus pauvres ; et les actions en direction des plus pauvres sont en général de puissants leviers de transformation du système de santé), mais ne doivent pas être confondues. Par ailleurs, l'intervention précoce (axe 1 et 2), la participation des habitants (axe 4) et l'intervention renforcée autour des déterminants de santé (axe 5) seront des principes également mis en œuvre. La feuille de route « inégalités sociales de santé » élaborée par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévoit cinq principes simples devant être pris en compte dans toute l'action des pouvoirs publics, notamment l'impératif d'énoncer dans l'ensemble des projets et des pratiques professionnelles la manière dont ils contribuent à la réduction des inégalités.

Ainsi, les modes d'intervention doivent s'adapter aux situations de chacun et notamment à la plus ou moins grande proximité initiale, induite par les conditions psycho-sociales, par rapport au système de santé. L'évolution du système de santé doit également tenir compte des fragilités des uns et des autres. La réduction des durées de séjour à l'hôpital, par exemple, n'a pas les mêmes conséquences en fonction du degré d'autonomie, d'isolement social ou des conditions de résidence de chacun.

Ce choix doit permettre de répondre aux défis prioritaires auxquels notre système de santé est confronté. En effet, le vieillissement et le développement des maladies chroniques qui touchent aujourd'hui près d'un Francilien sur six, n'ont pas les mêmes incidences selon les situations socio-économiques et suivant les territoires. De même, réduire les inégalités dans la période périnatale, la prime enfance, et aux différents stades du développement impose de prendre en compte les déterminants qui fondent les écarts entre catégories sociales à ces étapes.

Deuxième principe : il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques

La définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé comme un « état de bien-être total » conduit à élargir les préoccupations largement au-delà de la seule approche par la pathologie. La préoccupation des politiques de santé doit être, avant tout, de viser à l'atteinte de ce bien-être et d'éviter la survenue de la maladie. **La prévention constitue donc le premier objectif en la matière** : elle doit permettre, dès le plus jeune âge, de réduire les facteurs de risques qui pèsent durablement sur la santé tout au long du parcours de vie. La promotion de la santé doit donner de nouveaux outils, notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres. Nous devons pour cela agir dans plusieurs directions à la fois : le champ de la prévention médicalisée individuelle doit voir les dispositifs spécifiques renforcés, mais aussi une extension majeure des pratiques cliniques préventives par les professionnels de santé dans leur ensemble. La promotion de la santé doit mobiliser, sur la base des données probantes désormais disponibles, les pratiques de santé communautaire (approches collectives) et les interventions sur les déterminants de santé, donc dans et sur les milieux de vie – incluant école et travail. L'extension conjointe des approches individuelles, communautaires et collectives, et par les déterminants, est l'une des conditions pour que la promotion de la santé contribue à la réduction des inégalités de santé.

La protection des populations s'étend au cadre et à la qualité de vie, et suppose un renforcement des actions sur les déterminants environnementaux et urbains de la santé en s'appuyant en particulier sur la dynamique impulsée dans le cadre du projet du Grand Paris. Là encore le renforcement des dispositifs de surveillance, de diagnostic local, le partage de l'information devront être développés, les coopérations et coordination avec les autres opérateurs publics et privés renforcées.

Il existe pour cela des leviers importants. En premier lieu, la programmation de l'allocation des ressources devra respecter en premier lieu cette priorité. Mais la mobilisation des autres acteurs et politiques publics sur quelques thèmes clefs est essentielle car la région dispose de ressources de toutes natures qu'il convient de mobiliser et coordonner plus efficacement. Les politiques relatives au logement, à l'habitat, aux jeunes, à l'éducation, constituent ainsi des enjeux fédérateurs et porteurs d'effets de levier potentiels très importants sur l'ensemble du système de santé. La programmation de l'ARS doit donc être articulée avec celle d'autres partenaires institutionnels à travers, par exemple, le plan régional santé-environnement (PRSE 3) ou le programme régional de santé au travail. Elle doit mobiliser les leviers de politiques institutionnelles transverses, notamment la politique de la Ville.

Troisième principe : l'approche territoriale constitue le niveau et le levier principal de l'action

Ce cadre d'orientation stratégique porte l'ambition d'un système de santé plus intégré, décloisonné, constitué autour de parcours territorialisés, personnalisés, organisés au plus près du lieu de vie, ce qui nécessitera une plus grande coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, seule à même de garantir la pertinence et la qualité d'une prise charge garantes de la bonne utilisation des ressources collectives.

Plusieurs approches territoriales coexistent :

- Le **maillage institutionnel**, organisé au niveau des territoires de démocratie sanitaire et qui constitue l'échelle d'analyse des Conseils territoriaux de santé ;
- Le **maillage de la planification sanitaire**, décliné dans le schéma régional de santé ;
- Le **maillage de proximité**, voire de très grande proximité : c'est celui des contrats locaux de santé, de la politique de la ville, dont les enjeux se situent souvent à un niveau très fin. Ce peut aussi être celui de certains objectifs de la contractualisation.

- Enfin le **maillage de mobilisation des acteurs** permet d'accompagner sur des territoires à géométrie variable dits « **territoires de coordination** » des réponses propres à une problématique particulière. Ce troisième niveau, le plus propice à l'organisation des acteurs, à leur coordination et à la mise en œuvre de projets, sera le plus stratégique pour la mise en œuvre du projet régional de santé.

L'approche territoriale s'appuiera donc en premier lieu sur la prise d'initiatives locales, favorisant ainsi l'appropriation et la diffusion des innovations organisationnelles et visera à apporter une réponse globale et coordonnée en termes de prévention, de soin, d'accompagnement et de soutien. Elle placera la proximité au centre de ses préoccupations.

Indépendamment des périmètres existants (démocratie en santé, activités de soins...), il conviendra de définir, à partir des lieux de vie, de façon volontaire, progressive et souple le niveau de réponse de proximité et de coordination et celui plus large d'appui et de recours mobilisant l'ensemble des moyens nécessaires.

