



Programme gestion du risque

2010 - 2013

 **PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



SOMMAIRE

PREAMBULE	1
1 INTRODUCTION	3
1.1 Le cadre institutionnel	3
1.2 Le cadre législatif et réglementaire	3
1.3 Définition de la gestion du risque.....	4
1.4 Les acteurs de la gestion du risque	4
2 CONTEXTE REGIONAL.....	5
2.1 Evolution des dépenses au niveau régional	5
2.2 Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région.....	7
2.3 Description des caractéristiques de la demande et de l'offre de soins relevant des actions du PRGDR.....	8
2.3.1 Synthèse régionale de l'offre de soins ambulatoire	8
2.3.2 Synthèse régionale de l'offre hospitalière	10
2.3.3 Synthèse régionale de l'offre médico-sociale	10
3 ORGANISATION ET METHODOLOGIE	13
4 LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE	15
4.1 Les dix programmes prioritaires pilotés par les ARS	15
4.1.1 Le programme Transports sanitaires	15
4.1.2 Le programme Prise en charge IRC	22
4.1.3 Le programme Liste en sus.....	29
4.1.4 Le programme Prescription Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville.....	32
4.1.5 Le programme Imagerie médicale	38
4.1.6 Le programme Chirurgie ambulatoire	43
4.1.7 Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription	48
4.1.8 Le programme SSR	53
4.1.9 Le programme PDS ambulatoire et urgences hospitalières	57
4.2 Les programmes nationaux de GDR du contrat Etat-UNCAM	61
5 LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES	62
5.1 Compléments régionaux aux programmes nationaux	62
5.1.1 Les extensions régionales aux 10 programmes prioritaires	62
5.1.2 Les extensions régionales issues des objectifs stratégiques du contrat Etat-UNCAM	62
5.2 Autres compléments régionaux.....	64
SOMMAIRE DES ANNEXES	66
ANNEXE 1 : DEPENSES DES 3 REGIMES DU 1ER JANVIER AU 30 JUIN 2011	68
ANNEXE 2 : EXTRAIT DU PSRS : PARTIE II - ELEMENTS D'ANALYSE DIAGNOSTIQUE	78
ANNEXE 3A : FICHES PROGRAMMES 2010	114
ANNEXE 3B : FICHES PROGRAMMES 2012-2013.....	133
ANNEXE 4 : DECLINAISON CONTRAT ETAT – UNCAM 2010-2013.....	151
ANNEXE 5 : LES 5 PRIORITES REGIONALES DE GDR 2012-2013.....	192

PREAMBULE

La région Ile-de-France a arrêté son programme pluriannuel de la gestion du risque (PPR GDR 2010-2011) le 24 septembre 2010. Dans l'attente de la diffusion du contrat arrêté entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et l'Etat en la matière, la mise en œuvre des programmes en région a d'abord été programmée sur une période initiale de 2 ans, du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011.

L'article R.1434-14 du code de la Santé publique précise que « **le PPR GDR est arrêté par le directeur de l'agence pour une durée de quatre ans** ». Par ailleurs, le contrat Etat-UNCAM de mars 2011 a fixé les grandes priorités et les 20 objectifs opérationnels en matière de GDR pour une période de 4 ans, de 2010 à 2013.

Le présent document consiste en une **actualisation du PPR GDR 2010-2011** arrêté le 24 septembre 2010, dans la perspective de la période 2012-2013. Il permet, pour chacune des 10 priorités, de dresser des premiers éléments de bilan pour les actions mises en œuvre courant 2010 et 2011 et de mettre en perspective les objectifs et actions poursuivis en 2012 et 2013.

Cette mise à jour permet par ailleurs la formalisation de 5 programmes régionaux complémentaires spécifiques aux particularités de la région francilienne.

1 INTRODUCTION

1.1 Le cadre institutionnel

La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) puis le décret 2010-336 du 31 mars 2010 créant les ARS au 1er avril 2010 confèrent à ces dernières une compétence globale dans le champ de la santé.

Chaque ARS devient donc responsable du pilotage de la politique de santé publique dans la région dans les domaines de la prévention, promotion et éducation à la santé, de la veille et sécurité sanitaire et de la régulation régionale de l'offre de santé sur les secteurs ambulatoire, médicosocial et hospitalier.

« Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, (les ARS) définissent et mettent en œuvre avec les services d'assurance maladie et avec la (CNSA) les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. »¹

La Loi HPST prévoit la signature d'un contrat Etat-UNCAM fixant pour 4 ans les objectifs de Gestion Du Risque (GDR) relatifs à la prévention et à l'information des assurés, à l'évolution des pratiques et à l'organisation des soins pour les professionnels et les établissements de santé .

1.2 Le cadre législatif et réglementaire

L'article L. 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dispose que :

- **« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale (contrat Etat-UNCAM), des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.**
- *Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.*
- **Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.**
- **Ce programme est intégré au projet régional de santé.**
- *Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque »*

Le décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (art. R1434-9 à R 1434-18 du CSP) apporte des précisions :

- *« Le DG de l'ARS prépare, arrête et évalue le PRGDR dans les conditions prévues à la présente section. Il le met en œuvre dans les conditions prévues par les articles R. 1434-18 à R. 1434-20 (...).*
- *Le PRGDR est composé de deux parties :*
 - *1° Une première partie reprenant les programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs définis par le (contrat Etat-UNCAM). Elle en précise, s'il y a lieu, les conditions de mise en œuvre, dans le respect des objectifs fixés à chaque agence dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil national de pilotage des ARS;*
 - *2° Une deuxième partie comprenant les actions régionales complémentaires spécifiques prévues à l'article L. 1434-14.*

¹ Art. L. 1431-2, 2°, g du code de la santé publique.

Les ARS sont destinataires chaque année des programmes nationaux de gestion du risque mentionnés au 1° de l'article R. 1434-10, après leur examen par le conseil national de pilotage des ARS, en vue de leur intégration dans la première partie du PRGDR »

1.3 Définition de la gestion du risque

La gestion du risque est un concept dérivé de l'assurance. Appliqué au monde de la santé et à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre. Cette notion peut être définie comme « *l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût* »².

C'est la **recherche de l'efficacité en matière de santé** par :

- **la prévention** de la maladie et de ses complications
- **l'amélioration de la qualité des soins** (élaboration et application des recommandations...)
- **l'optimisation de l'organisation du système de soins (parcours de soins ville-hôpital, conditions de prise en charge des patients, autorisation et fonctionnement des structures ...**
- **la maîtrise de la dynamique des coûts.**

La politique de GDR constitue un point de convergence naturel entre les objectifs de l'Assurance maladie : équilibre des comptes dans le respect des grands principes de la Sécurité Sociale et ceux de l'Etat, garant de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

1.4 Les acteurs de la gestion du risque

Le réseau de l'Assurance maladie est l'opérateur historique de la gestion du risque, en particulier dans le cadre des soins ambulatoires. A la faveur des évolutions récentes de l'organisation du système de santé (hospitalisation à domicile, réseaux de santé, chirurgie ambulatoire, etc.) et de sa gouvernance, les clivages relatifs à la régulation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalier n'apparaissent plus pertinents.

La coordination entre l'ARS et l'assurance Maladie est assurée formellement au sein de la commission régionale de gestion du risque associant pleinement les services de l'ARS et de l'assurance maladie dans l'atteinte des objectifs de gestion du risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de soins et ainsi contribuer au respect de l'ONDAM voté par le Parlement dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale :

« La préparation, le suivi et l'évaluation du programme pluriannuel régional de gestion du risque sont effectués au sein d'une commission régionale de gestion du risque.

- *Cette commission, présidée par le directeur général de l'ARS, comprend, outre son président, le directeur d'organisme ou de service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi que les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.*
- *Sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 1434-13, elle siège, en fonction de l'ordre du jour, en formation restreinte aux directeurs d'organisme ou de service, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM et, le cas échéant, à un ou plusieurs directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de la région et signataires du contrat prévu à l'article L. 1434-14.*

*Un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM participe, selon l'ordre du jour, aux travaux de la commission »*³.

² Mission sur la Gestion du risque, Rapport IGAS, Décembre 2010, P-Y Bocquet et Michel Peltier.

³ Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-12 du CSP)

2 CONTEXTE REGIONAL

2.1 Evolution des dépenses au niveau régional

Résultats de synthèse : risques : maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail Régime général - Période du 1^{er} au 31 décembre 2010

PRESTATIONS	TOUS RISQUES (France entière)			TOUS RISQUES (Région IDF)			TOUS RISQUES
	Poids du Poste sur le champ ONDAM	Dépenses nationales en milliers d'euros	Taux d'évolution PCAP	Poids du Poste sur le champ ONDAM	Dépenses régionales en milliers d'euros	Taux d'évolution PCAP	Poids IDF dans les dépenses nationales (par poste de dépenses)
Consultations	4,3%	5 756 042	-1,2%	4,2%	1 107 536	-0,8%	19,2%
Visites	0,6%	795 858	-4,4%	0,4%	109 565	-5,5%	13,8%
Actes techniques	4,6%	6 086 436	+4,0%	4,3%	1 150 717	+3,4%	18,9%
Forfaits Scanner et IRMN	0,5%	610 284	+11,8%	0,5%	121 093	+13,4%	19,8%
Autres honoraires du secteur privé	0,7%	965 745	-1,9%	0,6%	157 353	-0,5%	16,3%
Participations forfaitaires - médecins	-0,3%	-358 895	+0,2%	-0,3%	-66 717	+0,4%	18,6%
TOTAL HONORAIRES MEDICAUX	10,5%	13 855 471	+1,2%	9,8%	2 579 548	+1,4%	18,6%
Honoraires dentaires D, DC, Sc, SPR, TO.	1,9%	2 477 955	+1,3%	1,8%	480 567	+1,3%	19,4%
TOTAL HONORAIRES SECTEUR PRIVE (médecinaux et dentaires)	12,3%	16 333 426	+1,3%	11,6%	3 060 115	+1,4%	18,7%
Auxiliaires médicaux	5,1%	6 712 587	+6,9%	3,5%	926 317	+5,5%	13,8%
Actes en B, BP et BR.	2,1%	2 834 583	+2,5%	2,2%	570 351	+2,5%	20,1%
Actes en KB, PB et TB et Frais de dép. dir. de laboratoire	0,1%	164 282	+3,9%	0,2%	42 278	+3,3%	25,7%
Participations forfaitaires - laboratoires	-0,1%	-187 514	+3,3%	-0,1%	-35 330	+3,2%	18,8%
Dépenses médicaments	14,0%	18 547 776	+3,4%	13,8%	3 656 818	+3,5%	19,7%
dont franchises sur médicaments	-0,5%	-631 918	-2,7%	-0,4%	-114 155	-1,9%	18,1%
Produits d'origine humaine	0,0%	4 798	-54,5%	0,0%	751	-69,3%	15,7%
Appareils matériels de traitement et pansements	2,2%	2 936 151	+8,7%	1,7%	452 883	+8,2%	15,4%
Autres biens médicaux inscrits à la LPP	0,7%	936 102	+6,6%	0,6%	152 389	+6,8%	16,3%
TOTAL PRESCRIPTIONS	24,1%	31 948 766	+4,6%	21,8%	5 766 457	+4,2%	18,0%
Frais de déplacement des malades	2,1%	2 787 834	+6,5%	1,5%	398 167	+7,6%	14,3%
dont franchises sur transport	0,0%	-18 007	+12,5%	0,0%	-2 416	+21,0%	13,4%
Autres prestations diverses hors CAMSP	0,3%	374 705	+17,1%	0,3%	82 255	+27,8%	22,0%
TOTAL AUTRES PRESTATIONS DE SOINS SANTE	2,4%	3 162 539	+7,6%	1,8%	480 422	+10,6%	15,2%
TOTAL PRESTATIONS EN ESPECES	6,6%	8 693 635	+5,3%	6,1%	1 608 766	+5,5%	18,5%
Ticket modérateur des ALD 31-32	0,3%	416 402	+10,5%	0,3%	90 804	+8,1%	21,8%
TOTAL SOINS DE VILLE	45,7%	60 554 769	4,0%	41,6%	11 006 564	3,9%	18,2%
Total Versements Etablissements Privés	7,7%	10 187 002	+3,3%	7,7%	2 038 290	+3,4%	20,0%
dont							
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur privé	6,0%	8 011 418	+2,9%	5,9%	1 550 300	+2,4%	19,4%
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur privé	0,1%	84 704	+38,0%	0,1%	15 045	+66,6%	17,8%
OQN psychiatrie et soins de suite et de réadapt. (secteur privé)	1,5%	1 941 490	+3,7%	1,7%	457 999	+5,1%	23,6%
Autres versements secteur privé	0,1%	149 389	+3,7%	0,1%	14 945	+22,8%	10,0%
Total Versements Etablissements Publics	36,1%	47 807 784	+0,8%	42,1%	11 142 806	+0,3%	23,3%
dont							
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur public	21,8%	28 847 393	+2,5%	24,8%	6 565 863	+1,4%	22,8%
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur public	4,6%	6 146 661	-3,3%	6,6%	1 754 377	-2,9%	28,5%
TOTAL DAF et autres versements du secteur public	9,7%	12 813 731	-0,8%	10,7%	2 822 567	-0,4%	22,0%
TOTAL VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES	43,7%	57 994 786	+1,3%	49,8%	13 181 096	+0,7%	22,7%
TOTAL VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	10,6%	14 015 650	+7,1%	8,6%	2 266 709	+13,9%	16,2%
TOTAL ONDAM	100,0%	132 565 205	+3,1%	100,0%	26 454 368	+3,0%	20,0%

Source : Assurance Maladie – SNIIR-AM

En 2010, les dépenses de soins du régime général se sont élevées à 26 millions d'euros pour les assurés de la région Ile-de-France. Elles ont augmenté de +3,0% entre 2009 et 2010. Les dépenses de soins de ville contribuent à la moitié de la croissance des dépenses totales et sont en hausse de +3,9%. Les montants remboursés aux établissements de santé ont augmenté de +0,7% et ceux des établissements médico-sociaux de +13,9%.

Situation au 30 juin 2011 (cf. détail en annexe 1)

Les dépenses de soins entrant dans le champ de l'ONDAM augmentent en Ile-de-France de +2,2% (+2,5% en France métropolitaine). Les différentes enveloppes enregistrent les progressions suivantes :

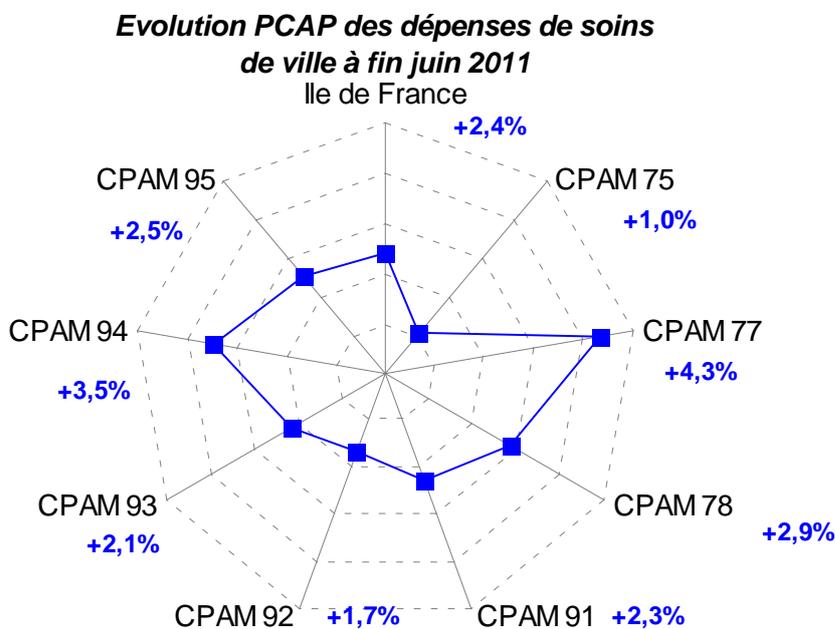
- +2,4% pour les soins de ville (+2,8% pour la France)
- +2,1% pour les établissements privés (+2,4% pour la France)
- +1,1% pour les établissements publics (+1,5% pour la France)
- +6,9% pour les établissements médico-sociaux (+5,3% pour la France)

« Focus » sur le poids des différents postes dans l'évolution de l'enveloppe des soins de ville :

Les postes qui contribuent le plus à l'augmentation des dépenses de l'ONDAM sur la région sont les médicaments (11,6% de l'évolution totale), les actes techniques médicaux (11,0%), les dépenses d'auxiliaires médicaux (5,6%) et les consultations (5,5%).

Deux postes, qui représentent moins de 2% des dépenses de l'ONDAM, contribuent cependant dans des proportions non négligeables à la hausse des dépenses globales :

- les appareils, matériels de traitement et pansements : 1,7% de l'ONDAM, mais une contribution de 3,2% à l'évolution globale et
- les forfaits techniques : 0,6% de l'ONDAM, mais une contribution de 3,4% à l'évolution globale.



PCAP : Par rapport à la période comparable de l'exercice précédent

2.2 Analyse de l'état de santé de la population, de la demande et de l'offre de soins dans la région

- ☞ **La présente partie du PPR GDR 2010-2013 propose des éléments de synthèse relatifs aux caractéristiques et déterminants de santé de la population francilienne, de l'offre et de la demande de soins.**
- ☞ **Le Plan Stratégique Régional de Santé arrêté le 11 octobre 2011 par le Directeur général de l'ARS IDF (notamment sa « Partie II – Eléments d'analyse diagnostique ») offre une description et une analyse exhaustives de l'état de santé de la population, de la demande et l'offre de soins dans la région (cf. extrait en annexe 2).**

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

La création des ARS répond à la volonté de rassembler sous une même logique l'amélioration de l'état de santé des populations et l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. L'ARS a donc vocation à accompagner la diffusion d'une culture de l'efficacité qui contribue à augmenter conjointement la performance du système de santé, la qualité du service qu'il rend, et la pérennité de son financement solidaire

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) publié le 11 octobre 2011 définit les grandes orientations de la politique de santé de la région Ile-de-France. L'amélioration de **l'efficacité du système de santé**, c'est-à-dire la recherche permanente d'une meilleure adaptation de la dépense aux besoins est un des grands principes qui va guider l'action de l'ARS. Mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge. Le coût de la non-qualité dans l'organisation des services ou des prestations est préjudiciable aussi bien pour les établissements ou les professionnels qui y exercent que pour les usagers qui y ont recours.

L'action de l'Agence doit permettre de garantir à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé, de lui permettre d'entrer au bon moment et au bon endroit dans son parcours de santé et d'avoir la garantie d'être pris en charge suffisamment tôt face à l'éventualité de la maladie.

Certains indicateurs de santé placent la région dans une situation préoccupante au regard des moyennes nationales : c'est le cas notamment de la mortalité infantile, de la mortalité féminine par cancers et de la prévalence des pathologies infectieuses.

- **La santé périnatale** : l'Ile-de-France fait partie des régions françaises où les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont les moins favorables. Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale (3,9 ‰, vs 3,6 ‰ en France métropolitaine) ; le taux de mortalité néonatale (au premier mois de la vie) est de 2,7 pour 1000 naissances vivantes, vs 2,3 ‰ en France.
- **L'obésité et le surpoids** : les enfants sont plus touchés en Ile-de-France qu'en France métropolitaine : si le nombre d'enfants obèses ou en surpoids en grande section maternelle a baissé ces dernières années, il n'en reste pas moins que ce nombre est significativement plus élevé en Ile-de-France qu'en France (13,6 % contre 12,1 % sur la période 2005-6).
- **Le diabète** : le diabète de type I et II (17,8 %) représente avec les tumeurs malignes (17,9 %) et l'hypertension artérielle (HTA, 13,4 %) les 3 pathologies responsables d'une prise en charge en ALD sur deux en Ile-de-France. Cette répartition est similaire à celle relevée à l'échelle de la métropole. Le nombre de cas standardisés de personnes bénéficiant d'une exonération au titre de l'ALD diabète est inférieur en Ile-de-France par rapport aux données nationales. Pour autant, les inégalités en la matière sont nettes, puisqu'à l'inverse en Seine-Saint-Denis le nombre de personnes concernées est supérieur de 30 % à la moyenne nationale.

- **Les cancers chez les femmes** : l'incidence des cancers féminins tend à augmenter en Ile-de-France depuis 1990. A l'inverse des hommes, les Franciliennes connaissent une surmortalité et une sur-morbidité tous cancers confondus, ainsi que pour la plupart des cancers principaux : cancers du poumon, du sein, du col de l'utérus. La mortalité par cancer des femmes franciliennes est supérieure à la moyenne nationale, essentiellement liée à une forte surmortalité par cancer du poumon (écart de 20 % par rapport à la moyenne nationale), et, dans une moindre mesure, par cancer du sein (écart de 6 %). La mortalité féminine par cancer est supérieure à la moyenne métropolitaine dans plusieurs départements franciliens (77, 93, 95).
- **Infection par le VIH/sida** : l'Ile-de-France concentre près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH enregistrés chaque année en métropole. Le nombre annuel de découvertes de séropositivité rapporté à la population y est 2,6 fois supérieur à celui observé sur la métropole (en 2009, 26,3 pour 100 000 habitants contre 10,3). Au sein de la région, les départements franciliens présentent, en grande majorité, des taux de découvertes de séropositivité supérieurs à la moyenne nationale mais l'épidémie les touche de façon inégale : le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité pour 100 000 habitants varie, en 2008, entre 8,0 dans les Yvelines et 58,8 à Paris. La Seine-Saint-Denis est le deuxième département le plus affecté (35,3).
- **Vaccination** : une entrée pertinente dans un parcours de santé peut commencer par un accès opportun à la vaccination. Dans le domaine des vaccinations, l'Ile-de-France fait face à d'importants enjeux s'agissant de la tuberculose, pour laquelle la région francilienne est la seule en métropole où persiste une indication de proposition systématique du BCG. L'autre enjeu francilien majeur concerne la rougeole, pour laquelle on constate une forte recrudescence du nombre de cas (en Ile-de-France, 13 personnes ont contracté la rougeole en 2006, 35 en 2008, 162 en 2009, 773 en 2010 et 266 déclarés entre le 1er janvier et le 17 mars 2011), et une couverture vaccinale insuffisante en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne, dont l'amélioration constitue un élément du CPOM.

C'est pourquoi l'Agence régionale de santé souhaite développer la vaccination (tuberculose, rougeole), améliorer le dépistage organisé du cancer du sein et du colon, ainsi que le dépistage du VIH.

C'est en cohérence avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS que s'inscrivent à la fois les dix priorités nationales en matière de gestion du risque, axées sur le développement de modes de prise en charge, mieux coordonnés et plus efficaces mais aussi les actions complémentaires régionales qui tiennent compte de ces spécificités régionales.

2.3 Description des caractéristiques de la demande et de l'offre de soins relevant des actions du PRGDR

2.3.1 Synthèse régionale de l'offre de soins ambulatoire

Une offre abondante

Avec 405 médecins pour 100 000 habitants, l'offre ambulatoire francilienne est d'une particulière richesse. Ainsi, 97 % des Franciliens résident à moins de deux kilomètres d'un omnipraticien, 80 % à moins de deux kilomètres d'un gynécologue, 78 % à moins de deux kilomètres d'un cardiologue ou d'un dermatologue, etc.

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

Fait unique en France, la région se caractérise par une plus forte proportion de médecins spécialistes que d'omnipraticiens (57 % versus 51 %). La densité régionale en spécialistes cache toutefois de fortes disparités entre territoires, conséquence de la très forte concentration de l'offre dans le centre de la région (plus de 71 % des communes franciliennes ne recensaient aucun médecin spécialiste en 2010).

Les faiblesses de l'offre de premier recours

Aujourd'hui, la densité d'omnipraticiens libéraux francilienne est plus faible que la moyenne nationale (87 pour 100 000 habitants contre 99) et présente de fortes inégalités de répartition : 119,8 à Paris contre 69,8 en Seine-Saint-Denis (situation aggravée par les 18% de médecins à exercice particulier). La pyramide des âges et le faible taux de renouvellement constaté des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, font craindre une détérioration générale de la disponibilité dans les cinq ans (potentiellement amplifiée par l'évolution à la baisse des temps d'exercice souhaités par les jeunes générations de médecins).

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

Enfin, le recours aux officines est également fragilisé car si, aujourd'hui, la densité régionale est favorable, on note des disparités entre, d'une part, Paris, qui connaît une forte concentration d'officines et, d'autre part, les marges rurales de la région telles que l'Essonne Sud et la Seine-et-Marne ainsi que les zones urbaines sensibles.

L'accessibilité financière de l'offre libérale

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

Une partie de cette situation tient aux coûts franciliens élevés. La charge foncière qui pèse sur les professions libérales est en effet plus élevée en Ile-de-France, à quoi s'ajoutent des dépenses professionnelles plus importantes, l'effet étant particulièrement fort dans Paris et sa petite couronne.

L'activité libérale se trouve de surcroît marquée par le poids des activités relevant de tâches administratives qui réduisent le temps médical consacré aux patients. L'ARS souhaite favoriser la compréhension de ces contraintes spécifiques de l'exercice libéral et de leur impact éventuel sur les caractéristiques franciliennes de répartition de l'offre entre secteur 1 et secteur 2.

Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches

Avec **plus de 90 réseaux de santé**, l'Ile-de-France est la région qui compte le plus grand nombre d'organisations de ce type en France. **Leur apport majeur se situe dans la coordination des prises en charge**, qu'il s'agisse notamment de créer des liens entre intervenants autour d'un patient ou de faciliter le maintien à domicile. Constituant une réponse à la difficulté de coordonner autour d'un patient la ville et l'hôpital, les réseaux de santé franciliens mènent des actions en faveur de la qualité des prises en charge (formations de professionnels, évaluations pratiques, etc.), en faveur de la coordination des parcours de soins, en faveur du maintien à domicile (gestion des urgences, entrées et sorties d'hospitalisation, liens avec les services sociaux, etc.) et en matière d'éducation pour la santé.

Les **maisons de santé** sont des lieux de regroupement de professionnels de santé exerçant, en interdisciplinarité, sur un territoire constituant un bassin de vie. **En favorisant le travail en équipe et la coordination de soins**, en intégrant à leur projet d'autres acteurs du territoire, cette nouvelle forme d'organisation vise à répondre à la désaffection croissante pour l'exercice isolé et de ce fait à maintenir une offre de soins de qualité accessible à tous. Comme dans d'autres régions urbanisées et industrialisées comme Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais ou Provence-Alpes-Côte-D'azur, **les centres de santé sont fortement implantés en Ile-de-France**, malgré une forte baisse ces 40 dernières années (-60 %). On dénombre ainsi près de 300 centres actifs au 1er janvier 2010, salariant plus de 9 000 professionnels, essentiellement à temps partiel, et se répartissant de la façon suivante : 91 centres médicaux exclusifs, 51 centres dentaires exclusifs, 133 centres polyvalents (dentaire + médical) et 22 centres de soins infirmiers.

2.3.2 Synthèse régionale de l'offre hospitalière

L'offre hospitalière francilienne est dense, diversifiée et couvre des besoins locaux, régionaux et parfois nationaux. Environ 420 établissements de santé, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble des territoires de santé de la région. La taille et les statuts des établissements implantés en Ile-de-France sont particulièrement diversifiés. Parmi ces structures, la région compte d'importants établissements hospitalo-universitaires appartenant à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui représente environ un tiers des séjours en Ile-de-France. Parallèlement, plus de 70 établissements publics, 150 établissements privés à but non lucratif et 180 établissements privés commerciaux sont répartis sur le territoire.

Environ 180 établissements proposent des activités de chirurgie et 230 en médecine, plus de 200 établissements proposent des soins de suite et de réadaptation, une centaine d'établissements sont autorisés à la pratique de médecine d'urgence, une centaine de structures se répartissent la pratique des activités de gynécologie-obstétrique, et la région compte 75 unités de réanimation. Pour autant, la région paraît caractérisée par un recours plutôt moindre à l'hôpital que les taux nationaux moyens (en 2009, 213 versus 216 en MCO, 621 versus 517 en SSR, et 339 versus 3893 en psychiatrie).

On observe par contre des différences non négligeables entre départements dans les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge.

Les grandes tendances qui se dessinent dans la consommation de l'offre de soins hospitaliers de court séjour concernent la réduction des durées de séjour, une certaine stabilisation de l'hospitalisation complète et des poids respectifs des divers secteurs d'hospitalisation, et enfin une croissance des activités sans hospitalisation, que les soins demandés soient programmés ou non.

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

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

2.3.3 Synthèse régionale de l'offre médico-sociale

A la différence du champ sanitaire, le secteur médico-social doit rester dans une perspective de croissance parce que la région dispose d'une offre moins dense que la moyenne nationale, que l'évolution démographique augmente mécaniquement les besoins médico-sociaux, que la mutation épidémiologique que connaît le pays accroît fortement la prévalence des pathologies qui supposent une prise en charge médico-sociale (Alzheimer, Parkinson mais aussi AVC, lésions cérébrales acquises chez le jeune adulte,...) et parce que les progrès thérapeutiques rendent progressivement chroniques de nombreuses pathologies (VIH, diabète, cancer,...) et accroissent de façon spectaculaire l'espérance de vie des personnes handicapées (trisomie, polyhandicapés).

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

Ces dernières années, le processus de médicalisation s'est largement développé, beaucoup d'établissements pour personnes âgées ayant signé une convention tripartite leur permettant d'accueillir des personnes dépendantes. Le renforcement de cette médicalisation doit se poursuivre afin de mieux prendre en compte non seulement l'accroissement du niveau de dépendance mais aussi le niveau de soins requis par les personnes âgées accueillies. La médicalisation insuffisante conduit notamment certains EHPAD à ne pas être en capacité d'accueillir dans de bonnes conditions les malades Alzheimer, faute, notamment, de personnels formés et qualifiés.



Face à ce constat, de nouveaux dispositifs de prise en charge des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement se développent actuellement au sein des EHPAD : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Leur développement traduit la prise de conscience de la spécificité de certaines pathologies et de la nécessité d'un accompagnement spécifique.

Les ARS participent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Le souci de la bientraitance dans les pratiques des professionnels se traduit par une culture du respect de la personne de son histoire et de son projet de vie, de sa singularité et par une valorisation de son expression et de ses droits.



3 ORGANISATION ET METHODOLOGIE

Le document «*La gestion du risque en IDF : principes et fonctionnement*» validé en commission régionale de gestion du risque du 9 juillet 2010 détaille les modalités organisationnelles du fonctionnement des instances ainsi que des programmes de GDR développés en Ile-de-France.

Les responsables de programme GDR sont autonomes dans l'organisation et le pilotage du programme et mobilisent les ressources nécessaires à leur mise en œuvre telle que précisées dans la fiche programme, qu'elles relèvent de l'ARS ou de l'assurance maladie.

Les responsables de programme élaborent une **fiche programme régionale** détaillant les actions à mettre en œuvre ainsi que les ressources et moyens à mobiliser. Chaque trimestre, un état d'avancement du programme est transmis aux coordinateurs GDR afin de compléter le tableau de bord régional.

La fiche programme, cosignée par la directrice générale adjointe de l'ARS et les 3 coordonnateurs régionaux de la GDR pour les 3 régimes, constitue la **lettre de mission**.

4 LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE

4.1 Les dix programmes prioritaires pilotés par les ARS

Ils s'inscrivent dans le cadre défini par le contrat Etat/UNCAM et sont pleinement cohérents avec les objectifs fixés dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ARS.

Dix priorités en matière de gestion du risque axées sur le développement de modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces ont été définies :

- Les transports sanitaires prescrits à l'hôpital
- La prise en charge de l'IRC
- La liste en sus
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
- L'imagerie médicale
- La chirurgie ambulatoire
- L'efficacité des EHPAD
- Les prescriptions dans les EHPAD
- Les SSR
- La PDS ambulatoire et les urgences

Il s'agit des programmes d'actions pilotés par les ARS avec le concours des organismes d'assurance maladie.

4.1.1 Le programme Transports sanitaires

Le programme Transports a pour objectif d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part la redéfinition du modèle d'organisation du transport de malade (en développant notamment le transport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques de prescriptions non conformes.

4.1.1.1 Rappel des objectifs du programme ⁴

Le contexte lié aux transports justifie cette priorité dans le cadre de la gestion du risque confié aux ARS.

Quelques chiffres repères au niveau national :

- 67 millions de transports sont prescrits chaque année (à 37% par des médecins libéraux et à 63% par les établissements de santé et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus).
- Ces transports sont répartis en 42% d'ambulance, 23% de VSL et 31% de taxis (4% autres) ce qui représentent au niveau national 3258 millions d'euros de dépenses remboursables, tous régimes pour 2009.
- L'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2% en valeur pour l'année 2009. s'expliquant à 4,2% par des hausses tarifaires et 3% d'évolution en volume.

Au-delà des actions organisationnelles et de régulation financière, le programme Transports vise à mieux cibler les dépenses en fonction des besoins strictement justifiés par l'état de santé des patients.

⁴ Instruction relative à la priorité de gestion du risque pour les transports de Patients du 17/12/2010

Le programme "GDR transports" comporte des objectifs de 4 niveaux : 1 : une meilleure connaissance de la prescription hospitalière de transports de malades – 2 : une démarche contractuelle de régulation des dépenses – 3 : le développement de nouveaux modes d'organisation - 4 : les actions de régulation relatives à la composition du parc ou la distance parcourue entre le lieux de prise en charge et le lieux de vie, afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Les objectifs à atteindre se rapportant au transports des patients sont :

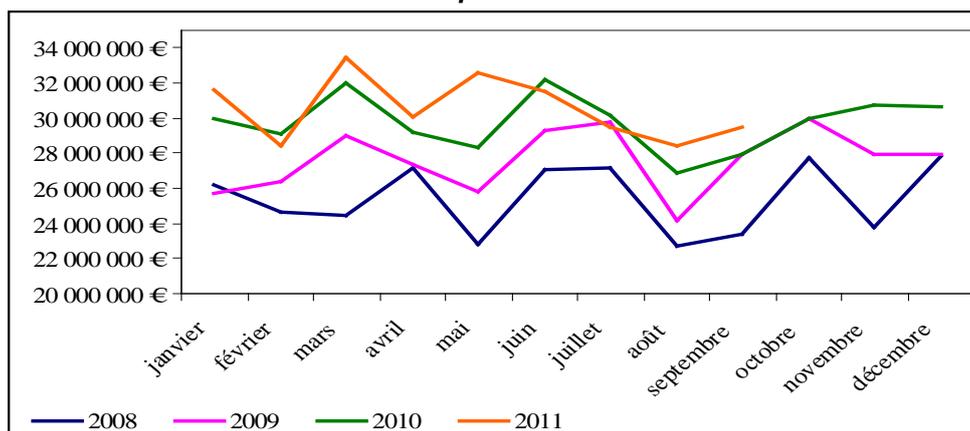
- Le ciblage et la sensibilisation et l'initiation d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs ;
- La mise en œuvre d'une démarche contractuelle avec les établissements de santé de fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques comportant un dispositif d'intéressement ou de reversement ;
- Le développement de nouvelles modalités d'organisation des transports.

4.1.1.2 Etat des lieux régional et diagnostic

Des dépenses en forte hausse

Sur les 9 premiers mois de l'année 2011, les montants remboursés de transports en Ile de France progressent de 4,2% contre 6,2% d'évolution à fin septembre 2010.

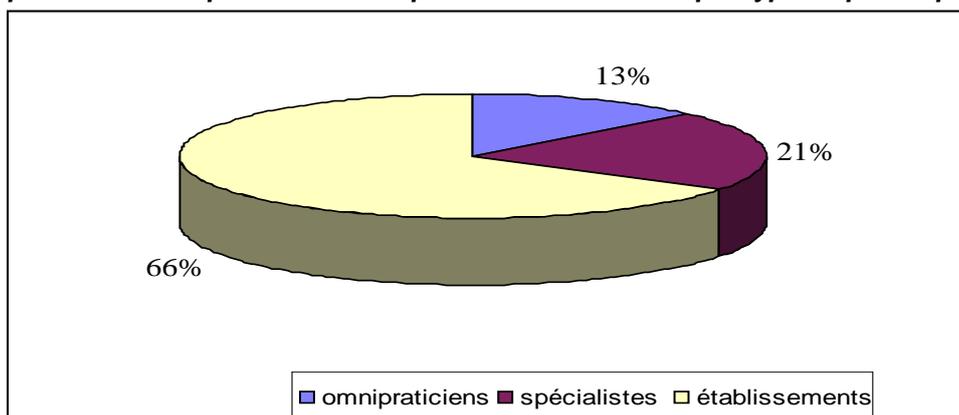
Montants remboursés de transports en Ile de France de 2008 à 2011



Les établissements de santé, principaux prescripteurs de transports

Plus des deux tiers des transports remboursés sont prescrits par des établissements, 21,1% par les médecins spécialistes libéraux, notamment les néphrologues, et 13,1% par les généralistes. Ce sont les omnipraticiens libéraux qui présentent l'évolution la plus importante (8,9%) depuis le début de l'année 2011.

Répartition des dépenses de transports en Ile de France par type de prescripteurs



Un parc automobile déséquilibré, au profit des ambulances

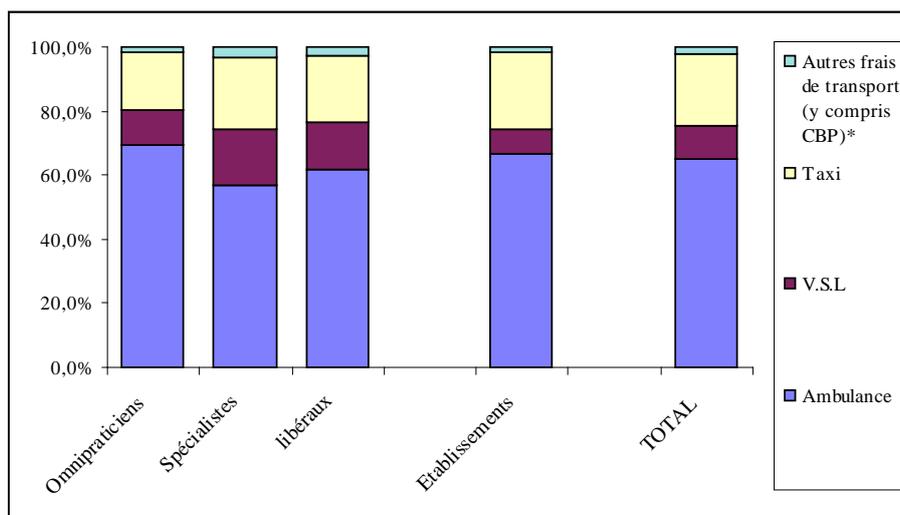
Parc automobile en Ile de France (état des lieux au 31 août 2011)

	Transporteurs sanitaires				Nb de taxis conventionnés	Nb de sociétés de service conventionnées	Nb de sociétés de transport de pers handicapées conventionnées
	Nb entreprises	NB véhicules autorisés					
		Ambulances	VSL	Total			
75	110	337	48	385	2591	9	3
77	118	293	243	536	333	4	3
78	57	244	93	337	596	8	21
91	42	213	123	336	401	0	26
92	79	229	51	280	54	8	12
93	131	297	227	524	111	5	16
94	112	317	45	362	63	17	3
95	66	231	66	297	342	10	
Ile de France	715	2161	896	3057	4491	61	84

Quelle que soit la spécialité du prescripteur, les remboursements de transports sont majoritairement des remboursements d'ambulances. Ceci s'explique en partie par la spécificité du parc automobile en Ile de France. En effet, sur les 3 057 véhicules sanitaires disponibles sur les départements, 70,7% sont des ambulances, contre un taux de 48,4% au niveau national. Sur Paris et la petite couronne, ce phénomène est même accentué. Pour palier le déficit de transports assis sur la région, et notamment des VSL, les CPAM ont signé des conventions avec les taxis.