Le rôle des collectivités locales en Île-de-France est majeur : à la fois en ce que les élus sont les représentants démocratiques des habitants et de leurs besoins, disposent eux-mêmes et/ou par leurs services d'une expertise et d'une légitimité, qu'ils mettent en œuvre des stratégies participatives importantes ; en ce que ces collectivités mènent des politiques publiques dont l'impact en santé est décisif ; et aussi en ce que, souvent, elles sont impliquées soit dans la mise en œuvre d'actions de prévention, soit dans la mise en œuvre de démarches d'accès aux soins. Le partenariat avec ces collectivités, dans un respect et une écoute réciproques et exigeants, se traduit dans les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), mais aussi dans l'ensemble des processus d'animation et de gouvernance territoriale en santé. Ce partenariat avec les collectivités doit s'étendre à la fois aux collectivités émergentes (intercommunalités, métropole...) et aux grands opérateurs publics dans des domaines qui impactent la santé – transports et urbanisme notamment.

Des gouvernances territoriales renouvelées devront relier contractuellement, dans des champs de responsabilité et d'autonomie explicites, les usagers et les acteurs de santé avec l'Agence régionale de santé fédérant les porteurs des politiques publiques à même d'influer sur les déterminants de santé ou d'agir sur la promotion de la santé et en premier lieu, les collectivités territoriales. Cette gouvernance devra permettre d'élaborer des diagnostics partagés, de prioriser les actions à mettre en œuvre et de **catalyser les initiatives issues du terrain**. Les livrables du projet régional de santé constitueront une « boîte à outils » pour ces projets et l'agence sera positionnée en repérage et en appui des initiatives.

Dans ce cadre, les réponses aux besoins et les modalités de prise en charge doivent être pensées autour d'équipes intégrant fonctionnellement, dans le respect des modes d'exercice, la pratique ambulatoire et en établissement. Les projets soutenus seront portés sur la base des propositions des acteurs locaux.

Cette coordination sera facilitée et structurée par l'échange et le partage d'informations relatives au patient qui seront mobilisées par l'ensemble des acteurs, au-delà des murs d'un établissement sanitaire ou médico-social, d'un cabinet, d'une maison ou d'un centre de santé, d'un service à domicile. Au-delà du renforcement des outils numériques d'appui à l'exercice professionnel, la coordination devra reposer sur le travail coopératif/collaboratif entre les acteurs concernés.

Un paysage sanitaire en évolution rapide

En 2027, la personnalisation, via la collecte massive de données biomédicales et leur utilisation ordonnée, du suivi et des traitements dans les maladies chroniques et en cancérologie seront devenus une réalité.

L'ensemble des offreurs de santé, et plus particulièrement les CHU et les établissements de santé verront se matérialiser ou s'implanter à large échelle les résultats de progrès médicotecniques, nouveaux médicaments inclus, actuellement en cours d'essai ou d'investigation. Ces progrès s'inscrivent dans un processus continu de production d'innovations axées sur le soin. Les domaines concernés sont multiples, de l'imagerie avec fusion de signaux à la chirurgie mini invasive et la robotique, en passant par la biologie, génétique en tête.

En revanche, une situation de rupture technologique caractérise déjà les deux domaines suivants :

- La miniaturisation des capteurs non invasifs ou pauci invasifs, éventuellement couplés aux outils de la télémédecine, utiles au suivi individuel de patients affectés par certaines maladies chroniques. Il s'agit d'une des déclinaisons importante du concept de médecine personnalisée qui impliquera directement les patients et l'ensemble des professionnels de santé.
- Les avancées en biologie moléculaire avec notamment la « signature moléculaire » d'un cancer chez un individu, et son évolution sous traitement, permettront de proposer et d'adapter les combinaisons de traitements les plus appropriés. Ces techniques permettront également d'accélérer le diagnostic de certaines maladies rares ;

Un prérequis indispensable au déploiement à grande échelle de ces deux avancées, est la capacité à créer les outils, et rassembler les compétences, nécessaires à l'hébergement et au traitement sécurisé d'une masse de données biomédicales, en fait une somme croissante de données individuelles : le dispositif adéquat aura démontré, sous la supervision de l'ARS, la capacité de collaboration du CHU, des centres de lutte contre le cancer, et équipes universitaires de recherche en biomathématiques.

Dans cette optique, les établissements de santé assumeront des responsabilités territoriales et populationnelles renouvelées.

La diffusion des parcours de santé territorialisés, organisés au plus près du lieu de vie conduira à repositionner la place, le rôle des établissements de santé. Ils constitueront des centres de ressources et d'appuis (plateaux techniques, compétences, innovation médico technique en santé, capacité formatrice) fonctionnellement intégrés aux territoires et pour certains à la région. A ce titre, certains assureront en premier lieu le recours spécialisé pour les situations graves et complexes.

La poursuite de l'évolution des capacités d'accueil et de prise en charge ne devra pas obérer le rôle d'appui ultime en cas de crise sanitaire grave. Plus globalement, la mission d'accueil des populations les plus fragiles par les établissements hospitaliers sera préservée et déployée en lien avec les organisations de prise en charge coordonnée autour du domicile, qui seront renforcées.

Enfin, grâce à des systèmes d'information partagés, des plateaux techniques ouverts, une capacité de projection sur le territoire (télémédecine, appui à la recherche clinique, équipes fonctionnelles de territoire..), le tissu des établissements hospitaliers apportera des ressources en santé aux populations et aux professionnels du territoire. Les groupements hospitaliers de territoire et leurs partenaires participeront évidemment de cette transformation, qui concernera cependant l'ensemble des catégories d'établissements. Ces derniers devront être accompagnés dans ces évolutions majeures de leurs missions et de leurs organisations. Cette responsabilité populationnelle et territoriale impliquera d'accorder une attention spécifique à la meilleure répartition des ressources, notamment humaines, entre le centre et la périphérie de la région.

L'évolution des systèmes d'information, mais aussi de surveillance et d'alerte, une culture du signalement fondée sur la confiance, le partage de l'information seront au cœur d'une évolution qui doit contribuer au développement de logiques et dispositifs de conciliation et de concertation entre patients et professionnels , mais

également à une meilleure adaptation et réactivité en cas de crise. Ils contribueront à une meilleure connaissance des risques, sur la base d'une analyse partagée, vecteur d'un développement équilibré de la prévention et de la gestion des risques et des crises

La méthode : transformation par les projets, co-construction, capacité d'adaptation

La construction du Projet régional de santé se fera autour d'axes et de projets de transformation, pour ce qui concerne le schéma régional de santé qui couvrira la période 2018-2022. Le choix de cette structuration résulte de la volonté de privilégier des logiques opérationnelles, mesurables et transverses. Elle vise à atteindre un objectif essentiel : réussir à capitaliser les initiatives et expérimentations qui se sont multipliées dans tous les champs, et à les déployer de manière à ce qu'elles bénéficient au maximum de personnes et de territoires.

Les priorités qui découlent naturellement du diagnostic et autour desquelles sera construit le schéma régional de santé de la période sont au nombre de huit. Elles permettront, de construire les projets autour d'enjeux forts, et de les décliner en fonction des difficultés et ressources des différents territoires:

1. La périnatalité et la santé des enfants jusqu'à 6 ans.
2. La santé des adolescents et des jeunes adultes
3. La santé et l'autonomie des personnes âgées
4. La santé, l'autonomie et l'insertion des personnes handicapées
5. Le cancer
6. Les maladies neurologiques
7. La santé mentale
8. Les maladies chroniques cardiométaboliques

Le cadre d'orientation stratégique est une feuille de route partagée entre l'agence et l'ensemble des acteurs concernés. Outre la nécessaire association de l'ensemble des partenaires ou acteurs de santé concernés lors de la phase d'élaboration et de construction, il s'agit en premier lieu de faire émerger une représentation commune du diagnostic, des objectifs prioritaires et des résultats attendus. Aussi, le bilan, le suivi, les ajustements éventuels et l'évaluation des projets doivent être une partie inhérente de la démarche.

Le cadre d'orientation stratégique doit permettre d'orienter prioritairement les moyens et outils au service des objectifs retenus. Il convient de faire évoluer nos méthodes de travail et d'organisation au regard des objectifs prioritaires retenus, au plus près des usagers, dans le cadre d'une démarche qui évoluera selon le temps et les besoins. Cela impliquera une plus grande transversalité, en particulier un fonctionnement en mode projet, et une priorisation au bénéfice d'une meilleure coordination, fondée sur des principes d'autonomie et de responsabilité, entre les acteurs de santé ou partenaires concernés et d'une animation territoriale portée par les délégations départementales de l'Agence. Ces orientations ne pourront être effectives sans un renforcement significatif du rôle et de la participation des usagers et de leurs représentants dans cette nouvelle dynamique territoriale. Cette mobilisation doit faire l'objet d'une planification pluriannuelle selon cinq domaines : l'appui à la transformation territoriale des organisations, les ressources humaines du système de santé, l'allocation de ressources financières, la production et au traitement de l'information et l'information et la communication en santé. Cette mobilisation doit s'effectuer en priorisant les ressources et l'engagement des équipes sur les populations et les territoires les plus fragiles d'un point de vue sanitaire, dans une logique de réduction des écarts.

TROISIEME PARTIE : NOS AXES DE TRANSFORMATION

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

CONTEXTE ET ENJEUX

L'Île-de-France est marquée par une hétérogénéité de l'accès au système de santé dans un contexte d'inégalités sociales, de disparités et de fragmentations territoriales dans la répartition de l'offre de soins, d'accompagnement et de prévention.

Par ailleurs, notre société connaît un vieillissement de la population et une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et des poly-pathologies. Cela se traduit notamment par une hausse du recours aux soins non programmés induisant une saturation des services d'urgences. Or, pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, les décompensations pourraient être mieux anticipées et ces soins évités. Dans ce contexte, l'organisation actuelle doit poursuivre son évolution pour répondre à cette transition démographique et épidémiologique. Par ailleurs, la question des ruptures dans le parcours de santé présente des caractéristiques spécifiques et encore plus pénalisantes pour la santé des personnes en situation de grande précarité.

Pour relever ces défis, il conviendra de s'appuyer sur les nombreux dispositifs et organisations déjà mis en place grâce à des initiatives locales ou nationales en les rendant plus accessibles, visibles, articulés pour les professionnels de santé ou les patients concernés. Mais il est également souhaitable, d'imaginer de nouvelles articulations favorisant la fluidité et la convergence des dispositifs d'accompagnement, de prévention et de soins.

Le parcours se définit comme la trajectoire de santé de la personne dans un territoire en la plaçant au centre du dispositif. Il englobe une notion temporelle et spatiale, pour que la prise en charge soit coordonnée tout au long de la vie, mais aussi organisée au plus près du domicile des patients ou usagers. Le parcours doit être garant d'une offre de santé de qualité, graduée, accessible, sans rupture et efficiente. Il doit mobiliser dans une cible d'intégration fonctionnelle volontaire et progressive l'ensemble des acteurs et prendre en compte les besoins et les choix des personnes, les ressources et les contextes territoriaux, les déterminants individuels et sociaux.

La dynamique de l'évolution de notre système de santé doit donc être consolidée, sous deux formes :

- Poursuivre les efforts de mise en place des différents leviers : renforcement des actions de prévention, de promotion de la santé et l'éducation pour la santé, du lien ville-hôpital, des prises en charge en ville et au domicile en organisant l'offre de premier recours et de proximité et en accompagnant le développement des offres alternatives à l'hospitalisation complète notamment l'hospitalisation à domicile.
- Œuvrer pour que la cible des parcours de santé soit territoriale autour du lieu de vie, intégrant la prévention, le soin, l'accompagnement et le soutien en mettant en commun non pas tant des structures que surtout des compétences, des services et bien sûr des outils notamment numériques.

LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

Les parcours de santé seront améliorés en capitalisant sur de nombreux leviers et outils déjà expérimentés dans la région et qui visent à :

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

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

Le système de santé doit également renforcer sa capacité à appréhender dans sa globalité, au-delà du sanitaire, la réponse apportée à chaque individu.

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

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Les parcours de santé seront améliorés grâce à une méthode qui partira de coalitions territoriales multi-acteurs plus autonomes, dotées d'outils et appuyées par l'agence régionale de santé et ses partenaires. Cette méthode visera donc à :

- Identifier des co-interventions et co-constructions, regroupant élus locaux, société civile, acteurs de la prévention, du soin, de l'autonomie et du social, à même d'élaborer des diagnostics et de construire des projets locaux.
- Les doter d'outils aisément utilisables, qui n'auront de sens que parce qu'ils seront construits sur et par ces dynamiques locales : dispositifs territoriaux d'appui aux parcours notamment complexes, télémédecine (qui permet d'améliorer la disponibilité de l'expertise et, grâce à la télésurveillance, d'anticiper les décompensations), éducation thérapeutique en proximité, dispositifs de financement évitant que la tarification ne devienne un frein aux bonnes pratiques.
- Généraliser les échanges d'informations pertinentes entre intervenants, autour du patient et du domicile, grâce à des systèmes d'information évitant la redondance des saisies et la perte d'informations, et garantissant les droits des patients (information, accord éclairé, confidentialité, non-commercialisation des données).