On notera que le nombre relativement peu élevé de taxis conventionnés pour les départements des Hauts de Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val de Marne est du au fait que les Taxis Parisiens (passant convention avec la CPAM de Paris) ont des autorisations de stationner qui s'étendent à toutes les communes de la petite couronne à l'exception de celles pour lesquelles les autorisations de stationner sont attribuées exclusivement à des taxis communaux.

Répartition des modes de transports en montants remboursés en Ile de France par type de prescripteurs



Des conventions ont été également passées avec des sociétés de services à la personne autorisées à effectuer des transports occasionnels pour permettre la prise en charge des transports entrant dans le champ des transports remboursables. Cette prise en charge comprend un forfait incluant le temps d'attente et un coût au kilomètre (selon barème kilométrique).

De même, des conventions ont été passées avec des sociétés de transports de personnes handicapées (mini-car) pour permettre la prise en charge des transports entrant dans le champ des transports remboursables. Les véhicules doivent être spécialement aménagés à cet effet et les transports doivent s'effectuer dans le cadre de circuits collectifs. La prise en charge par l'assurance maladie correspond au tarif d'un taxi avec un abattement de 10%.

Une consommation de transport concentrée sur la population des plus de 60 ans

Entre 2010 et 2011, la population couverte par le régime général en Ile-de-France a augmenté de 0,7%. Ce sont les classes d'âge des seniors (60 à 69 ans et 80 ans et plus) qui évoluent le plus, respectivement 3,7% et 4,4%. Ce vieillissement de la population ne peut cependant pas expliquer l'évolution des dépenses de transports.

Evolution de la population couverte par le régime général et des montants remboursés de transports entre 2010 et 2011 en Ile-de-France

	Démographie		Montants remboursés de transports	
	Poids	Evolution janvier 2011 / janvier 2010	Poids	Evolution à fin sept.2011 / à fin sept. 2010
Moins de 4 ans	7,2%	1,5%	1,9%	2,4%
5 à 9 ans	6,8%	0,5%	3,5%	4,1%
10 à 19 ans	11,4%	0,5%	4,9%	5,5%
20 à 29 ans	12,5%	-1,5%	4,0%	-6,5%
30 à 39 ans	17,0%	0,2%	5,3%	-2,3%
40 à 49 ans	15,1%	1,1%	8,6%	1,1%
50 à 59 ans	11,9%	0,5%	14,7%	2,4%
60 à 69 ans	8,7%	3,7%	16,8%	8,5%
70 à 79 ans	5,5%	-0,1%	19,6%	1,7%
80 ans et plus	3,8%	4,4%	20,6%	5,6%

**Evolution des montants remboursés de transports sanitaires par catégories de véhicules
et par territoire de santé**

Caisse primaire	Prestations	Montant remboursé à fin sept.2011	Evolution
751-Paris	Ambulance	33 624 851	-1,7%
	V.S.L	2 113 905	-4,9%
	Taxi	5 657 935	17,1%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	409 411	-27,6%
	TOTAL hors franchises	41 806 102	0,0%
771-Melun	Ambulance	20 309 542	2,5%
	V.S.L	8 134 346	0,1%
	Taxi	10 149 629	25,7%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	1 223 999	-1,6%
	TOTAL hors franchises	39 817 516	6,9%
781-Versailles	Ambulance	15 574 876	2,3%
	V.S.L	2 756 060	-7,2%
	Taxi	11 180 841	24,0%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	900 593	-7,2%
	TOTAL hors franchises	30 412 371	7,9%
911-Evry	Ambulance	16 294 254	-3,7%
	V.S.L	2 537 122	-1,8%
	Taxi	10 412 050	12,7%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	909 122	2,4%
	TOTAL hors franchises	30 152 549	1,8%
921-Nanterre	Ambulance	20 304 724	-4,8%
	V.S.L	1 974 610	0,1%
	Taxi	4 137 163	32,8%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	463 788	-20,5%
	TOTAL hors franchises	26 880 285	-0,5%
931-Bobigny	Ambulance	30 501 860	3,0%
	V.S.L	6 000 033	5,7%
	Taxi	5 522 191	28,6%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	518 903	10,5%
	TOTAL hors franchises	42 542 988	6,3%
941-Créteil	Ambulance	24 794 859	-0,1%
	V.S.L	2 203 383	6,9%
	Taxi	5 732 304	24,7%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	496 605	-14,1%
	TOTAL hors franchises	33 227 152	3,7%
951-Pontoise	Ambulance	17 316 872	4,1%
	V.S.L	2 263 457	-5,2%
	Taxi	10 008 198	20,5%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	535 847	-20,0%
	TOTAL hors franchises	30 124 375	7,6%
Total Région	Ambulance	178 721 838	0,1%
	V.S.L	27 982 917	-0,1%
	Taxi	62 800 312	22,0%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	5 458 270	-8,6%
	TOTAL hors franchises	274 963 337	4,2%
999-FRANCE METROPOLITAINE	Ambulance	814 273 325	2,9%
	V.S.L	399 620 583	-0,6%
	Taxi	654 590 712	10,4%
	Autres frais de transport (y compris CBP)*	72 074 934	4,3%
	TOTAL hors franchises	1 940 559 554	4,6%

4.1.1.3 Suivi de l'avancement, calendrier et perspectives

Suivi de l'évolution des dépenses de transports des établissements de santé et lancement de la contractualisation CAQOS

Conformément aux objectifs fixés, l'analyse de l'évolution des dépenses de transports des établissements de santé publics et ESPIC franciliens a permis de réaliser un ciblage des établissements et l'initiation d'une sensibilisation et d'un dialogue avec les établissements de santé fortement prescripteurs.

La mise en œuvre d'une démarche contractuelle basée un taux d'évolution national et un contrat type « CAQOS » s'est traduite par la proposition de 25 contrats par les délégations territoriales de l'ARS et les CPAM aux établissements visés.

Au 31 octobre 2011, ce sont 12 contrats qui ont été signés par les établissements franciliens dans un cadre institutionnel encore en voie de stabilisation⁵.

Les 1^{er} trimestres des années 2012 et 2013 permettront la réalisation des bilans annuels des CAQOS en cours d'exécution ainsi que la réalisation d'un nouveau ciblage d'établissements pour mettre en œuvre, le cas échéant, une 2^{nde} et 3^{ième} vagues de contrats de maîtrise de l'évolution des dépenses de transports.

En outre, les problématiques des transports itératifs (chimiothérapie, hémodialyse) ont fait l'objet d'une extension de programme. Ces travaux doivent permettre d'aboutir à la mise en œuvre d'une action qui permettra de favoriser une prise en charge des patients dans un lieu de soins proche de leur domicile.

Cette action peut notamment se traduire par une analyse cartographique des trajets des patients ainsi que par une sensibilisation des professionnels de santé initiateurs des prises en charge.

Régulation des dépenses de transports sanitaires à l'hôpital par des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports ou d'organisation partagés et/ou plus économes

- *Production d'un outil d'autoévaluation des pratiques : « quickeval » (32 questions « oui / non » pour identifier ses atouts et marges de progression)*

Ce questionnaire a été élaboré par un groupe de travail réunissant des représentants de l'ARS, de l'Assurance Maladie et d'établissements publics et privés de santé. Il permet d'effectuer un état des lieux des pratiques en terme de transports sanitaires de l'établissement.

Il permet également de se comparer et se situer par rapport aux autres structures de la région.

- *Réalisation d'un benchmark régional des pratiques*

A fin janvier 2011, **64 établissements** ont répondu aux 32 questions de la grille « quickeval ».

La consolidation chiffrée, ainsi que l'appréciation des nombreux commentaires accompagnant les réponses des établissements, sont riches en enseignements. Le rapport d'enquête apporte des éléments de compréhension complémentaires par rapport à la grille quickeval, éléments issus de l'expérience d'un nombre significatif d'établissements franciliens tous statuts confondus.

- *Diffusion d'un guide de bonnes pratiques organisationnelles de la gestion centralisée*

A l'instar de la grille « quickeval », ce guide a été élaboré par un groupe de travail réunissant des représentants de l'ARS, de l'Assurance Maladie et d'établissements publics et privés de santé. Il décline un certain nombre de bonnes pratiques articulées autour des 4 thématiques suivantes :

- Achats
- Planification
- Régulation
- Communication.

⁵ Recours devant le Conseil d'Etat de la FHF contre le dispositif

Ce guide donne des pistes d'amélioration des organisations ainsi que des supports « clés en main » pour développer la gestion centralisée des transports.

Six établissements sont par ailleurs impliqués et suivis dans le cadre d'une démarche d'accompagnement visant à les aider à déployer une gestion centralisée. Certains de ces établissements sont concernés par un CAQOS transports.

- *Développement d'un outil de saisie et d'aide au régulateur : « transports manager » (pour piloter l'activité et suivre des indicateurs)*

L'ensemble des transports générés par un établissement peut représenter un volume conséquent de demandes à traiter, tracer et consolider par le(s) régulateur(s). Afin de permettre à chaque établissement d'être rapidement opérationnel, un outil « clé en main » est développé pour assister les régulateurs de transports dans leur mission et créer un lien dématérialisé entre les services demandeurs et le régulateur.

Cet outil permettra de :

- Créer et diffuser les demandes de transports ;
 - Tenir à jour une base de données exhaustive ;
 - Générer automatiquement les statistiques d'activité.
- *Le déploiement de l'outil « transport manager » - début 2012 -*
- L'outil est fortement structurant pour l'organisation interne de l'établissement : son installation au sein d'une structure « discipline » les différents acteurs :
- les services demandeurs : qui doivent alors effectuer des demandes complètes, anticipées dans la mesure du possible, interfacées directement avec le régulateur ;
 - le régulateur : qui dispose d'un outil de gestion ergonomique facilitant son activité au quotidien ;
 - la direction d'établissement : qui dispose alors d'une traçabilité et d'indicateurs de pilotage pour évaluer tant les process de commandes internes que la qualité des prestations des transporteurs sanitaires (synthèse des évènements indésirables signalés).

Actuellement en développement/test auprès d'établissements pilotes, il sera déployé massivement par la cellule performance dans le courant de l'année 2012.

Ces deux axes de développement font l'objet d'une description dans les fiches programmes reproduites en annexe 3.

4.1.1.4 Evaluation des actions réalisées en 2010

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu est le « taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital » tel que présenté ci-dessous pour les années 2010 et 2011. L'objectif fixé pour 2011 s'élève à 4,2%.

2010	2011											
	T1			T2			T3			T4		Réalisé %
7,52	5,9	1,0	1,1	2,4	1,6	2,3	2,5	2,4	2,4			2,4

4.1.2 Le programme Prise en charge IRC

Le programme vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT via (1) la diffusion des recommandations nationales existantes, (2) l'amélioration des organisations de prise en charge (notamment freins organisationnels au développement de la dialyse hors centre, particulièrement DP) et (3) le développement de la greffe rénale.

4.1.2.1 Rappel des objectifs du programme⁶

L'IRC est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale* et 68 000 une IRC terminale (dont 55% traités en dialyse et 45% ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47% des nouveaux cas. Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Parmi les types de stratégies de traitement existantes, la dialyse péritonéale (DP) est sous-utilisée en France : 7,2% des dialysés (rapport REIN 2008) contre 15% pour les autres pays de l'OCDE, avec une variation très importante d'une région à l'autre (2 à 19% selon le rapport REIN 2008; 3 à 25% selon les données CNAMTS 2007), sans justification médicale évidente. Le bénéfice individuel attendu (survie, qualité de vie, insertion sociale) est le premier critère de décision. A bénéfice individuel attendu identique, le moindre coût doit être recherché. L'hémodialyse (HD) en unité de dialyse médicalisée (UDM) doit continuer à se développer. La similarité des profils des malades (âge, comorbidités) en DP assistée et en HD en centre laisse penser qu'un nombre non négligeable de malades débutant par une HD en centre pourrait être redistribués vers la DP assistée. Le développement de la DPA autonome et de l'autodialyse peut être envisagé dans les régions en pénurie d'organe.

La greffe rénale est le traitement le plus « coût-efficace » de l'IRCT, et le plus favorable en quantité et en qualité de vie. Une greffe rénale supplémentaire épargne environ 15 années de dialyse. Aucune filière de soins ne présente des possibilités de maîtrise des risques aussi importantes car la pénurie d'organes n'est pas une fatalité. Les moyens investis dans le prélèvement ces dix dernières années ont permis de passer de 1 882 greffes rénales en 1998 à près de 2 937 en 2008. En 2009, le nombre de greffes rénales est en déclin sensible (2 826 contre 2 937 en 2008), tout comme le don d'organes, et les durées d'attente continuent à s'allonger. Le nombre de patients en attente d'un rein augmente de 5% par an. Les leviers de lutte contre la pénurie sont connus : recours à de nouveaux types de greffons, prélevés sur des donneurs vivants et sur des donneurs décédés suite à un arrêt cardiaque; diminution du taux de refus de don (30 % en France contre 15% en Espagne). Par ailleurs, les indicateurs d'activité de transplantation rénale montrent une grande diversité des pratiques d'une région à l'autre (rapport REIN 2008). 50 % des malades dialysés de moins de 60 ans ne sont pas inscrits ou en cours d'inscription 15 mois après la mise en dialyse.

La priorité en matière de gestion du risque concernant l'IRCT en région vise à améliorer les pratiques en matière de prévention et de prise en charge de l'IRCT, via :

- La diffusion des recommandations médicale existantes, en l'attente des résultats de l'évaluation médico-économique en cours par la HAS ;
- L'analyse et la levée des freins organisationnels du développement de la dialyse, notamment hors centre de dialyse péritonéale ;
- Le développement de la greffe rénale.

⁶ Instruction relative à la priorité de gestion du risque IRCT du 17/12/2010

4.1.2.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Les patients dialysés en 2010 ⁷:

- **Incidence** (nouveaux cas en 2010) :

Taux d'incidence brut et standardisé sur l'âge et le sexe

Caractéristiques	Effectif	Taux brut	IC 95%	Taux standardisé	IC 95%
Total	1594	139	[132 - 146]	165	[157 - 173]
Hommes	968	174	[163 - 185]	208	[195 - 221]
Femmes	626	106	[97 - 114]	124	[114 - 134]
0 à 20 ans	8	3	[1 - 5]	3	[1 - 5]
20 à 40 ans	134	39	[32 - 45]	39	[32 - 45]
40 à 60 ans	423	136	[123 - 149]	138	[125 - 151]
60 à 75 ans	534	446	[408 - 484]	452	[413 - 490]
75 ans ou plus	495	690	[630 - 751]	708	[645 - 770]



Le taux d'incidence brut pour l'Ile-de-France en 2010 est de **139 par million de population (pmp)** avec un intervalle de confiance à 95% entre 132 et 146. **Le taux standardisé** pour l'Ile-de-France est de **165 pmp** [157 – 173]. Au niveau départemental on note d'importantes disparités : la Seine Saint Denis a un taux standardisé significativement plus élevé que le taux moyen de la région.

60.7% des patients sont des hommes (versus 48.4% en population générale). L'âge médian des patients à l'initiation de la dialyse en 2010 est de **66 ans**. (64 ans en 2009).

Le taux d'incidence continue d'augmenter en Ile-de-France sur les 6 dernières années.

Cette évolution avait été anticipée dès le SROS de 2004 où globalement, toutes modalités confondues, les capacités de prise en charge des patients étaient ajustées aux besoins.

La quasi-totalité (99.8%) des patients franciliens incidents sont dialysés en région Île-de-France.

Selon la biopsie rénale (réalisée dans 14.2% des cas), la néphropathie initiale la plus fréquente est en 2010 la **néphropathie diabétique** (24.8% en 2010, contre 21, 9% et 2eme position en 2009).

Les patients incidents ont en moyenne 3.1 +/- 2.1 morbidités à l'initiation de la dialyse : **38.3% des patients ont un diabète** (36.2% en 2009) et 78.2% ont une comorbidité cardio-vasculaire.

⁷ source : rapport REIN IdF

Répartition des patients incidents par lieu de traitement selon l'âge (< ou > 75 ans)

Lieu de traitement	Total	Moins de 75 ans	Plus de 75 ans
Effectif	1594	1099	495
Centre	1332 (83.6%)	906 (82.4%)	426 (86.1%)
UDM	63 (4%)	53 (4.8%)	10 (2%)
Autodialyse	74 (4.6%)	61 (5.6%)	13 (2.6%)
DP à domicile (dialyse péritonéale)	125 (7.8%)	79 (7.2%)	46 (9.3%)

Le lieu d'initiation de la dialyse est majoritairement un centre (83.6% des cas). Les patients sont ensuite orientés, le cas échéant, vers une Unité de dialyse Médicalisée ou vers une unité d'auto dialyse. Cette distribution n'est pas significativement modifiée après 75 ans.

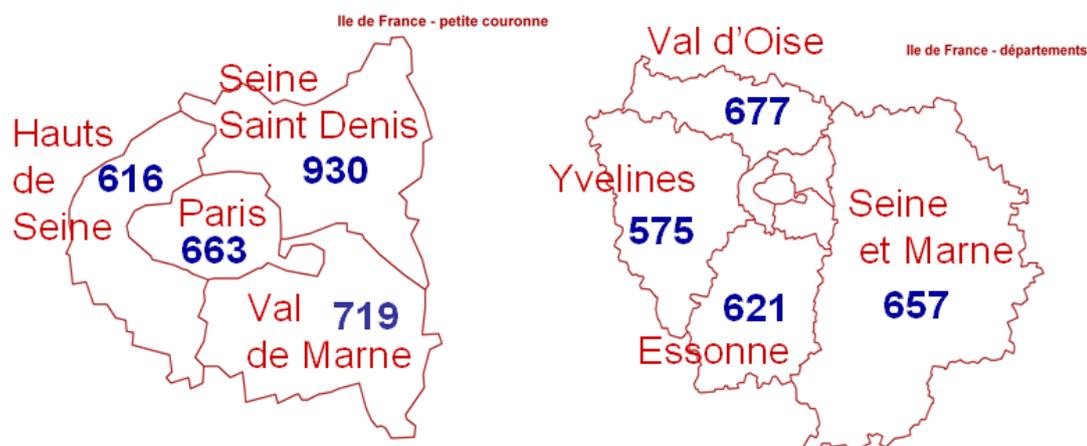
391 (25%) patients débutent leur première dialyse en urgence.

Pour les patients entrés en dialyse en 2009, le taux de survie à un an est de 88.8% (88.5% pour les patients 2008). L'analyse des cohortes annuelles depuis 2005 permet d'évaluer une survie en dialyse en Ile-de-France à 56% à 60 mois.

➤ **Prévalence** (cas traités au 31/12/2010) :

Prévalence brute et standardisée selon l'âge et le sexe

Caractéristiques	Effectif	Taux brut	IC 95%	Taux standardisé	IC 95%
Total	6557	571	[557 - 584]	676	[660 - 693]
Hommes	3956	711	[689 - 733]	844	[818 - 871]
Femmes	2601	439	[422 - 456]	517	[497 - 538]
0 à 20 ans	9	3	[1 - 5]	3	[1 - 5]
20 à 40 ans	559	161	[148 - 175]	163	[149 - 176]
40 à 60 ans	1790	575	[548 - 602]	585	[558 - 612]
60 à 75 ans	2124	1773	[1698 - 1848]	1793	[1716 - 1869]
75 ans ou plus	2075	2894	[2769 - 3019]	2952	[2825 - 3079]



Des disparités départementales sont constatées, en particulier le taux de la Seine Saint Denis nettement supérieur au taux régional.

60.3% des patients sont des hommes (vs 48.4% en population générale). La différence par rapport à la population générale se majore avec l'âge puisque 58.1 % des patients de plus de 75 ans sont des hommes (vs 35,4 % en population générale).

Depuis 2005, on constate une **augmentation moyenne annuelle de 3 %**. Elle est liée à l'augmentation des taux de prévalence chez les plus de 60 ans et particulièrement après 75 ans. La prévalence augmente sensiblement dans tous les départements mais de manière plus nette en Seine Saint Denis et dans le Val d'Oise.

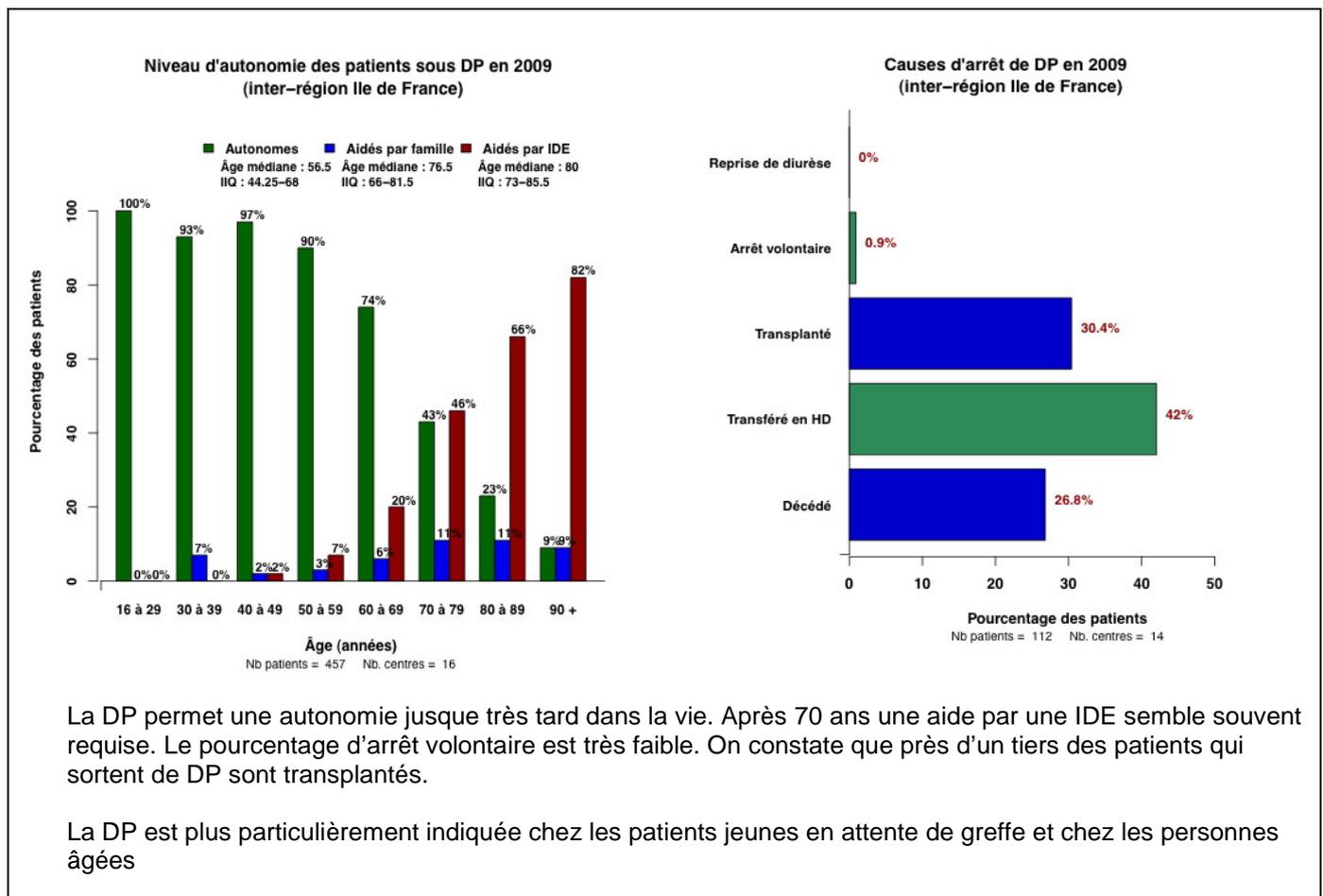
Age des patients prévalents selon la modalité de traitement

Structures	Effectif	%	Moy	IC 95%	ET	Med	Min	Max
Centre	4413	67,2%	67.2	[66.8 - 67.6]	15.2	70	15	102
UDM	650	9,9%	58.2	[57 - 59.4]	15.4	59	19	90
Autodialyse	1136	17,3%	55.7	[54.8 - 56.6]	15.3	56	20	90
Domicile *	358	5,5%	64.5	[62.6 - 66.3]	17.5	67	17	95

* dont 342 en Dialyse péritonéale (5.2%)

L'autodialyse et l'UDM permettent la prise en charge de patients plus jeunes en moyenne.

➤ **Focus sur la Dialyse Péritonéale**



La greffe rénale

➤ Inscription sur liste de greffe

	Patients incidents			Patients prévalents		
	Effectif total	Inscrits	Non inscrits	Effectif total	Inscrits	Non inscrits
Total	1594	222 (13.9%)	1372 (86.1%)	6557	1706 (26%)	4851 (74%)
Moins de 65 ans	731	199 (27.2%)	532 (72.8%)	3075	1470 (47.8%)	1605 (52.2%)
Plus de 65 ans	863	23 (2.7%)	840 (97.3%)	3482	236 (6.8%)	3246 (93.2%)

➤ Motif de non inscription

Age	Patients incidents						Patients prévalents					
	Effectif total	Contre indication	Refus	Bilan en cours	Non Précisé	Non renseigné	Effectif total	Contre indication	Refus	Bilan en cours	Non Précisé	Non renseigné
Total	1372	706 (51.5%)	8 (0.6%)	230 (16.8%)	56 (4.1%)	372 (27.1%)	4851	2973 (61.3%)	199 (4.1%)	555 (11.4%)	917 (18.9%)	206 (4.2%)
Moins de 65 ans	532	117 (22%)	3 (0.6%)	112 (21.1%)	10 (1.9%)	290 (54.5%)	1606	532 (3.1%)	97 (6%)	234 (14.6%)	695 (43.3%)	48 (2.9%)
Plus de 65 ans	840	589 (70.1%)	5 (0.6%)	118 (14%)	46 (5.5%)	82 (9.8%)	3245	2441 (75.2%)	102 (3.1%)	321 (9.9%)	222 (6.8%)	159 (4.9%)

La non inscription sur la liste **n'est pas motivée** pour **31.2% des patients incidents** (56,4 % des moins de 65 ans) et 23.1% des patients prévalents (46.2% des moins de 65 ans)

➤ Activité de prélèvement :

	Années	Recensés	Prélevés
Etats de mort encéphalique	2005	494	229
	2010	510	218
Donneurs vivants	2005	-	94
	2010	-	129
Arrêt cardiaque	2010	-	53

➤ Les greffes rénales

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de greffes	666	726	714	699	750	734
dont pédiatriques	38	39	30	35	49	25

L'évolution entre 2005 et 2009 est de **+ 12,6%**.

Cependant, l'activité n'évolue pas de façon linéaire.

Il existe 7 centres de greffe adultes et 3 centres pédiatriques (dont l'un a une activité faible).

Patients diabétiques et prévention de l'IRC en 2009 ⁸

Dans les bases de données de l'assurance maladie, la fréquence de dosage de créatininémie et d'albuminurie a été recherchée pour les patients bénéficiant d'un traitement pour diabète, (3 dates de délivrance d'antidiabétiques différentes dans l'année).

CPAM	Créatininémie				Albuminurie			
	2009		2010		2009		2010	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
75	47 101	77,3	50 798	78.4	21 006	34,5	23280	35.9
77	31 733	76,8	34 659	77.8	13 503	32,7	15068	33.8
78	31 896	78,2	34 422	78.8	14 093	34,6	14.970	34,3
91	29 251	78,8	31 425	78.9	13 529	36,4	14 435	36,3
92	34 811	77,7	38 023	79.6	16 007	35,7	17 915	37.5
93	50 461	79,3	54 315	80.1	24 439	38,4	27 318	40.3
94	33 801	79,8	36 478	80.7	14 806	34,9	15 973	35.4
95	32 314	77,1	34 417	76.5	14 674	35	16 498	36.7
France		80,9		81.4		33,8		34.2

Pour le dosage de la créatininémie, on constate une légère progression entre 2009 et 2010 pour 7 départements sur 8 (entre 1.1 et 0.1 point) mais le taux de réalisation de cet examen reste inférieur au taux national.

Pour l'albuminurie, 6 départements sur 8 présentent une progression (de 1.9 à 0.5) et un seul département a un taux inférieur au taux national.

Les structures de dialyse au 31/12/2010

Nombre d'implantations	75	77	78	91	92	93	94	95	TOTAL	Répartition
Dialyse à domicile	3	2	2	1	1	1	2	1	13	6%
Autodialyse	7	8	9	6	7	9	7	5	58	28%
Unité de dialyse médicalisée	8	5	5	4	3	8	6	5	44	21%
Hémodialyse en centre	14	5	8	7	8	7	8	5	62	30%
Dialyse Péritonéale	9	3	3	2	2	4	2	4	29	14%

Les structures les plus fréquentes sont le centre et l'auto dialyse. L'UDM et la DP sont peu développées en raison des contraintes financières.

4.1.2.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Selon le programme prévu pour 2010-11, **un état des lieux a été réalisé.**

Il a été partagé avec les professionnels de santé et les structures afin d'élaborer des actions régionales visant au développement de la dialyse hors centre et de la greffe au cours des années 2012-13 (cf. fiches programmes se rapportant aux 10 priorités nationales en annexe 3).

4.1.2.4 Evaluation des actions réalisées en 2010

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est la « Part des patients traités par Dialyse Péritonéale sur patients dialysés. L'objectif fixé à la région Ile de France était de 7% pour 2011.

⁸ données assurance Maladie



Cet objectif était atteint pour les cas incidents (7.8%) mais pour les cas prévalents la part de patient en DP était de 5.2 % en 2010.

4.1.3 Le programme Liste en sus

La régulation des dépenses de santé de la liste en sus a pour objectif de (1) favoriser un usage efficient des dispositifs concernés et (2) prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

4.1.3.1 Rappel des objectifs du programme⁹

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé –spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, demeure une priorité ministérielle compte tenu des enjeux financiers associés. En effet, ces dépenses pour 2009 se sont élevées à plus de 4 Md€ (toutes catégories d'établissements confondues) dont environ 2,5Md€ pour les médicaments et 1,5Md€ pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) soit une progression globale de +5,2% par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments. En 2010, cette progression devrait certes mécaniquement s'avérer moindre, en moyenne, du fait de la réintégration de certains produits de santé dans les GHS (qui représente un peu plus de 5 % des dépenses de médicaments en sus) et de l'atténuation des effets de retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements. Néanmoins en terme économique, ces phénomènes n'ont pas le même effet atténuateur, puisque la réintégration dans les GHS de certains produits a conduit à une augmentation des tarifs des GHS en contrepartie. Ainsi, il reste toujours essentiel d'agir sur la maîtrise des dépenses de produits de santé en sus et ce d'autant que de nombreux établissements connaissent encore une forte croissance de dépenses. En outre, le plan Cancer 2009-2013 prévoit (mesure 21) « de garantir un égal accès au traitement et aux innovations », ce qui implique une utilisation des molécules anticancéreuses conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Pour l'application de cette mesure, l'Inca, dans son rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009, propose des modalités de mise en œuvre du contrôle du respect des référentiels.

Un plan national a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale (art 47-I de la LFSS pour 2009). Au-delà de la récupération d'indus issue des contrôles, le cadre général est centré en 2010 sur la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

La régulation est destinée à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la HAS, de l'Inca et de l'AFSSAPS (notamment les RBU).

Elle repose au premier chef sur un dialogue constructif entre l'ARS et l'établissement de santé en vue d'améliorer ses pratiques de prescriptions hospitalières, en favorisant le développement des processus pertinents internes à l'hôpital, l'outil de référence, à cet effet, étant le plan d'actions.

Les objectifs du programme sont donc :

- Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs et analyser, en lien avec l'établissement, l'origine de cette croissance (lors de la phase 1 « Ciblage des établissements »)
- Identifier les causes des progressions constatées (lors de la phase 2 « Détection des pratiques de prescription non conformes aux référentiels de bon usage (RBU) »)
- Réaliser un plan d'actions destiné à améliorer les pratiques de prescription (lors de la phase 3 « Conclusion d'un plan d'actions »)

⁹ Instruction relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/du 12/11/2010

4.1.3.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Catégorie d'établissements	Année 2010			Année 2011
	Nbre d'établissements signataires de CBUMPP	Nbre d'établissements avec évolution des facturations en sus > 8%		Nbre d'établissements signataires de CBUMPP
		Nbre	%	
CHU	1	0	0%	1
ESPIC (ex PSPH)	31	7	23%	29
CLCC	3	1	33%	3
CH	41	17	42%	40
Privé MCO	115	37	32%	111
Structure HAD privée autonome	4	-	0%	4
Structure dialyse privée autonome	22	-	0%	20
TOTAL	217	62	29%	208

Montant total des dépenses au titre des produits de santé de la liste en sus en 2010 et évolution 2009/2010

Etablissement	Nb		Médicaments		DMI		Ensemble	
	2010	2011	Montants des dépenses	2009/2010	montants des dépenses	2009/2010	Montants des dépenses	2009/2010
CHU	1	1	249 340 799 €	0,5%	55 872 218 €	5,5%	305 213 017 €	1,4%
EPIC (exPSPH)	31	29	29 157 558 €	0,1%	17 202 150 €	0,8%	46 359 708 €	0,4%
CLCC	3	3	53 642 925 €	0,1%	530 120 €	-11,9%	54 173 045 €	0,0%
CH	41	40	84 406 10 €	9,4%	26 715 592 €	7,8%	111 121 699 €	9,0%
Privé MCO	115	111	83 388 845 €	-3,1%	128 586 890 €	2,6%	211 975 736 €	0,3%
Structure HAD privée autonome	4	4					-	
Structure dialyse privée autonome	22	20	704 941€	-1,0%			704 941 €	-1,0%
Total	217	208	500 641 175 €	1,2%	228 906 970 €	3,7%	729 548 145 €	2,0%
Structure			68.6%	+2.2 pts	31.4 %	-2.2 pts		

L'évolution 2009/2010 est seulement de 2 % contre 9.2% pour 2008/2009.

L'évolution des DMI (+3.7%) reste encore plus élevée que celle des médicaments (+1.2%) mais elle est en nette diminution par rapport à 2008/2009 (+18.4%) et le poids des DMI dans l'ensemble des dépenses diminue.

Cette évolution est liée en partie à l'intégration de nombreux produits de la liste en sus dans les GHS au cours de l'année 2010, de la révision des tarifs de responsabilité mais aussi aux différentes actions réalisées les années précédentes dans le cadre du suivi du CBUM.

En 2010, les 5 premiers médicaments (code UCD) en montant sont :

Etablissements publics et ESPIC			Etablissements privés		
Libellé	Montant en euros	Evolution (%)	libellé	Montant en euros	Evolution (%)*
Avastin 25 mg Perf Flacon 16 ml	200.978.090	14.8	Avastin 25 mg Perf Flacon 16ml	135.977.370	
Remicade 100mg	194.497.492	11.5	Herceptin 150 mg	97.923.741	
Mabthera 500 mg	162.787.545	8.1	Avastin 25 mg Perf Flacon 14ml	44.891.905	
Herceptin 150 mg	143.746.440	10.3	Taxotère 80mg	39.778.321	
Tegeline 10g	109.449.351	3	Erbitux 5mg	30.292.123	

* pas de données par code UCD avant 2010

Les 5 premiers Dispositifs Médicaux Implantables en montants sont :

Etablissements publics et ESPIC			Etablissements privés		
Libellé	Montant en euros	Evolution (%)	Libellé	Montant en euros	Evolution (%)
Stimulateur cardiaque double chambre, type DDDR	35.510.685	6.7	Genou, implant fémoral, bicondylien, non cimenté	39.390.915	3.3
Hanche, tige standart, col inclus, droite, modulaire, non cimentée	26.412.525	10.6	Hanche, cotyle standart, modulaire, métal back, sans insert, non cimenté	38.810.990	1.2
Sondes stimulation atriale ou ventriculaire droite hors VDD, bipolaires	25.860.943	6.5	Stimulateur cardiaque double chambre, type DDDR	37.478.219	-8.8
Hanche, cotyle standart, modulaire, métal back, sans insert, non cimenté	21.348.039	10.4	Implant endovasculaire (stent), aortique, rénal, iliaque ou fémoral	36.706.989	6.8
Implant endovasculaire(stent), aortique, rénal, iliaque ou fémoral	20.973.522	14.9	Hanche, tige standart, col inclus, droite, modulaire, non cimentée	35.297.298	3.9

4.1.3.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Comme prévu, les actions suivantes ont été réalisées en 2011 (cf. fiches 10 priorités nationales-programme 2010-11 en annexe 3A) :

- Le dispositif de maîtrise des produits de santé des listes en sus a été rappelé à l'ensemble des établissements **dans le cadre des réunions de restitution des résultats des rapports d'étape du contrat de bon usage** ;
- **le contenu du plan d'action a été élaboré en collaboration avec un groupe de travail associant les représentants des différentes fédérations hospitalières ou apparentés (AP-HP, SSA) ;**
- **40 établissements ayant dépassé le taux d'évolution de 8 % avec un montant de dépenses > à 800 000 euros ont fait l'objet d'un courrier demandant des explications sur ce taux d'évolution .Un contrôle sur dossiers a été réalisé pour 22 d'entre eux. Parmi ceux-ci 6 plans d'actions ont été formalisés concernant 7 établissements (regroupement de 2 établissements en cours d'année).**

Le programme se poursuivra en 2012-13 avec en particulier un suivi des plans d'actions (cf. en annexe 3B fiches programmes se rapportant aux 10 priorités nationales).