Cette démarche et ces outils permettront l'apparition de véritables équipes territoriales fonctionnelles. Ils seront complémentaires d'actions conduites dans le cadre d'autres axes de transformation, notamment sur les caractéristiques de l'environnement ou le développement du pouvoir d'agir et de l'information des patients.

Axe de transformation n°2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

CONTEXTE ET ENJEUX

La notion de besoins est très polysémique pour les politiques de santé. Néanmoins, le diagnostic a permis de montrer que la caractéristique majeure de l'offre en santé dans la région est son hétérogénéité. Le projet régional de santé doit donc viser à une couverture plus homogène, là où cette hétérogénéité constitue un frein à l'accès pour certaines populations et certaines prestations (soins primaires et démographie des professionnels les assurant, prévention, solutions en faveur des personnes handicapées ...).

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'optimiser l'utilisation de ressources rares, au profit de ressources en proximité plus adaptées aux besoins réels. Cela vise à permettre d'utiliser à bon escient ces ressources (notamment certaines catégories de professionnels) et à ne pas dispenser de soins inutilement lourds ou coûteux lorsqu'il est possible de répondre aux besoins autrement, en maintenant la sécurité et la qualité.

Enfin la qualité globale du système de santé doit augmenter, notamment parce que la iatrogénie reste une cause majeure de dégradation de l'état de santé de certaines populations et de rupture des parcours. Dans le contexte national, le souci de la qualité doit, de plus en plus, préoccuper l'ensemble des secteurs de prise en charge et pas le seul hôpital.

LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

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

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

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

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Définir des zones de mobilisations prioritaires : les marges de manœuvre dont disposent l'agence et ses partenaires (ressources financières, techniques ou humaines) seront ciblées sur les territoires en sous-offre ou fragiles, que ce soit pour la prévention, les soins primaires ou spécialisés, ou la prise en charge de l'autonomie. En particulier, les « zones blanches » devront être résorbées. Certains établissements de santé, situés dans des territoires fragiles, pourront être identifiés comme établissements ressources territoriaux et soutenus à ce titre.

Optimiser la réponse aux besoins programmés et non programmés c'est-à-dire la capacité de réponse du système de santé : le système doit être remis à plat afin de diminuer le recours évitable (notamment les décompensations mal anticipées) et d'optimiser les ressources. La capacité de réponse aux crises sanitaires, récurrentes ou ponctuelles, doit être améliorée et renforcée.

Mobiliser les nouveaux outils d'amélioration de la qualité et la pertinence des soins : les outils disponibles, notamment les nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, seront mobilisés largement, autour de quelques thèmes clefs, pour limiter les soins et les prescriptions inutiles et la iatrogénie.

Restructurer le maillage des plateaux techniques : de nouveaux outils (réformes de la biologie et des pharmacies à usage intérieur ; groupements hospitaliers de territoire) seront mobilisés pour aboutir à un maillage plus efficace, mais aussi de meilleure qualité.

Elaborer et suivre le déploiement d'une offre de services accessible pour les enfants de 0 à 6 ans : cet accès est en effet indispensable car les inégalités de santé à ces âges ont des conséquences très profondes et durables. Il s'agit d'un des principaux besoins à couvrir en Île-de-France, région jeune, inégalitaire et où les inégalités sociales se doublent de fortes inégalités environnementales.

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

CONTEXTE ET ENJEUX

Les rapides et constants progrès de la médecine et technologiques modifient en profondeur les pratiques des professionnels de santé et les organisations. Les pouvoirs publics sont ainsi amenés à définir des stratégies pour offrir un cadre favorable à leur développement et sécuriser leur intégration dans le système de santé : si les innovations ont forcément comme point de départ les initiatives et la créativité des acteurs, la puissance publique peut les encourager, les faciliter et rendre plus aisé leur déploiement.

A ce titre, la stratégie nationale de santé ainsi que la stratégie nationale de recherche prévoient des orientations fortes afin de « promouvoir une recherche de pointe au profit de tous les patients » ainsi qu'un « accès garanti et favorisé à l'innovation ». En complément, elles insistent sur la nécessité de « développer une offre de soins toujours plus innovante et efficace, grâce au développement d'approches thérapeutiques innovantes, de nouveaux protocoles de soins, et de modalités plus personnalisées de prise en charge des patients ».

Ces approches convergentes doivent trouver une déclinaison territoriale dans leur mise en œuvre, en particulier dans le domaine de la recherche en soins primaires par une plus grande mobilisation des professionnels concernés.

C'est ainsi que, compte tenu des spécificités de la région, la recherche et l'innovation constituent des axes majeurs de transformation du système de santé francilien. Le potentiel en matière de recherche en santé et le tissu industriel francilien sont de véritables atouts qui peuvent être mobilisés davantage au service de l'amélioration du système de santé et des comportements en santé.

L'investissement dans la recherche et l'innovation est donc un enjeu majeur pour la santé. Il conviendra, à ce titre, de faciliter l'effort de recherche et de garantir un accès mieux réparti des innovations sur le territoire et au sein des différentes populations en veillant à ce que les politiques menées ne conduisent pas à accroître les écarts entre territoires, équipes, et donc populations.

L'ensemble des objectifs de l'axe 4 mobilise le concept de santé communautaire, fondée sur la notion de collectif, de groupe, de communauté (au sens de groupe partageant un même espace, de mêmes conditions, de mêmes projets...), le principe d'implication et d'initiative de tous les acteurs de ce collectif (les habitants au premier chef, mais aussi tous les autres acteurs concernés du groupe, du quartier, de la communauté concernée, dont la mobilisation est tout aussi essentielle à l'action communautaire en promotion de la santé), la notion d'échange de savoirs et de pouvoirs ; l'inscription dans une approche globale de la santé est inscrite au cœur de l'axe 5. Un cadrage récent est proposé par Breton : « L'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriale, d'intérêts, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et réduire les inégalités sociales de santé »

LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

Sur le plan de la recherche :

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

S'agissant de l'innovation :

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

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

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

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Structures de recherche, pôles de compétitivité, IHU, CHU, incubateurs : l'écosystème francilien en matière d'activité de recherche et innovation en santé se caractérise par de multiples acteurs connus et reconnus pour leurs activités de développement, de soutien et de diffusion, tant au plan national que sur la scène internationale.