4.1.3.4 Evaluation des actions réalisées en 2010

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Deux indicateurs ont été retenus pour 2011 :

- **Taux de contractualisation avec les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation**
- **Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés qui doivent faire l'objet d'une contractualisation**

Tous les établissements pour lesquels il a été constaté des non-conformités en regard des prescriptions hors référentiels ont fait l'objet d'un plan d'actions. Les plans d'actions ont été réalisés en concertation avec chaque établissement. Leur date d'application étant au plus tôt le 1^{er} octobre, l'évolution annuelle des dépenses suite au plan d'action ne sera connue que fin 2012.

4.1.4 Le programme Prescription Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville

L'objectif du programme PHMEV est une l'amélioration de la régulation des dépenses de PHMEV en s'appuyant sur l'identification puis la contractualisation avec les établissements ciblés, caractérisés par un non-respect des bonnes pratiques et des évolutions importantes de leurs dépenses.

4.1.4.1 Rappel des objectifs du programme¹⁰

Les dépenses de prescriptions hospitalières en ville du régime général représentent 7,9 Md€ en 2008 soit 19,6% de l'ensemble des prescriptions remboursées en ville. Entre 2007 et 2008 ces dépenses ont augmenté de +5,5%. Près de la moitié de la progression provient des dépenses de pharmacie. Structurellement les prescriptions hospitalières de médicaments ont une croissance plus dynamique que celle de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (VIH, cancer, hépatite, Sclérose en plaque, etc.) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

En 2009, les prescriptions de médicaments des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 28% du poste médicament sur l'enveloppe de soins de ville (22% délivrées en officine et 6% en rétrocession), avec une croissance supérieure à la moyenne (7% entre 2008 et 2009). A eux seuls ils représentent 68% de la croissance du poste.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés, (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) délivrées soit par les pharmacies d'officine, soit par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé dans le cadre de la rétrocession.

Bien que plusieurs facteurs structurels (type de molécules prescrites, baisse de prix et inscription au répertoire des génériques concentrées sur des classes peu prescrites à l'hôpital, évolution des techniques de traitements entraînant une baisse des durées des séjours et augmentation des besoins de soins prescrits) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité

Les prescriptions hospitalières en ville, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 3,4 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (tous régimes).

Près de 60 % des prescriptions hospitalières en ville (hors rétrocession) concernent des médicaments de spécialités, se répartissant principalement entre traitement du cancer, du VIH et des hépatites, EPO, traitement de la polyarthrite et immunosuppresseurs.

¹⁰ Instruction relative à la mise en œuvre des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en Ville du 08/04/2011

Les médicaments de pathologies chroniques arrivent loin derrière avec 16 % des prescriptions ; parmi elles, les antiagrégants plaquettaires (AAP) représentent 25 % de la dépense, les antihypertenseurs 19 %, les antidiabétiques, 17 % et les antiasthmatiques 15 %. Enfin, 70 % des dépenses de médicaments de psychiatrie sont des antipsychotiques.

Dans le total des prescriptions délivrées en officine, la part des prescripteurs hospitaliers est très variable selon les classes. Elle est naturellement plus importante pour les médicaments de spécialités, mais même au sein de cette dernière les disparités sont importantes. Ainsi, 76 % des médicaments du VIH et de l'hépatite sont prescrits par des hospitaliers (sans compter la rétrocession), 82 % des immunosuppresseurs, 84 % des hormones de croissance et 70 % des EPO. En revanche, les prescriptions de médicaments anti-cancéreux délivrés en officines émanent des hôpitaux publics dans seulement 54 % des cas tout comme pour la polyarthrite rhumatoïde (52 %). Parmi les pathologies chroniques, les AAP sont prescrits dans 17 % des cas par des hospitaliers alors que c'est le cas pour seulement 5 % des antihypertenseurs.

La disparité des données de remboursement d'une classe de médicament (ou de produit LPP) peut être un bon indicateur de la pertinence de choix du thème d'accompagnement dans les régions à forte consommation.

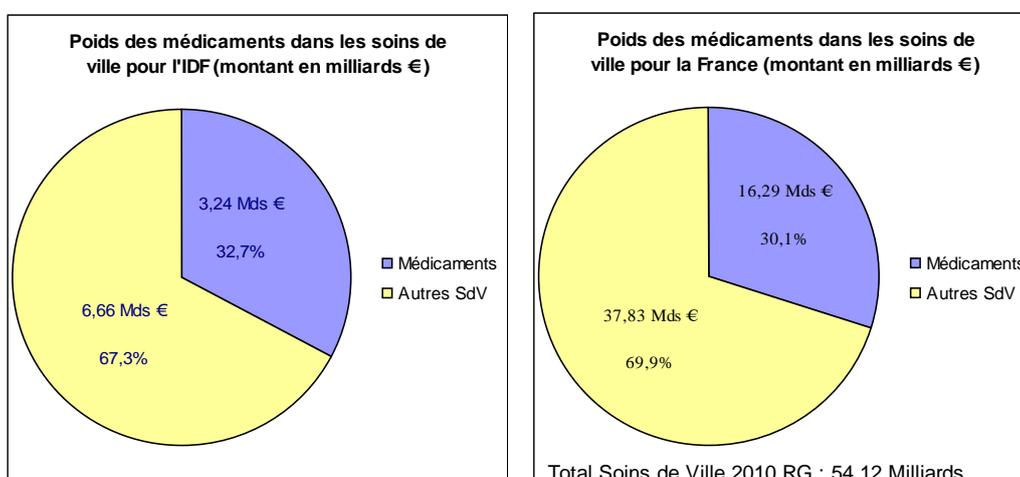
Le programme, portant sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV), vise à réguler l'évolution des dépenses de ces prescriptions, qui représentent un enjeu financier de 6 Md€, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses de ville sont liés à ces prescriptions.

Pour parvenir à l'objectif de 60 millions d'euros d'économie sur ce poste dès 2011, **quatre actions** ont été retenues :

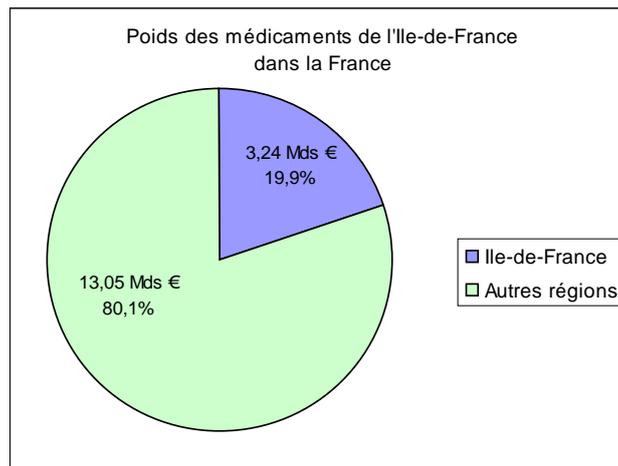
- Fixer un taux national d'évolution des dépenses de PHMEV et suivre l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses
- Développer l'accompagnement et la contractualisation avec les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux national
- Permettre l'identification des prescripteurs hospitaliers et adapter l'accompagnement et la contractualisation à ces nouvelles données
- Favoriser la diffusion des logiciels d'aide à la prescription médicamenteuse (LAP).

4.1.4.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

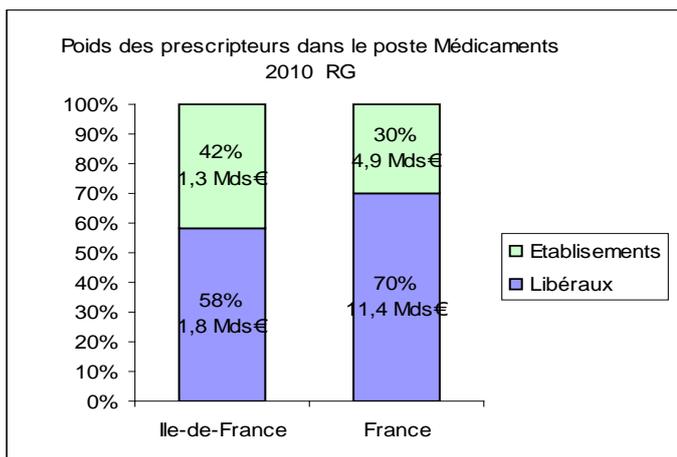
Avec plus de 3 milliards d'€ remboursés en Ile de France en 2010 par le régime général, la maîtrise des dépenses de médicaments est un enjeu majeur pour l'équilibre du système de soins



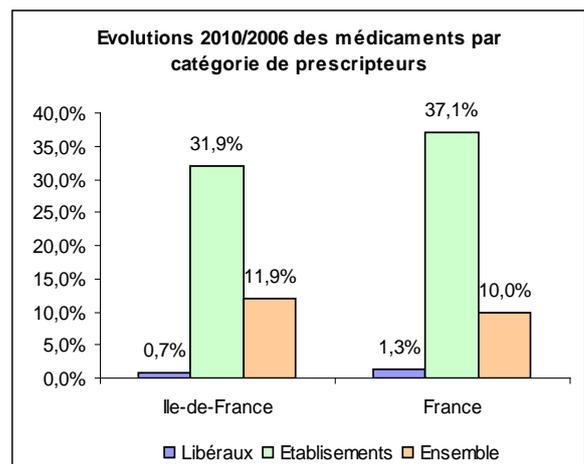
L'Ile de France représente près de 20 % des dépenses de médicaments délivrés en ville.



La part des prescriptions hospitalières exécutées en ville représente 40 % des dépenses en Ile de France



La croissance des dépenses de médicaments résulte principalement de l'augmentation des prescriptions des médecins des établissements



Si globalement les dépenses de médicaments ont augmenté de 11,9 % entre 2006 et 2010 en Ile de France, la croissance est de 31,9 % pour les prescriptions faites dans les établissements et délivrées en ville.

Au total, les prescriptions des établissements représentent 99% de la croissance enregistrée entre 2006 et 2010 en Ile-de-France (87% de la croissance en France).

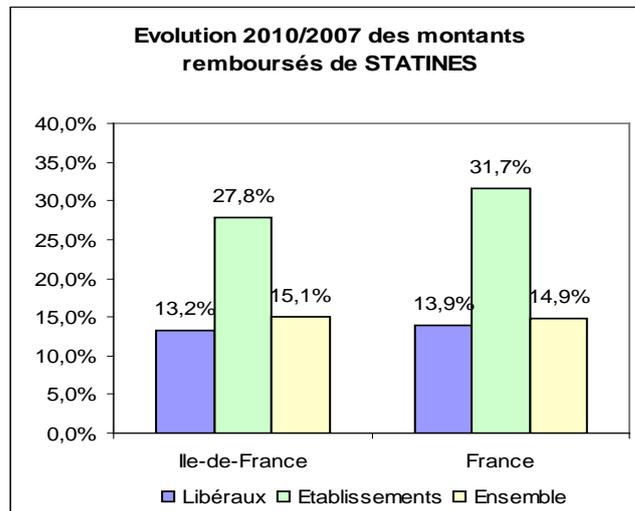
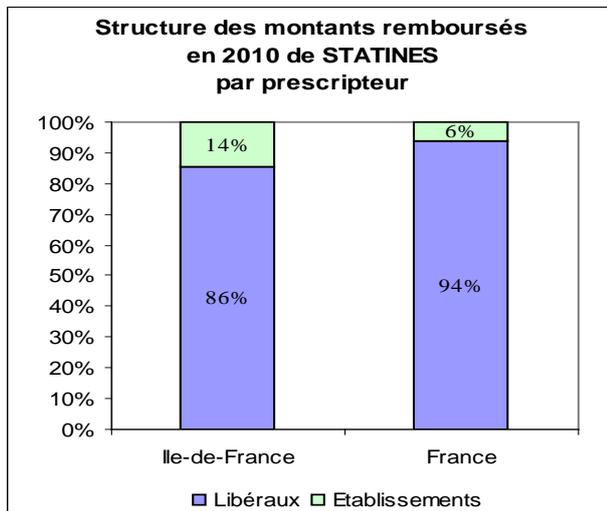
Cette augmentation plus importante des prescriptions hospitalières exécutées en ville s'explique notamment par les facteurs structurels suivants :

- le type de molécules prescrites (nouvelles molécules, molécules onéreuses ...) ;
- le transfert de l'hôpital vers la ville de traitements de pathologies lourdes qui peuvent désormais être soignées à domicile (médicaments de spécialités délivrés à l'hôpital (rétrocession) ou en ville (sortie de réserve hospitalière) ;
- le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- le taux de substitution qui reste relativement faible.

Au regard des différentes catégories de médicaments, plusieurs constats peuvent être faits :

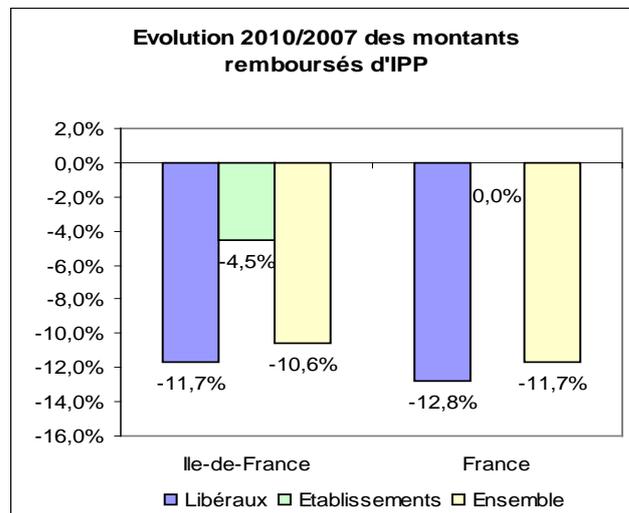
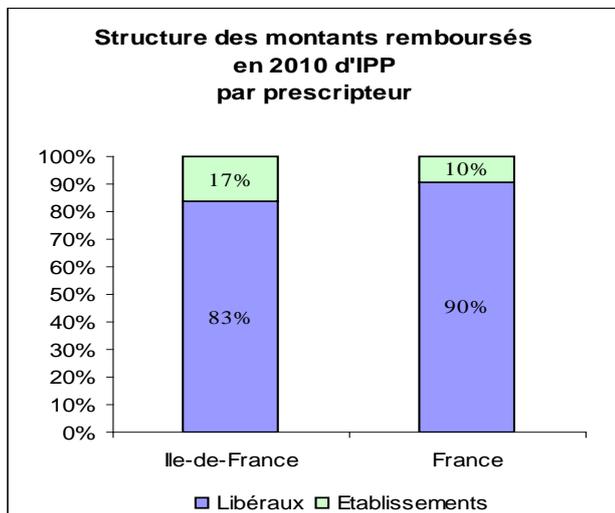
- S'agissant de médicaments qui figurent dans le programme de maîtrise médicalisée mené depuis 2007 par l'Assurance Maladie (actions d'information et de sensibilisation des prescripteurs en ville et à l'hôpital). Pour les statines, les IPP et les antibiotiques la part des prescriptions hospitalières est très importante, et les évolutions sur la période 2007-2010 sont particulièrement marquées en Ile de France.

➤ **Les statines (IdF : 160 millions €, France : 904 millions €)**



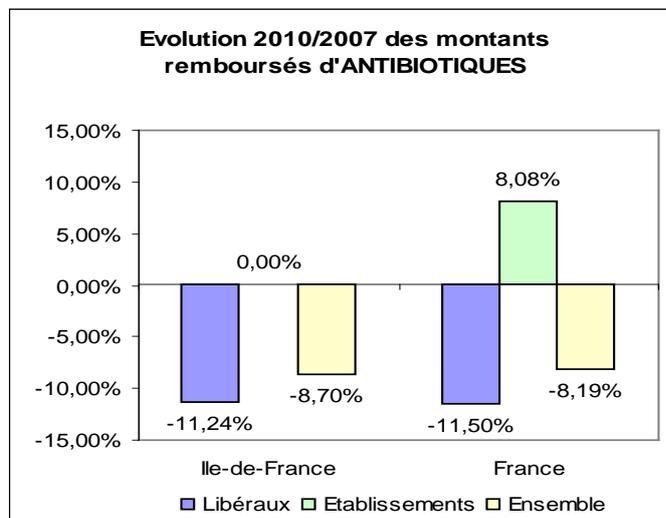
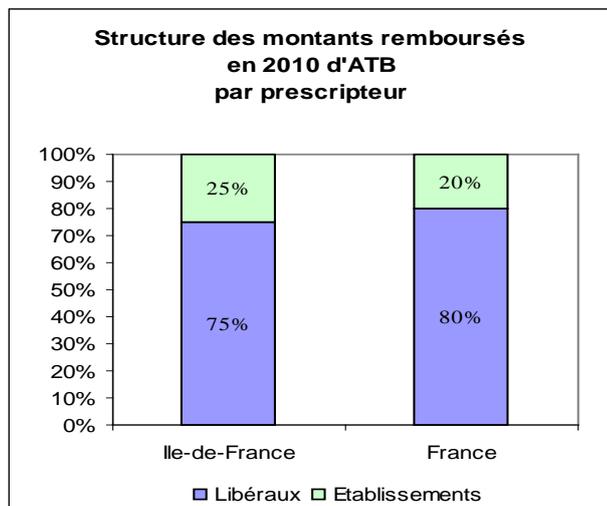
Un effort particulier doit être porté sur les statines prescrites en première intention.

➤ **Les IPP (IdF : 127 millions €, France : 643 millions €)**



Le nombre de boîtes prescrites continue d'augmenter entre 2009 et 2010. L'évolution négative des montants remboursés résulte de l'introduction de génériques puis des mesures tarifaires intervenues.

➤ **les antibiotiques (IdF : 105 millions €, France : 538 millions €).**



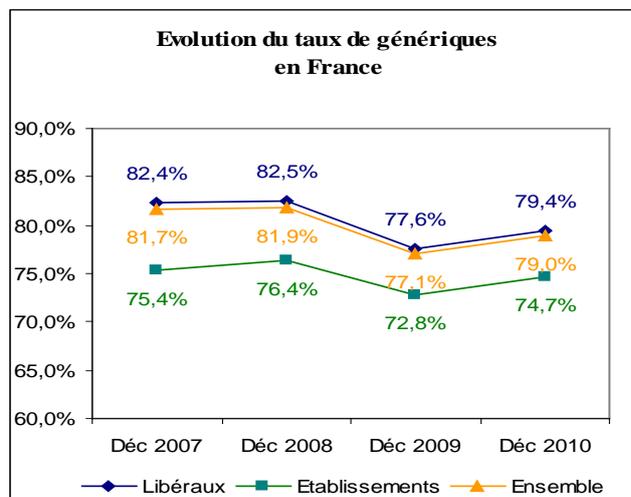
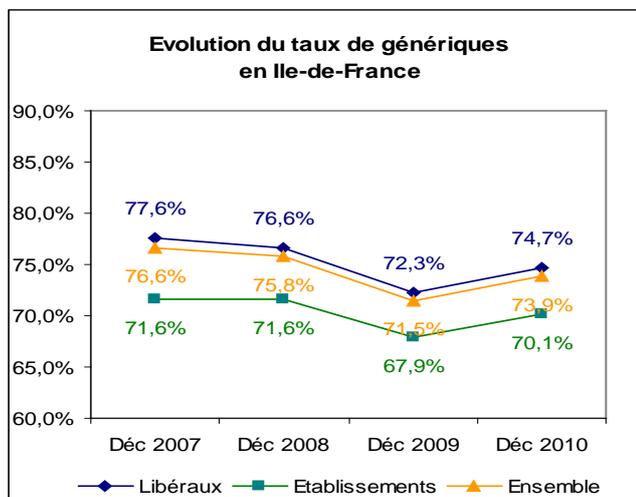
- S'agissant de médicaments de spécialités (anti rétroviraux) et des médicaments d'exception : des molécules onéreuses qui connaissent des évolutions particulièrement dynamiques.

Montant et contribution des médicaments antirétroviraux dans le poste Médicaments

Ile-de-France	Montant remboursé année 2010	Structure	Evolution 2010/2009	Contribution
Médicaments antirétroviraux	261 312 902	8,1 %	+ 14,4 %	+ 1,1
Autres médicaments d'exception	342 739 476	10,6 %	+ 16,5 %	+ 1,6
Autres médicaments	2 628 482 031	81,3 %	+ 1,6 %	+ 1,3%
TOTAL	3 232 534 409	100,0 %	+ 3,9 %	+ 3,9 %

France	Montant remboursé année 2010	Structure	Evolution 2010/2009	Contribution
Médicaments antirétroviraux	567 751 015	3,5 %	+ 15,0 %	+ 0,5
Autres médicaments d'exception	1 745 159 222	10,7%	+ 17,7 %	+ 1,7
Autres médicaments	13 941 209 199	85,8 %	+ 1,3 %	+ 1,1%
TOTAL	16 254 119 435	100,0 %	+ 3,3 %	+ 3,3 %

- S'agissant du taux de substitution : la prescription dans le répertoire et une meilleure substitution des prescriptions hospitalières contribueront à une régulation des dépenses de médicaments en Ile de France.



Source SNIIR AM

Les actions à mener sur ce thème s'inscrivent dans un double enjeu de santé publique et économique. L'objectif est une régulation des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville par une amélioration des pratiques de prescription, par la responsabilisation et l'accompagnement des prescripteurs.

4.1.4.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Conformément aux objectifs fixés, l'analyse de l'évolution des dépenses de transports des établissements de santé publics et ESPIC franciliens a permis de réaliser un ciblage des établissements et l'initiation d'un dialogue et d'une démarche de sensibilisation des établissements de santé fortement prescripteurs.

La mise en œuvre d'une démarche contractuelle basée un taux d'évolution national et un contrat type « CAQOS » s'est traduite par la proposition de 13 contrats par les délégations territoriales de l'ARS et les CPAM aux établissements visés.

Au 31 octobre 2011, ce sont 2 contrats qui ont été signés par les établissements franciliens dans un cadre institutionnel encore en voie de stabilisation¹¹.

Les 1^{er} trimestres des années 2012 et 2013 permettront la réalisation des bilans annuels des CAQOS en cours d'exécution ainsi que la réalisation d'un nouveau ciblage d'établissements pour mettre en œuvre, le cas échéant, une 2nde et 3^{ième} vagues de contrats de maîtrise de l'évolution des dépenses de transports.

Des travaux conjoints entre les services de la CPAM de Paris, la DRSM et la cellule OMEDIT sont en cours afin de permettre l'élaboration de fiches « mémo » qui auront vocation à être diffusée dans le cadre d'un accompagnement des 13 établissements qui se sont vus proposer un CAQOS.

Cet axe de développement fait l'objet d'une description dans les fiches programmes reproduites en annexe 3.

4.1.4.4 Evaluation des actions réalisées

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

¹¹ Recours devant le Conseil d'Etat de la FHF

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux d'évolution des dépenses de PHMEV » tel que présenté ci-dessous pour les années 2010 et 2011 :

2010	2011					
Réalisé (%)	T1	T2	T3	T4	Réalisé (%)	Objectif (%)
7,6	3,9	4,6	4,7		4,7	6,2

Source SNIR-AM

4.1.5 Le programme Imagerie médicale

4.1.5.1 Rappel des objectifs du programme ¹²

Le développement d'une imagerie médicale efficiente constitue une priorité nationale partagée par l'Assurance maladie et le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé et l'un des programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2013.

L'efficience de l'offre en imagerie médicale implique, pour un coût soutenable, à la fois la pertinence de l'indication, l'efficacité de l'organisation de l'offre (choix et répartition des équipements, organisation des équipes...), l'accessibilité et la qualité/sécurité de l'examen.

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique (diagnostic, adaptation des traitements et actes interventionnels), des progrès technologiques et des coûts correspondants aux examens.

Axe 1 : favoriser un égal accès aux équipements lourds de la population par le développement soutenable de l'offre en équipements lourds.

Compte tenu des objectifs du plan Cancer en matière de taux d'équipement en appareils IRM, des disparités observées sur le territoire en matière de délai d'accès aux soins, de l'augmentation des indications observées sur ces modalités d'imagerie et des objectifs en matière de radioprotection, un développement de l'offre du parc des appareils IRM est attendu dans les prochaines années. Aussi, **afin de concilier amélioration de l'offre en équipements IRM et objectif de maîtrise de l'ONDAM, les ARS devront définir les objectifs en termes de potentialités de diversification du parc.**

En effet, le développement soutenable de l'offre en équipements IRM passe notamment par la réalisation d'une fraction des actes de remnographie sur des appareils plus efficaces pour ces indications. Les IRM plus efficaces sont des IRM, qui pour des topographies d'examen données (ostéoarticulaire et rachis), permettent de réduire sensiblement le coût de production de l'acte comparativement à une IRM polyvalente. En conséquence, la gestion du parc devra tenir compte de ces possibilités de diversification par la mobilisation de deux leviers :

- les nouvelles autorisations afin de répondre aux besoins d'installation de capacités supplémentaires
- la substitution d'appareils plus efficaces pour les indications ostéoarticulaire et rachis aux appareils polyvalents lors du renouvellement des appareils, en fonction des potentialités exprimées par la typologie des actes réalisés dans la région.

Axe 2 : éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants par la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral d'une part, et des établissements de santé publics et assimilés (PSPH dont CLCC) d'autre part, sur les actes d'imagerie conventionnelle portant **sur le crâne et/ou le massif facial quel que soit le nombre d'incidences, le thorax et l'abdomen sans préparation.**

¹² Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque en Imagerie médicale du 27/04/2010

Ce plan d'accompagnement consiste à :

- **déployer les recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies,**
- **informer les prescripteurs et les radiologues sur l'évolution des conditions de prises en charge des actes à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;**

Les actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes prescripteurs et des radiologues en secteur libéral seront conduites par l'Assurance Maladie. Les actions auprès des établissements de santé publics ciblés en Ile-de-France seront effectuées en concertation entre l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.

4.1.5.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse / bilan de l'offre de soins - révision volet imagerie SROS III)

Le parc des équipements lourds d'imagerie s'est fortement développé depuis 1999, avec une répartition géographique améliorée. L'Ile-de-France apparaît comme une région sensiblement mieux dotée en équipements lourds d'imagerie que les autres régions avec cependant des inégalités départementales persistantes.

Les taux d'équipements franciliens demeurent toutefois inférieurs à ceux de nombreux pays au développement sanitaire comparable.

Les objectifs régionaux en matière d'imagerie médicale

L'imagerie médicale doit intégrer les réalités qui s'imposent à la spécialité, ainsi que les évolutions de la pratique médicale, à savoir :

- le recours fréquent aux examens d'imagerie les plus performants dans la démarche diagnostic,
- une diminution des actes de radiologie conventionnelle dans un souci de recours aux pratiques adaptées en matière d'exposition aux radiations ionisantes (choix de la technique d'imagerie à mettre en œuvre en fonction de l'indication),
- la nécessité de réaliser un bilan complet en diminuant le temps d'hospitalisation du patient,
- une baisse de la démographie médicale et paramédicale,
- la difficulté d'assurer dans ce contexte la permanence des soins.

Les grands principes du volet imagerie du SROS PRS pourraient être :

- dispenser aux patients les prestations d'imagerie conformes à l'état de l'art et de leur pathologie, dans des délais compatibles avec les bonnes pratiques,
- permettre aux radiologues l'accès aux différentes techniques,
- favoriser une évolution et une évaluation des pratiques médicales garantissant leur conformité aux référentiels médicaux,
- garantir l'accessibilité financière à chaque francilien dans un parcours de santé lisible et sécurisé, notamment dans le cadre la permanence des soins,
- expérimenter sur quelques territoires des mesures incitatives en matière de « bonnes pratiques »,
- développer un programme de prévention en matière d'exposition aux radiations ionisantes.

Ces objectifs nécessitent un renforcement des équipements disponibles (imagerie en coupe et appareils de médecine nucléaire notamment) ainsi que le recours à des critères et des indicateurs sélectifs pour l'attribution de nouvelles autorisations d'implantation. Ces objectifs cibles figureront dans le volet imagerie du prochain SROS PRS et seront déterminés en privilégiant :

- une meilleure couverture géographique sur la région,
- une meilleure accessibilité pour les patients hospitaliers ou ambulatoires,
- des collaborations et des complémentarités entre les établissements et les partenaires libéraux,

- des effectifs médicaux et paramédicaux suffisants pour assurer un fonctionnement optimal des équipements,
- le recours à des outils modernes d'échanges d'information, d'images (réseau PACS) ainsi qu'en développant les techniques de télé-imagerie et le recours à la télé-expertise, en conformité avec le guide de bon usage de la télé-radiologie.

La révision du volet imagerie du SROS III en 2008 a fixé de nouveaux objectifs d'implantation pour la région qui ont été atteints en 2011.

Le nouveau schéma d'imagerie du SROS PRS pour la période 2012-2017 veillera à finaliser ces différents objectifs. Il mettra l'accent dans ses objectifs quantitatifs et qualitatifs sur la progression inéluctable de l'IRM dans le domaine des explorations du système nerveux, de la prise en charge des patients en cancérologie, des AVC, de la prise en charge pédiatrique ainsi qu'en matière de diversification des machines pour la réalisation des examens ostéo-articulaires. Par ailleurs, ces réflexions devront intégrer les spécificités du parc francilien à l'image de l'activité de recherche médicale adossée à plusieurs EML d'imagerie de la région.

Les 2 tableaux ci-après apportent un éclairage sur l'état de l'offre dans le champ de l'imagerie médicale, tant en matière d'équipements lourds que de professionnels libéraux installés en cabinet.

Equipement Matériel Lourd	Autorisés	Installés	% installé / autorisé	Objectif 2010
Scanners	208	192	92	214
IRM	149	123	83	156
TEP	24	18	75	28
Gamma caméra	89	84	94	98
Total	470	417	89	496

Source ARHGOS au 20/09/2011

Evolution de la démographie des radiologues libéraux entre 2008 et 2011 :

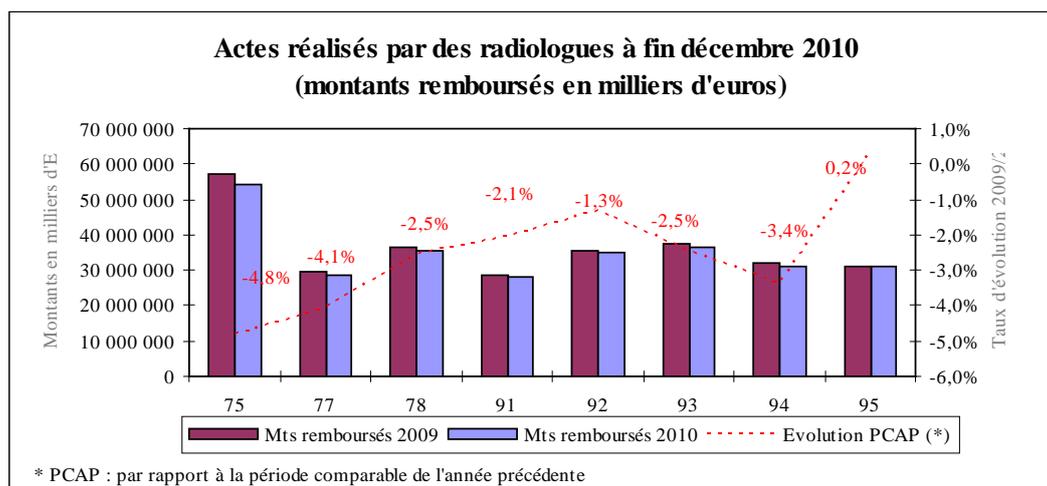
Années	Cabinets principaux	Cabinets secondaires	Total	Evolution annuelle
2008	1 032	39	1 071	0,7%
2009	1 037	42	1 079	-0,8%
2010	1 021	49	1 070	-0,9%
1er semestre 2011	1 010	50	1 060	-
Taux d'évolution annuel moyen				-0,3%

Source SNIIR-AM

Les tableaux suivants¹³ rapportent l'activité et le coût de l'imagerie médicale prescrite par les radiologues libéraux en Ile-de-France pour la région en 2010 (source SNIIR-AM) :

Actes effectués par des radiologues en 2010, hors mammographies et radiologie nucléaire				
Départements	Montants remboursés en 2010 en milliers d'euros	Evolution PCAP*	Nombre d'actes en 2010	Evolution PCAP*
75	54 420	- 4,8 %	2 486 888	- 20,5 %
77	28 355	- 4,1 %	1 160 564	- 27,4 %
78	35 649	- 2,5 %	1 452 408	- 24,8 %
91	28 110	- 2,1 %	1 148 891	- 25,6 %
92	34 887	- 1,3 %	1 455 835	- 22,7 %
93	36 689	- 2,5 %	1 615 131	- 20,9 %
94	31 117	- 3,4 %	1 393 885	- 24,6 %
95	30 921	0,2 %	1 201 359	- 25,5 %
Total Ile-de-France Régime général	280 148	- 2,7 %	11 914 961	- 23,6 %

*PCAP = par rapport à la période comparable à l'année précédente



Forfaits IRMN, Scanner et tomographie en 2010				
Forfaits techniques	Montants remboursés en 2010 en milliers d'euros	Evolution PCAP*	Nombre d'actes en 2010	Evolution PCAP*
IRMN	60 340	18,8%	361 688	14,4 %
Scanner	53 281	6,3 %	629 218	6,6 %
Tomographie	5 599	8,3%	6 417	4,4%

¹³ Source SNIIR-AM

4.1.5.3 Suivi de l'avancement et évaluation des actions, calendrier et perspectives

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Dans le cadre de **l'axe n° 1 du programme**, l'indicateur retenu pour 2011 est le « taux de réalisation des économies attendues sur les actes inutiles ».

Les actions menées par les organismes d'Assurance maladie auprès des professionnels libéraux ont démarré au cours du 3^{ème} trimestre 2011 tandis que celles visant les établissements de santé publics doivent démarrer au cours de l'année 2012.

Elles consisteront notamment en un déploiement des recommandations de bon usage de l'imagerie standard sur les 3 topographies visées (crâne et/ou massif facial, thorax et abdomen sans préparation).

La mesure de l'indicateur retenu pour la période 2010-2011 ne permet pas donc pas d'apprécier l'impact des actions mises en œuvre dans le cadre du programme d'imagerie.

A titre indicatif, le nombre d'examen réalisés par les radiologues libéraux pour les 3 localisations réalisées en 2010 est indiqué dans le tableau ci-après. Ils témoignent d'une tendance insuffisante compte tenu des nouvelles recommandations de l'HAS en la matière.

Actes de radiologie : Crâne, thorax et abdomen sans préparation réalisés par les radiologues libéraux en 2010				
Radiographie	Montants remboursés en 2010 en milliers d'euros	Evolution PCAP*	Nombre d'actes en 2010	Evolution PCAP*
Crâne	2 476 336	-12,4%	94 886	-10,6%
Thorax	13 893 118	-5,4%	622 717	-5,1%
Abdomen sans préparation	2 447 229	-3,0%	136 285	-1,3%

Cette tendance est comparable pour les mêmes actes réalisés dans le cadre des consultations externes des établissements publics et ESPIC d'Ile-de-France, hors urgences. Les évolutions suivies dans le tableau ci-dessous sont inférieures aux objectifs de résultats fixés dans le cadre du programme national, tant pour 2010 que pour 2011 (tendance au 30 septembre 2011).

Nombre d'actes de radiologie conventionnelle pour les établissements de santé (en consultation externe) hors urgences	2009	2010		2011					
	Réalisé	Réalisé	Objectif	T1	T2	T3	T4	Réalisé	Objectif
Crâne	14 295	13 410	11 071	7 066				7 066	7 847
Thorax	173 371	171 875	155 247	91 671				91 671	137 124
Abdomen	27 958	25 515	25 211	12 474				12 474	22 465

Ces résultats renforcent le besoin de la mise en œuvre des actions de sensibilisations par l'Assurance maladie au cours de l'année 2012.

L'axe n°2, relatif à la diversification du parc n'a pas fait l'objet d'actions formelles et mesurables par le biais d'un indicateur régional. Les travaux préparatoires du volet imagerie du SROS PRS s'attacheront, dans le cadre du développement étendu du parc d'IRM, à déterminer un objectif de diversification en matière d'appareils dédiés.

Les travaux du 1^{er} semestre 2012 doivent se concentrer sur la définition du potentiel de diversification de chaque territoire francilien, en cohérence avec les travaux et orientations structurantes qui seront portées dans le volet imagerie du SROS PRS.

Dès 2013, la région pourra suivre un indicateur relatif au taux de diversification de son parc d'IRM. Le calcul de cet indicateur tiendra compte des spécificités du parc d'IRM de la région Ile-de-France. Ainsi, les appareils dédiés à certaines modalités de recours (activité des sites pédiatriques, en matière de lutte contre le cancer ou dans le cadre de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux) comme à la recherche seront exclus du parc considéré pour la poursuite de cet objectif de GDR.

Un axe de développement supplémentaire, propre à la région francilienne, consiste en la création d'un Comité de Pilotage régional « pour un bon usage des examens d'imagerie médicale par rayons X ».

L'exposition au rayonnement ionisant de la population due à l'imagerie médicale ne cesse d'augmenter et a cru de 50% en quelques années (rapport InVS-IRSN). Un tiers de la dose annuelle reçue par la population est maintenant due à l'imagerie médicale.

Prenant acte de ces évolutions, l'Autorité de Sûreté Nucléaire, l'ARS IDF, les organismes et services d'Assurance maladie de la région, les sociétés savantes et l'URPS Médecins, ont un intérêt commun à agir pour favoriser le respect des bonnes pratiques de prescription des actes d'imagerie, et la promotion de « l'acte pertinent » en première intention.

C'est dans ce cadre que cette instance régionale s'est créée avec pour objectif de protéger les patients en matière de surexposition et de favoriser les bonnes pratiques au sein de la profession médicale, notamment dans la relation entre demandeur et effecteur d'examens.

Installé le 23 septembre 2011, ce COPIL a arrêté 2 principaux axes de travail et déterminé plusieurs thématiques qui doivent faire l'objet de travaux supplémentaires courant 2012 et 2013 :

Axe n°1 : Promotion des bonnes indications et des bonnes pratiques

- Rencontre et sensibilisation au niveau du micro-territoire
- Observatoire des pratiques
- Relevé individuel des doses reçues

Axe n°2 : Promotion des bons matériels

- Dispositifs de réduction de dose en scanographie

4.1.6 Le programme Chirurgie ambulatoire

Le programme Chirurgie ambulatoire a pour objectif de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble en tant que chirurgie « qualifiée et substitutive » à la chirurgie en hospitalisation à temps complet.