Aussi, l'enjeu est de développer la complémentarité et la coordination de l'ensemble de ces acteurs. Pour cela, la politique d'intervention doit, dans un premier temps, être clarifiée afin d'identifier les leviers les plus pertinents à actionner afin de favoriser un accès égal et précoce à la recherche et à l'innovation sur l'ensemble du territoire francilien.

Pour la recherche, la consolidation des démarches engagées sera privilégiée : observer, analyser et co-construire.

Dans ce cadre, il s'agira en particulier de :

- Rendre plus lisible l'activité de recherche et les organisations par la mise à disposition d'une information adaptée et structurée ;
- Développer l'activité de recherche clinique sur l'ensemble du territoire francilien, notamment en lien avec le CHU et le GIRCI ;
- Mieux mobiliser la recherche en sciences humaines et sociales dans la connaissance des leviers de réduction des inégalités de santé ;
- Développer la recherche en santé (clinique et en santé publique) en particulier, la recherche en soins primaires, en santé environnementale et la recherche sur les systèmes de santé, notamment par le biais de la structuration et de l'exploitation des big data (qui devront respecter les droits des patients : confidentialité

et consentement éclairé notamment).

S'agissant des innovations en santé, mieux anticiper et mieux accompagner le développement et la diffusion de solutions innovantes et des expérimentations ad hoc sur les territoires sont les conditions *sine qua non* pour optimiser l'atteinte des objectifs fixés. Cela se traduira par des actions visant à :

- Structurer une veille ;
- S'assurer que le développement des innovations prévoit une démarche évaluative (usage et médico-économique) ;
- S'assurer de la portée régionale de projets portés par les opérateurs (imagerie, génomique...), notamment avec la poursuite de l'urbanisation des systèmes d'information en santé régionaux ;
- Accompagner les innovations par la mise en œuvre de démarches participatives et par le biais d'appels à projet ou à manifestation d'intérêt impulsés par l'ARS Île-de-France et ses partenaires ;
- Accompagner la diffusion dans des logiques territoriales et de capitalisation.

Complémentarité et cohérence seront systématiquement recherchées afin que l'intervention, au bénéfice des Franciliens et des acteurs de santé régionaux, soit lisible, efficace et partagée.

Axe de transformation n°4 : permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé

CONTEXTE ET ENJEUX

Cet axe de transformation s'inscrit dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé sur l'implication et l'accompagnement des patients, des aidants et de leurs représentants dans l'organisation, l'évolution et le fonctionnement de notre système de santé. Il répond aussi à différents chapitres de la loi d'adaptation de la société au vieillissement de la loi de modernisation de notre système de santé, sur l'information et la démocratie en santé.

En Île-de-France, cette déclinaison se fait à partir d'enjeux spécifiques. La région capitale est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire. Elle est fortement contrastée en termes, de caractéristiques de population, de situations socioéconomiques et d'activités économiques (industrielles, agricoles, tertiaires) : c'est une zone importante de migration, qui comprend les communes les plus pauvres et les communes les plus riches de France, avec une capacité majeure de développement en matière de recherche et d'innovation.

Compte tenu de ces caractéristiques, les enjeux pour permettre à chaque francilien d'agir sur sa santé de contribuer à la politique de santé sont les suivants :

- Réduire les inégalités d'accès à l'information en santé, dans toutes les activités qui touchent la santé de la promotion de la santé à la prise en charge médico-sociale. Aujourd'hui, les franciliens ne sont pas égaux quant à leur capacité d'aller chercher, d'interpréter et d'utiliser l'information diffusée sur la santé.
- Développer le pouvoir d'agir des franciliens en matière de santé, de façon à avoir plus de pouvoir d'action et de décision et d'influence sur leur environnement et leur vie ; ceci se décline à la fois au niveau individuel pour tout citoyen, mais aussi pour les patients et leurs proches, en particulier dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ; et au niveau collectif par la représentation des usagers et des citoyens dans toutes les instances et par le pouvoir d'agir des collectivités de citoyens.
- Développer la participation de tous les franciliens, y compris ceux éloignés du débat et de la décision publique, dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Cela passe par une vision étendue de la concertation et la co-construction afin de répondre aux besoins réels de la population au plus près des territoires en utilisant leur expertise issue de l'expérience et d'adapter les programmes aux caractéristiques de la population.

LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

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

Des citoyens plus capables de décider, d'agir pour leur santé et d'influencer leurs conditions de vie, contribuant à l'amélioration de l'état de santé physique et mental.

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

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

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

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

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Un service public régional d'information en santé, qui prendra la forme d'un site Internet (sante.fr) proposant des informations riches et de référence, ainsi que des coordonnées fiables et de confiance permettant de s'orienter dans une offre de santé.

Un maillage de personnes relais d'information en santé au niveau local, pour compléter l'outil Internet. L'information de confiance pour les habitants de quartiers populaires, vient de « supports » de proximité : le médecin traitant, l'association qu'ils fréquentent, le voisinage. Il faut donc travailler à développer ce type de canaux d'information, redonner une place au médecin traitant et constituer un réseau local accessible indépendamment des outils internet. Les supports intermédiaires pourront être formés grâce au travail d'appui de la plateforme régionale d'éducation et de promotion de la santé et à la mobilisation de tous les intervenants.

Pour impliquer les citoyens/usagers dans la prise en charge de leur santé, des actions d'empowerment individuel seront mises en œuvre. Il s'agit notamment de développer des actions ou formations-actions avec les citoyens sur les déterminants de la santé en utilisant leur expertise basée sur leurs savoirs, savoir-faire et expérience. La prise en compte de l'expérience du vécu de la maladie et du savoir expérientiel acquis par le patient au cours de sa maladie est au centre des approches favorisant le pouvoir d'agir des usagers. L'éducation thérapeutique du patient sera renforcée et organisée en proximité du patient et du lieu de vie.