4.1.6.1 Rappel des objectifs du programme¹⁴

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2012-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Pratique centrée sur le patient, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 (SROS III, politique d'incitation tarifaire, mise sous accord préalable, outils d'analyse et organisationnels de la MEAH), ont abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la chirurgie ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

¹⁴ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque relative à la chirurgie ambulatoire du 27/12/2010

Les objectifs du programme au niveau régional sont donc :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble, y compris en poursuivant et amplifiant les démarches d'ores et déjà engagées de mise sous accord préalable des établissements pour certains actes ;
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé, en anticipant les réorganisations de l'offre globale de l'offre de soins de chirurgie qui en découlent ;
- Développer la qualité et l'efficacité des soins de chirurgie ambulatoire, en passant notamment par une liaison renforcée des établissements de santé tant avec les médecins traitants que les structures d'aval.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre d'un programme pluriannuel en cours d'élaboration, piloté par la DGOS et associant la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, 5 ARS, l'AFCA et les sociétés savantes.

4.1.6.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

L'offre de soins

On dénombre en Ile-de-France (FINESS géographique) 180 structures autorisées pour la chirurgie :

- 63 établissements publics de santé ;
- 18 ESPIC ;
- 99 établissements privés à but lucratif.

Parmi ces structures :

- 10 n'ont pas de places de chirurgie ambulatoire
- 1 seule structure est uniquement ambulatoire (75)

La répartition territoriale des structures est la suivante :

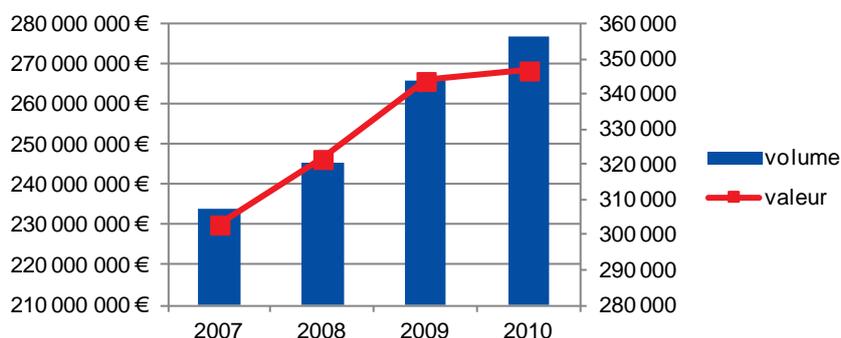
- 75 : 40 structures autorisées
- 77 : 18 structures autorisées
- 78 : 18 structures autorisées
- 91 : 15 structures autorisées
- 92 : 21 structures autorisées
- 93 : 19 structures autorisées
- 94 : 15 structures autorisées
- 95 : 13 structures autorisées

Progression de la chirurgie ambulatoire

L'ambulatoire croît régulièrement en volume et en valeur :

- en 2010, 356 273 prises en charges ambulatoire ont été produites en Île-de-France pour un chiffre d'affaire total de 268,5 millions d'euros ;

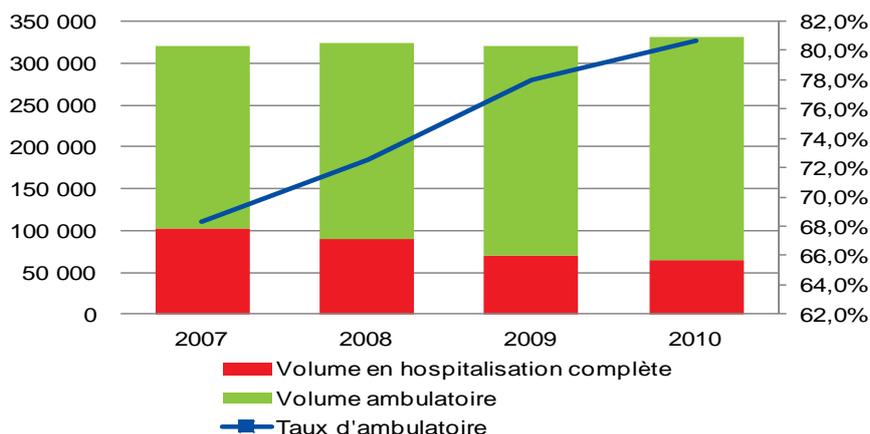
La chirurgie ambulatoire francilienne, en volume et valeur



Sources : PMSI – ARS-IF, Direction de la Stratégie

L'action combinée de la MSAP (Mise Sous Accord Préalable), du suivi spécifique via e-pmsi et de l'attention générale portée à ce périmètre spécifique a permis une augmentation de 13 points entre 2007 et 2010.

Les 17 gestes marqueurs en Ile-de-France



Sources : PMSI – ARS-IF, Direction de la Stratégie

Le taux d'ambulatoire sur les 17 GM est de 80,6% en 2010 contre 77,9% en 2009.

Ce taux moyen régional cache des disparités selon les départements et les gestes considérés (cf. tableau ci-dessous) :

Taux d'ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs : moyennes par département

Département	GM01 - Adénoïdectomies		GM02 - Arthroscopies du genou hors		GM03 - Chirurgie anale		GM04 - Chirurgie canal carpien et		GM05 - Chirurgie de la conjonctive		GM06 - Chirurgie de la maladie de		GM07 - Chirurgie des bourses		GM08 - Chirurgie des hernies		GM09 - Chirurgie des varices	
	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009
75 (*)	90,5%	-1,3%	59,9%	-1,3%	33,2%	6,3%	81,4%	-2,8%	90,0%	3,3%	80,1%	-0,3%	59,0%	-0,6%	30,3%	10,2%	75,1%	6,4%
77	97,3%	-1,5%	73,0%	9,0%	23,3%	4,8%	89,1%	0,9%	93,0%	1,7%	82,0%	-3,6%	38,6%	-8,8%	20,3%	11,7%	66,4%	16,0%
78	98,6%	-0,3%	79,5%	4,5%	45,0%	11,4%	88,8%	-2,2%	98,8%	1,8%	87,9%	3,9%	55,9%	11,7%	46,0%	20,4%	79,0%	8,9%
91	98,7%	0,3%	81,6%	7,2%	26,3%	-4,9%	86,5%	0,1%	90,9%	2,0%	52,6%	2,3%	53,3%	5,7%	42,3%	14,9%	78,3%	19,1%
92	98,3%	-0,6%	71,8%	5,2%	42,1%	15,1%	87,0%	6,6%	95,9%	-2,3%	82,9%	3,8%	60,9%	8,9%	27,6%	12,9%	69,7%	14,3%
93	97,9%	-0,4%	66,8%	3,3%	22,0%	-4,7%	88,8%	5,4%	97,8%	0,8%	71,9%	4,6%	46,5%	6,5%	35,7%	15,6%	79,8%	14,6%
94	96,9%	-0,2%	72,3%	5,2%	17,8%	1,3%	83,6%	9,9%	96,7%	-0,1%	53,5%	-0,5%	46,0%	13,0%	34,8%	14,4%	69,5%	2,7%
95	98,5%	0,0%	81,5%	1,8%	37,1%	-3,0%	92,7%	0,2%	93,0%	-1,3%	61,5%	4,7%	65,7%	0,9%	51,7%	19,4%	68,4%	5,0%
Moyenne IDF	96,7%	-0,6%	70,5%	3,0%	31,8%	4,2%	86,4%	0,2%	92,1%	1,3%	76,0%	0,6%	55,4%	4,4%	34,9%	14,1%	73,3%	9,3%

(*) dont totalité de l'AP-HP Source : PMSI MCO 2009-2010

Département	GM10 - Chirurgie du cristallin		GM11 - Chirurgie du sein/tumorectomie		GM12 - Chirurgie réparatrice		GM13 - Chirurgie strabisme		GM14 - Chirurgie utérus, vulve,		GM15 - Coelioscopie gynécologique		GM16 - Exérèses de kystes		GM17 - Extraction dentaire		Total 17 gestes marqueurs	
	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009	2010	2010 / 2009
75 (*)	86,0%	0,5%	40,2%	6,6%	82,4%	-3,8%	58,4%	14,0%	88,0%	1,4%	24,0%	15,1%	92,7%	-1,1%	71,7%	2,8%	79,6%	2,2%
77	85,2%	2,1%	37,8%	-3,7%	87,5%	-3,0%	67,5%	40,5%	78,6%	0,6%	27,6%	6,7%	94,4%	0,7%	92,6%	1,5%	79,4%	3,4%
78	82,7%	-0,6%	49,3%	2,1%	91,8%	4,2%	4,5%	-5,5%	85,9%	-0,4%	29,4%	7,5%	95,5%	-0,4%	94,2%	3,6%	82,4%	2,8%
91	83,3%	0,0%	58,4%	3,3%	83,9%	-1,3%	80,0%	-20,0%	75,4%	0,0%	40,2%	8,1%	93,9%	-1,6%	93,1%	1,8%	79,9%	3,4%
92	86,9%	-2,1%	35,7%	-1,2%	89,5%	11,6%	34,7%	-20,2%	90,9%	3,6%	17,5%	4,7%	93,5%	-0,1%	93,8%	4,2%	83,6%	2,7%
93	82,1%	-1,0%	27,0%	5,1%	78,2%	7,4%	46,4%	-8,8%	88,5%	-0,4%	30,9%	10,1%	92,8%	0,8%	93,5%	1,2%	80,4%	2,7%
94	78,9%	2,7%	42,3%	13,0%	84,0%	10,6%	62,5%	27,5%	83,5%	2,6%	14,0%	2,5%	97,5%	13,2%	91,9%	4,2%	77,6%	3,2%
95	88,3%	1,4%	65,0%	14,8%	90,0%	-0,1%	70,6%	6,6%	82,6%	1,1%	38,2%	16,6%	97,2%	3,0%	96,0%	0,4%	84,4%	2,8%
Moyenne IDF	84,9%	0,5%	43,6%	5,7%	85,1%	-0,1%	56,2%	11,9%	86,2%	1,1%	28,9%	9,5%	94,0%	0,5%	90,1%	2,1%	80,6%	2,6%

(*) dont totalité de l'AP-HP Source : PMSI MCO 2009-2010

Sur certains gestes, même si les taux progressent significativement par rapport à 2009 les valeurs restent très faibles sur le taux réel pour ces gestes :

- Chirurgie anale : 31,8 % en 2010 contre 27,6% en 2009
- Cures de hernies inguinales : 34,9 % en 2010 contre 20,8% en 2009
- Coelioscopie gynécologique : 28,9 % en 2010 contre 19,4% en 2009

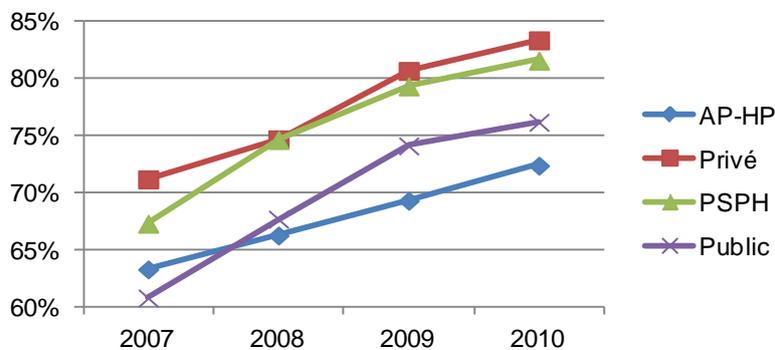
Taux d'ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs : moyennes par catégorie

Catégorie	GM01	GM02	GM03	GM04	GM05	GM06	GM07	GM08	GM09	GM10	GM11	GM12	GM13	GM14	GM15	GM16	GM17	Total 17 GM
AP-HP	82,5%	30,6%	14,7%	69,4%	92,9%	76,5%	51,5%	15,9%	56,9%	83,8%	31,6%	64,7%	69,5%	82,9%	31,4%	91,3%	54,4%	72,5%
Privé	98,7%	73,3%	52,3%	88,0%	97,1%	76,8%	59,5%	35,8%	74,7%	86,9%	47,6%	88,0%	74,7%	88,9%	25,5%	95,1%	93,5%	83,3%
PSPH	95,8%	53,0%	32,4%	86,1%	74,2%	91,4%	38,8%	55,5%	81,9%	84,4%	52,9%	87,5%	20,8%	93,4%	13,3%	92,2%	66,9%	81,6%
Public	93,8%	64,1%	9,3%	85,3%	93,8%	53,9%	50,4%	37,4%	63,7%	79,2%	47,7%	79,7%	46,7%	81,9%	35,6%	91,3%	85,7%	76,2%
Moyenne IDF	96,7%	70,5%	31,8%	86,4%	92,1%	76,0%	55,4%	34,9%	73,3%	84,9%	43,6%	85,1%	56,2%	86,2%	28,9%	94,0%	90,1%	80,6%

Source : PMSI MCO 2009-2010

L'évolution du taux d'ambulatoire sur les 17 GM est également variable selon les statuts.

Taux d'ambulatoire sur les 17 GM, par statut



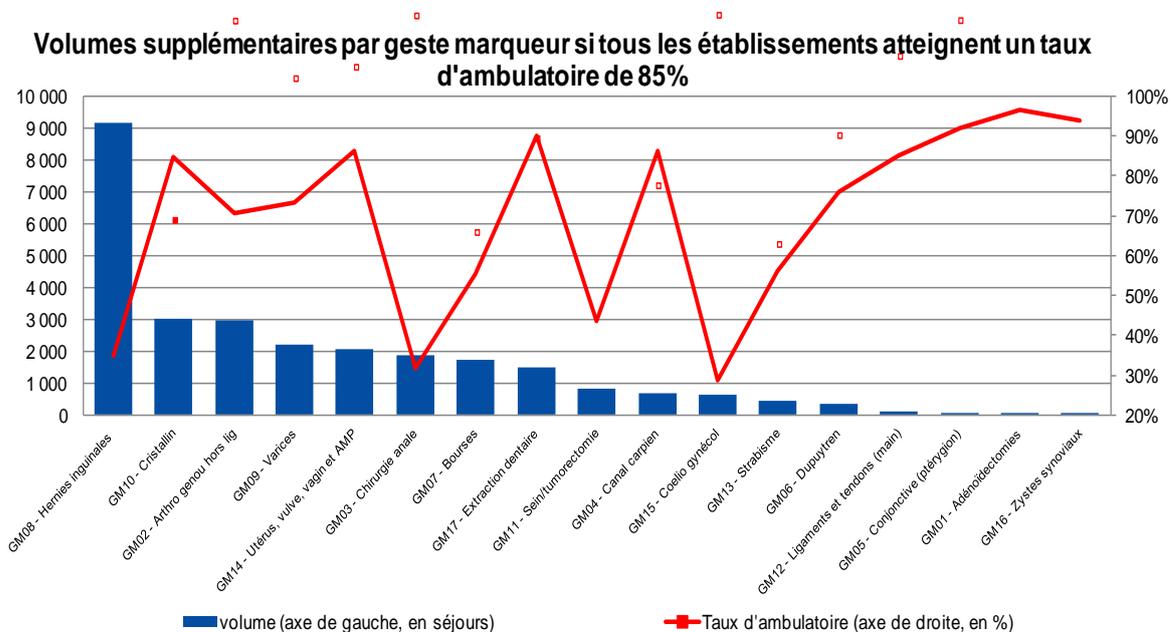
L'AP-HP est sur une tendance moins soutenue que les autres statuts et a perdu son avance sur les autres publics dès 2008. Le privé, lucratif ou non, tire la moyenne régionale vers le haut.

La MSAP, ciblant des couples gestes / établissements est un levier utile qui a contribué à la progression de l'ambulatoire ces dernières années, mais cette approche s'épuise, les gisements se tarissent (de l'ordre de quelques dizaines de séjours par établissement et par gestes), à l'exception de 16 situations (majoritairement 75 et 94) pour lesquelles ils excèdent les 200 séjours.

Depuis 2008, 5 vagues de MSAP Chirurgie ambulatoire ont été lancées en IDF :

- 1ère vague = 14 établissements
- 2ème vague = 18 établissements
- 3ème vague = 28 établissements
- 4ème vague = 44 établissements
- 5ème vague = 20 établissements, clôturée en juin 2011
- 6ème vague est en cours de lancement : 15 établissements (lancement effectif au 1er décembre 2011)

Toutes choses égales par ailleurs, en Ile-de-France pour atteindre 85% sur les 17 GM, 14 442 prises en charge en hospitalisation complète doivent être substituées en ambulatoire.



8 gestes marqueurs ont un potentiel de plus de 1 000 prises en charges substituables (volume/croissance entre 2007et 2010) :

- 3 gestes ont une croissance dynamique :
 - ✓ Hernies inguinales (9 165/+26,8%)
 - ✓ Arthroscopies de genou (2 953/+24,1%)
 - ✓ Varices (2 220/+38,5%)
- 5 gestes sont en croissance lente :
 - ✓ Cristallin (2 990/ +12%)
 - ✓ Utérus, vagin (2 081/ +3,4%)
 - ✓ Chirurgie anale (1 875/+6,5%)
 - ✓ Chirurgie des bourses (1 731/+11,4%)
 - ✓ Extractions dentaires (1 470/+13,6%)



En Ile-de-France, nous sommes attachés au développement de l'ambulatoire au-delà des 17 gestes marqueurs car, c'est là que se trouvent les relais de croissance, et probablement les gisements d'économies.

Les projets développés dans le cadre de la GDR devront également inciter à restructurer plus largement les activités de chirurgie (optimisation des services de chirurgie en hospitalisation complète) afin qu'en limitant leurs charges, ils préservent leur marge malgré la probable baisse de leur chiffre d'affaire.

Du point de vue de la qualité des organisations, la maîtrise des déprogrammations, des transformations en hospitalisation complète et du suivi dans les suites de l'intervention doivent également être abordées.

4.1.6.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Selon le programme prévu pour 2010-11 (cf. fiches10 priorités nationales-programme 2010-11 en annexe 3A), les actions suivantes ont été réalisées :

- poursuite de Mise Sous Accord Préalable de certains établissements ciblés avec les CPAM d'Ile-de-France (La vague 5 et 6 en cours : 43 ES ciblés) :
 - ✓ 23 établissements ciblés en 2010 pour un volume cible de séjours à substituer d'environ 4000 séjours
 - ✓ 6ème vague est en cours de lancement : 15 établissements (Lancement effectif au 1er décembre 2011)
- mise en œuvre par l'ARS d'un programme d'accompagnement de 35 établissements (5 vagues) dans le développement de leur activité de chirurgie ambulatoire (projets type MeaH) : choix d'établissements en retard sur les 17 GM et possédant d'intéressants gisements au-delà :
 - ✓ l'accompagnement des 2 premières vagues est clôturé
 - ✓ L'accompagnement est en cours pour 30 établissements

L'ensemble de ces actions va se poursuivre en 2012-13 (cf. en annexe fiches10 priorités nationales-programme 2012-13 en annexe 3B).

4.1.6.4 Evaluation des actions réalisées en 2010

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs ». Il est de **83.2%** au premier semestre (pour un objectif attendu de 81%).

L'indicateur suivi régionalement est le « Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire pour les GHM en C ». Il était de 39% en 2010.

Le taux standardisé de recours à la chirurgie ambulatoire était de 27.6 % en 2008 et 29.7% en 2009 contre 26.4 et 28.8 France entière.

4.1.7 Les 2 programmes EHPAD : Efficience et Prescription

4.1.7.1 Rappel des objectifs des programmes ¹⁵

Rappel du contexte

En France, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population française ce qui correspond à environ 40% de la consommation de médicaments en ville. On constate une polymédication fréquente chez le sujet âgé polypathologique, ce qui entraîne un risque accru de iatrogénie : la iatrogénie serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires.

¹⁵ Instruction relative à la relative à la priorité de gestion du risque dans les EHPAD du 22/10/2010

Ce secteur a connu de fortes évolutions depuis dix ans (accroissement des places, médicalisations de celles-ci). L'assurance maladie consacre aujourd'hui près de 6 Mds d'euros au financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et aura consacré à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 Mds à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère poly pathologique du grand âge).

La gestion du risque en EHPAD est l'une des 10 priorités nationales : deux programmes sont déclinés en plan d'actions (1) **Efficienc e des EHPAD** et (2) **Qualité et efficie nce de la prescription dans les EHPAD**.

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, de doter les EHPAD d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de bonnes pratiques en soins.

Les objectifs poursuivis sont :

- Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD ;
- Elaborer et déployer des systèmes d'information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soins des EHPAD ;
- Inciter à une gestion et une organisation plus efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins ;
- Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ;
- Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins ;
- Aider les EHPAD à élaborer une liste préférentielle de médicaments efficace.

Ces actions seront menées par l'ARS qui organisera notamment des réunions infrarégionales sur les bonnes pratiques professionnelles en soins avec les EHPAD et mettra en œuvre les outils de suivi des dépenses et de mesure de l'efficacite dans ces établissements.

4.1.7.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Les structures

	Types d'accueil	Ile-de-France	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
EHPAD	Nombre d'établissements	663	63	118	92	94	107	56	56	77
	Nombre de lits	57444	6605	9564	8599	7228	9414	4436	5334	6264
Hebergement temporaire adossés à un EHPAD		679	72	109	15	99	120	108	126	30
Hebergement temporaire autonome		15	10	0	5	0	0	0	0	0
Total Hébergement temporaire		694	82	109	20	99	120	108	126	30
Accueil de jour adossés à un EHPAD		755	0	176	17	73	175	37	166	111
Accueil de jour autonomes		539	297	0	52	39	48	43	60	0
Total Accueil de jour		1294	297	176	69	112	223	80	226	111
SSIAD	Nombre de services	196	34	16	27	21	29	28	27	14
	Nombre de places	16866	5562	1001	1726	1552	2343	1522	2090	1070
Soins de longue durée	Nombre de lits	5324	1366	338	486	583	632	357	1089	473

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Alzheimer 2008-2012 et de l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de cette maladie ou d'une maladie apparentée, 39 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et 13 unités d'hébergement renforcées (UHR) ont été labellisées en Ile-de-France au 30 septembre 2011 sur la cible des 258 PASA et des 17 UHR à créer à l'horizon de la fin du plan Alzheimer.



Au 31 décembre 2010, on dénombrait 663 EHPAD pour 57 444 places¹⁶ en Ile-de-France. Les EHPAD de la région ont une capacité moyenne de 86 places.

L'état de santé des résidents d'EHPAD¹⁷

Les EHPAD accueillent des résidents de plus en plus âgés (l'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85,5 ans). Certains peuvent se trouver dans une situation de dépendance importante.

L'étude des groupes iso-ressources des résidents montre que les niveaux de dépendance les plus lourds (GIR 1 et 2) représentent 57% du total des résidents des EHPAD de la région. Le **GIR moyen pondéré (GMP)** en Ile-de-France est de **693** (de 612 pour les Hauts de Seine à 739 pour le Val d'Oise) pour un **GMP France entière de 684**.

Les données Pathos révèlent que les résidents souffrent d'une ou plusieurs pathologies lourdes, les plus fréquentes étant : les troubles neuropsychiatriques (28,7%), les maladies cardiovasculaires (19%) et/ou les difficultés ostéoarticulaires (9,3%). **La dénutrition** est aussi largement présente avec 28% des résidents concernés par cette problématique.

Le **pathos moyen pondéré (PMP)** en Ile-de-France est de **184** (de 132 en Seine Saint Denis à 219 pour Paris) pour un PMP France entière de **168** fin 2010.

Ces états polypathologiques induisent d'autres problèmes sous-jacents à surveiller :

- **Le risque de iatrogénie médicamenteuse**

La iatrogénie médicamenteuse serait à l'origine de 20% des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans. En Ile-de-France, on constate en 2010 que :

- 9,8% des résidents sont sous benzodiazépine à demi-vie longue,
- 38,1% des résidents ont au moins 3 prescriptions supérieures ou égales à 7 médicaments.

- **Les troubles liés à la dénutrition.**

La sensibilisation des équipes soignantes doit permettre de généraliser le dépistage et la prise en charge des résidents en situation de dénutrition.

Le financement

Un forfait de soins, versé mensuellement sous forme de dotation globale à l'établissement, permet de financer les prestations de soins dispensées aux résidents.

L'arrêté du 30 mai 2008 a modifié le périmètre du forfait de soins des EHPAD, sans pharmacie à usage intérieur, à compter du 1er août 2008.

Le périmètre du forfait de soins varie donc en fonction de 2 critères :

- **L'option tarifaire choisie par l'EHPAD :**

L'EHPAD dispose d'un droit d'option entre un tarif global et un tarif partiel.

Au 31 décembre 2010, 16% des EHPAD de la région ont opté pour le tarif global.

Celui-ci comprend, en sus des prestations incluses dans le tarif partiel (rémunération du personnel médical et paramédical de l'établissement), les rémunérations et prescriptions des médecins généralistes libéraux, des auxiliaires médicaux libéraux, les examens de biologie et de radiologie ne nécessitant pas le recours à des équipements matériels lourds.

16 Données ARS 2010 – Pôle Médico-social/Département Allocation de ressources

17 Source : ERASME - Données assurance maladie, 2009.

Depuis le 1er août 2008, les dispositifs médicaux ont été réintégrés au sein des forfaits de soins des établissements sans pharmacie à usage intérieur (LFSS pour 2006), afin de responsabiliser les EHPAD dans la gestion des dispositifs médicaux.

• **L'existence d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) :**

Le Décret du 26 décembre 2000 permet aux EHPAD de mettre en place une pharmacie à usage intérieur pour leur approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux. Seuls 11% des établissements ont fait ce choix en Ile de France.

Ce sont majoritairement les EHPAD avec un nombre important de lits, ou rattachés à un centre hospitalier qui disposent d'une PUI¹⁸.

Les dépenses de soins afférentes aux EHPAD

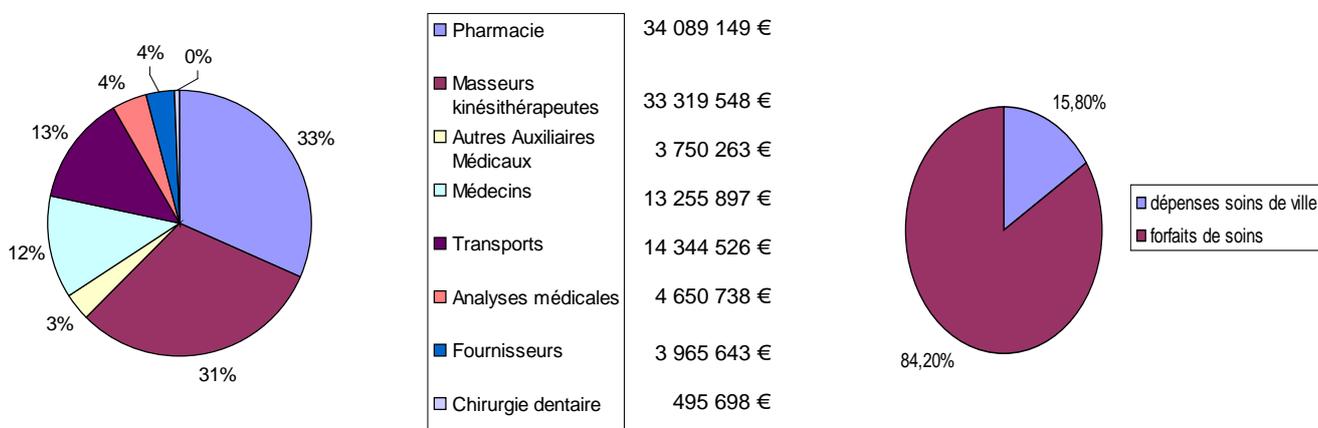
Les dépenses de soins des EHPAD sont prises en charge, en fonction de leur nature, par l'Assurance Maladie :

- soit par le paiement du forfait global ou partiel
- soit sur l'enveloppe soins de ville.

Le montant total de dépenses par EHPAD correspond donc à l'addition des forfaits versés à l'EHPAD et des dépenses de soins de ville remboursés à ses résidents.

Les forfaits globaux de soins ont été arrêtés pour l'ensemble des 663 EHPAD franciliens à hauteur de 726 466 788€, soit un coût moyen par place d'environ 12 646€, toutes options tarifaires confondues.

Les dépenses de soins de ville s'élevaient, en 2010, à 107 millions € sur la région. Par résident, ces dépenses sont passées de 2181 € en 2009 à 2430 € en 2010.



Au total, on observe une augmentation globale des postes de dépenses de soins de ville, mais dans une plus forte proportion pour les transports (+23,82%), les auxiliaires médicaux.

La prescription de médicaments en EHPAD

➤ **Les dépenses de médicaments 2010**

Les dépenses de pharmacie dans les EHPAD, sur l'enveloppe soins de ville¹⁹ :

Département	75	77	78	91	92	93	94	95	TOTAL
Dépenses pharmacie, en €	2 780 959	5 591 899	4 518 627	4 234 190	6 474 802	3 168 893	2 834 672	4 485 104	34 089 149

18 Source : enquête FHF-CNDEHPAD

19 Source : ERASME Données assurance maladie, 2009

La consommation de médicaments par les personnes âgées résidentes d'EHPAD est difficile à cerner dans sa globalité, du fait de la multiplicité des modes de prise en charge (dans le cadre de forfaits, au sein de la dotation hospitalière, en ville).

Une grande part des dépenses de médicaments des EHPAD sont prises en charge sur l'enveloppe « soins de ville » de l'ONDAM (sauf intégration dans le forfait : 16,8% des EHPAD²⁰). Des études (CNAM, FHF-CNDEHPAD) ont montré une forte dispersion des coûts des médicaments et dispositifs médicaux entre établissements (qu'il y ait ou non une PUI), et des différences en ce qui concerne le montant moyen de médicaments remboursés par résident.

➤ L'expérimentation médicaments

La loi n°2002-03 du 4 mars 2002 faisait reposer le financement des médicaments et dispositifs médicaux (DM) sur l'enveloppe des soins de ville. Toutefois, l'article 64 de la LFSS pour 2009 a posé le principe de la réintégration des dépenses de médicaments dans le forfait de soins des EHPAD sans PUI. Une expérimentation est menée au niveau national avant généralisation, auprès de 276 EHPAD volontaires, sans PUI, publics ou privés, et répartis sur l'ensemble du territoire.

Cette réintégration des médicaments dans la dotation soins des EHPAD vise une meilleure maîtrise des volumes de médicaments à travers une rationalisation de la prescription, la lutte contre les accidents iatrogéniques et une meilleure politique d'achat des médicaments.

Elle a également pour but de coordonner l'action des professionnels de santé autour du résident (notamment le médecin coordonnateur, le pharmacien d'officine référent et les médecins libéraux prescripteurs), et de permettre le développement d'une véritable expertise pharmaceutique dans les EHPAD.

L'expérimentation, lancée en novembre 2009, a fait l'objet d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) au parlement (novembre 2010).

L'expérimentation a permis d'élaborer une liste de médicaments utilisés préférentiellement en EHPAD, et de valoriser le rôle du pharmacien référent. Cependant des difficultés retardent la généralisation de cette expérimentation aux EHPAD sans PUI (fixée pour 2013 par la LFSS 2011) : en effet la réintégration des médicaments est lourde administrativement et peut créer des problèmes de trésorerie pour les établissements en attente de remboursement. Le principe de la généralisation n'est pas pour autant remis en cause.

Pour la région, les molécules les plus prescrites sont le paracétamol, et les antalgiques de manière plus globale (environ 40% du total des vingt molécules les plus prescrites). Dans une moindre mesure, les autres molécules les plus prescrites sont : les hydrates de carbone, les hypnotiques (zopiclone) et le dextropropoxyphène.

4.1.7.3 Calendrier et suivi de l'avancement

Selon le programme prévu pour 2010-11 (cf. fiches 10 priorités nationales-programme 2010-11 en annexe II), les actions suivantes ont été réalisées :

- Un **profil de dépenses des médicaments** et dispositifs médicaux pour les EHPAD sans PUI a été établi au 1^{er} trimestre 2011.
Il sert de référence lors des visites des EHPAD par l'Assurance Maladie. Une fiche produit détermine l'argumentation du contenu des visites.
- Les 1^{ères} **réunions collectives des EHPAD** ont eu lieu au 1^{er} trimestre 2011 dans les 8 départements (du 2 mars au 7 avril 2011). Deux tables rondes sur le circuit du médicament et la dénutrition étaient organisées avec des retours d'expérience d'EHPAD. Le taux de participation était de 36%.
Des réunions collectives complémentaires sur la dénutrition ont été réalisées avec Mobiquat dans 4 départements au 4^e trimestre 2011 pour la mise en œuvre opérationnelle de l'accompagnement à la détection des résidents en situation de dénutrition.

²⁰ EHPAD avec PUI + EHPAD sans PUI expérimentant la réintégration des médicaments

- Suivi de la montée en charge de la signature des contrats types de coordination des professionnels (Médecins traitants et MK) : bilan prévu au 31 décembre 2011
- **Participation à l'expérimentation nationale sur les indicateurs d'efficience des EHPAD** pour deux départements.

L'ensemble de ces actions sera poursuivie en 2012-13 avec l'ajout d'une extension régionale sur le thème dénutrition (cf. en annexe 3B fiches 10 priorités nationales- programme 2012-13). Un accompagnement est prévu à titre expérimental dans 12 EHPAD pour l'utilisation et l'évaluation des outils MobiQual sur la prévention de la dénutrition.

4.1.7.4 Evaluation des actions réalisées en 2010

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

Les indicateurs retenus pour 2011 sont :

- Pour le programme EHPAD Prescription, il s'agit de la mise en œuvre d'un plan d'actions sur le dépistage de la dénutrition chez les résidents en EHPAD :
Pour tous les EHPAD de la région, mesure mensuelle du poids de tous les résidents et mise en place de protocoles de prise en charge pour les Patients dénutris : 100% des résidents doivent avoir bénéficié sur une période de 3 mois consécutifs. Les résultats seront connus fin 2011
- Pour le programme EHPAD Efficience : « Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse »
L'ARS Ile de France a réalisé la saisie et l'analyse de 9 indicateurs pour deux départements (Paris et Essonne) dans le cadre de sa participation à l'expérimentation nationale

4.1.8 Le programme SSR

4.1.8.1 Rappel des objectifs du programme et enjeux nationaux

Entre 2007 et 2009, l'activité de SSR mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53% (dont + 6,68% pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont cru de 4,1%.

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de (1) Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, (2) Renforcer la fluidité du parcours des patients entre MCO SSR et domicile (dont médico-social et social), (3) Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la T2A (systèmes d'information par ex.).

Ce programme poursuit ainsi plusieurs objectifs :

- maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'ONDAM,
- adapter l'offre SSR aux besoins, dans le respect des référentiels HAS,
- préparer la réforme de financement (tarification à l'activité),
- mettre en œuvre la mise sous accord préalable prévue par la LFSS 2011.

Dans ce cadre, l'ARS déclinera notamment des indicateurs d'efficience des SSR, des indicateurs de suivi des dépenses, déploiera l'outil Trajectoire (outil d'aide à l'orientation en SSR), promouvra le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social.

L'ARS et l'assurance maladie mettront en œuvre une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) pour les prestations de SSR pour des suites de traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'isolement social, de pathologies associées ou d'incompatibilité avec le maintien à domicile. Un accompagnement des établissements MCO et SSR sera réalisé par l'assurance maladie sur ce thème.

4.1.8.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

Les autorisations

En septembre 2010, l'ARS IDF a procédé aux autorisations d'implantations SSR suite aux décrets 2008 et au SROS SSR pour la période 2010-2015. Cette importante opération s'est traduite par l'autorisation de 843 implantations en « socle commun et mentions complémentaires ».

Les implantations pour les mentions complémentaires se répartissent ainsi :

- 132 implantations de SSR personnes âgées
- 63 implantations de SSR système nerveux
- 57 implantations de SSR locomoteur
- 17 implantations de SSR addictologie
- 16 implantations cardio-vasculaires
- 12 implantations de SSR digestif
- 11 implantations de SSR respiratoires
- 8 implantations de SSR onco-hématologie
- 1 implantation de SSR brûlés.

Ces implantations concernent 229 établissements tout statut confondu avec la répartition suivante :

- 50 établissements publics
- 23 sites AP/HP
- 58 ESPIC
- 88 Ex-OQN privé.

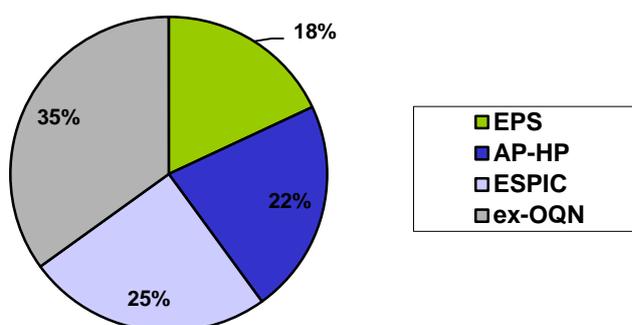
Les établissements SSR doivent être en conformité à partir de septembre 2012, et les visites de conformité auront lieu entre septembre 2012 et février 2013.

Conformément à l'instruction ministérielle de mai 2010, les OQOS ont été négociés à minima dans le cadre des avenants aux CPOM et s'élèvent à 6 274 564 journées soit une progression de 3,48% sur la production 2009.

L'activité

En 2009, 6 063 643 journées ont été produites, et 6 070 559 journées en 2010, soit 18% des journées nationales.

Part de la production de journées et venues en 2009 selon le statut des établissements.



Le taux de recours aux SSR, en 2009, est de 6 208 journées pour 10 000 habitants contre 5 283 pour la France, variant de 7 935 journées à 5 182 journées selon le territoire de santé.

Le taux de transfert à partir des sorties MCO est de 3,1%, allant de 5,2% à 2,1% selon le territoire de santé. Le taux d'entrée directe est de 16,3% en IDF contre 21,2% pour la France.

Le taux de sortie est pour 68% au domicile pour l'ensemble de la population prise en charge en IDF, contre 76% pour la France. Pour les personnes âgées, le taux est de 62% contre 69% en France.

La DMS est de 37 jours en IDF contre 31 en France. Le taux francilien varie de 20 jours en oncologie à 34 jours en locomoteur. 75% des séjours ont duré moins de 45 jours, et 25% de séjours ont duré moins de 14 jours.

Les flux d'activité par département pour l'année 2010

Département de résidence	Total hospitalisation complète + hospitalisation de jour								
	75	77	78	91	92	93	94	95	Hors IdF
75	41,4%	2,6%	4,4%	4,7%	14,4%	9,4%	10,1%	3,6%	9,6%
77	2,8%	53,7%	1,0%	6,6%	1,0%	5,6%	8,4%	0,8%	20,2%
78	1,9%	1,2%	71,3%	1,8%	6,6%	0,2%	2,2%	8,4%	6,4%
91	2,6%	5,0%	2,9%	72,9%	2,3%	0,3%	8,7%	0,3%	5,0%
92	11,2%	1,6%	8,5%	4,9%	53,5%	2,3%	6,0%	4,7%	7,4%
93	6,0%	4,8%	1,9%	1,4%	3,6%	60,6%	8,9%	5,1%	7,7%
94	6,6%	6,0%	1,5%	11,9%	4,0%	3,4%	60,1%	0,8%	5,8%
95	2,9%	1,6%	4,2%	0,4%	2,4%	5,7%	3,3%	69,5%	10,0%

Le pourcentage de patients pris en charge dans leur département de résidence varie de 41% pour Paris à 73% pour l'Essonne. Ils ne sont pas défavorables, à l'exception de Paris, car ils ne traduisent pas sur le terrain les autorisations délivrées fin 2010 qui tenaient compte d'une prise en charge de proximité et les proximités géographiques franciliennes.