D'autre part, la dimension collective des droits des usagers sera renforcée par l'association des représentants des usagers aux instances de démocratie en santé. Le rôle du représentant des usagers sera amplifié grâce au développement de sa formation, la reconnaissance de son statut et son association à toutes les politiques de santé. Le représentant d'utilisateur sera intégré aux différents territoires de décision et d'action : les commissions et conseils des établissements de santé et médico-sociaux, les conseils territoriaux de santé au niveau départemental et au niveau régional la Conférence régionale santé et autonomie. L'objectif est de mieux coordonner les travaux des instances menés par l'ensemble des acteurs du système de santé et de mieux prendre en compte leurs avis et contributions dans nos projets.

Des programmes et politiques de santé élaborés en co-construction et suivis avec les citoyens/habitants/usagers. A court terme, le travail engagé avec des habitants des quartiers populaires sur l'expression de leur besoin en santé va se poursuivre par leur inclusion dans différents travaux de préparation du projet. A moyen et long terme, il est prévu l'implication de citoyens dans le suivi et l'évaluation du PRS.

Axe de transformation n°5 : inscrire la santé dans toutes les politiques

CONTEXTE ET ENJEUX

De nombreuses politiques publiques portées par l'Etat, les administrations déconcentrées, les agences, les établissements publics et les collectivités locales ont un impact sur la santé et le bien-être des populations. Ces politiques, dont le domaine spécifique n'est pas la santé, mais ses déterminants, notamment dans les domaines de la vie économique, du social, de l'éducation, du développement urbain, du travail, ou encore de l'environnement, occasionnent des modifications sur les conditions sociales de développement des individus et des collectivités, sur les milieux de vie et de travail et sont donc porteuses d'impact sur la santé, et d'inégalités de santé.

De ce fait, la stratégie nationale de santé considère qu'il faut agir « fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé », qu'il est donc indispensable « d'agir sur les déterminants de santé en mobilisant, dans ce but, les autres politiques publiques » et que ce rôle revient, de facto, à « l'administration et les professionnels de la santé qui ont un rôle majeur, pour sensibiliser les autres autorités, institutions et professionnels susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ».

Dans ce contexte, cette déclinaison à l'Île-de-France apparaît comme un véritable enjeu compte tenu des spécificités territoriales franciliennes. La région est, en effet, marquée par de fortes inégalités sociales et spatiales de santé. C'est un territoire très urbanisé, et très densément peuplé, concentrant près d'un cinquième de la population française sur seulement 2% du territoire. Cette très forte urbanisation s'accompagne d'enjeux sociaux majeurs (phénomènes de ségrégation urbaine, de spécialisation des territoires, etc.), d'enjeux environnementaux spécifiques liés à la densité urbaine (pollution de l'air, bruit, etc.) ou aux grands projets d'aménagement ou d'augmentation de la mobilité prévus sur la prochaine décennie (Grand Paris), qui sont abordés par différentes politiques régionales.

Enfin, au regard de l'objectif transversal de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé, cette mobilisation devra porter en priorité sur les politiques publiques les plus favorables à la réduction de ces inégalités.

LES RÉSULTATS ATTENDUS A 10 ANS

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

CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Structurer une stratégie de plaidoyer

- **Faciliter le débat public, faire ressortir les points de convergence ou objectiver les contradictions entre Politique publique des collaborations, partenariats.**
- **Apporter de la connaissance aux différents acteurs des politiques publiques** (décideurs, opérateurs, bénéficiaires) : développer et diffuser les connaissances sur le lien entre les différentes Politiques publiques et la santé, faciliter le partage de données ;
- **Développer/confronter les connaissances** : mise en place de lieux d'échange et de dialogue avec les autres acteurs des politiques publiques (ex : forums, réseaux...).
- **Inciter/accompagner/mener et systématiser des Études d'évaluation des impacts sur la santé (EIS)**

relatives aux politiques publiques (mise en place d'EIS rapides, traduction des recommandations en actions, notamment dans le cadre des Contrat locaux de santé ou du plan régional santé-environnement) ;

Renforcer la coordination des politiques publiques

- **Dans le cas de politiques publiques avec lesquelles l'action de l'ARS est articulée** (ex : habitat, aménagement urbain, environnement avec le **programme régional santé environnement (PRSE 3)**, justice, industrie, éducation nationale), adosser des programmes de travail (procédures partagées, échanges de données, études, recherche...) aux conventions de partenariats, développer des appels à projets communs.
- **Pour les politiques sur lesquelles l'ARS peut mener une action de coordination** (ex : éducation, jeunesse, travail, cohésion sociale, etc.), renforcer le rôle des Commissions de coordination des politiques publiques en en faisant des lieux stratégiques et opérationnels.
- **Renforcer la capacité à anticiper**, augmenter la réactivité, l'opportunité en structurant une veille propre au repérage des projets d'envergure dans lesquels on souhaite ajouter une dimension Santé.

Appuyer et renforcer l'animation territoriale

La politique de santé s'appuie sur la notion de territoire, il convient donc **d'accompagner les délégations départementales dans ce rôle** en leur apportant un soutien sur la connaissance et les outils, pour l'animation des relations qu'elles ont avec les autres partenaires. Le plaidoyer, entre autres, doit à ce titre, se décliner au plus près des territoires.

Rendre la coopération/collaboration de l'agence attractive

- **Donner de la visibilité aux politiques de santé auprès des décideurs des politiques publiques** à travers une communication renforcée.
- **Diffuser de la connaissance** : l'ARS doit être identifiée comme un expert incontournable sur l'ensemble des politiques publiques, sa participation doit apporter une plus-value aux projets et politiques régionales.
- **Diversifier les moyens d'action de l'Agence** : innover, proposer des nouveaux modes de collaboration aux partenaires et porteurs de politiques publiques qui peuvent amener à la réduction des inégalités.

Développer la transversalité et une culture commune au sein de l'agence

Il s'agit de rendre chaque agent acteur/vecteur/vendeur de ces enjeux :

- **Développer une culture commune** autour de la notion d'intersectorialité et la transversalité, en faire des objectifs individuels et collectifs de travail
- **Former les agents** à négocier ou à mener un plaidoyer, ou à utiliser les outils à notre disposition : partenariats, co-construction de projet, études, etc.

QUATRIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE LA REUSSITE : CINQ PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Le cadre d'orientation stratégique ne pourra être mis en œuvre qu'à la condition d'orienter prioritairement les moyens et outils au service des objectifs énoncés. Cette mobilisation doit faire l'objet d'une planification pluriannuelle selon cinq domaines relatifs à l'appui à la transformation territoriale des organisations, aux ressources humaines du système de santé, à l'allocation de ressources financières, à la production et au traitement de données, à l'information et à la communication en santé

Programme transformation territoriale des organisations : développer des stratégies de promotion de la santé et construire les parcours au plus près des patients et des professionnels

La réussite du déploiement territorial est le premier enjeu de notre Projet régional de santé. Une approche centrée sur les lieux de vie doit en effet partir d'une analyse des besoins conduite au plus près des patients, de l'offre de santé localement disponible, des interactions entre professionnels, des initiatives des collectivités territoriales et des élus, ainsi que des conditions de vie quotidiennes des patients et usagers. La vision et les initiatives des acteurs de terrain seront le levier essentiel de la mise en œuvre de notre PRS, dans une approche nécessairement différenciée en fonction des territoires.

Dès lors, l'adaptation de l'animation territoriale aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et pour favoriser la structuration des parcours de santé. Il convient à ce titre d'inscrire dans les territoires les stratégies de promotion de la santé, d'améliorer la coordination ou la coopération entre les acteurs, de poursuivre l'élaboration des plans d'action, de conclure les contrats locaux de santé dans les territoires prioritaires, et d'assurer la cohérence de tous ces objectifs généraux. L'animation territoriale devra se construire au niveau de territoires pertinents en fonction des besoins, caractéristiques spécifiques et des actions à mettre en œuvre.

Il conviendra de renforcer les moyens dédiés à l'animation territoriale et d'apporter un appui méthodologique. Cette organisation implique une certaine souplesse dans sa mise en œuvre, pour s'adapter et répondre aux évolutions permanentes du système. Un accompagnement devra être proposé pour mettre en œuvre ces nouvelles organisations, tant au niveau de l'Agence et de ses délégations départementales que des partenaires ou acteurs de santé concernés. Il conviendra d'intégrer le plaidoyer et l'articulation avec les autres politiques publiques dans cette animation, tout particulièrement lorsque ces politiques sont fondées sur une approche territoriale (politique de la Ville par exemple). Au total, la rénovation de l'animation et de la mise en œuvre des dispositifs, au niveau des territoires pertinents constitue le fondement de la transformation de l'organisation du système de santé.

Programme ressources humaines en santé : une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à 10 ans en partenariat avec les acteurs

L'enjeu de la politique régionale de ressources humaines en santé recouvre :

L'attractivité globale de la région pour les professionnels : pour certains professionnels (et notamment les médecins généralistes, 37% de la population régionale résidant dans une « zone d'intervention prioritaire » présentant à cet égard une fragilité très importante), la région connaît un déficit d'attractivité qui doit faire l'objet d'une politique globale de promotion de la région, de fidélisation et d'action sur la qualité de vie au travail notamment. Cette politique doit tenir

compte de la problématique du coût de la vie spécifique à l'Île-de-France.

La bonne répartition géographique des professionnels. La réduction des déséquilibres franciliens est en effet très largement tributaire d'une répartition des professionnels conforme aux enjeux de santé ainsi qu'aux besoins de la population. Cette approche est très différente en fonction des catégories de professionnels. Dans ce domaine, l'Etat mais également les collectivités territoriales consentent des efforts très importants. Pourtant, dans une région globalement dense en professionnels, des zones en difficulté démographique ou en voie de l'être existent, particulièrement pour certaines professions.

L'adaptation des compétences des professionnels aux nouveaux enjeux sanitaires : coordination, équipes territoriales, coopération et interdisciplinarité entre professionnels appartenant non seulement à des structures différentes, mais à des univers divers (libéraux, associatifs, hospitaliers privés et publics, ...), évolution rapide des technologies, pathologies et stratégies de prise en charge. Tout cela implique une évolution des modalités de formation initiale et continue pour mieux intégrer ces enjeux.

L'enjeu est ainsi de mettre en place une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à horizon de 10 ans, permettant de définir un schéma de recrutement et de formation, avec une maille territoriale fine tenant compte des situations locales. Ce schéma devra orienter les actions en matière de ressources humaines en santé.

Cette politique régionale doit être transverse puisqu'une mobilisation optimisée des professionnels implique de penser les complémentarités et substituabilités entre eux (médicaux/paramédicaux dans le contexte de l'apparition des compétences avancées, professionnels du soin/de l'autonomie,...). Elle implique également une complémentarité forte entre partenaires variés (conseil régional, assurance maladie, universités, institutions chargées de la formation continue, services de l'Etat chargés de l'emploi tant les métiers du soin et de l'autonomie constituent des perspectives dans une région qui connaît d'importantes poches de chômage). Elle doit mobiliser tout autant les moyens de la formation initiale que ceux de la formation continue. Elle s'appuiera enfin sur la réforme du troisième cycle des études médicales qui constitue une opportunité forte.

Ce plan s'appuiera sur quatre priorités :

- Une meilleure connaissance des ressources existantes, des évolutions prévisibles et des besoins, tant au plan quantitatif (démographie, répartition) que qualitatif (compétences).
- L'analyse du rapport de ces ressources avec les besoins, y compris spécifiques, des populations concernées.
- Sur cette base, la définition concertée d'un schéma de recrutement et de formation territorial des professionnels du soin et de l'autonomie.
- Un dialogue intensif entre partenaires concernés pour intégrer les priorités régionales en matière de santé dans les appareils de formation initiale et continue.
- Une orientation de tous les outils disponibles (assistants partagés, ...) pour éviter ou contrecarrer les zones en difficulté démographique.