Le financement

Les dépenses SSR en 2010 représente un montant de 1,579 milliards d'euros qui se répartissent ainsi :

- 1,196 milliards d'euros pour les établissements sous DAF :
 - dont 288,71 M € en crédits non reconductibles
 - dont 905,49 M € en crédits reconductibles
- 382,40 Millions d'euros pour les établissements ex.OQN.

Les établissements sous dotation annuelle de financement sont soumis au point IVA et à la modulation de la valeur du point déterminée chaque année, tandis que les établissements ex-OQN bénéficient d'un prix de journée « tout compris » revalorisé chaque année par un taux ministériel.

4.1.8.3 Calendrier, suivi de l'avancement et perspectives

Les indicateurs de suivi de l'activité des établissements de SSR retenus à compter de 2012 :

- Durée moyenne de prise en charge
Nombre journées HC/nombre séjours HC
- Taux d'entrée directe en SSR
Nombre d'entrée en provenance du domicile ou des urgences en HC/nombre d'entrées en HC
- Mode de sortie du SSR
Nombre de séjours en HC terminés selon chaque mode de sortie/nombre de séjours terminés en HC

- Retour précoce en MCO
Nombre de ré hospitalisations de plus d'une nuit en MCO après au moins 2 et 5 jours en SSR
- Taux de fuite
Nombre de séjours consommés par des patients de la région mais produits par des établissements d'une autre région/nombre de séjours consommés par les patients de la région
- Taux d'attractivité
Nombre de séjours produits par des établissements de la région mais consommés par des patients résidant dans une autre région/nombre de séjours produits par les établissements de la région.

La définition et le suivi de ces indicateurs doit permettre de répondre aux objectifs suivants pour la région IDF :

- meilleure connaissance du positionnement des établissements SSR,
- comparaison des activités de même nature,
- repérage des filières d'adressage et de prise en charge,
- évolution dans le temps.

L'ARS et l'Assurance maladie assureront la promotion et le suivi d'un profil d'indicateurs pour chaque établissement.

Définition d'une convention socle pour le développement des partenariats entre établissements et le secteur médico-social

Elle fixe des principes généraux communs : respect de la liberté de choix du patient, prise en compte de l'accessibilité financière et géographique, développement du droit à l'information. Deux protocoles permettent de décliner certains articles afin de les adapter à la réalité du terrain.

Mise sous accord préalable (MSAP) des établissements SSR

La région a procédé à la sélection de 24 établissements informés début novembre 2011 de leur inscription éventuelle dans la procédure de MSAP, avec pour chacun l'acte ou les actes ciblés.

La procédure contradictoire doit se prolonger jusqu'au 10 décembre environ. L'AM est susceptible de rencontrer chaque établissement pour les informer sur la méthodologie.

Les notifications définitives de MSAP seront adressées à compter du 10 décembre aux structures avec un objectif de démarrage officiel au 15 décembre 2011 de cette 1^{ère} vague de MSAP. Une 2^{nde} vague est susceptible d'être mise en œuvre au cours du 1^{er} semestre 2012.

Volet « efficience » : le déploiement de Trajectoire

« Trajectoire » est un outil d'aide à l'orientation et de gestion des admissions de patients en service de Médecine, Chirurgie, Obstétrique requérant des Soins de Suite et Réadaptation ou de l'Hospitalisation à Domicile. L'outil est construit sur la base des décrets SSR et des recommandations des sociétés savantes. Il vise et améliore l'ensemble du processus de demande d'admission en SSR / HAD.

« Trajectoire » constitue une démarche d'efficience :

- porteuse de bonnes pratiques d'organisation et de qualité de soins :
Amélioration du processus de demande d'admission en SSR et HAD, optimisation des délais de prise en charge et de gestion des désistements, utilisation d'une fiche standardisée structurant les échanges et décrivant précisément les patients, gestion de l'ensemble des échanges entre « l'amont et l'aval » ;
- qui contribue au suivi et au pilotage des filières MCO – SSR – HAD (fonction observatoire) :
Mise à disposition pour les établissements d'informations sur les flux des patients, les délais, l'adéquation qualitative de l'offre SSR au regard des soins requis, mise à disposition pour la tutelle d'indicateurs de pilotage du champ des SSR et de l'HAD ;
- propice au développement de coopération inter-sectorielle (EPHAD, unité de soins longue durée) en cohérence avec le parcours des patients.

Calendrier du déploiement et état d'avancement :

- L'annuaire des structures de SSR est consolidé et opérationnel (210 établissements renseignés)
- L'annuaire des structures d'HAD sera opérationnel à la fin de l'année 2011
- Le déploiement sur le MCO est en cours et se poursuivra en 2012 et 2013
L'ensemble des établissements de MCO seront cadrés d'ici fin 2011. 177 établissements sont en production dans l'outil, 255 services de MCO prescripteurs

Au 30 octobre 2011, le taux de transferts de patients en SSR par le biais de l'outil Trajectoire s'élève à 15 % du total des patients transférés. Les objectifs prévisionnels sont fixés comme suit : fin 2011 à 25 % des transferts et mi-2012 à 50 % des transferts.

Les indicateurs de suivi du projet et de pilotage des filières

	Indicateurs de pilotage	Moyens
Dès 2011	Usage de l'application (taux de pénétration)	Nb. de transferts SSR réalisés dans l'outil (données issues de l'observatoire)
	Qualité de remplissage des demandes d'admission par le MCO	Nb. De demandes d'admission refusée par le SSR et l'HAD pour motif « la rédaction de la demande d'admission ne permet pas de se prononcer »
	Réactivité des SSR	Délais de réponse des SSR dans l'outil (données issues de l'observatoire)
	Qualité de l'adressage en SSR	Nb. de SSR sollicité par prescription (données issues de l'observatoire)
2012	Fluidité des filières	Date d'admission souhaitée en SSR / HAD – date d'admission réelle en SSR / HAD (données issues de l'observatoire)
	Besoins SSR / HAD non couverts	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de certains types de SSR requis pour la prise en charge du patient (corrélation entre la discipline d'équipement requise et la discipline d'équipement réelle) - Motifs de refus des patients en SSR - Motifs d'annulation des prescriptions par les structures prescriptrices

Ces axes de développement font l'objet d'une description dans les fiches programmes reproduites en annexe 3.

4.1.8.4 Evaluation des actions réalisées en 2010

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur retenu pour 2011 est le « Taux d'établissements mis sous accord préalable par rapport à la cible ». Compte tenu de la date de démarrage de l'action de MSAP, cet indicateur ne pourra pas être mesuré qu'à compter du mois de décembre 2011.

4.1.9 Le programme PDS ambulatoire et urgences hospitalières

L'objectif du programme est l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées lors des horaires de PDSA.

4.1.9.1 Rappel des objectifs du programme ²¹

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage pour répondre à un double enjeu :

- améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux
- accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM, via des dispositifs plus adaptés aux spécificités territoriales.

Pour mémoire, les principes du nouveau dispositif sont les suivants :

- renforcement de la régulation médicale : orienter le patient vers le médecin, la structure, la prise en charge adaptée à sa demande
- adaptation des modalités d'effectation – notamment coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit
- modification des règles de rémunération de la PDSA
- l'ARS est compétente, dans le cadre d'une enveloppe fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et de régulation)
- le nombre d'actes et la part des actes régulés font partie des indicateurs de suivi
- la rémunération est différente selon les fonctions (effectation – régulation) et modulée selon les sujétions.

Pour ce faire, le pilotage des nouveaux dispositifs locaux est confié aux ARS tant en termes d'organisation que de rémunération de la PDSA.

4.1.9.2 Etat des lieux régional et diagnostic (Synthèse)

L'Ile-de-France concentre 20% de la population nationale sur une superficie de 12 000 km². Elle se caractérise par une densité régionale d'omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale, une importante offre hospitalière notamment en sites d'urgence, des SAMU-Centre 15 à très forte activité. Il existe des spécificités départementales, notamment en termes d'accès aux soins et de précarité.

Pour la région, le dispositif de PDSA est structuré autour de :

- 103 secteurs de permanence pour les dimanches et jours fériés, 99 pour la première partie de nuit (20h / 24h) et 61 pour la nuit profonde (00h / 8h). Outre le cas particulier de Paris qui constitue un secteur unique, les autres départements de la région font l'objet d'un découpage sectoriel relativement homogène, en 1ère comme en 2nde partie de nuit
- près de 40 Maisons Médicales de Garde (MMG) dont 34 sont soutenues par le FIQCS. L'activité d'une large part des MMG est faible les soirs de semaine (de 0,1 à 1,4 patients en moyenne par heure pour les MMG financées par le FIQCS), quelles que soient les modalités d'accès retenues (accès direct, régulation C15, régulation SAMU)
- des médecins généralistes assurant des gardes dites « traditionnelles » en cabinet libéral, ou en point de garde postés (type MMG)
- 8 associations de visite à domicile et un rôle incontournable de SOS médecins
- des médecins généralistes assurant la régulation médicale des appels arrivant au Centre 15 dans les 8 départements (auprès des SAMU C15).

Le taux de participation à la PDSA des médecins généralistes libéraux pour la région en 2010 (moyenne) a été de l'ordre de 20%, celui par département variant de 6 à 60%.

²¹Instruction relative à la Permanence des soins ambulatoire du 13 juillet 2011

Régulation libérale

Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA - Centre 15) implantés au sein des 8 SAMU de la région bénéficient tous de la participation de médecins libéraux. Dans 5 départements sur 8, un médecin régulateur libéral est présent H24.

L'activité des CRRA est en augmentation constante depuis plusieurs années dans tous les départements. En 2010, la moyenne régionale annuelle s'établit à près de 180.000 affaires traitées par CRRA, toutes plages horaires confondues (PDSA et hors PDSA). L'activité moyenne des médecins régulateurs libéraux s'élève à 100.000 affaires parmi lesquelles une large part a donné lieu à un conseil médical.

Activité et coût de la PDSA en 2010

923.087 actes de PDSA ont été réalisés au cours de l'année 2010 dont 493.893 (54%) ont été facturés avec une majoration de régulation et 60% ont été réalisés lors d'une visite à domicile.

Le coût total de la PDS ambulatoire pour 2010 s'est élevé à 85 millions d'euros en Ile-de-France :

- la somme des actes (non régulés et facturés avec une majoration de régulation) : 52,5 millions d'euros
- le coût des forfaits de régulation : à 3 millions d'euros
- le coût des astreintes : 3,9 millions d'euros
- les subventions allouées au titre de la permanence des soins par le FIQCS : 2,2 millions d'euros
- le coût de la garde ambulancière : 23.4 millions d'euros.

Enjeux et principes du dispositif de PDSA en cours d'élaboration par l'ARS avec ses partenaires

Dans la logique de la Loi HPST, les enjeux sont les suivants :

- développer la composante ambulatoire de la permanence des soins et limiter les recours non pertinents aux services d'urgence, en lien avec les principes du PSRS
- garantir un égal accès à une prise en charge adaptée, pendant les horaires de PDSA, sur tous les territoires,
- accroître la qualité du dispositif et optimiser son efficacité.

Les principes soutenus par l'ARS IDF et appelés à être promus dans le cadre du futur cahier des charges régional sont les suivants :

En matière de régulation

- affirmer le principe intangible d'une régulation médicale, conforme aux recommandations HAS, comme pivot du dispositif
- renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation
- promouvoir une régulation médicale de qualité (formation, conditions de travail, évaluation...)
- privilégier l'unité de lieu des régulateurs par département dans les C15.

En matière d'effectif

- inciter à la participation des médecins libéraux à la PDSA
- favoriser le fonctionnement et le développement, lorsque nécessaire, des dispositifs de garde postée
- formaliser le recours pour les zones actuellement non couvertes
- accroître le niveau d'exigence auprès des effecteurs mobiles (délais, services rendus ...)
- assurer l'accessibilité financière des dispositifs de PDSA par la généralisation du tiers payant
- favoriser la communication auprès du grand public sur le bon usage et le fonctionnement des dispositifs dans chaque département.

S'agissant de la gestion du dispositif

- mettre en place un comité de suivi régional du dispositif (URPS, Ordre, SAMU, Assurance Maladie, ARS)
- développer les conditions d'un suivi et d'une évaluation du dispositif sur la base de systèmes d'information modernisés.

4.1.9.3 Calendrier prévisionnel

- Novembre 2011 : Finalisation des principes régionaux et projection budgétaire
- Mi novembre 2011 - décembre 2011 : Travaux départementaux (sous-comités médicaux des CODAMUPS-TS)
- Fin décembre 2011 - début janvier 2012 : Envoi du cahier des charges pour la concertation réglementaire
- Réunion des CODAMUPS-TS fin janvier / début février 2012
- Finalisation du cahier des charges régional au cours des mois de février/mars 2012 avant l'arrêté du DGARS

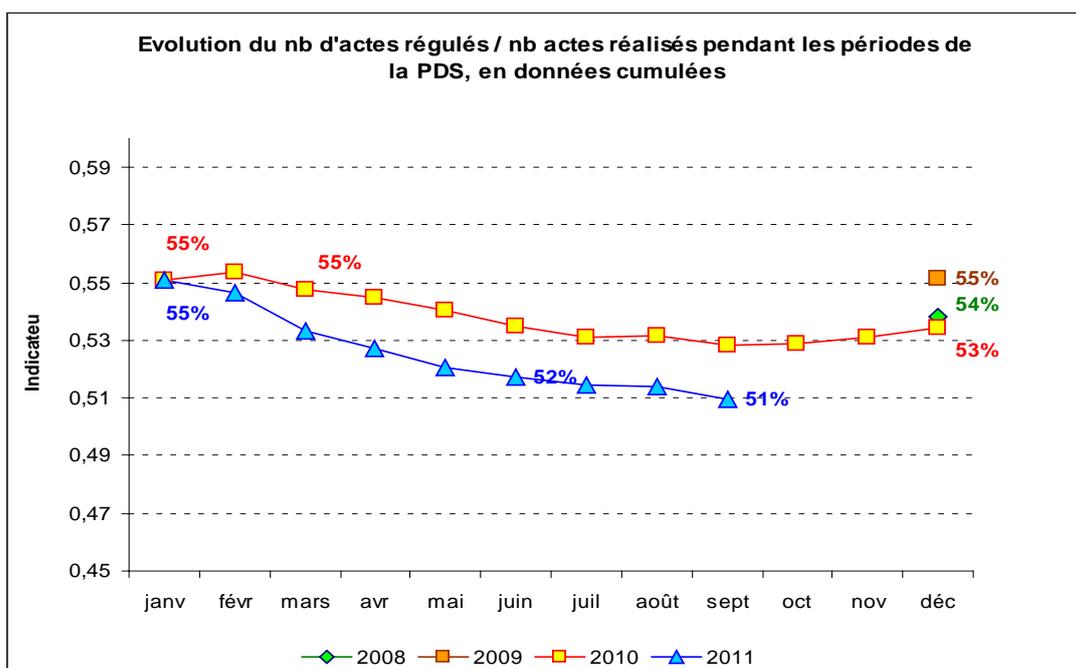
4.1.9.4 Evaluation des actions réalisées en 2010-2011

Au niveau national, ce programme fait l'objet comme les 9 autres, d'une évaluation dans le cadre du CPOM conclu entre l'Etat et l'ARS.

L'indicateur de résultat retenu pour 2011 est la « part des actes régulés » avec un objectif régional fixé à 61 %.

Le tableau ci-après présente les évolutions de la part des actes régulés au cours des années 2008, 2009, 2010 et pour le 1^{er} semestre 2011. Les résultats insuffisants de la région au regard de l'objectif fixé peuvent s'expliquer par l'absence d'actions réalisées en 2010 ou 2011 pour influencer sur cet indicateur.

Il convient cependant de noter que la réalisation d'une action de communication vers les usagers du système de soins rappelant le rôle central de la régulation médicale (C15) doit être mise en œuvre courant 2012 et 2013 en IDF. Sa réalisation rapide s'oppose à la complexité de l'offre et l'hétérogénéité des territoires franciliens en matière de PDSA et de régulation.





4.2 Les programmes nationaux de GDR du contrat Etat-UNCAM

Le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 comprend vingt objectifs de gestion du risque, structurés autour des cinq priorités suivantes :

- Mieux connaître le risque santé ;
- Renforcer l'accès aux soins ;
- Renforcer l'information et la prévention ;
- Promouvoir des prises en charges plus efficaces ;
- Moderniser les outils au service du système de santé.

Certains de ces objectifs relèvent uniquement d'actions du niveau national, d'autres nécessitent la déclinaison régionale par l'Assurance Maladie des actions nationales, dans le cadre du contrat ARS-Assurance maladie. Pour ces dernières, il convient de rechercher une mise en cohérence avec les actions réalisées par les pôles métiers de l'ARS afin de renforcer la synergie de ces actions.

L'analyse préalable à cette mise en cohérence s'est appuyée sur une déclinaison régionale des objectifs fixés par le contrat Etat-UNCAM. Ce tableau est reproduit en annexe 4.

5 LES ACTIONS REGIONALES COMPLEMENTAIRES SPECIFIQUES

En complément des programmes nationaux de gestion du risque élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat/UNCAM, sont définies des actions complémentaires régionales tenant compte des spécificités régionales.

«Article R 1434-13 du code de la santé publique : les actions régionales complémentaires spécifiques qui composent la deuxième partie du PRGDR font l'objet, avant d'être arrêtées par le directeur de l'ARS et à son initiative, de réunions de concertation au sein de la commission régionale de gestion du risque réunie en formation restreinte aux directeurs d'organismes ou de services, représentants, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM, et au représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie désigné par l'UNOCAM. »²²

Les actions régionales innovantes feront l'objet d'une expérimentation préalable avant généralisation éventuelle.

5.1 Compléments régionaux aux programmes nationaux

Les compléments régionaux aux programmes nationaux relèvent de deux catégories :

5.1.1 Les extensions régionales aux 10 programmes prioritaires

Il s'agit des extensions de programme déjà validées par la commission régionale de GDR du 17 mars 2011 et formalisées au sein des fiches programmes (cf. annexe 3B) :

- développement des modalités de dialyse hors centre
- développement de la greffe rénale
- amélioration de la prise en compte des risques de dénutrition des personnes hébergées en EHPAD
- optimisation de la prise en charge des transports en série des patients.

Des extensions régionales supplémentaires seront proposées pour validation à l'occasion des commissions régionales de GDR courant 2012 ou 2013 en fonction de l'avancement des travaux préparatoires. Les thématiques et axes retenus sont les suivants :

- transports sanitaires : Action de contrôle coordonnée et actions en matière de régulation du parc
- imagerie médicale : Ensemble d'actions mis en œuvre dans le cadre du Comité de Pilotage régional pour le bon usage des examens d'imagerie par rayons X (sensibilisation prescripteurs, observatoire qualité, expérimentation(s) locale(s) visant à promouvoir la réalisation du meilleur acte) en partenariat avec l'Agence de Sécurité Nucléaire, le G4 et l'URPS médecins (cf. partie 4.1.5)
- soins de suite et réadaptation : Actions de sensibilisation des établissements et notamment des services MCO sur les modalités d'orientation des patients dans le parcours de soins dans le cadre du déploiement de Trajectoire et des campagnes de mise sous accord préalable pour les 4 types de séjour concernés par la « MSAP SSR »
- PDSA : Action de communication sur le bon usage du C15 et de l'accès aux soins non programmés.

5.1.2 Les extensions régionales issues des objectifs stratégiques du contrat Etat-UNCAM

A partir d'une analyse des engagements et des objectifs fixés par le contrat Etat-UNCAM (2010-2013) dans le contexte régional, **quatre thématiques** feront l'objet d'un développement régional spécifique porté et formalisé au travers du programme de GDR francilien (Cf fiches priorités régionale en annexe 5).

²² Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au PRGDR (Art. R.1434-18 du CSP)

5.1.2.1 Mieux connaître le risque en santé

Objectif : Formaliser le partage de connaissances et d'informations entre les organismes et services d'Assurance maladie, l'UNOCAM et l'ARS

- Mise en place d'un comité de pilotage pour :
 - Réaliser un inventaire des bases de données, répartir le traitement des bases,
 - Mettre en place un espace partagé,
 - Programmer la réalisation annuelle d'études médico-économiques conjointes
- Alimentation et amélioration du tableau de bord du PPR GDR suivi des dépenses affectant l'ONDAM

5.1.2.2 Renforcer l'accessibilité financière des soins

Objectif : Garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible et accessible

- Etat des lieux sur l'utilisation de l'offre de soins en Ile de France permettant de suivre les évolutions par spécialité, par acte, par structure et par territoire
- Plan d'action coordonné sur la région
 - Identification et analyse de la fluidité des parcours :
 - ⇒ initiés dans l'offre de soins à tarif opposable
 - ⇒ initiés dans des spécialités repérées par des pratiques tarifaires et/ou la structure conventionnelle de l'offre
 - Développement d'une offre de soins à tarif opposable
- Action envers les assurés sociaux :
 - Amélioration de l'information des assurés sur l'offre de soins et les services disponibles et leurs caractéristiques
 - Pilotage du traitement des plaintes (Convention ARS-AM).

5.1.2.3 Renforcer l'information et la prévention

Objectif : Développer ensemble les actions de prévention sur les domaines d'intervention communs

- Pilotage des programmes de dépistage organisé du cancer (sein, colon, col utérin)
 - Financement et suivi structures de gestion, cartographie de la participation, identifier de nouvelles actions pour accroître les taux de participation au dépistage organisé.
- Progression de la couverture vaccinale de la population
 - Couverture vaccinale enfants / rougeole, identifier de nouvelles actions pour accroître les taux de couverture.
- Education Thérapeutique du patient
 - Sélection commune des pathologies « à privilégier »,
 - Elaboration d'un plan régional de développement de l'ETP.
- Action pilote de dépistage et de prévention en entreprise
 - Evaluation individuelle des principaux facteurs de risque
 - Dépistage médical sur facteurs de risques avérés sur 13 pathologies (cancers, cardio-vasculaire, ...)
 - Plan individuel de prévention sur facteurs comportementaux et adapté au profil de risque.

5.1.2.4 Promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces

Objectif : Promouvoir des prises en charge plus efficaces dans le parcours de santé de la Personne Agée centrées autour de 3 thématiques : la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations évitables :

- Optimiser le soin primaire complexe des malades âgés poly-pathologique par l'expérimentation d'une plateforme gérontologique dans le cadre d'une maison de santé gérontologique (18ème arrondissement de Paris),
- S'appuyer sur l'action des réseaux de santé "personnes âgées",
- Expérimentation d'un plan d'actions à domicile pour prévenir : la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations évitables,
- Expérimentation d'un plan d'actions dans et avec les EHPAD pour prévenir la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations évitables,
- Evaluation de l'impact global des différentes actions sur le parcours de santé de la personne âgée.

5.2 Autres compléments régionaux

Il s'agit de programmes spécifiques à la région, en dehors des programmes nationaux pilotés par les régimes d'Assurance maladie ainsi que des 10 programmes prioritaires des ARS.

Pour 2012-13, un seul programme a été arrêté :

Programme efficacité médicaments (cf. fiches priorités régionales en annexe 5)

Objectif : Obtenir une meilleure efficacité dans la prescription et la consommation du médicament en ville, établissements ou structure

- Synthèse et analyse de l'impact des différents programmes d'actions existant sur les médicaments, regroupement et mise en cohérence dans le cadre d'un programme régional unique,
- Proposition d'actions nouvelles ou extension d'actions existantes sur les thématiques suivantes :
 - le médicament à l'hôpital (dont fonction achats),
 - le médicament dans le parcours de santé (iatrogénie médicamenteuse et auto médication),
 - le médicament dans les pathologies chroniques (observance et ETP),
 - les antibiotiques afin d'améliorer la qualité de la prescription et la diminution des résistances (à l'hôpital, en EHPAD et en ville).

Ces propositions de programmes ou d'actions complémentaires feront l'objet d'une structuration comparable aux priorités nationales. Les actions constitutives feront l'objet d'une description (constat, objectif, moyens et ressources, durée, etc.) par le biais de fiches action.

A l'image des dix priorités nationales de GDR, la responsabilité du programme et de chaque action sera partagée entre les services de l'ARS et ceux de l'Assurance maladie.

Les actions innovantes feront l'objet d'une expérimentation préalable avant une généralisation éventuelle.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Dépenses des 3 régimes du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2011	67
Annexe 2 : Extrait du PSRS : Partie II - Eléments d'analyse diagnostique.....	77
Annexe 3 A : Fiches programmes 2010	113
Annexe 3 B : Fiches programmes 2012-2013	127
Annexe 4 : Déclinaison Contrat Etat – UNCAM – 2010-2013	141
Annexe 5 : 5 priorités régionales de GDR 2012-2013	175

ANNEXE 1 : DEPENSES DES 3 REGIMES DU 1ER JANVIER AU 30 JUIN 2011

Dépenses de soins du Régime Général France et Région Ile-de-France du 01.01 au 30.06.2011

PRESTATIONS	TOUS RISQUES (France entière)			TOUS RISQUES (Région IDF)			Poids IDF dans les dépenses nationales
	Poids du Poste sur le champ ONDAM	Dépenses nationales en milliers d'euros	Taux d'évolution PCAP	Poids du Poste sur le champ ONDAM	Dépenses régionales en milliers d'euros	Taux d'évolution PCAP	
Consultations	4,5%	3 068 743	+4,5%	4,2%	580 528	+2,9%	18,9%
Visites	0,6%	415 236	-0,4%	0,4%	56 119	-3,2%	13,5%
Actes techniques	4,8%	3 273 687	+5,9%	4,5%	619 633	+5,5%	18,9%
Forfaits Scanner et IRMN	0,6%	392 057	+9,5%	0,6%	79 464	+14,2%	20,3%
Autres honoraires du secteur privé	0,6%	417 385	-17,5%	0,5%	65 280	-20,2%	15,6%
Participations forfaitaires - médecins	-0,3%	-184 085	-2,3%	-0,2%	-33 973	-3,3%	18,5%
TOTAL HONORAIRES MEDICAUX	10,8%	7 383 023	+3,7%	10,0%	1 367 050	+3,1%	18,5%
Honoraires dentaires D, DC, Sc, SPR, TO.	1,9%	1 306 253	+1,2%	1,9%	254 929	+1,9%	19,5%
TOTAL HONORAIRES SECTEUR PRIVE (médecinaux et dentaires)	12,7%	8 689 277	+3,3%	11,8%	1 621 979	+2,9%	18,7%
Auxiliaires médicaux	5,2%	3 538 873	+4,5%	3,5%	485 427	+3,5%	13,7%
Actes en B, BP et BR.	2,1%	1 462 303	+2,1%	2,0%	271 554	+0,7%	18,6%
Actes en KB, PB et TB et Frais de dép. dir. de laboratoire	0,1%	80 418	+0,9%	0,2%	20 794	-0,8%	25,9%
<i>Participations forfaitaires - laboratoires</i>	-0,1%	-102 629	+2,8%	-0,1%	-19 055	+1,8%	18,6%
Dépenses médicaments	13,5%	9 212 039	+0,9%	13,2%	1 814 744	+1,9%	19,7%
<i>dont franchises sur médicaments</i>	-0,6%	-381 343	-4,4%	-0,5%	-66 050	-3,2%	17,3%
Produits d'origine humaine	0,0%	2 048	-15,6%	0,0%	265	-16,6%	12,9%
Appareils matériels de traitement et pansements	2,2%	1 521 855	+6,4%	1,7%	229 718	+4,2%	15,1%
Autres biens médicaux inscrits à la LPP	0,7%	494 226	+4,4%	0,6%	79 891	+4,7%	16,2%
TOTAL PRESCRIPTIONS	23,7%	16 209 132	+2,4%	21,2%	2 902 392	+2,3%	17,9%
Frais de déplacement des malades	2,1%	1 440 197	+4,2%	1,5%	204 823	+3,7%	14,2%
<i>dont franchises sur transport</i>	0,0%	-14 264	+5,8%	0,0%	-1 893	+8,3%	13,3%
Autres prestations diverses hors CAMSP	0,2%	128 660	+11,4%	0,2%	27 840	+11,9%	21,6%
TOTAL AUTRES PRESTATIONS DE SOINS SANTE	2,3%	1 568 857	+4,7%	1,7%	232 663	+4,7%	14,8%
TOTAL PRESTATIONS EN ESPECES	6,6%	4 484 320	+2,4%	6,0%	822 045	+0,8%	18,3%
Ticket modérateur des ALD 31-32	0,3%	226 302	+10,1%	0,4%	48 205	+7,5%	21,3%
TOTAL SOINS DE VILLE	45,6%	31 177 888	2,8%	41,1%	5 627 285	2,4%	18,0%

PRESTATIONS	TOUS RISQUES (France entière)			TOUS RISQUES (Région IDF)			TOUS RISQUES
	Poids du Poste sur le champ ONDAM	Dépenses nationales en milliers d'euros	Taux d'évolution PCAP	Poids du Poste sur le champ ONDAM	Dépenses régionales en milliers d'euros	Taux d'évolution PCAP	Poids IDF dans les dépenses nationales (par poste de dépenses)
Total Versements Etablissements Privés	7,6%	5 197 324	+2,4%	7,6%	1 040 676	+2,1%	20,0%
<i>dont</i>							
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur privé	5,9%	4 067 523	+1,3%	5,7%	783 134	+0,4%	19,3%
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur privé	0,0%	28 070	-31,4%	0,0%	1 676	-75,6%	6,0%
OQN psychiatrie et soins de suite et de réadapt. (secteur privé)	1,5%	1 025 672	+8,4%	1,8%	248 017	+9,8%	24,2%
Autres versements secteur privé	0,1%	76 058	+4,8%	0,1%	7 849	+23,4%	10,3%
Total Versements Etablissements Publics	36,3%	24 852 751	+1,5%	42,7%	5 854 981	+1,1%	23,6%
<i>dont</i>							
Objectif de dépenses méd.-chir.-obst. (ODMCO) secteur public	21,8%	14 924 063	+1,9%	25,0%	3 421 316	+1,8%	22,9%
Dotations annuelles de financement des MIGAC secteur public	4,8%	3 298 744	-1,3%	7,2%	983 116	-0,0%	29,8%
TOTAL DAF et autres versements du secteur public	9,7%	6 629 943	+1,8%	10,6%	1 450 549	+0,4%	21,9%
TOTAL VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES	43,9%	30 050 075	+1,6%	50,3%	6 895 658	+1,3%	22,9%
TOTAL VERSEMENTS AUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	10,5%	7 208 495	+5,3%	8,6%	1 181 189	+6,9%	16,4%
TOTAL ONDAM	100,0%	68 436 458	+2,5%	100,0%	13 704 132	+2,2%	20,0%

Sources : SNIIR-AM (Soins de ville) – Publications CNAMTS (Etablissements)

Comparaison des évolutions régionales
PERIODE DU 1.1 AU 30.06.2011
REGIME GENERAL (TOUS RISQUES)

PRESTATIONS	EVOLUTIONS PCAP des Montants Remboursés								
	CPAM 75	CPAM 77	CPAM 78	CPAM 91	CPAM 92	CPAM 93	CPAM 94	CPAM 95	IDF
Consultations	+0,5%	+7,0%	+2,5%	+3,7%	+0,8%	+2,9%	+5,1%	+3,6%	+2,9%
Visites	-3,5%	+1,6%	-3,3%	-7,4%	-4,9%	-5,5%	-0,5%	-2,6%	-3,2%
Actes techniques	+4,1%	+8,4%	+7,5%	+6,5%	+3,9%	+4,4%	+6,2%	+4,5%	+5,5%
Forfaits Scanner et IRMN	+15,2%	+32,1%	+20,8%	+8,1%	+11,0%	+11,1%	+8,2%	+8,8%	+14,2%
Autres honoraires du secteur privé	-25,1%	-18,4%	-21,3%	-17,9%	-23,4%	-13,3%	-23,1%	-15,8%	-20,2%
TOTAL HONORAIRES MEDICAUX	+1,3%	+7,5%	+3,9%	+3,5%	+1,2%	+2,8%	+3,9%	+3,1%	+3,1%
Honoraires dentaires D, DC, Sc, SPR, TO.	+0,2%	+4,4%	+2,4%	+0,4%	+1,8%	+4,8%	-0,3%	+3,6%	+1,9%
TOTAL HONORAIRES SECTEUR PRIVE (médecinaux et dentaires)	+1,1%	+7,1%	+3,6%	+3,0%	+1,3%	+3,1%	+3,2%	+3,1%	+2,9%
Auxiliaires médicaux	+1,9%	+4,1%	+2,3%	+3,3%	+2,2%	+6,9%	+5,2%	+3,7%	+3,5%
Actes en B, BP et BR.	-0,3%	+0,2%	+1,6%	+1,0%	+1,1%	+1,0%	+1,2%	+0,8%	+0,7%
Actes en KB, PB et TB et Frais de dép. dir. de laboratoire	-0,8%	-2,5%	-3,3%	-2,2%	+0,4%	+1,8%	+0,2%	-1,8%	-0,8%
Dépenses médicaments	+1,4%	+1,5%	+2,3%	+2,8%	+2,0%	+1,7%	+3,1%	+1,1%	+1,9%
Produits d'origine humaine	+9,0%	+36,9%	-24,1%	-25,9%	+165,2%	-56,7%	-13,8%	-37,5%	-16,6%
Appareils matériels de traitement et pansements	+4,8%	+4,7%	+4,8%	+5,4%	+4,6%	+0,8%	+6,4%	+3,0%	+4,2%
Autres biens médicaux inscrits à la LPP	+6,6%	+7,6%	+2,3%	+19,6%	+0,9%	+4,0%	+8,4%	-11,7%	+4,7%
TOTAL PRESCRIPTIONS	+1,6%	+2,3%	+2,3%	+3,3%	+2,1%	+2,4%	+3,7%	+1,3%	+2,3%
Frais de déplacement des malades	+0,8%	+7,6%	+9,1%	+0,8%	-0,7%	+5,1%	+3,1%	+4,7%	+3,7%
Autres prestations diverses hors CAMSP	+9,7%	+31,6%	-12,5%	+37,3%	+7,4%	+3,8%	+94,4%	-10,9%	+11,9%
TOTAL AUTRES PRESTATIONS DE SOINS SANTE	+2,8%	+9,4%	+8,1%	+2,5%	-0,1%	+4,8%	+6,3%	+3,5%	+4,7%
TOTAL PRESTATIONS EN ESPECES	-4,1%	+4,3%	+1,5%	-1,9%	+1,1%	-1,4%	+2,5%	+4,6%	+0,8%
Ticket modérateur ALD 31-32	+9,2%	+8,2%	+12,5%	+5,4%	+8,5%	+8,8%	+0,4%	+7,4%	+7,5%
TOTAL SOINS DE VILLE	+1,0%	+4,3%	+2,9%	+2,3%	+1,7%	+2,1%	+3,5%	+2,5%	+2,4%
Total versements aux établissements de santé publics et privés	+5,7%	+3,0%	-2,3%	-3,9%	-2,6%	-12,2%	-1,4%	-1,2%	+1,3%
Total versements aux établissements médico-sociaux	+14,5%	+1,1%	+5,7%	-0,0%	+3,7%	+5,5%	+11,9%	+12,7%	+6,9%
Total ONDAM	+4,9%	+3,4%	+1,1%	-0,5%	+0,2%	-2,8%	+2,3%	+1,9%	+2,2%

Sources : SNIIR-AM (Soins de ville) et Publications CNAMTS (Etablissements)

RESULTATS DE SYNTHESE
Ile-de-France - RSI

PERIODE DU 01.01 AU 30.06.2011 pour la **REGION ILE DE France**

PRESTATIONS	TOUS RISQUES				
	Poids du Poste en Région sur Total SOINS DE VILLE	Dépenses Régionales en milliers euros	Taux d'évolution Régional PCAP	CONTRIBUTION	
				En points	En %
Consultations	9,18%	19 273 161	+9,61%	0,86	11,54%
Visites	1,21%	2 545 288	+1,54%	0,02	0,26%
Actes techniques	13,98%	29 356 680	+8,70%	1,20	16,06%
Forfaits Scanner et IRMN	1,91%	4 016 341	+20,62%	0,35	4,69%
Autres honoraires du secteur privé	0,90%	1 893 998	-26,08%	-0,34	-4,56%
Participations forfaitaires - médecins	-0,65%	-1 363 423	+0,26%	0,00	-0,02%
TOTAL HONORAIRES MEDICAUX	26,54%	55 722 045	+7,93%	2,10	27,97%
Honoraires dentaires D, DC, Sc, SPR, TO.	5,84%	12 255 424	+6,68%	0,39	5,25%
TOTAL HONORAIRES SECTEUR PRIVE (médicaux et dentaires)	32,37%	67 977 470	+7,70%	2,49	33,21%
Auxiliaires médicaux	8,90%	18 695 570	+4,47%	0,41	5,47%
<i>dont franchises sur auxiliaires médicaux</i>	-0,02%	-42 060	-88,70%	0,17	2,26%
Actes en B, BP et BR.	6,08%	12 759 157	+5,25%	0,33	4,35%
Actes en KB, PB et TB et Frais de dép. dir. de laboratoire	0,41%	868 879	+2,02%	0,01	0,12%
<i>Participations forfaitaires - laboratoires</i>	-0,02%	-42 060	-70,29%	0,05	0,68%
Dépenses médicaments	38,08%	79 965 252	+9,78%	3,65	48,69%
<i>dont franchises sur médicaments</i>	-1,39%	-2 916 755	+3,05%	-0,04	-0,59%
Produits d'origine humaine	0,01%	19 079	+1,28%	0,00	0,00%
Appareils matériels de traitement et pansements	4,35%	9 139 424	+5,37%	0,24	3,18%
Autres frais de LPP	1,64%	3 444 323	+0,80%	0,01	0,19%
TOTAL PRESCRIPTIONS	59,48%	124 891 685	+7,83%	4,64	61,99%
Frais de déplacement des malades	3,49%	7 336 153	+10,71%	0,36	4,85%
<i>dont franchises sur transport</i>	-0,01%	-24 874	+12,89%	0,00	-0,02%
TOTAL AUTRES PRESTATIONS DE SOINS SANTE	3,81%	7 995 341	+11,42%	0,42	5,60%
TOTAL PRESTATIONS EN ESPECES	4,34%	9 115 479	-1,20%	-0,06	-0,76%
TICKET MODERATEUR ALD 31-32	0,00%	-889	-113,86%	0,00	-0,05%
Total SOINS DE VILLE	100,00%	209 979 086	+7,49%	7,49	100,00%

Source : SNIIR-AM

Les évolutions des prestations versées par le régime social des indépendants (RSI) au titre de l'enveloppe des soins de ville, pour le 1^{er} semestre 2011, sont présentées ci-dessous. Elles se caractérisent par une évolution globale de +7,5% pour les soins de ville dont les variations notables sont notamment :

- +7,7% pour les honoraires du secteur privé,
- +7,8% pour les prescriptions,
- +10,7% pour les déplacements des malades,
- -1,2% pour les IJ.

**RESULTATS DE SYNTHESE
Ile-de-France - MSA**

PERIODE DU 01.01 AU 30.06.2011 pour la REGION ILE DE France

PRESTATIONS	TOUS RISQUES				
	Poids du Poste en Région sur Total SOINS DE VILLE	Dépenses Régionales en milliers euros	Taux d'évolution Régional PCAP	CONTRIBUTION	
				En points	En %
Consultations	8,59%	4 985 984	+2,88%	0,24	-17,51%
Visites	1,33%	770 743	-7,59%	-0,11	7,93%
Actes techniques	11,09%	6 441 485	+2,27%	0,24	-17,91%
Forfaits Scanner et IRMN	0,96%	557 466	+38,67%	0,26	-19,48%
Autres honoraires du secteur privé	0,93%	538 333	-21,21%	-0,25	18,15%
Participations forfaitaires - médecins	-0,56%	-324 479	-5,20%	0,03	-2,23%
TOTAL HONORAIRES MEDICAUX	22,34%	12 969 531	+1,95%	0,42	-31,04%
Honoraires dentaires D, DC, Sc, SPR, TO.	3,87%	2 248 380	+2,63%	0,10	-7,22%
TOTAL HONORAIRES SECTEUR PRIVE (médecinaux et dentaires)	26,21%	15 217 911	+2,05%	0,52	-38,26%
Auxiliaires médicaux	12,06%	7 002 539	+3,41%	0,39	-28,94%
<i>dont franchises sur auxiliaires médicaux</i>	-0,22%	-125 114	+1,35%	0,00	0,21%
Actes en B, BP et BR.	5,02%	2 916 164	+2,38%	0,12	-8,49%
Actes en KB, PB et TB et Frais de dép. dir. de laboratoire	0,32%	184 681	-0,98%	0,00	0,23%
<i>Participations forfaitaires - laboratoires</i>	-0,34%	-197 927	+1,50%	0,00	0,37%
Dépenses médicaments	29,93%	17 377 406	-2,68%	-0,81	59,86%
<i>dont franchises sur médicaments</i>	-1,23%	-711 991	-4,36%	0,06	-4,06%
Produits d'origine humaine	0,01%	6 073	+122,32%	0,01	-0,42%
Appareils matériels de traitement et pansements	4,47%	2 592 722	-7,09%	-0,34	24,79%
Autres frais de LPP	1,32%	767 430	-7,23%	-0,10	7,50%
TOTAL PRESCRIPTIONS	52,79%	30 649 089	-1,41%	-0,74	54,89%
Frais de déplacement des malades	3,84%	2 226 962	-6,19%	-0,25	18,41%
<i>dont franchises sur transport</i>	-0,04%	-22 301	-4,04%	0,00	-0,12%
TOTAL AUTRES PRESTATIONS DE SOINS SANTE	4,17%	2 423 034	-6,56%	-0,29	21,31%
TOTAL PRESTATIONS EN ESPECES	16,83%	9 769 548	-4,83%	-0,84	62,06%
Total SOINS DE VILLE	100,00%	58 059 582	-1,36%	-1,36	100,00%

Source : SNIIR-AM

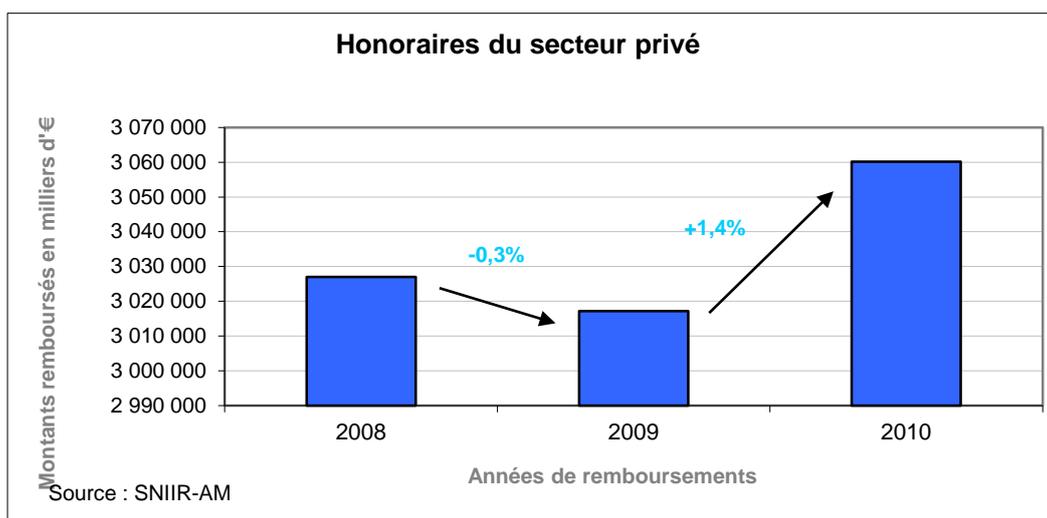
Les évolutions des prestations versées par la **Mutualité Sociale Agricole (MSA)** au titre de l'enveloppe des soins de ville, **pour le 1^{er} semestre 2011**, sont présentées ci-dessous. Elles se caractérisent par une évolution globale de -1,4% pour les soins de ville dont les variations notables sont notamment :

- Honoraires du secteur privé : +2,1%
- Prescriptions : -1,4%
 - ✓ Dont auxiliaires médicaux : +3,4%
 - ✓ Dont dépenses de médicaments : -2,7% (-17,9% pour la pharmacie hospitalière)
- Frais de déplacement des malades : -6,2%
- IJ :-4,8%

Données du Régime Général : évolution de certains postes de dépenses au 1^{er} semestre 2011 comparé aux années précédentes

Les honoraires du secteur privé (médicaux et dentaires)

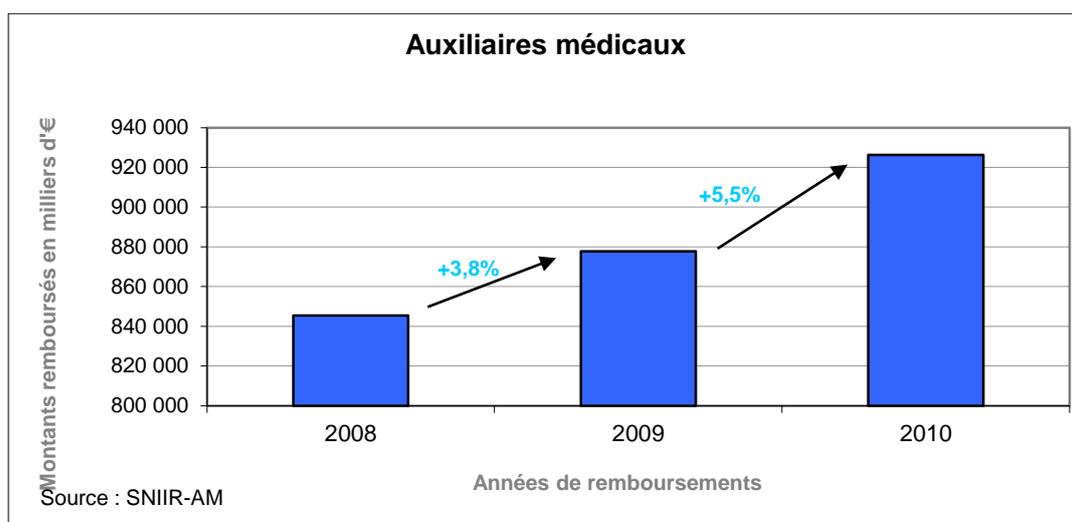
Les honoraires du secteur privé progressent de 2,9% sur la région (+3,3% en France), la plus forte évolution étant relevée sur le département de la Seine et Marne (+7,1%) et la plus faible pour Paris (+1,1%).



Les actes des auxiliaires médicaux

Les remboursements d'actes d'auxiliaires médicaux s'accroissent de 3,5% en Ile de France (+4,5% en France). Ce poste contribue sur la région pour 5,6% à l'évolution de l'enveloppe de l'ONDAM.

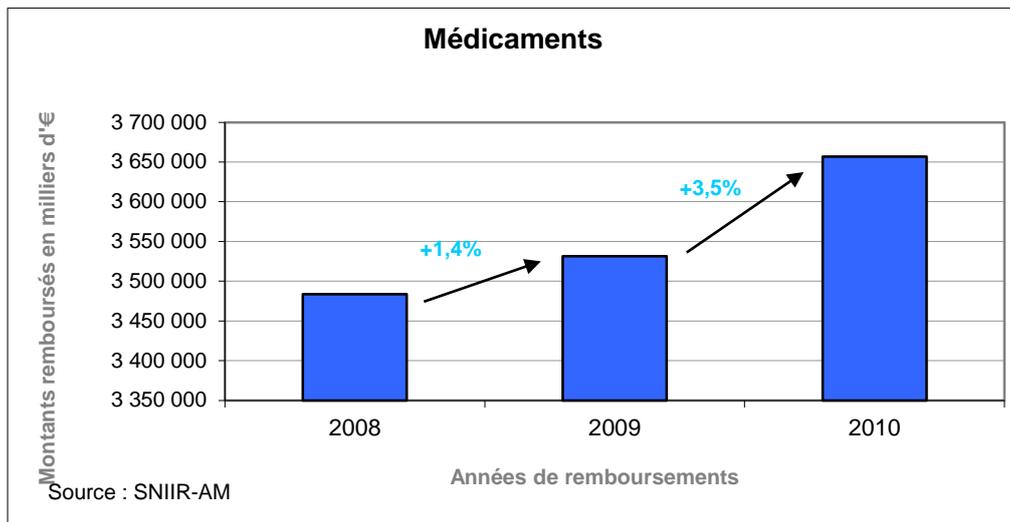
Le taux d'évolution varie de +1,9% à Paris à +6,9% en Seine-Saint-Denis.



Les produits de santé

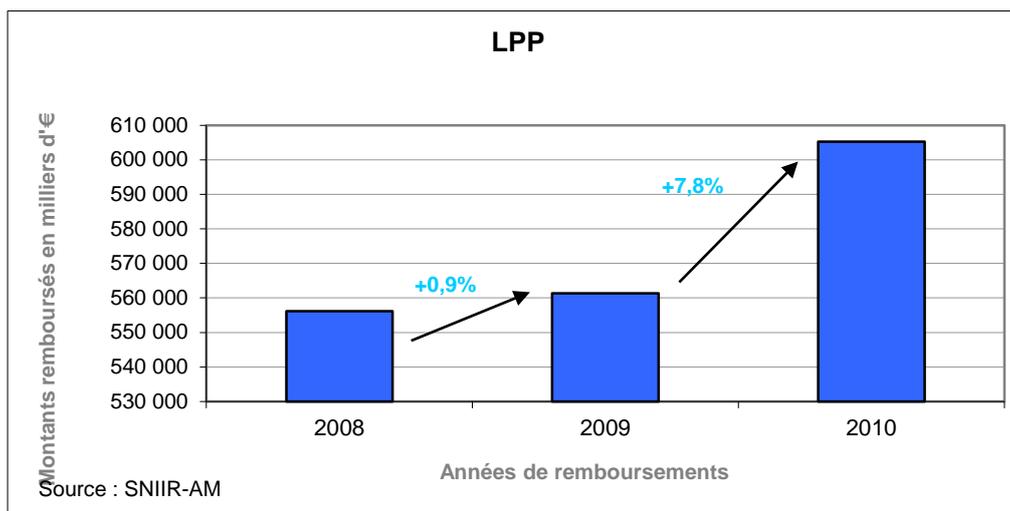
- Les médicaments

Les dépenses de pharmacie enregistrent une hausse de 1,9% en Ile de France en montants remboursés (+0,9% en France). Ce poste contribue à hauteur de 11,6% à l'augmentation de l'ONDAM. Le taux varie sur la région de +1,1% dans la Val d'Oise à +2,8% dans l'Essonne.



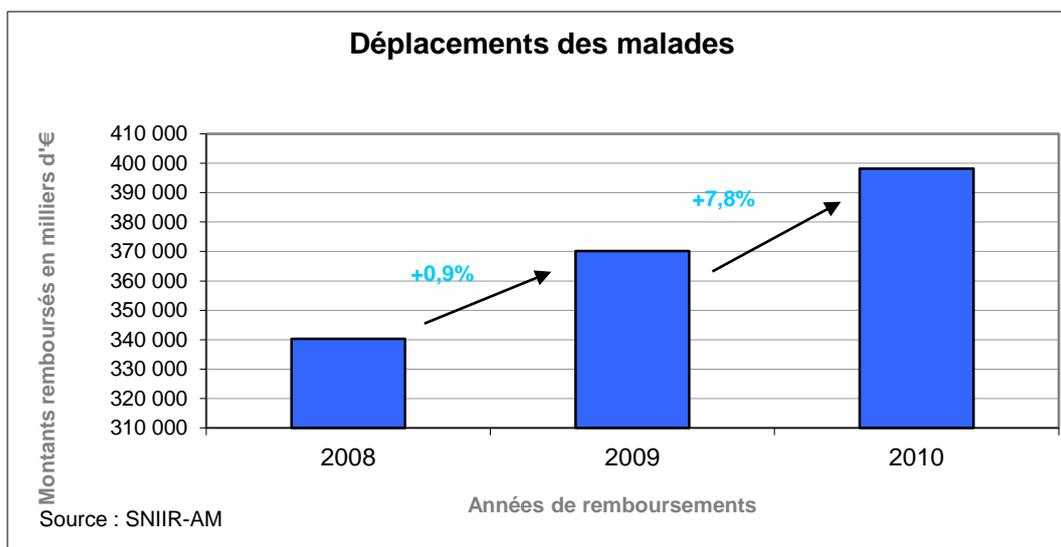
- La LPP

Les appareils, matériels de traitement et pansements, qui représentent la quasi-totalité des dépenses au titre de la LPP, augmentent de 4,2% (+6,4% en France). L'évolution de ce poste varie de +0,8% en Seine-Saint-Denis jusqu'à +6,4% dans le Val de Marne.



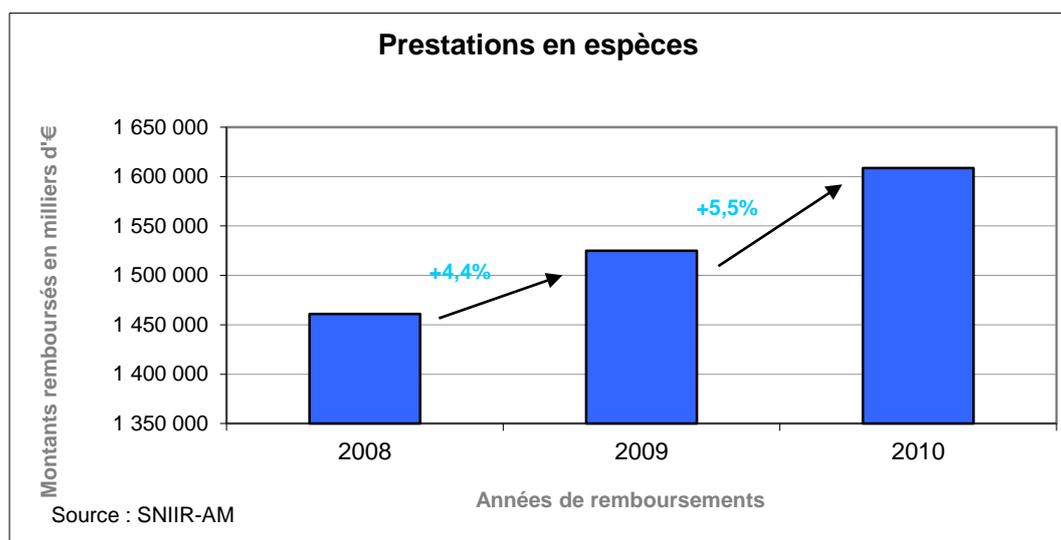
Les frais de transport des malades

Les frais de transport connaissent une croissance des dépenses de +3,7% sur la région (+4,2% en France). Cependant, les résultats par caisse sont très contrastés : le taux varie de -0,7% dans les Hauts de Seine à +9,1% dans les Yvelines.



Les prestations en espèces

Le montant des indemnités journalières versées augmente de +0,8% en Ile de France (+2,4% en France). Sur la région, l'évolution des prestations en espèces varie de -4,1% à Paris à +4,6% dans le Val d'Oise.



ANNEXE 2 : EXTRAIT DU PSRS : PARTIE II - ELEMENTS D'ANALYSE DIAGNOSTIQUE

1 DIAGNOSTIC DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION FRANCILIENNE²³

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

11 Une région riche, jeune et en bonne santé

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

111 Une économie dynamique

En 2006, L'Ile-de-France a produit près de 29 % de la richesse nationale alors que sa population représente 19 % environ de la population française. Le PIB/habitant (plus de 44 000 € en 2006) est le plus élevé de toutes les régions et dépasse de plus de 50 % celui de la France métropolitaine. De même, l'Ile-de-France se distingue par un revenu moyen nettement supérieur au reste de la France, avec un revenu fiscal moyen par unité de consommation (UC)²⁴ de 15 % supérieur.

Avec plus de 800 000 entreprises, l'Ile-de-France constitue le premier bassin d'emplois européen. Les particularités économiques de la région, avec un secteur tertiaire particulièrement développé et une concentration des sièges sociaux notamment, conduisent à une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures.

112 - Une démographie dynamique

Avec près de 12 millions d'habitants en 2009, répartis sur un territoire de 12 000 km², l'Ile-de-France regroupe environ 19 % de la population métropolitaine. La densité de la population francilienne est très largement supérieure à celle des autres régions françaises et s'établit à près de 980 habitants au km² contre 115 pour la France entière. Après avoir longtemps progressé, le poids relatif de la population d'Ile-de-France est aujourd'hui stabilisé.

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

113 - Des indicateurs sanitaires globalement favorables

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

²³ Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Diagnostic de l'état de santé de la population francilienne », 24/03/11, et ARS, « Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18/01/11,

²⁴ Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation (UC) à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle la plus utilisée (OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le 1^{er} adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Ainsi un ménage avec 2 parents et 2 enfants (un de plus de 14 ans et un de moins de 14 ans) dispose d'un revenu fiscal moyen de 46 000 € en Ile-de-France contre 42 500 € France entière.

²⁵ INSEE, population estimée en 2008

Mortalité et espérance de vie

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

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

Mortalité prématurée

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

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

Causes de décès

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

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

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

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

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

12 Une région fortement inégalitaire

Des travaux comparatifs à l'échelle européenne ont fait valoir que la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsqu'elles sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation²⁶. Or cette problématique nationale trouve dans la région Ile-de-France l'une de ses expressions les plus nettes.

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

Ces inégalités vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. De fait, aujourd'hui, la montée de la pauvreté laborieuse et la proportion croissante de ménages franciliens qui sont en situation d'insécurité économique et professionnelle en raison de la crise économique signalent que les inégalités socio-économiques ne peuvent s'analyser en opposant exclus et inclus, pauvres et riches, actifs et inactifs.

121 Inégalités socio-économiques

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

Indicateur de développement humain et indicateur de santé sociale

S'il est vrai que la région francilienne se caractérise par un produit intérieur brut par habitant plus favorable que celui des autres régions françaises, cette mesure de la richesse est toutefois largement reconnue aujourd'hui pour son incapacité à illustrer le bien-être réel d'une population²⁷. L'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France a développé une mesure du bien-être et du développement humain proche de l'indice de développement humain (IDH) développé par les institutions des Nations-Unies, croisant dans un même indicateur appelé IDH2 des données relatives au niveau de vie mais aussi à la santé et au savoir ; cet indicateur met en relief de très fortes disparités entre communes franciliennes, avec des valeurs allant quasiment du simple au double entre certaines zones de Seine-Saint-Denis et le centre de Paris²⁸.

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

27 J. Stiglitz, Rapport au président de la République, septembre 2009 ; IAURIF, Note rapide, janvier 2011

28 IAU, Note rapide n°528, novembre 2010

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

Ecart de revenus

De fait, l'Ile-de-France se caractérise par des inégalités de revenus particulièrement fortes : les 10 % de foyers fiscaux les plus riches ont un revenu mensuel minimum supérieur de près de 3 300 euros à celui du revenu maximum des 10 % les plus pauvres. Si l'on raisonne de façon relative, avant impôts, le revenu minimum des 10 % les plus riches est 7 fois supérieur au revenu maximum des 10 % les plus démunis. Les habitants de Seine-Saint-Denis ont des revenus parmi les plus bas de France²⁹.

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

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

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

Plusieurs indicateurs socio-économiques montrent que les inégalités infrarégionales tendent à augmenter depuis 25 ans, opposant de plus en plus un groupe de territoires aisés composé de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines, au reste de la région. L'équilibre de la géographie sociale francilienne est progressivement modifié : alors qu'hier la promotion sociale se traduisait par une attraction vers le centre, rejetant les populations modestes en banlieue, aujourd'hui les couches populaires en ascension sociale se déplacent vers la seconde couronne et le périurbain. En outre, la structure sociale de la région est progressivement modifiée par la fuite des ménages populaires qui en ont la possibilité vers les autres régions françaises. Cette mobilité centrifuge touche particulièrement les ménages mono-actifs, dont le revenu est insuffisant pour faire face aux coûts et aux contraintes (logement, transports) de la vie francilienne, et concerne ainsi particulièrement certaines professions (infirmières, secteur public)³⁰. Ces phénomènes récents de la géographie sociale francilienne tendent à renforcer les inégalités entre territoires.

Précarité, pauvreté

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

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

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

²⁹ L.Auzet et al., "Niveaux de vie et pauvreté en France", INSEE Première, n°1162, octobre 2007

³⁰ D.Behar, "Le projet de grand Paris peut-il ignorer la question sociale ?", Esprit, décembre 2009

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

Migration

La région Ile-de-France reste la porte d'entrée privilégiée des personnes venant de l'étranger³¹ : 40 % des immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) vivant en France résident en Île-de-France, où ils représentaient 16,9 % de la population en 2006 soit une proportion deux fois supérieure à la moyenne nationale. Or les immigrés sont plus souvent confrontés à des difficultés socio-économiques que le reste de la population ; ils sont davantage exposés au chômage, sont plus souvent ouvriers, et subissent plus souvent des revenus bas³².

Emploi

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

L'une des spécificités franciliennes tient à l'exposition particulière de ses salariés aux risques psycho-sociaux liés au travail, avec plus d'un quart des salariés franciliens (27,5 %) en situation de « job strain », c'est-à-dire confronté à une demande psychologique plus forte que les salariés de France entière tout en ne bénéficiant que d'une faible latitude décisionnelle³³.

Par ailleurs, sur certains sites la présence d'amiante en milieu professionnel (mais aussi dans l'environnement intérieur) constitue également un risque avéré et parfois fortement médiatisé (Jussieu, CMMP d'Aulnay). En 2003, en Ile-de-France, on estime à environ 460 le nombre de cas de cancers dus à l'amiante (400 cancers du poumon et 60 mésothéliomes).

Si les conditions de travail sont un déterminant de santé, le fait aussi de ne pas travailler constitue un risque pour la santé, le chômage jouant un rôle catalyseur des différents facteurs de mortalité³⁴. Or la progression récente des chiffres du chômage en Ile-de-France marque la fin de l'exception régionale en la matière et l'alignement de la région sur le reste du pays (taux de chômage régional de 10,8 % contre 11 % pour la moyenne métropolitaine). En parallèle, les tendances récentes révèlent que l'utilisation de l'intérim s'intensifie dans une région pourtant autrefois plutôt préservée, et ce en particulier en grande couronne.

Cadre de vie et logement

En tant qu'expression de l'inégal capital social et économique de ses habitants, ou par ses caractéristiques propres en matière notamment d'aménagement, le territoire de résidence peut avoir un impact particulier sur la santé de ses habitants. Ainsi, les travaux engagés dans le cadre du projet francilien RECORD illustrent des disparités socio-spatiales d'obésité particulièrement importantes en Ile-de-France, qui sont corrélées avec le capital éducatif des habitants à l'échelle du quartier³⁵.

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

³¹ M.Sagot, IAU, note rapide, octobre 2010

³² C.Tavan, INSEE première, septembre 2005

³³ « L'appréhension des risques psychosociaux à partir de l'enquête SUMER », Supplément BREF, avril 2009

³⁴ A. Mesrine, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », Economie et statistique, n°334, Insee, Paris, 2000, pages 33-48

³⁵ B.Chaix et al., INSERM U707, « Les disparités socio spatiales d'obésité en Ile-de-France et leurs déterminants : l'étude RECORD »,

Enfin, l'Ile-de-France se caractérise par une problématique spécifique liée à l'insalubrité des logements ou à leur caractère indigne. 5 % des résidences privées, soit 200 000 logements, sont potentiellement indignes³⁶, dont les trois quarts sont situés dans les zones urbaines centrales. En 2008, 705 arrêtés d'insalubrité ont été pris en Ile-de-France, et près de 3 000 arrêtés plus anciens sont encore en cours.

Transports

Une enquête de l'Observatoire régional de santé au travail d'Ile-de-France révèle que les salariés franciliens consacrent en moyenne 2 heures par jour à leurs trajets domicile-travail, dont 1h30 dans les transports en commun³⁷. Cette confrontation quotidienne au stress, à l'incertitude et à la fatigue est perçue par la majorité des utilisateurs comme un déterminant négatif de l'état de santé. Ce paramètre frappe inégalement les Franciliens, le temps de trajet et l'impact ressenti sur la santé allant croissant avec l'éloignement du centre de la région.

Problèmes environnementaux : pollution et bruit

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

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

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

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

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

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

122 Inégalités de santé

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

1221 Inégalités en termes de mortalité

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

³⁶ IAU, *Le logement : Un champ d'étude et d'action pour Paris Métropole*, juin 2010

³⁷ ORSTIF, *Enquête auprès des salariés franciliens sur les transports domicile-travail*, février 2010

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

Ces tendances se retrouvent dans les chiffres de la mortalité prématurée. Si les départements franciliens affichent pratiquement tous un niveau de mortalité prématurée inférieur à la moyenne nationale, en réalité la situation est fortement contrastée selon les départements. Sur la période 2005-2007, les taux standardisés de mortalité prématurée de certains départements sont proches de la moyenne nationale (Seine-et-Marne pour les deux sexes, Seine-Saint-Denis pour les hommes), voire supérieurs à la moyenne nationale (Seine-Saint-Denis avec une mortalité prématurée des femmes supérieure de 10 % à celle constatée sur la métropole). Entre les Yvelines, département le mieux situé pour la mortalité prématurée, et la Seine-Saint-Denis, département le moins bien situé, les écarts s'élèvent à 28 % pour les hommes et à 25,5 % pour les femmes.

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

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

1222 Naissance, enfance et jeunesse : l'inégalité dès le départ

On sait que les événements de santé survenus chez un nourrisson ou un enfant sont susceptibles d'avoir un impact sur sa santé à l'âge adulte. Plus largement, les conditions de vie connues dans l'enfance ont elles-mêmes un impact sur les inégalités de santé à l'âge adulte³⁸ : accès à l'éducation dans l'enfance, normes et valeurs éducatives reçues, alimentation, loisirs, sont autant de déterminants qui définissent dès l'enfance des trajectoires de santé socialement différenciées. Les programmes internationaux de lutte contre les inégalités de santé insistent particulièrement sur ce moment crucial de la vie et la commission des déterminants sociaux de l'OMS fait de la promotion de *l'équité dès le départ* l'un de ses principes cardinaux.

Inégalités face à la mortalité périnatale et infantile

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

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

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

Santé des enfants

Les inégalités de santé ont un caractère particulièrement précoce avec, par exemple, dès l'âge de six ans, des différences sociales marquées en termes de caries non soignées et d'obésité, prédictive de problèmes cardiovasculaires. Ainsi les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale ont un moins bon état de santé bucco-dentaire et sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres³⁹. Par exemple, en 2006, chez les enfants de 12 ans, seuls 50 % des enfants d'ouvriers étaient totalement indemnes de caries alors que cette proportion atteignait presque 70 % chez les enfants de cadres⁴⁰.

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

Santé des jeunes

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

Selon les données 2005 de l'INPES⁴¹, les jeunes franciliens se caractérisent par de moindres consommations régulières d'alcool et de tabac que leurs homologues provinciaux, quel que soit le sexe. Pour autant, les conduites à risque des jeunes demeurent un problème de santé publique aigu pour la région. L'Ile-de-France présente certaines spécificités s'agissant notamment des comportements sexuels des adolescents : chez les filles, l'utilisation du préservatif est significativement moins élevée (18 % des Franciliennes n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport, contre 10 % des filles résidant en province). De même, 7 % des jeunes Franciliennes de 15-17 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse ; elles recourent davantage à la contraception d'urgence et au dépistage VIH que leurs homologues provinciales, ce qui peut signaler davantage de prises de risques sexuels en Ile-de-France qu'en province⁴². Par ailleurs, l'Ile-de-France diffère de la province par un risque plus élevé de tentative de suicide au cours de la vie : la proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a fortement augmenté et est passée de 6 % à 8 % entre 1997 et 2005 en Ile-de-France⁴³. Or les conduites à risque des jeunes sont plus fréquentes lorsque la cohésion familiale est affaiblie par des facteurs de vulnérabilité sociale.

En Ile-de-France, l'enjeu de la santé des étudiants est également un enjeu particulièrement important compte tenu de l'attractivité de la région ; l'accès aux soins de cette population est notamment préoccupant puisque les données nationales publiées en mai 2011 par la mutuelle des étudiants soulignent le nombre croissant d'étudiants qui renoncent aux soins pour raison financière (un étudiant sur 3 renonce à consulter pour raison financière et une étudiante sur deux n'a pas vu de gynécologue depuis un an).

1223 Inégalités face aux comportements de santé et aux modes de vie

Nutrition

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

39 DREES, *L'état de santé de la population en France*, Rapport 2009-2010, p.21

40 Source USBD-DGS

41 INPES, Baromètre santé jeunes, 2005

42 ORS, « Jeunes en Ile-de-France », mars 2007

43 ORS, « La mortalité des jeunes de 10 à 29 ans en Ile-de-France », 2000

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

Sexualité

Parmi la population âgée de moins de 55 ans, la proportion de multipartenaires est plus élevée en Ile-de-France que dans les autres régions⁴⁴, notamment parmi les personnes vivant en couple. Cette particularité fait des comportements sexuels un enjeu important pour la région.

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

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

Santé mentale

La santé mentale fait depuis quelques années l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics au niveau international et national. Les enjeux de la « santé mentale » ne sont plus subsumés sous la seule maladie mentale : ils incluent désormais la détresse psychologique et la santé « positive » (comme aptitude au bien-être, au rebond, à la relation, etc.). Pour ce qui concerne la pathologie mentale à proprement parler, selon l'OMS, 14 % de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité, peut être attribuée aux troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'absorption de substances toxiques. L'OMS constate par ailleurs que les ressources allouées pour pallier cette charge sont insuffisantes, distribuées de manière inéquitable et utilisées de façon inappropriée, engendrant des lacunes de couverture thérapeutique, notamment pour les populations à faibles revenus et à revenus moyens inférieurs. Hormis les tentatives de suicide des hommes, tous les indicateurs sont défavorables en Ile-de-France par comparaison aux données hors Ile-de-France, avec des différences particulièrement significatives pour l'alcool-dépendance chez les femmes. C'est un enjeu qui est particulièrement sensible aux inégalités sociales, avec notamment une forte problématique liée à la précarité et aux troubles psychiques des personnes sans chez-soi.

Le caractère très insatisfaisant des indicateurs régionaux en santé mentale, et la connexion de cette question avec de nombreuses autres problématiques de santé mais aussi sociales (protection de l'enfance, logement, emploi) ou sociétales (délinquance, violence) font de la santé mentale un enjeu de toute première importance en Ile-de-France. L'acuité de cette problématique est particulièrement différenciée entre les territoires franciliens, en fonction de certaines caractéristiques historiques, démographiques, ou géographiques des départements, mais également de l'existence ou non d'un établissement départemental dédié

1224 Principales causes de morbi-mortalité : de fortes inégalités franciliennes

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

⁴⁴ A l'exception de la région PACA

Cancer

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

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

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

Enfin, les départements franciliens présentent des situations disparates. Chez les hommes, en termes de morbidité, tous cancers confondus, seuls les départements de la Seine-Saint-Denis (396,2 cas pour 100 000 hommes) et de Paris (410,4) présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale (433,9). La sur-morbidité est surtout concentrée dans l'Essonne (453,3), la Seine-et-Marne (459,0) et le Val-d'Oise (467,0). Concernant le cancer du poumon, les taux de morbidité national et régional (respectivement, 50,1 et 49,8) sont très proches et seuls deux départements franciliens les dépassent : il s'agit de la Seine-Saint-Denis (55,2) et du Val-d'Oise (53,9). Tous cancers, hommes et femmes confondus, la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise révèlent une situation de surmortalité par rapport à la moyenne régionale. Ces trois départements présentent, chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par cancers les plus élevés de la région, généralement supérieurs à la moyenne nationale : entre 241,3 et 249,6 décès pour 100 000 hommes et entre 124,3 et 127,6 décès pour 100 000 femmes. La Seine-Saint-Denis présente une situation particulière de sous-morbidité et de surmortalité par cancer, qui doit être reliée à l'insuffisant accès aux soins et aux diagnostics tardifs.

Maladies cérébro-vasculaires

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

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

Diabète

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

Hypertension artérielle

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

1225 Inégalités face aux pathologies infectieuses et aux expositions liées aux conditions de vie

Infection par le VIH/sida et hépatites

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

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

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

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

Pathologies liées à la pauvreté et à la précarité

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

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

Santé, migration, discrimination

Selon les données de l'Enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France⁴⁵. Au-delà de l'état de santé perçu, on retrouve une concentration de certaines pathologies chez les personnes étrangères.

⁴⁵ Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva, « La santé perçue des immigrés en France, Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'économie de la santé*, n° 133 - juillet 2008

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

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

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

1226 Inégalités face à la perte d'autonomie : vieillissement et handicap

Viellissement

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

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

Corollaire du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter dans les années à venir. Il est donc important de tenter d'appréhender les évolutions dans ce domaine. Selon des projections datant de 2003, le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus devrait passer de 89 000 en 2000 à 105 000 en 2020. Une étude réalisée en 2009 par la direction régionale de l'INSEE d'Ile-de-France, en lien avec la DRASS d'Ile-de-France, aboutit à un résultat comparable avec une estimation à 23 600 du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires potentiellement dépendantes d'ici 2020. Il faut en outre noter que 63 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile (25 % seules et 38 % non seules) et 37 % en institution, la prévision étant que, en raison de multiples facteurs favorisant le maintien à domicile, la part des personnes âgées dépendantes ayant recours à un hébergement en établissement devrait diminuer quelque peu.

Handicap

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

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

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

13 Une région soumise à de nombreux risques

131 Les risques infectieux

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

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

132 Les risques liés à l'eau

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

133 Les risques technologiques

Les risques technologiques liés aux activités industrielles

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

Les risques liés aux transports

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

2 DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE SANTE⁴⁶

21 Démographie des professions de santé : les grandes tendances franciliennes

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

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

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

211 Les constats aujourd'hui

2111 Une région attractive pour les professionnels de santé

L'Ile-de-France possède un atout majeur en termes d'attractivité pour les professionnels de santé, car son offre de santé joue un rôle national et international sur plusieurs plans.

⁴⁶ Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Eléments de diagnostic de l'offre de santé en Ile-de-France », 30/03/11, sur <http://www.sante-iledefrance.fr/>

En matière de délivrance de soins, principalement de soins complexes et très complexes, les structures de recours de la région possèdent une renommée nationale et internationale de premier plan. En termes de formation, principalement dans des domaines de haute expertise scientifique ou médicale, la région Ile-de-France est mondialement réputée et ses universités, grandes écoles et grands établissements exercent une forte attractivité au niveau national et international. C'est là le corollaire de son rayonnement en matière de recherche, puisque la région produit 40 % de la recherche biomédicale française et que près de 10 000 chercheurs étrangers y travaillent dans des laboratoires de recherche, 5 000 chercheurs en formation y sont accueillis chaque année.

L'Ile-de-France se caractérise par un dispositif académique exceptionnel avec 17 universités, des grandes écoles et de grands établissements de niveau mondial. Elle accueille d'ores et déjà des milliers d'étudiants de toutes les régions de France et de l'étranger qui travaillent dans le domaine de la santé. La région a bénéficié des mesures et dispositifs qui ont été mis en place depuis quelques années pour renforcer les synergies des organismes et structures de recherche et des unités d'enseignement supérieur, par exemple au travers des PRES (Pôles de Recherche et d'Enseignement Supérieur) qui mobilisent en réseau les établissements d'enseignement supérieur, permettant la rationalisation de l'offre de recherche des grands sites universitaires, et dont plusieurs en Ile-de-France s'investissent à des degrés divers dans le champ de la santé.

2112 Une densité médicale élevée mais une offre fragile en médecine générale

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

La caractéristique francilienne est de compter une proportion de médecins spécialistes plus importante (57,21 %) qu'au plan national (51,25 %). C'est sur la médecine générale, spécialité centrale pour l'offre de soins de premier recours, que se concentrent dans notre région les plus grandes difficultés. Sur les 24 336 médecins généralistes franciliens seuls 10 000 environ ont un exercice libéral en cabinet (57 %), dont 18 % choisissent des exercices particuliers (urgentistes, phlébologues, acupuncteurs, etc.). En conséquence, l'offre de médecine générale en cabinet de ville est assurée pour la région par environ 8 000 professionnels actifs hors médecines à exercice particulier, soit une offre bien moindre qu'en province.