Programme allocation des ressources financières : dégager des marges de manœuvre, mieux prioriser les financements

Les dépenses publiques de santé relevant de l'état financier régional obligatoire représentaient en 2016 35,3 Md€, soit 17,4% des dépenses nationales (19,3% pour les établissements de santé, mais 14,2% pour le médico-social,

traduisant le rôle de recours de la région et la structure différente des besoins de santé, ainsi qu'une sous-dotation historique s'agissant du médico-social). Parmi ces dépenses, 8,1 Md€ relèvent de dotations attribuées, avec des marges de manœuvre très diverses, par l'Agence. Ce programme se fonde sur deux orientations majeures :

Une réorientation de nos crédits d'intervention, sur lesquels existe une marge de manœuvre, au profit des objectifs prioritaires retenus. Cette démarche doit s'inscrire dans le cadre d'une programmation pluriannuelle, non nécessairement linéaire, permettant ainsi d'une part de s'assurer de la maturité des nouveaux projets visant à mettre en œuvre les finalités stratégiques, d'autre part de garantir la soutenabilité pour les opérateurs concernés. Par ailleurs, il convient de retenir le principe selon lequel le nouveau projet doit être en lien avec les missions sur lesquelles les marges de manœuvre sont réalisées.

Cette réorientation de crédits aura pour conséquence de limiter nos marges pour subvenir aux difficultés financières de certains opérateurs. Cette démarche va donc supposer le renforcement de l'efficacité des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, et un accompagnement technique (et non plus financier) par l'Agence des structures en difficultés, dont la situation sera objectivée. Dans ce cadre les objectifs prioritaires qui auront été retenus devront être au maximum anticipés de manière à être discutés / construits avec les opérateurs et inscrits dans leur CPOM.

Un meilleur discernement dans la dépense, par la promotion d'outils et de méthodes partagées d'aides à la décision pour l'arbitrage de nouvelles actions, ce qui signifie en particulier la définition a priori de l'impact attendu de la mesure nouvelle, mais également de rendre compte a posteriori de l'utilisation des marges de manœuvres. Par ailleurs, il conviendra également de lutter efficacement contre toutes les dépenses inappropriées, en sachant y mettre fin, ce qui sera le plus sûr chemin pour se redonner des marges de manœuvre.

La recomposition de l'offre et la réponse à des besoins croissants doit amener pour faire vivre la démarche de parcours à maximiser la fongibilité des différentes enveloppes financières.

L'expérimentation de nouveaux modes de financement devra également permettre de financer la qualité et la pertinence des prises en charge plutôt que leur volume, en cohérence avec l'amélioration des parcours.

Programme production et traitement de données : les systèmes d'information au service des parcours et de la connaissance

Un des enjeux du développement numérique est de faciliter, à travers le déploiement de solutions éprouvées mais aussi l'expérimentation de nouveaux outils, la mise en place d'une organisation orchestrée favorisant :

- La prévention, la formation et l'information,
- La coordination des parcours de santé (amont, aigu, aval), autour du patient, la collaboration entre professionnels et le maintien dans le lieu de vie,
- La mise en œuvre d'innovation organisationnelle et des usages,
- Tout en veillant à la réduction des inégalités de santé. Pour atteindre cet objectif, le numérique doit être accompagné par des personnes spécifiquement formées.

Ainsi, le partage de l'information, la mise à disposition de services numériques, doit permettre de repenser le parcours de santé, en favorisant, par exemple, des pratiques collaboratives innovantes entre les différents professionnels de santé et médico-sociaux ou en étant support de nouvelles organisations comme les structures

territoriales d'appui. De plus, l'avènement de nouvelles technologies communicantes comme la télé-expertise, la télésurveillance, la prise en charge par le patient de sa pathologie, le développement d'outils dans le domaine de la prévention ou du suivi (objets connectés, jeux sérieux par exemple) constituent également des évolutions des modes de prise en charge du patient devant permettre de rendre davantage le patient acteur de sa santé, d'anticiper l'épisode aigu, favoriser une prise en charge ambulatoire de qualité, évitant in fine une hospitalisation.

Si l'objectif premier de développement des nouveaux outils numériques est de servir au quotidien à fluidifier le parcours de santé des usagers, à faciliter leur orientation sur le territoire et d'être un appui à la coordination des professionnels de santé, la richesse d'informations obtenus à travers ces outils et le développement de nouvelles méthodologies et technologies dites « Big Data », qui devront prendre en compte les droits des patients, constituent également un enjeu permettant un traitement de ces données à des fins :

- De pilotage de l'offre de santé par exemple pour comparer l'équilibre entre l'offre et la demande de soins ; analyser le recours aux équipements, les parcours de santé et identifier les filières.
- De santé publique comme par exemple l'analyse des écarts entre territoires ou groupes sociaux, le partage des informations de signalement et de veille sanitaire, la détection précoce d'épidémie (sentinelles numériques), l'observance médicamenteuse.
- De recherche clinique et épidémiologique, les données collectées permettant de faciliter le travail sur des cohortes de patients de faciliter la mise en œuvre et la qualité des registres régionaux ou nationaux.
- De risques et d'alertes sanitaires en facilitant les échanges d'information entre les autorités de régulation, les professionnels de santé et les citoyens.

Au total, la transformation numérique et l'innovation constituent des leviers essentiels pour la transformation du système de santé, s'étendant du service public d'information en santé (SPIS) au partage et à l'échange de l'information entre les professionnels de santé et avec le patient permettant d'améliorer les réponses aux besoins dans leur globalité tout au long du parcours de santé, voire de vie. Ils s'inscrivent ainsi dans le développement de la médecine du futur et de la e-Santé, contribuant par là au développement économique et de compétitivité dans ce domaine.

Programme information et communication en santé : la communication intégrée comme levier à part entière de la mise en œuvre des politiques publiques

L'information et la communication en santé doivent de plus en plus être des leviers à part entière des politiques publiques, notamment en vue de :

- Sensibiliser les habitants et usagers à des comportements plus favorables à la santé.
- Toucher plus directement les professionnels agissant dans le champ de la santé, et mettre en place une relation suivie avec ceux qui seraient intéressés par la participation aux initiatives portées par l'Agence ou sur les territoires.
- Conduire une stratégie de sensibilisation et d'influence à destination des décideurs de politiques publiques non sanitaires mais dont l'impact sur la santé est fort.

Cela implique des modalités de communication plus souples, réactives et personnalisées, qui se développeront sur la durée du PRS et en appui de ses différents objectifs. Cela implique également que l'enjeu du « numérique inclusif en santé » soit systématiquement pris en compte, de manière à ce que les populations ayant le moins facilement accès aux outils numériques (pour des motifs de précarité, de littératie, de handicap...) ne soient pas exclues par ses progrès.



iledefrance.ars.sante.fr



@ars_IDF