2113 Une densité paramédicale élevée sauf pour la profession infirmière

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

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

2114 Une répartition inégale des densités médicale et paramédicale sur le territoire

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

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

2115 La disponibilité des soins pour les patients ne dépend pas que de la démographie

Les données relatives au secteur de conventionnement des médecins ont une importance majeure pour le diagnostic démographique des professions médicales. En effet, une densité élevée de médecins peut très bien se conjuguer, notamment dans certains quartiers parisiens, avec une faible accessibilité des soins au tarif conventionné, du fait d'une surreprésentation de médecins admis à pratiquer des dépassements d'honoraires, à relier pour partie aux coûts spécifiques de l'immobilier en Ile-de-France. Dans certains secteurs de grande couronne ou des zones urbaines sensibles, ce phénomène peut se conjuguer avec une faible densité pour aggraver les difficultés d'accès aux soins.

Ainsi, une étude récente de l'IRDES révèle que l'Ile-de-France est particulièrement concernée par des difficultés d'accès à des professionnels de secteur 1 : le temps moyen de trajet nécessaire à un Francilien pour accéder à un praticien de secteur 1 augmente pour la plupart des spécialités, et est multiplié par deux par rapport aux autres régions de France métropolitaine pour l'accès aux cardiologues, aux hépato-gastro-entérologues, aux gynécologues et aux pneumologues⁴⁷.

Par ailleurs, le phénomène des refus de soins illicites subis par certains bénéficiaires de la CMU et de l'AME persiste malgré la condamnation unanime de tous les acteurs du dossier et appelle à ce titre une vigilance particulière.

L'accessibilité financière des soins doit donc être une clé de lecture à part entière de la régulation démographique des professions médicales.

2116 Les projections démographiques

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

Cette baisse importante de la densité de professionnels de santé s'exprimera de façon différenciée selon les territoires. En effet, l'attractivité moindre des secteurs géographiques les plus déficitaires aura pour conséquence un taux de remplacement des départs en retraite encore plus faible que dans les secteurs les plus favorisés. Cette évolution risque d'aggraver significativement les inégalités territoriales existantes, et constitue une menace patente pour l'accès aux soins dans les zones rurales et urbaines sensibles.

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

212 Ressources humaines de santé : des enjeux franciliens spécifiques

2121 Les enjeux de formation

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

⁴⁷ M.Coldefy, L.Com-Ruelle, V.Lucas-Gabrielli, L.Marcoux, « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007 », DREES-IRDES, juin 2011

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

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

2122 Les enjeux sociaux

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

2123 Les conditions d'exercice

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

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

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

2.1.2.4. De nouveaux besoins

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer, la santé mentale et les addictions entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus transversales, plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social.

Comme l'a récemment souligné le rapport Hénart, l'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes. Le développement progressif des alternatives à l'hospitalisation classique crée également de nouveaux besoins. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé encouragées par la loi HPST sont une réponse aux enjeux de la démographie et de la qualité des organisations.

22 L'offre en prévention et en santé publique

221 Prévention et promotion de la santé

2211 Une offre riche mais dont la cohérence est limitée

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

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

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

2212 La qualité du service rendu

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

Pour autant, le bilan du PRSP fait également apparaître un enjeu de qualité et d'efficience de l'offre en prévention : les projets financés souffrent d'une visibilité insuffisante au regard de l'évaluation de leur qualité comme de l'efficience globale de la stratégie de subventions conduite. L'analyse de 309 dossiers de projet d'action pour la programmation 2010 révèle qu'un tiers des dossiers présentaient une qualité jugée moyenne ou insuffisante. D'autre part, une enquête de collecte des résultats d'évaluation a été réalisée au dernier trimestre 2010 sur les évaluations des actions financées en 2009. Le taux de réponse des promoteurs a été de 72 % (soit 837 actions). Néanmoins, seuls 33 % des actions renseignent des indicateurs de résultats afin de mesurer les apports à la population. Les actions de qualité, ayant fait l'objet d'évaluation externe, ou basées sur des données probantes et des méthodes validées, sont sans doute insuffisamment valorisées et diffusées.

2213 Des partenariats de qualité

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

2214 L'enjeu des inégalités sociales et territoriales de santé

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

2215 L'articulation entre prévention et promotion de la santé, soins et médico-social

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

222 Les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire

2221 La veille sanitaire

La région dispose d'un éventail particulièrement bien développé d'outils de surveillance en population générale (non spécifiques et spécifiques à une pathologie) à des fins d'alerte, d'évaluation et de gestion de l'offre de soins (dispositif SURSAUD de veille sur les urgences⁴⁸, dispositifs CERVEAU⁴⁹, CAPRI⁵⁰ et SERDEAU⁵¹, maladies à déclaration obligatoire). Certains dispositifs de suivi demandent à être améliorés (shigella, IST, toxicovigilance, etc.). Une étape importante est en passe d'être franchie avec la création d'une plate-forme régionale associant la C[R]VAGS et la Cire (InVS-ARS) pour recevoir, traiter ou réorienter tous signalements sanitaires entrant dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire ou témoignant de la survenue d'un phénomène décrit comme anormal ou inquiétant, constitutif d'une alerte.

⁴⁸ SURSAUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès

⁴⁹ CERVEAU : Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences

⁵⁰ CAPRI : capacités des réanimations sur internet

⁵¹ SERDEAU : (serveur web) recueille, une fois par jour, les informations des établissements (nombre de lits disponibles) qui ne sont pas connectés au Cyber Réseau, notamment celles des SAMU

Dans le domaine environnemental, l'ARS pilote de nombreux dispositifs de surveillance, soit de pathologies en partenariat avec le CAPTV⁵² (saturnisme infantile et intoxications au CO), soit des milieux (suivi de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ; des eaux de baignade, ...). La qualité microbiologique des eaux distribuées à la population est globalement bonne, voire très bonne. Concernant la qualité chimique, quelques secteurs géographiques sont encore alimentés par une eau non conforme vis-à-vis de solvants halogénés (quelques unités de distribution dans l'Essonne ou dans le Val-d'Oise) à des teneurs ne présentant toutefois pas de risques pour la santé des consommateurs, ou bien vis-à-vis des pesticides (notamment en Seine-et-Marne, où quelques communes sont soumises à des restrictions de consommation). La prévention de ces situations repose sur la protection des prises d'eau dans le milieu naturel, la sécurisation des installations de production et distribution d'eau potable, le suivi très régulier de la qualité de l'eau (recherche d'une soixantaine de paramètres, dont des paramètres microbiologiques indicateurs de contamination fécale) par les responsables de production/distribution d'eau et par les services de l'ARS, ainsi que sur le développement d'interconnexions. Enfin, la surveillance de la qualité de l'air et des expositions au bruit est assurée par des organismes indépendants (Airparif et Bruitparif) ayant des liens étroits avec l'ARS. La limite de ces dispositifs est qu'ils portent sur l'élément surveillé lui-même, et non sur l'état de santé des populations exposées à d'éventuels dysfonctionnements.

2222 La gestion de crise

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

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

23 L'offre ambulatoire

231 Une offre de soins ambulatoire forte mais contrastée

2311 Une offre abondante

Avec 405 médecins pour 100 000 habitants, l'offre ambulatoire francilienne est d'une particulière richesse. Ainsi, 97 % des Franciliens résident à moins de deux kilomètres d'un omnipraticien, 80 % à moins de deux kilomètres d'un gynécologue, 78 % à moins de deux kilomètres d'un cardiologue ou d'un dermatologue, etc. Cette richesse globale ne traduit toutefois pas bien les différences de situation selon les territoires et la réalité de la pyramide des âges de ces professions.

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

⁵² CAPTV : centres antipoison et de toxicovigilance

La région compte par ailleurs l'une des plus fortes densités de chirurgiens-dentistes (60 pour 100 000 habitants contre 54,6 en France) et ce malgré une diminution des effectifs (-6,6 % en Ile-de-France entre 2009 et 2 000 versus -2,1 % en France).

Fait unique en France, la région se caractérise par une plus forte proportion de médecins spécialistes que d'omnipraticiens (57 % versus 51 %). Ce phénomène s'explique en partie par l'attrait que représente la région dotée d'une offre hospitalière et d'une offre de formation de pointe. Conséquence de la concentration de l'offre en Ile-de-France, les Franciliens optent plus facilement pour un spécialiste du domaine qui les concerne que pour un généraliste. C'est particulièrement le cas pour les pédiatres : 46 % des enfants franciliens vus en consultation le sont par un pédiatre, deux fois plus qu'en province. Les Franciliens consultent également presque deux fois plus souvent un psychanalyste, psychothérapeute ou psychologue. Une partie de l'offre spécialisée joue ainsi un rôle de soins de premier recours. La densité régionale en spécialistes cache toutefois de fortes disparités entre territoires. Conséquence de la très forte concentration de l'offre dans le centre de la région, plus de 71 % des communes franciliennes ne recensaient aucun médecin spécialiste en 2010. Ainsi, si, à Paris, les deux tiers des médecins libéraux sont des spécialistes, cette proportion tombe à moins de la moitié en Seine-et-Marne.

2312 Les faiblesses de l'offre de premier recours

Aujourd'hui, la densité d'omnipraticiens libéraux francilienne est plus faible que la moyenne nationale (87 pour 100 000 habitants contre 99) et présente de fortes inégalités de répartition : 119,8 à Paris contre 69,8 en Seine-Saint-Denis. En outre, effet aggravant en Ile-de-France, parmi les quelques 10 031 omnipraticiens exerçant en Ile-de-France, 18 % d'entre eux le font au titre de médecin à exercice particulier (MEP), ayant une activité plus restreinte de la médecine générale au profit de l'homéopathie, de l'acupuncture ou bien encore de la gériatrie ou de la nutrition. Si, dans les 10 dernières années, les effectifs n'ont diminué que de 2,9 %, le départ d'un généraliste est souvent vivement ressenti par la population, l'enjeu concernant tant les zones rurales que les zones résidentielles, avec une sensibilité particulière dans certains quartiers difficiles où les cabinets ne trouvent pas de reprenneur. La pyramide des âges et le faible taux de renouvellement constaté des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, font craindre une détérioration générale de la disponibilité dans les cinq ans. Cette tendance démographique lourde sera amplifiée par l'évolution à la baisse des temps d'exercice souhaités par les jeunes générations de médecins.

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

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

2313 L'accessibilité financière de l'offre libérale

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

Une partie de cette situation tient aux coûts franciliens élevés. La charge foncière qui pèse sur les professions libérales est en effet plus élevée en Ile-de-France, à quoi s'ajoutent des dépenses professionnelles plus importantes, l'effet étant particulièrement fort dans Paris et sa petite couronne.

L'activité libérale se trouve de surcroît maquée par le poids des activités relevant de tâches administratives qui réduisent le temps médical consacré aux patients. Quelles que soient les enquêtes, et même si les connaissances en la matière demanderaient à être approfondies dans notre région, on constate que les médecins libéraux, généralistes et spécialistes, déclarent supporter des tâches administratives trop lourdes, cette perception s'appliquant tant à la gestion du cabinet (comptabilité, commandes, entretien) qu'à l'accompagnement non clinique d'un patient (rédaction de certificats, constitution de dossiers administratifs) en passant par la télétransmission ou la gestion des tiers payants⁵³. L'ARS souhaite favoriser la compréhension de ces contraintes spécifiques de l'exercice libéral et de leur impact éventuel sur les caractéristiques franciliennes de répartition de l'offre entre secteur 1 et secteur 2.

232 Des modes d'exercice alternatifs particulièrement riches

2321 Coordination des soins : l'expérience des réseaux

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

Leur apport majeur se situe dans la coordination des prises en charge, qu'il s'agisse notamment de créer des liens entre intervenants autour d'un patient ou de faciliter le maintien à domicile. Constituant une réponse à la difficulté de coordonner autour d'un patient la ville et l'hôpital, les réseaux de santé franciliens mènent des actions en faveur de la qualité des prises en charge (formations de professionnels, évaluations pratiques, etc.), en faveur de la coordination des parcours de soins, en faveur du maintien à domicile (gestion des urgences, entrées et sorties d'hospitalisation, liens avec les services sociaux, etc.) et en matière d'éducation pour la santé.

Deux départements peuvent être considérés comme bien dotés en termes de réseaux de santé, puisqu'ils concentrent le tiers des réseaux financés sur la région : Paris et les Yvelines. Trois départements bénéficient d'une couverture moyenne : Essonne, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne. Trois départements sont relativement dépourvus : Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise et Seine-et-Marne. La couverture territoriale est quasi-totale sur les thématiques cancérologie et insuffisance rénale. Elle est relativement bonne pour les thématiques soins palliatifs et gérontologie : couverture des trois quarts de la région en soins palliatifs (zones non couvertes : ¼ du 77, les 2/3 du 95 et le centre 92) et des deux tiers en gérontologie (zones non couvertes : centre 92, sud 93, nord 77, ouest 95). Elle est de 70 % sur le diabète (zones non couvertes : 95, 78 et sud 92). En revanche, un tiers seulement de la région bénéficie de réseaux de précarité/accès aux soins, et des départements tels le 91, le 93, le 95, et le nord 77 ne sont pas du tout couverts sur cette thématique. Sur la santé mentale, les troubles du comportement, l'insuffisance cardiaque, l'obésité ou les pathologies chroniques de l'enfant, l'organisation en réseaux de santé est quasi inexistante. Enfin, Paris et la Seine-Saint-Denis ne sont que très partiellement couverts en termes de réseaux de périnatalité.

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

2322 Maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé

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

En Ile-de-France, ce mode d'exercice tend à se diffuser ; il est dénombré dans la région 15 maisons et pôles de santé en fonctionnement dont 5 ayant bénéficié d'un soutien financier par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Quatre projets ayant également bénéficié d'une subvention FIQCS au titre de la réalisation des études préalables sont actuellement en phase de finalisation. Par ailleurs, 12 dossiers ont été déposés lors de l'appel à projets 2010 relatif à la création des maisons de santé pluriprofessionnelle. Ces structures pluriprofessionnelles viennent compléter une offre importante de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe souvent mono professionnels.

⁵³ P.Le Fur, Y.Bourgueil, C.Cases, « Le temps de travail des médecins généralistes », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°144, juillet 2009

Ces cabinets, plus attractifs que l'exercice isolé, constituent un terrain propice à des perspectives de regroupements pouvant à terme associer plusieurs professions dans le cadre d'un projet de santé bâti en commun.

De façon plus générale, la particularité de la région en termes d'urbanisation et de coût du foncier doit inciter à associer autant que possible les professionnels libéraux aux projets d'aménagement des territoires des collectivités.

2323 Les centres de santé

Comme dans d'autres régions urbanisées et industrialisées comme Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais ou Provence-Alpes-Côte-D'azur, les centres de santé sont fortement implantés en Ile-de-France, malgré une forte baisse ces 40 dernières années (-60 %). On dénombre ainsi près de 300 centres actifs au 1^{er} janvier 2010, salariant plus de 9 000 professionnels, essentiellement à temps partiel, et se répartissant de la façon suivante : 91 centres médicaux exclusifs, 51 centres dentaires exclusifs, 133 centres polyvalents (dentaire + médical) et 22 centres de soins infirmiers.

Il s'agit de structures de proximité, organisées dans le cadre des missions définies par l'article L. 6323-1 du CSP, pour faciliter l'accès aux soins sans hébergement dans ses différentes dimensions, sociale, physique et financière. Ces centres sont tous dotés d'un projet de santé, inscrit dans un territoire qui peut être la ville ou un quartier. Ils sont dans ce cadre souvent associés à la politique de santé des villes.

Ensemble de structures très diverses, les centres de santé peuvent être gérés par des municipalités, par des associations, des mutuelles ou d'autres organismes (congrégations, établissements publics, caisses d'Assurance Maladie) et sont tous à but non lucratif, salariant leurs praticiens et pratiquent le tiers-payant et des tarifs opposables.

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

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

De nombreux centres connaissent aujourd'hui des difficultés financières importantes (7 centres sur 10 souffrent d'un déficit chronique d'exploitation). Cette situation tient à de multiples facteurs dont notamment :

- une pratique et une organisation peu adaptée à leur source exclusive de financement constituée par le paiement à l'acte justifiant en Ile de France la participation forte de ces structures à l'expérimentation « Nouveaux modes de rémunération » (article 44 de la LFSS 2008) ;
- des difficultés de gestion et de management : amplitude horaire inégale, rapport personnel soignant/autres personnels insuffisant, part importante de patientèle socialement défavorisés davantage consommatrice de moyens, activités non rémunérées (prévention, sociale, accès aux droits), coût du tiers payant, etc. ;
- des difficultés de recrutement de praticiens notamment spécialisés.

24 L'offre des établissements de santé

241 Une offre riche et de qualité

2411 Une offre dense et diversifiée

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

La densité de l'offre francilienne est illustrée par une étude récente de la DREES, qui démontre que l'Ile-de-France est la région où l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est globalement au plus près de la population, le temps médian pour accéder à cette offre y étant de 15 minutes alors qu'il est de plus de 20 minutes dans la quasi-totalité des autres régions françaises⁵⁴.

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

2412 Les évolutions dans la consommation de l'offre

Les grandes tendances qui se dessinent dans la consommation de l'offre de soins hospitaliers de court séjour concernent la réduction des durées de séjour, une certaine stabilisation de l'hospitalisation complète et des poids respectifs des divers secteurs d'hospitalisation, et enfin une croissance des activités sans hospitalisation, que les soins demandés soient programmés ou non.

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

Pour sa part, l'hospitalisation à domicile a fortement progressé au cours des six dernières années (+16 %) plaçant l'Ile-de-France en tête des régions françaises (avec un taux de 10 324 journées pour 1000 000 habitants), les principales interventions concernant le domaine du cancer (soins palliatifs, chimiothérapie, nutrition, douleur, prise en charge psychologique et/ou sociale), la neurologie (rééducation, soins de nursing lourds) et l'obstétrique (ante et post-partum).

Les parts de marché entre les différents statuts montrent une faible évolution sur le long terme, en dehors de l'obstétrique où la place du secteur public croît.

⁵⁴ F.Evain, « A quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? », DREES, *Etudes et résultats*, n°754, février 2011

L'effet de segmentation des séjours qu'on aurait pu craindre du fait de la T2A n'est globalement pas constaté.

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

S'agissant des flux intrarégionaux de patients, la situation francilienne se caractérise par un niveau élevé de couverture locale à Paris (plus de 80 % de la demande) et en grande couronne (des deux tiers des besoins aux trois-quarts selon les départements) et moindre en petite couronne. En effet, la forte attractivité des établissements de Paris s'exerce principalement sur les résidents de la petite couronne. Il faut également souligner l'attractivité de certains établissements périphériques sur les habitants des départements limitrophes de l'Ile-de-France ; l'attractivité extra régionale concerne environ 7 % des séjours.

2.4.1.3. La qualité des soins prodigués

En matière de qualité et de sécurité des soins prodigués dans les établissements de santé, les résultats de la certification HAS des établissements franciliens font apparaître une situation régionale favorable. En 2009, sur 437 établissements franciliens éligibles, 115 établissements ont été certifiés, dont 60 avec suivi et 9 gardant des réserves après mesures de suivi, soit 16 % d'établissements de santé certifiés avec réserves (taux moyen national : 20 %). La certification avec réserves est bien plus fréquente dans les établissements publics (71 %) que dans les établissements privés, lucratifs (47 %) ou non lucratifs (36 %). C'est en Seine-et-Marne que l'on retrouve la plus forte proportion d'établissements certifiés avec réserves (70 %), suivi des Yvelines (67 %) alors que seuls 43 % des établissements de l'Essonne et 30 % de ceux du Val-d'Oise sont dans ce cas. Les deux thèmes qui font plus fréquemment l'objet de réserve concernent la gestion et le circuit du médicament et la politique de gestion des risques.

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

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

242 qui fait face à d'importantes transformations

2421 Le SROS III : un levier majeur de transformations récentes qui rencontre ses limites

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

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

Les opérations de rapprochement et de recompositions s'inscrivent dans un mouvement de rationalisation de l'offre de soins hospitalière, qui porte notamment sur les plateaux techniques. Dans certains territoires franciliens, ce processus est déjà largement engagé ; dans d'autres, il nécessite d'être soutenu. L'expérience du groupement de coopération sanitaire rassemblant les 3 établissements publics de la Seine-et-Marne nord est prometteuse. Il reste que, en 2009, l'Île-de-France paraissait moins dynamique que d'autres régions dans la formation de GCS (9 pour la région).

2422 Le défi de la transversalité

Malgré l'important travail conduit autour des projets médicaux de territoires dans le cadre du SROS III, la transversalité des prises en charge à l'échelle des territoires reste le défi majeur.

Pour ne prendre qu'un exemple, l'insuffisante coordination de la prise en charge des personnes âgées malades est déplorée de manière quasi unanime. Les indicateurs qui signalent une qualité globale insuffisante du système dans la prise en charge des personnes âgées sont nombreux et largement étayés par la littérature scientifique ou les rapports qui lui sont consacrés. Il s'agit notamment de l'utilisation des urgences hospitalières comme premier recours, y compris par des patients âgés en institution, mais aussi du manque de coordination des hôpitaux dans le suivi post-hospitalisation ou encore des conditions de la mort à l'hôpital.

Plus largement, le phénomène des hospitalisations évitables ou inadéquates illustre un déficit d'articulation entre l'hospitalisation et l'amont ou l'aval des parcours de santé. Les hospitalisations évitables, c'est-à-dire qu'une prise en charge en ville en amont aurait permis d'éviter, illustrent un défaut de cohérence des parcours corrélé avec les inégalités sociales. Selon une étude récente, on estime qu'en 2006 10 % des journées en Île-de-France étaient « potentiellement évitables » moyennant une prise en charge d'amont adaptée⁵⁵. Les hospitalisations inadéquates, dont on estime couramment qu'elles peuvent représenter entre 15 % et 30 % des journées hospitalières, sont pareillement le témoignage des marges de progression qui demeurent dans l'articulation entre les différents secteurs de prise en charge.

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

2423 Le défi de l'efficience

L'aboutissement de la réforme du financement et la crise économique marquent fortement les perspectives des établissements de santé. Le contexte économique des prochaines années sera fortement contraint autour d'une progression globale de l'ONDAM (+3 % en 2010, +2,9 % en 2011, +2,8 % en 2012) avec un impact plus fort sur des tarifs hospitaliers qui pourraient demeurer stables, voire négatifs.

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

⁵⁵ R.Freund, F.Tonnellier, J.F.Philippon, « *Les hospitalisations potentiellement évitables en Île-de-France* », ARHIF, EHESP. Non publiée

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

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

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

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

2424 Les ressources humaines hospitalières

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

25 L'offre médico-sociale

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

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

Ces perspectives de croissance nécessaire de l'offre médico-sociale sont du reste confirmées au regard des nombreux indicateurs du CPOM de l'Agence qui sont consacrés à leur suivi⁵⁶.

⁵⁶ Voir Annexe 1, CPOM fiches 4.4, 6.2, 6.3, 9.1, 9.2

251 Une offre médico-sociale de qualité mais sous-dotée...

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

2511 Prise en charge des personnes âgées

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

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

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

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

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

2512 Prise en charge des personnes en situation de handicap

Les transformations de l'incidence des déficiences de naissance ou acquises doivent constituer la base de l'analyse prospective des besoins car elles doivent induire une recomposition en profondeur de l'offre (enfant vers adulte, établissement vers milieu ordinaire). De ce point de vue, bien que les données encore trop parcellaires ne permettent pas d'être absolument affirmatif, l'incidence des principales déficiences de naissance ou acquises est globalement stable. Si l'incidence de certaines déficiences régresse, pour d'autres elle semble au contraire progresser. En revanche, la prévalence des déficiences progresse, elle, de façon importante en raison du vieillissement accéléré des personnes handicapées au regard de la population générale. Celui-ci, qu'illustre par exemple le fait que l'espérance de vie des personnes trisomiques en établissement augmente de 1,7 an chaque année, induit un nécessaire rééquilibrage du soutien aux personnes, des aidants naturels, forcément moins nombreux au fil de l'avancée en âge, vers les structures et les dispositifs d'accompagnement. La problématique des personnes handicapées avançant en âge et dont le vieillissement est souvent prématuré mérite une vigilance particulière.

Globalement, la région Ile-de-France est sous-dotée par rapport au taux d'équipement national en ce qui concerne l'accueil tant des adultes que des enfants.

Le taux d'équipement en places pour enfants handicapés au 31 décembre 2010 est de 7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, par rapport à la moyenne nationale qui est de 8,0 places. Les 21 200 places offertes se répartissent entre des établissements de type IME (terme générique regroupant, toutes déficiences confondues, les établissements d'éducation spéciale) et Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), des services à domicile : services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD, 6 818 places). Les structures telles que les centres d'accueil médico-social précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne sont pas comptabilisées dans ce bilan, le nombre de places n'étant pas significatif et l'offre devant s'évaluer en nombre d'enfants suivis.

Au niveau régional, les équipements les plus importants en nombre de places pour enfants concernent la déficience intellectuelle (41 %), les déficiences sensorielles (12 %) puis le handicap moteur (10 %). En termes d'équipement pour l'accueil des enfants souffrant de handicap, la Seine-Saint-Denis enregistre le taux le plus bas, la Seine-et-Marne et l'Essonne ayant un taux supérieur à la moyenne régionale.

Pour les adultes handicapés, les maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent les personnes nécessitant des soins constants sur 3 299 places (soit un taux de 0,51 pour 1 000 habitants, versus 0,64 pour la moyenne nationale). Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) offrent 2 507 places à des personnes très dépendantes. Le travail protégé repose sur 16 406 places en établissements d'aide par le travail (ESAT), soit un taux de 2,53 places pour 1 000 habitants, versus 3,28 pour la moyenne nationale. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), dont la création est récente, totalisent 1 177 places sur la région.

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

2513 Prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Le secteur médico-social « personnes en difficultés spécifiques » recouvre le champ de la prise médico-sociale en addictologie (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et communautés thérapeutiques) ainsi que celui de l'accompagnement médico-social et de l'hébergement des personnes ayant des besoins spécifiques (Appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM)).

L'offre médico-sociale francilienne en direction des personnes en difficultés spécifiques comprend, au 1^{er} janvier 2011 : 71 CSAPA (35 « généralistes », 22 spécialisés « alcool », 14 spécialisés « drogues illicites »), 21 CAARUD et 1 communauté thérapeutique. On compte par ailleurs 675 places d'ACT, 384 places en LHSS et 24 places en LAM (dispositif expérimental ouvert depuis décembre 2010).

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

252 ...qui fait face à de nombreux défis

2521 Un accès géographique et financier inéquitable

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

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

La difficulté historique à créer des places au cœur de l'Île-de-France a conduit les établissements médicosociaux des départements de grande couronne à jouer un rôle de ressource pour les personnes âgées ou handicapées de la région. Il faut aussi souligner le maintien de nombreux adultes handicapés dans les établissements pour enfants au titre de l'« amendement Creton » ; il faut également souligner l'hébergement en Belgique de nombreux Franciliens (195 enfants ou jeunes adultes, presque exclusivement dans des structures conventionnées, et 315 adultes, essentiellement dans des structures non conventionnées).

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

2522 Qualité et bientraitance : des efforts à poursuivre

Les ARS participent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Le souci de la bientraitance dans les pratiques des professionnels se traduit par une culture du respect de la personne de son histoire et de son projet de vie, de sa singularité et par une valorisation de son expression et de ses droits.

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

2523 Articulation avec les établissements de santé : des passerelles à renforcer

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

Ces dernières années, le processus de médicalisation s'est largement développé, beaucoup d'établissements pour personnes âgées ayant signé une convention tripartite leur permettant d'accueillir des personnes dépendantes. Le renforcement de cette médicalisation doit se poursuivre afin de mieux prendre en compte non seulement l'accroissement du niveau de dépendance mais aussi le niveau de soins requis par les personnes âgées accueillies. La médicalisation insuffisante conduit notamment certains EHPAD à ne pas être en capacité d'accueillir dans de bonnes conditions les malades Alzheimer, faute, notamment, de personnels formés et qualifiés. Face à ce constat, de nouveaux dispositifs de prise en charge des malades Alzheimer ayant des troubles du comportement se développent actuellement au sein des EHPAD : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Leur développement traduit la prise de conscience de la spécificité de certaines pathologies et de la nécessité d'un accompagnement spécifique.

2524 Des initiatives porteuses pour l'accompagnement du maintien à domicile

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

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

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

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

2525 Une offre à développer : les structures de répit et logements-foyers

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

Le parc des logements-foyers, ancien et souvent inadapté, a tendance à diminuer. Il compte en Ile-de-France plus de 450 structures avec une capacité de 25 000 places. A la frontière entre maintien à domicile et accueil en établissements pour des personnes non dépendantes, en recherche de sécurité, de services et de lien social, les logements-foyers nécessitent d'être rénovés et confortés dans leur équilibre économique.

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

2526 Efficience : une logique insuffisamment développée

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

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

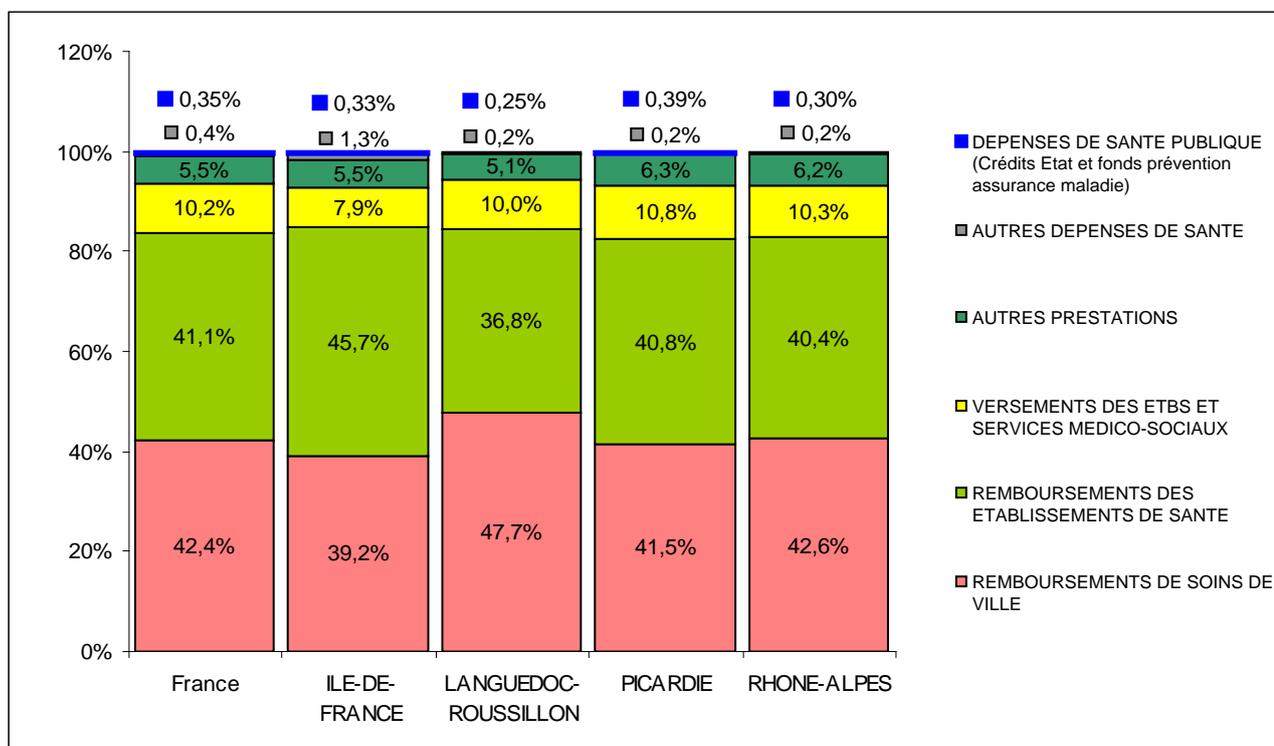
3 DIAGNOSTIC DES RESSOURCES FINANCIERES⁵⁷

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

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

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

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



⁵⁷ Pour une information plus détaillée, voir ARS, « Diagnostic des ressources financières du système de santé d'Ile-de-France », 17/03/11 sur <http://www.sante-iledefrance.fr/>



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

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

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



ANNEXE 3A : FICHES PROGRAMMES 2010



Transports sanitaires

Responsable du programme : AM														
Objectif : Maîtriser les dépenses de transport sanitaire .Objectif d'économie : 90 M€														
nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux <i>Les objectifs régionaux ne sont pas précisés par la directive nationale</i>	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perform.	DT	SI et stat.		Com°
<p>1/ Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par la fixation d'un taux national d'évolution des dépenses (art. 45 LFSS 2010) :</p> <p>1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivre pendant l'année 2010, en lien avec l'AM, l'évolution des dépenses des prescriptions, - Identifier les établissements au-delà du taux arrêté dès le second semestre 2010, - Commencer, en lien avec l'AM, des visites de sensibilisation des établissements ciblés. 	Juil. - Sept.	Sept. - Déc.	1er trim 2011	RG : Responsable programme RSI : participation MSA : participation	RG : participation RSI : participation MSA : participation	/	Référent régional transport	/	/	/	/	participation		Nombre d'établissements visités en 2010 par ARS en préparation de la contractualisation
<p>1.2 Contractualiser, en lien avec l'AM, avec les établissements les plus déviants dès le début d'année 2011.</p>	1er trim 2011			RG : Responsable programme RSI : participation MSA : participation	RG : participation MSA : participation	/	Référent régional transport	/	/	/	/	participation		Nombre de contrats signés avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières est supérieur au taux défini nationalement
<p>2/ Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports sanitaires partagés et plus économes :</p> <p>2.1 Identifier dès juillet 2010 les établissements candidats à l'application d'un cahier des charges national, Accompagner les établissements de santé expérimentateur et leur effectuer un retour sur l'évolution des dépenses de transports (automne 2010 et année 2011).</p>	Aoû. - déc.	1er Trim 2011	fin 2011	RG : Participation	RG : Participation	/	Référent régional transport	/	/	/	Responsable l'action	participation	Stratégie ARS ?	Nombre d'expérimentations lancées en 2010 par ARS (à enrichir et/ou modifier dans le cadre de la fiche action)
<p>2.2 Dès 2010, pour les autorisations délivrées aux transporteurs, respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL.</p>	/	2011		/	/	Participaton (référent régional)	Référent régional transport	/	/	/	/	Sous réserve contexte réglementaire		A définir

PLAN D'ACTIONS DES ORGANISMES ET SERVICE DE L'ASSURANCE MALADIE (COG / CPG)

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser		Indicateurs
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		
				SA	SM	
Accompagnement des professionnels libéraux (hors néphrologues) : entretiens d'alerte, visites conjointes DAM/MC ou visites DAM	sept 2010	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation	Participation	Nombre de PS ciblés et nombre de rencontres effectuées
Accompagnement des néphrologues et des centres de dialyse : entretiens d'alerte et visites des délégués de l'assurance maladie et médecins conseils ELSM	sept 2010	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation	Participation	Nombre de PS et centres ciblés et nombre de rencontres effectuées
Accompagnement des établissements publics et privés (programme MMH-PH hors ciblage ARS pour la contractualisation) : entretiens d'alerte et visites des délégués de l'assurance maladie et médecins conseils ELSM	sept 2010	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation	Participation	Nombre d'établissements ciblés et nombre de rencontres effectuées
Accompagnement des transporteurs sanitaires par les délégués de l'assurance maladie	sept 2010	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation		Nombre de transporteurs ciblés et nombre de rencontres effectuées
Action de communication grand public ou ciblées auprès des patients dialysés et ayant des transports itératifs	sept/oct 2010	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation		Réalisé ou non réalisé
Contrôle des transports pendant hospitalisation et des transferts inter-hospitaliers	Réalisée	Continue	1er trimestre 2011	Participation		Montant des indus notifiés et récupérés
Contrôle d'activité des transporteurs sanitaires (facturation, agréments des véhicules et du personnel...)	sept 2010	Continue	1er trimestre 2011	Participation		Nombre de sociétés contrôlées / montant des indus notifiés et récupérés / nombre de procédure pénalités financières / nombre de procédures conventionnelles
Contrôle de facturation des taxis conventionnés (application de forfaits)	Réalisée	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation		A définir
Intégration des transports dans les protocoles de soins pour les assurés dialysés et les néphrologues	Expérimentation ELSM/CPAM 95	2011	2011	Participation (pour le suivi a posteriori)	Participation	Nombre de protocoles signés
Contrôle systématiques des demandes d'ententes préalables pour les transports > à 150 km	Réalisée	Continue	1er trimestre 2011	Participation	Participation	Nombre de demandes d'EP reçues / nombre d'accords et refus notifiés / nombre de recours suite à refus
Application de la règle de l'établissement le plus proche sur certains actes ou séjours (SSR, actes kinés...)	oct 2010	Dernier quadrimestre 2010	1er trimestre 2011	Participation		Montant des indus notifiés et récupérés



Insuffisance Rénale Chronique

Responsable du programme : ARS

Objectif : Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC. Objectif d'économie : 30 M€ en 2010 et 100 en 2011

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perform.	DT	SI et stat.		Com°
1/ Identifier les pratiques régionales (ambulatoire et établissement, réaliser un diagnostic partagé et concerté avec les médecins libéraux, les néphrologues, les auxiliaires médicaux et les établissements de santé sur les pratiques de prévention et de prise en charge de L'IRCT et sur l'organisation régionale des soins afférents		Nov. - Déc 2010		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	état des lieux avant le 31/12/2010
2/ Diffuser des recommandations médicales auprès des médecins, assurés et établissements : - Les recommandations sur le dépistage et la prévention - Les recommandations de la HAS (2007) sur la dialyse péritonéale, - Accompagner les établissements et les médecins (retours sur leurs pratiques : profils AM). - Les données épidémiologiques disponibles (cohortes, registre du REIN) par les coordonnateurs du registre		2011	2012	RG : participation MSA : Participation	RG : participation RSI : accompagnement des assurés MSA : Participation			/					participation à la diffusion d'information auprès des établissements	3 indicateurs -prévention (dosages biologiques chez diabétiques) - greffe (inscription liste d'attente) - taux de dialyse hors centre (dont DP=CPOM)
3/ Elaboration d'un plan d'actions visant au développement de la greffe et des modalités de dialyse hors centre, notamment la dialyse à domicile concomitamment avec l'élaboration du SROS		2eme trim- 2011	2012	RG : coordination GDR	RG : DRSM					OMEDIT			appui en matière d'organisation de l'offre de soins	



Maîtrise des prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus

Responsable du programme : AM

Objectif : Maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus.(Obtenir la décélération de la croissance des dépenses de produits de santé à l'hôpital par la sensibilisation des prescripteurs hospitaliers, l' accompagnement des établissements de santé et le Bon Usage des produits de santé à l'hôpital).

objectif économique : 90 M€ en année pleine (ONDAM 2010: objectif à 8% sur la liste en sus)

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)				
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Veille sanitaire	Performance	DT	SI et stat.	Com°			
<p>1/ Evaluer l'impact des actions locales lancées en 2009 suite à la circulaire du 16 juin 2009 et faire un retour d'expérience</p> <p>Etablir le bilan régional via le tableau de bord</p>		30-oct		RG : participation	RG : Responsable programme	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Nombre de plan d'action mis en œuvre à la suite de la campagne 2009
<p>2/ Poursuivre l'action de 2009 : Au second semestre 2010, assurer un suivi particulier des établissements sous plan d'action et des indicateurs clés accessibles (en particulier les dépenses sur la liste en sus).</p>		3ème trim 2010	3ème trim 2011	RG : Participation	RG : Responsable programme	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
<p>3/ Préparer et lancer la campagne 2010 afin de consolider la démarche en l'adaptant en tant que de besoin :</p> <p>3.1 Poursuite et renforcement des actions d'information et de sensibilisation</p> <p>3.2 Identification des établissements ayant eu un taux supérieur à 8% pour l'année 2009 et leur diffuser une information ciblée.</p> <p>3.3 Suivi préventif, information des établissements identifiés et élaboration de voies d'amélioration</p>	ciblage en novembre 2010	décembre 2010 à juin 2011	3ème trim 2012	RG : Participation	RG : Responsable programme	/	/	/	/	/	/	/	/	/		



Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

Responsable du programme : AM

Objectif : Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville. Les prescriptions des salariés hospitaliers représente environ 20 % des prestations de ville. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne des dépenses concernées notamment du fait de facteurs structurels Néanmoins d'importants efforts d'efficience reste à faire. Objectif d'économie : 60 M€ en 2011

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	SI et stat.		Com°
<p>1/ Suivre pendant l'année 2010, en lien avec l'AM, l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses :</p> <p>1.1 Identifier les établissements au-delà du taux arrêté dès le second semestre</p> <p>1.2 Commencer, en lien avec l'AM, des visites de sensibilisation (bonnes pratiques et contractualisation)</p>	4^{ième} trim 2010 - début 2011		2011	RG : Responsable programme MSA : participation à l'action 1.2	RG : participation MSA : participation à l'action 1.2	/	/	/	/	/	/	participation		Nombre d'établissements visités en 2010 par ARS en préparation de la contractualisation
<p>1.3 Contractualiser, en lien avec l'AM, des CAQCOS sur les prescriptions hospitalières avec les établissements dont la croissance de prescription apparaît rapide toutes choses égales par ailleurs, ou dont la structure de prescription apparaît singulière. Accompagnement des établissements</p>	Nov. - Déc. 2010	1^{er} sem. 2011	2012	RG : Responsable programme MSA : participation	RG : participation MSA : participation	/	Participation (lien CPOM)	/	/	/	OMEDIT	participation		Nombre de contrats signés en 2011 avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières exécutés en ville est supérieur au taux défini nationalement
<p>1.4 Diffuser les outils d'identification des prescripteurs Accompagnement des établissements</p>			2011	RG : Responsable programme MSA : Participation	MSA : Participation	/	/	/	/	/	OMEDIT			



Imagerie médicale

Responsable du programme : ARS

Objectifs : Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

Objectif d'économie : 100 M€(y compris baisse tarifaire)

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	SI et stat.		Com°
<p>1/ Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle :</p> <p>1.1 Organisation d'un atelier régional avec les représentants de structure et de professionnels sur les enjeux du programme</p> <p>1.2 Mener des actions de sensibilisation auprès des prescripteurs et des radiologues ainsi que des établissements de santé</p> <p>Diffusion de recommandations et contractualisation</p>	1er trim 2011	Avril - Déc 2011	2012	RG : responsable action	RG : participation RSI : participation	/	/	/	/	/	/	/	/	Nombre d'actions de sensibilisation des prescripteurs et des radiologues
<p>2/ Favoriser un développement soutenable des équipements lourds :</p> <p>Analyse des demandes d'autorisation ou de remplacement au regard des potentialités en terme d'IRM plus efficaces (notamment les IRM bas champs)</p> <p>Préparation SROS imagerie (lien avec le cahier des charges régional sur la permanence des soins hospitalière)</p>	/	nov.	continue	/	/	/	responsable programme	/	/	/	/	Instruction des dossiers de demande d'autorisation	composition du parc installé	



Chirurgie ambulatoire

Responsable du programme : ARS

Objectif : Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente

Objectif d'économie : 50 M€ en année pleine (15 couples de GHM au taux cible)

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)				
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	SI et stat.	Com°			
<p>1 Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente dans le cadre d'une offre territoriale cohérente:</p> <p>1,1 réaliser un état des lieux sur les pratiques et le développement de la chirurgie ambulatoire dans la région</p>		avant le 31/12/2010	2011	RG : participation	RG : participation	/	/	/	/	/	/	Responsable action	participation			réaliser un état des lieux avant le 31/12/2010
<p>1,2 Mettre en place un plan d'action visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire (automne 2010) permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place, au sein des sites de chirurgie, d'une chirurgie ambulatoire structurée avec une activité suffisante ; - la restructuration des sites de chirurgie avec une activité de chirurgie ambulatoire < au seuil d'activité réglementaire - la définition d'une stratégie de groupe entre les établissements publics incluant la chirurgie ambulatoire (complémentarité, spécialisation) ; - la continuité et la permanence des soins après la sortie (conventions de repli inter-établissements). 		2011		RG : participation	RG : participation	/	/	/	/	/	/	Responsable action	participation			<p>Nb d'établissements "accompagnés"</p> <p>taux chir ambu des 17 actes traceurs (CPOM)</p>
<p>2 Poursuivre la mise sous accord préalable</p>		nov 2010 à avril 2011.	2011-2012	RG : Participation	RG: responsable action RSI: participation	/	/	/	/	/	/	Participation	/			



Effizienz des EHPAD

Responsable du programme : ARS

Objectifs : Améliorer l'effizienz générale des EHPAD

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support			
				SA	SM	Ambu	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	SI et stat.	Com°		
1/ Suivre la montée en charge de la signature des contrats-types de coordination par type de professionnels, centraliser les statistiques transmises par les EHPAD,	sept. - oct.	début 2011	2011	RG : Participation	/	/	/	/	responsable action	/	/	/	à déterminer le cas échéant		Suivi semestriel : % des PS intervenant en EHPAD ayant signé un contrat et % de contrat avec rémunération autre que paiement à l'acte et suivi annuel : % PS intervenant en EHPAD et indemnisé pour participation à la commission de coordination gériatrique
2/ A partir des extractions du traitement automatisé, des données budgétaires transmises par les EHPAD complétées par des données de l'UNCAM, mettre en place un suivi et une analyse de la dépense de soins des EHPAD et d'analyse des coûts. Ce dispositif permettra notamment de disposer au niveau régional d'éléments de comparaison entre les EHPAD, de repérer des comportements atypiques appelant des actions ciblées spécifiques (ARS avec UNCAM)	nov.- dec 2010	test quelques ARS : S1 diffusion : T3 2011		RG : Participation RSI : Participation	/	/	/	/	responsable action	/	/	/		(à définir)	
3 identifier et expérimenter des indicateurs de qualité et d'effizienz	S1 2011	test S2 2011 généralisation 2012		RG : Participation RSI : Participation	/	/	/	/	responsable action	/	/	/		(à définir)	



Effizienz de la prescription dans les EHPAD

Responsable du programme : AM

Objectifs : Améliorer l'effizienz des prescriptions dans les EHPAD

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu	ES	Méd. Social	Veille sanitaire	Performance	DT	SI et stat.	Com°		
1 Etablir un profil de dépenses de médicaments et dispositifs médicaux par EHPAD sans PUI à partir des données par résident pour les visites d'accompagnement		T1 2011		RG : Participation MSA : participation	RG : Participation MSA : participation	/	/				/	/			% d'EHPAD sans PUI utilisant la liste préférentielle prévoyant un générique dans la liste préférentielle par classe thérapeutique (lorsqu'il en existe)
2 Faciliter l'appropriation de la méthodologie Nationale de l'élaboration de la liste préférentielle des Médicaments pour les EHPAD sans PUI	Méthodologie nationale attendue pour janvier 2011	1er trim 2011	S2 2011	RG : Participation MSA : participation	RG : Participation MSA : participation	/	/				OMEDIT	participation			
3 Organiser et animer les réunions locales avec les EHPAD, (ARS en lien avec AM) afin de diffuser des RBP, expliquer les nouvelles mesures réglementaires et mettre en œuvre les visites d'accompagnement (AM-fin 2010)	Sept. Oct. Méthodologie nationale attendue pour novembre	Nov. Déc. 2010	2011	RG : Participation MSA : participation	RG : Participation MSA : participation	/	/				OMEDIT	participation			Une réunion collective par département avant le 31/12/2010 % d'EHPAD visités
4 Déployer le contrat-type CRAQOS		2011		RG : Participation MSA : participation	RG : Participation MSA : participation	/	/	responsable action			/	participation			- Nombre d'EHPAD ayant signé un CRAQOS



Permanence des soins ambulatoire et urgences hospitalières

Responsable du programme : ARS

Objectifs :

- Mettre en place un dispositif de permanence des soins fiable, pérenne et lisible, dans un contexte de maîtrise des dépenses ;
- Définir les modalités de gestion des rémunérations spécifiques par les ARS
- favoriser une meilleure articulation des acteurs de PDSA et d'urgence pour une prise en charge plus efficace des demandes de soins non programmées aux horaires de PDSA.

Objectif d'économie : Evolution PDSA + urgences hospitalières <+3% en 2010 et 2011

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	veille sanitaire	Perform.	DT	SI et stat.	Com°		
<p>1.1 Installation et animation des CODAMU PS</p> <p>1.2 Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La définition des territoires de PDSA, - L'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins, - Les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, associations de permanence des soins, points fixes de gardes, structures de médecine d'urgence, transporteurs sanitaires, SDIS...) - Les modalités de rémunération de la PDS 	Sept. Oct.	Nov. - 2011	2011-2012	RG : participation											<p>Evolution des dépenses</p> <p>Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS</p> <p>Part des actes régulés pour les médecins d'astreinte</p> <p>Nombre de territoires de PDS</p>



Soins de suite et de réadaptation

Responsable du programme: ARS

- Objectifs :** - Améliorer le recours aux SSR,
 - Maîtriser le développement des SRR
 - Améliorer l'efficacité des SSR

Objectif d'économie : respect des enveloppes SSR telles que définies pour 2010 et 2011

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)				
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	SI et stat.	Com°			
1/ Mise en œuvre de la réforme réglementaire SSR, dans un cadre budgétaire contraint : Mettre en œuvre tous les outils prévus par la réglementation SSR pour améliorer la fluidité du parcours de soins : 1.1 Déployer l'outil régional d'aide à l'orientation en SSR (TRAJECTOIRES) et systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR 1.2 Promouvoir les conventions entre les structures SSR et le secteur médico-social	août - sept.	2011	2011 et 2012	RG: coordination GDR	RG : DRSM	/	responsable action	/	/	/	/	/	Déploiement outils, cellule coordination, formation, questionnaire pratiques, suivi des CPOM	/	/	DMS et taux d'occupation régionaux en SSR Nombre de réhospitalisations avec même motif suite à une hospitalisation en SSR
2/ Mise en œuvre d'une politique maîtrisée et efficiente du SSR - Limiter le volume d'OQOS attribué aux établissements en 2010-2011 à la reconduction d'activité 2009 ; - Assurer une taille critique des unités SSR grâce à la délivrance d'un volume minimal d'activité ; - Veiller au respect du volume d'OQOS attribué aux établissements en particulier ceux financés par OQN et appliquer la procédure de sanction en cas de dépassement ; - Refuser les révisions de volume d'OQOS pour dépassement d'activité ; - Ne pas attribuer de mesure nouvelles 2010 aux structures autorisées en SSR ex-nihilo ; - Faire remonter à la DGOS les projets tarifaires avant décision.	sept. - oct.	nov. - mars	2011	RG: coordination GDR	/	/	responsable action	/	/	/	/	/	Instruction autorisations, suivi CPOM, suivi de l'activité, repérage les structures qui excèdent	/	/	Activité en venues / activité en journées Ecart entre les OQOS accordés aux ES et l'activité produite Niveau des tarifs régionaux moyens



ANNEXE 3B : FICHES PROGRAMMES 2012-2013



Transports sanitaires

Responsable du programme : AM															
Objectif : Maîtriser les dépenses de transport sanitaire															
nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux <small>Les objectifs régionaux ne sont pas précisés par la directive nationale</small>		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perform.	DT	AM : SI et Stat.		ARS : Stratégie	
<p>1/ Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par la fixation d'un taux national d'évolution des dépenses (art. 45 LFSS 2010) :</p> <p>1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivre pendant l'année, en lien avec l'AM, l'évolution des dépenses des prescriptions, - Identifier les établissements au-delà du taux national arrêté dès le 1er trimestre de l'année, - Commencer, en lien avec l'AM, des visites de sensibilisation des établissements ciblés. 	Campagne 2012 : T1 2012	Campagne 2012: T2 à T4 2012	Campagne 2012 : T1 2013	RG : Responsable programme RSI : participation MSA : participation	RG : participation RSI : participation MSA : participation	/	Service contractualisation + Cellule AP HP + Coordination régionale GDR	/	/	/	/	participation élaboration contrat / détermination objectifs	participation	Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital Taux d'évolution des dépenses de transports région IDF (tous pres.)	
<p>1.2 Contractualiser, en lien avec l'AM, avec les établissements les plus déviants</p>	Campagne 2012 : T1 2013	Campagne 2012: T2 à T4 2013	Campagne 2012 : T1 2014	RG : Responsable programme RSI : participation MSA : participation	RG : participation MSA : participation	/	Service contractualisation + Cellule AP HP + Coordination régionale GDR	/	/	/	/	participation élaboration contrat / détermination objectifs	participation	participation	Nombre de contrats signés avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières est supérieur au taux défini nationalement
<p>2/ Réguler les dépenses liées aux prescriptions de transports sanitaires, notamment à l'hôpital, par des expérimentations locales permettant le développement de modes de transports sanitaires partagés et plus économes : (R-ARS : Pierre Etienne Haas)</p> <p>2.1 Accompagner les établissements de santé expérimentateur et leur effectuer un retour sur l'évolution des dépenses de transports suite à leur inscription dans la démarche</p>	/	Sem 1 2012	T3 2012	RG : Participation	RG : Participation	/	Référent régional transport	/	/	Responsable l'action	participation	/	Elaboration outil	Nombre d'établissements ayant mis en place une gestion centralisée avec l'outil informatique regultramp dans le cadre d'un accompagnement par ARS et/ou par ANAP Taux d'évolution des dépenses de transports prescrites par ces établissements	
<p>2.2 Dès 2010, pour les autorisations délivrées aux transporteurs, respecter le ratio 1 ambulance pour 2 VSL</p>	2012-2013			/	/	Participaton (référent régional)	Référent régional transport	/	/	/	participation	/	/	A définir	

Les extensions régionales figurent en bleu

PLAN D'ACTIONS DES ORGANISMES ET SERVICE DE L'ASSURANCE MALADIE (COG / CPG)						
nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser		Indicateurs
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		
				SA	SM	
Accompagnement des professionnels libéraux (hors néphrologues) : entretiens d'alerte, visites conjointes DAM/MC ou visites DAM		2012	2013	Participation	Participation	Nombre de PS ciblés et nombre de rencontres effectuées
Accompagnement des néphrologues et des centres de dialyse : entretiens d'alerte et visites des délégués de l'assurance maladie et médecins conseils ELSM		2012	2013	Participation	Participation	Nombre de PS et centres ciblés et nombre de rencontres effectuées
Accompagnement des établissements publics et privés (programme MMH-PH hors ciblage ARS pour la contractualisation) : entretiens d'alerte et visites des délégués de l'assurance maladie et médecins conseils ELSM		2012	2013	Participation	Participation	Nombre d'établissements ciblés et nombre de rencontres effectuées
Accompagnement des transporteurs sanitaires par les délégués de l'assurance maladie		2012	2013	Participation		Nombre de transporteurs ciblés et nombre de rencontres effectuées
Action de communication grand public ou ciblées auprès des patients dialysés et ayant des transports itératifs		2012	2013	Participation		Réalisé ou non réalisé
Contrôle des transports pendant hospitalisation et des transferts inter-hospitaliers		2012	2013	Participation		Montant des indus notifiés et récupérés
Contrôle d'activité des transporteurs sanitaires (facturation, agréments des véhicules et du personnel...)		2012	2013	Participation		Nombre de sociétés contrôlées / montant des indus notifiés et récupérés / nombre de procédure pénalités financières / nombre de procédures conventionnelles
Contrôle de facturation des taxis conventionnés (application de forfaits)		2012	2013	Participation		A définir
Intégration des transports dans les protocoles de soins pour les assurés dialysés et les néphrologues		2012	2013	Participation (pour le suivi a posteriori)	Participation	Nombre de protocoles signés
Contrôle systématiques des demandes d'ententes préalables pour les transports > à 150 km		2012	2013	Participation	Participation	Nombre de demandes d'EP reçues / nombre d'accords et refus notifiés / nombre de recours suite à refus
Application de la règle de l'établissement le plus proche sur certains actes ou séjours (SSR, actes kinés...)		2012	2013	Participation		Montant des indus notifiés et récupérés



Insuffisance Rénale Chronique

Responsable du programme : ARS															
Objectif : Améliorer l'efficacité de la prise en charge de l'IRC															
nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux		
	préparation	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support			
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perform.	DT	AM : SI et Stat.		ARS : Stratégie	
Elaboration d'un plan d'actions visant au développement de la greffe et des modalités de dialyse hors centre à partir de l'état des lieux et du diagnostic partagé réalisé en 2011 1- Développer les thérapeutiques hors centre en: - favorisant la prise en charge de la DP en EHPAP, - améliorant l'information des patients sur les différentes modalités thérapeutiques.	T1 2012	T2 2012	2013											DRSM+ stratégie	Taux de dialyse hors centre (dont DP=CPOM)
2- Développer la greffe rénale avec l'ABM en améliorant : - le recensement des morts encéphaliques - l'efficacité des équipes de coordination - le prélèvement sur cœur arrêté - le prélèvement à partir de donneur vivant - l'inscription sur la liste	S1 2012	S2 2012	2013												liste d'attente : diminution du taux de non inscrits "non motivé" chez les moins de 65 ans
3 Diffuser des recommandations médicales sur le dépistage et la prévention ,sur la dialyse péritonéale en accompagnant : - les établissements et les médecins (retours sur leurs pratiques : profils AM). - Les patients diabétiques	S1 2013	S2 2013	2013	RG MSA	RG RSI MSA										dosage 1 fois/an : créatininémie et albuminurie des patients diabétiques
4 Prendre en compte l'étude médico-économique sur le parcours de santé IRC pour le suivi et l'évaluation des actions	T1 2012		2013	RG : coord.GDR	RG : DRSM										A déterminer en fonction des résultats
Les extensions régionales figurent en bleu															



Maîtrise des prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus

Responsable du programme : AM

Objectif : Maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus.

objectif économique : évolution 2010/2011 < à 3 % des dépenses pour les produits de la liste en sus

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux		
	préparation	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)				
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Veille sanitaire	Performance	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie			
1/ Poursuivre la campagne 2011 : - assurer un suivi particulier des établissements sous plan d'action et des indicateurs clés accessibles (en particulier les dépenses sur la liste en sus). -- suivre l'évolution des établissements ayant fait l'objet d'un contrôle sur site	T1 2012	T2 et T3 2012	T1 2013	RG : Participation	RG : Responsable programme	/	/	/	/	/	/	/	/	OMEDIT	DRSM+ Stratégie	diminution de 80% du taux d'évolution des établissements avec plan d'action
2/ Préparer et lancer la campagne 2012 afin de consolider la démarche en l'adaptant en tant que de besoin : (R-AM: Marc Poissonnet) 2.1 ciblage des établissements ayant eu un taux évolution 2010/2011 < à 3 % 2.2 contrôle sur site sur la conformité des pratiques au Règles de Bon Usage 2.3 mise en oeuvre d'un plan d'action si non conformité	T1 2013	T2 2012	T4 2013	RG : Participation	RG : Responsable programme RSI : Participation à l'action 2.2	/	/	/	/	/	/	/	/	OMEDIT	DRSM+ Stratégie	a déterminer



Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

Responsable du programme : AM

Objectif : Maîtriser les dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville. Les prescriptions des salariés hospitaliers représente environ 20 % des prestations de ville. Leur croissance est supérieure à l'évolution moyenne des dépenses concernées notamment du fait de facteurs structurels Néanmoins d'importants efforts d'efficience reste à faire.

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux	
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie		
<p>1/ Suivre pendant l'année, en lien avec l'AM, l'évolution des dépenses des prescriptions médicamenteuses :</p> <p>1.1 Identifier les établissements au-delà du taux arrêté dès le second semestre</p> <p>1.2 Commencer, en lien avec l'AM, des visites de sensibilisation (bonnes pratiques et contractualisation)</p>	Campagne 2012 : T1 2012	campagne 2012: T2 à T4 2012	Campagne 2012 : T1 2013	RG : Responsable programme MSA : participation à l'action 1.2	RG : participation MSA : participation à l'action 1.2	/	Service contractualisation	/	/	/	OMEDIT	participation	participation	participation	<p>Nombre d'établissements visités en 2011 en préparation de la contractualisation</p> <p>Taux d'évolution des dépenses de PHMEV région IDF</p>
<p>1.3 Contractualiser, en lien avec l'AM, des CAQCOS sur les prescriptions hospitalières avec les établissements dont la croissance de prescription apparaît rapide toutes choses égales par ailleurs, ou dont la structure de prescription apparaît singulière. Accompagnement des établissements</p>	Campagne 2012 : T1 2012	campagne 2012: T2 à T4 2012	Campagne 2012 : T1 2013	RG : Responsable programme MSA : participation	RG : participation MSA : participation	/	Service contractualisation	/	/	/	OMEDIT	participation	participation	participation	<p>Nombre de contrats signés en 2011 avec les établissements dont le taux d'évolution des prescriptions hospitalières exécutés en ville est supérieur au taux défini nationalement</p>
<p>1.4 Diffuser les outils d'identification des prescripteurs Accompagnement des établissements</p>	/	/	/	RG : Responsable programme MSA : Participation	MSA : Participation	/	à préciser	/	/	/	/	/	participation (responsabilité ??)	à préciser	



Imagerie médicale

Responsable du programme : ARS

Objectifs : Maîtriser les dépenses liées à l'imagerie médicale et favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux			
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)					
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie				
<p>1/ Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle :</p> <p>Mener des actions de sensibilisation auprès des prescripteurs et des radiologues ainsi que des établissements de santé publics et ESPIC</p> <p>Diffusion de recommandations en matière de prescription d'examens de radiologie conventionnelle pour l'abdomen sans préparation, le thorax et le crâne (hors urgences)</p>		T4 2011 - T1 2012	S2 - 2012	RG : responsable action	RG : participation RSI : participation											participation	<p>Nombre d'actions de sensibilisation des prescripteurs et des radiologues</p> <p>Taux de réalisation de la baisse des actes de radiologie conventionnelle sur les 3 topographies pour les établissements de santé (en consultation externe)</p>
<p>2/ Favoriser un développement soutenable des équipements lourds :</p> <p>Analyse des demandes d'autorisation ou de remplacement au regard des potentialités en terme d'IRM plus efficaces (notamment les IRM dédiés à l'activité ostéo-articulaire)</p> <p>Préparation du volet imagerie du SROS PRS (lien avec le cahier des charges régional sur la permanence des soins hospitalière)</p>	T4 2011 - T1 2012		S1 2012					responsable programme et équipe programme Service autorisation					Instruction des dossiers de demande d'autorisation	Oui	Oui		Neutralisé en l'état de mise en œuvre de l'action
<p><i>Extension régionale</i></p> <p>3/ Animation et participation à un COPIL régional pour un bon usage des examens d'imagerie médicale par rayons X</p> <p><i>Elaboration, proposition et pilotage des actions arrêtées dans le cadre du COPIL</i></p> <p><i>Actions à préciser au regard des travaux préparatoires à mener au cours du 1er trimestre 2012</i></p> <p><i>Les extensions régionales figurent en bleu</i></p>	T4 2011 - T1 2012		2012 - 2013 (à préciser)	RG : participation	RG : participation			responsable programme et équipe programme						Oui			Neutralisé en l'état de mise en œuvre de l'action



Chirurgie ambulatoire

Responsable du programme : ARS

Objectif : Développer une chirurgie ambulatoire de qualité et efficiente

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)				
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie			
<p>1, En tenant compte de l'état des lieux réalisé en 2011,poursuivre et adapter le plan d'action d'accompagnement des établissements visant à promouvoir la chirurgie ambulatoire permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place, au sein des sites de chirurgie, d'une chirurgie ambulatoire structurée avec une activité suffisante ; - la restructuration des sites de chirurgie avec une activité de chirurgie ambulatoire < au seuil d'activité réglementaire - la définition d'une stratégie de groupe entre les établissements publics incluant la chirurgie ambulatoire (complémentarité, spécialisation) ; - la continuité et la permanence des soins après la sortie (conventions de repli inter-établissements) ; 	campagne 2012: T1 2012	campagne 2012: T2 à T4 2012	campagne 2011: T4 2012	RG : participation	RG : participation	/	/	/	/	/	/	Responsable action	participation			<p>Nb d'établissements "accompagnés" Nombre d'établissements sous MSAP</p> <p>taux chir ambu des 17 actes traceurs (CPOM) Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (toute chirurgie)</p>
2 Poursuivre la mise sous accord préalable		campagne 2012: S1 2012	campagne 2011: T4 2012	RG : Participation	RG : responsable action RSI : participation MSA : participation	/	/	/	/	/	/	Participation	/			

Les extensions régionales figurent en bleu



Effizienz des EHPAD

Responsable du programme : ARS

Objectifs : Améliorer l'effizienz générale des EHPAD

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux	
	préparation	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie		
1/ Suivre la montée en charge de la signature des contrats-types de coordination par type de professionnels, centraliser les statistiques transmises par les EHPAD,		T1 2012	T4 2012	RG : Participation	/	/	/	/	responsable action	/	/	recueil de l'information auprès des EHPAD			Suivi semestriel : % des PS intervenant en EHPAD ayant signé un contrat et suivi annuel : % PS intervenant en EHPAD et indemnisé pour participation à la commission de coordination gériatrique
2/ A partir des extractions du traitement automatisé, des données budgétaires transmises par les EHPAD complétées par des données de l'UNCAM: - mettre en place un suivi et une analyse de la dépense de soins des EHPAD et d'analyse des coûts. Ce dispositif permettra notamment de disposer au niveau régional d'éléments de comparaison entre les EHPAD, de repérer des comportements atypiques appelant des actions ciblées spécifiques (ARS avec UNCAM) - identifier et expérimenter des indicateurs de qualité et d'effizienz	T4 2011	2012	2013	RG : Participation RSI : Participation	/	/	/	/	responsable action	/	/	saisie des données budgétaires et analyse			Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse

Les extensions régionales figurent en bleu



Effizienz de la prescription dans les EHPAD

Responsable du programme : AM

Objectifs : Améliorer l'effizienz des soins dans les EHPAD

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux	
	préparation	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		
				SA	SM	Ambu	ES	Méd. Social	Veille sanitaire	Performance	DT	AM : SI et Stat.		ARS : Stratégie
1 Etablir un profil de dépenses de médicaments et dispositifs médicaux par EHPAD sans PUI à partir des données par résident pour les visites d'accompagnement		campagne 2012 : T1 2012	campagne 2011 : T4 2012	RG : Participation	RG : Participation	/	/			/	/			% d'EHPAD visités
2 Faciliter l'appropriation de la méthodologie Nationale de l'élaboration de la liste préférentielle des Médicaments pour les EHPAD sans PUI		2012	2013	RG : Participation	RG : Participation	/	/				OMEDIT	participation		A déterminer
3 Organiser et animer les réunions locales avec les EHPAD, (ARS en lien avec AM) afin de diffuser des BBP, expliquer les nouvelles mesures réglementaires et mettre en œuvre les visites d'accompagnement (AM-fin 2010)	T1 2012	S1 2012	T4 2012	RG : Participation MSA : participation	RG : Participation MSA : participation	/	/				OMEDIT	participation		-Une réunion collective par département -Nombre d'EHPAD ayant mis en œuvre un plan d'action / nombre d'EHPAD de la région
4-développer des actions sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition avec la participation d'EHPAD volontaires	T4 2011	S1 2012	T4 2012	RG : Participation	MSA : participation	/	/			/		participation		A déterminer
5 Déployer le contrat-type CRAQOS	2012-13			RG : Participation MSA : participation	RG : Participation MSA : participation	/	/	resp action		/		participation		A déterminer

Les extensions régionales figurent en bleu



Permanence des soins ambulatoire et urgences hospitalières

Responsable du programme : ARS

Objectifs :

- Mettre en place un dispositif de permanence des soins fiable, pérenne et lisible, dans un contexte de maîtrise des dépenses ;
- Définir les modalités de gestion des rémunérations spécifiques par les ARS
- favoriser une meilleure articulation des acteurs de PDSA et d'urgence pour une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmées aux horaires de PDSA.

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	veille sanitaire	Perform.	DT	AM : SI et Stat.		ARS : Stratégie	
<p>1/ Mettre en place le cahier des charges régional d'organisation de la PDS et de ses déclinaisons territoriales précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La définition des territoires de PDSA, - L'organisation de la régulation des appels d'urgence et des appels de permanence des soins, - Les réponses apportées en termes d'effectif et la coordination des acteurs (effecteurs, associations de permanence des soins, points fixes de gardes, structures de médecine d'urgence, transporteurs sanitaires, SDIS...) - Les modalités de rémunération de la PDS 	S2 2011	T4 2011	2012	RG : participation RSI : participation		responsabilité de l'action						Organisation CODAMU PS, consultation locale, élaboration volet territorial cahier des charges régional	Groupe de travail Moyens à préciser	Communication C15 / Moyens à préciser	<p>Evolution des dépenses</p> <p>Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS</p> <p>Part des actes régulés pour les médecins d'astreinte</p> <p>Nombre de territoires de PDS</p>
<p>2/ Réaliser une information à destination du grand public sur le bon usage du système de PDSA</p> <p><i>Messages régionaux et déclinaison départementale</i></p>	S1 2012	S2 2012	2013	A déterminer		responsabilité de l'action	participation					participation	à préciser	Direction de la démocratie Sanitaire	Part des actes régulés sur l'ensemble des actes de PDS

Les extensions régionales figurent en bleu



Soins de suite et de réadaptation

Responsable du programme: ARS

- Objectifs :** - Améliorer le recours aux SSR,
 - Maîtriser le développement des SRR
 - Améliorer l'efficacité des SSR

nature de l'action	calendrier			moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux		
	élaboration méthodologie	réalisation	évaluation	Assurance maladie		ARS						Service support (AM et/ou ARS)				
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Performance	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie			
<p>1/ Mettre en œuvre tous les outils prévus par la réglementation SSR pour améliorer la fluidité du parcours de soins :</p> <p>1.1 Déployer l'outil régional d'aide à l'orientation en SSR (TRAJECTOIRES) et systématiser l'utilisation de fiche préalable à l'admission en SSR Mettre en place des indicateurs de suivi et d'efficacité par établissement</p>		2011 - 2012	2012	RG: coordination GDR	RG : DRSM		participation					Responsable action : Cellule trajectoire	Déploiement outils, cellule coordination, formation, questionnaire pratiques.			DMS et taux d'occupation régionaux en SSR
<p>1.2 Promouvoir les conventions entre les structures SSR et le secteur médico-social</p>	T1 2012	T2 à T4 2012	2013	à préciser	à préciser		participation	correspondant conventionnement pôle médico-social				Participation Cellule trajectoire	à déterminer			Nombre de réhospitalisations avec même motif suite à une hospitalisation en SSR
<p>1.3 mise en œuvre de la procédure de MSAP SSR</p>	Campagne 2011 T4 2011	Campagne 2011 T4 2011 / Sem 1 2012	Campagne 2011 Sem 2 2012	RG: coordination GDR et 8 caisses	RG : DRSM RSI : SMDR		participation					Participation Cellule trajectoire				Activité en venues / activité en journées Ecart entre les OQOS accordés aux ES et l'activité produite Niveau des tarifs régionaux moyens
<p>2/ Mise en œuvre d'une politique maîtrisée et efficiente du SSR. - Faire remonter à la DGOS les projets tarifaires du secteur OQN</p>		2012					responsable action Service tarification						Instruction autorisations, suivi CPOM, suivi de l'activité, repérage des structures qui excèdent			Indicateur de résultat CPOM : Tx de conventions signées par SSR avec les EHPAD (obj 10% des SSR)



Programme
gestion du risque

PPR GDR 2010 -2013

ANNEXE 4 : DECLINAISON CONTRAT ETAT – UNCAM 2010-2013

Priorité 1 : Mieux connaître le risque santé

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			Objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	Modalités (à déterminer en commission GDR)		
1- Approfondir la connaissance du risque santé							
<p>Développer l'information disponible et les capacités d'analyse de la dépense à l'échelon local (région, département, ...)</p>	<p>Inscrire les opérations statistiques nécessaires dans les programmes de travail des services statistiques et dans le programme annuel d'enquêtes statistiques publiques</p>	<p>Publier ou mettre à disposition de l'Etat</p> <ul style="list-style-type: none"> - des études, analyses et données portant sur la consommation de biens et de services, - les dépenses totales, les dépenses remboursables et remboursées en "tous régimes" pour les principaux postes de dépenses relatifs aux soins de ville et aux établissements de santé 	<p>Mettre en place un partage et traitement des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réaliser un inventaire des données disponibles par chacun - se répartir le traitement des bases en fonction du niveau d'accès - décider chaque année d'un programme d'études médico-économique 	<p>action coordonnée GDR</p>			<p>oui</p>
<p>Identifier les gisements d'efficience dans l'ensemble du champ couvert par l'ONDAM</p>		<p>Assurer l'appariement de fichiers administratifs et d'enquêtes</p>					

Priorité 1 : Mieux connaître le risque santé

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			Objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	Modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Contribuer à la réalisation d'analyses médico-économiques globales portant sur la prise en charge pluridimensionnelle des personnes âgées dépendantes</p>			<p>Responsables de programmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre à disposition de l'ARS les études réalisées sur les postes de dépenses concernés par les programmes inclus dans les priorités nationales de gestion du risque dont ils ont la responsabilité, 	<p>Analyse médico-économique PA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation réseaux de santé et notamment réseaux er-sonnes Agées, Projet Territoire Nord Paris 	<p>action coordonnée</p>		oui
<p>Enrichir l'information et les indicateurs sur l'accessibilité des soins et amplifier l'utilisation des systèmes d'information de l'AM au bénéfice des politiques de santé publique</p>			<p>Coordination régionale GDR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre à disposition des études complémentaires décidées par la CR-GDR sur les postes de dépenses concernés par les programmes inclus dans les priorités nationales de gestion du risque dont l'ARS a la responsabilité. 	<p>Programme de Gestion des risques au sein des établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement indicateurs qualité des soins 	<p>information réciproque</p>		
<p>Contribuer au développement d'indicateurs de qualité des soins</p>				<p>Démocratie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de l'ARS sur la publication par les établissements d'indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge et des soins - Perspective de consolidation régionale des données dans le cadre du PFIS 			

Priorité 1 : Mieux connaître le risque santé

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			Objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13	
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	Modalités (à déterminer en commission GDR)			
2- Assurer le partage des données de l'Etat et de l'Assurance maladie sur l'ensemble des champs de dépenses								
Partager les données permettant le suivi infra-annuel des dépenses affectant l'ONDAM	Fournir à l'assurance maladie, au plan national et local, les données statistiques (PMSI) et budgétaires et comptables (EPRD, comptes financiers) des ES et médico-sociaux	Ouvrir un accès SNIIRAM à l'ensemble des ARS ainsi qu'à une version d'ERASME régional	Diffuser lors de la réunion des instances de concertation et de décision (CR-GDR) la synthèse de l'évolution des dépenses régionales "ONDAM"	Stratégie : Améliorer le tableau de bord GDR du suivi des dépenses affectant l'ONDAM	action coordonnée GDR		oui	
Assurer des échanges réguliers de données entre l'Assurance maladie et les services de l'Etat			Concourir à l'amélioration du tableau de bord régional du PPR-GDR	Stratégie : Définition d'un Schéma Directeur Informatique conjoint afin de faciliter l'accès aux données (ARHGOS la BREX, la GED du médico-social ...)				
Mettre à la disposition de l'Assurance maladie l'information budgétaire et comptable relatives aux établissements publics de santé			Mettre à disposition un suivi des actes innovants	Fournir à l'ARS les profils et outils régionaux complémentaires réalisés par les responsables de programmes "Assurance maladie".	Pole MS: suivi trimestriel des décaissements en mettant à disposition les informations budgétaires des EMS et analyser les écarts	information réciproque		oui, programme GDR EHPAD
Créer les outils permettant aux divers partenaires d'atteindre une plus grande autonomie en matière d'accès aux systèmes d'information partagés de l'Assurance maladie			Mettre en œuvre la codification des structures collectives ambulatoires					

Priorité 1 : Mieux connaître le risque santé

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			Objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	Modalités (à déterminer en commission GDR)		
3 - Moderniser les systèmes d'information des offreurs de soins							
Améliorer les processus de facturation des prestations hospitalières et développer les services en ligne	<p>Assurer la maîtrise d'ouvrage stratégique du programme "service en ligne"</p> <p>Assurer le pilotage du projet facturation directe</p> <p>Mettre à la disposition de l'équipe projet et des organismes impliqués les ressources et les compétences nécessaires au bon déroulement des travaux</p> <p>Contribuer à la conception du dispositif de facturation</p> <p>Accompagner les établissements de santé, les comptables hospitaliers, les caisses de paiement unique et les caisses gestionnaires</p>	<p>Développer les services en ligne : assurer la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre du programme "Services en ligne"</p> <p>Mobiliser le réseau des caisses d'assurance maladie pour assurer le respect des échéances définies dans le cadre du programme facturation directe</p>	<p>Informer l'ARS de l'avancement de la déclinaison régionale du programme facturation directe</p>	<p>Information comptable des établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signature convention ARS / DG Finances Publiques (DG FIP) avec développement d'un niveau d'alerte dans la gestion comptable des établissements, - Sécurisation et exploitation du retraitement comptable (coaching établissements SSR et psy en cours) <p>Amélioration de la facturation des établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme "Facturation Individuelle des Etablissements de Santé" (FIDES) / accompagnement ANAP et performance 	<p>information réciproque</p>		



Priorité 1 : Mieux connaître le risque santé

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			Objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	Modalités (à déterminer en commission GDR)		

Priorité 1 : Mieux connaître le risque santé

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			Objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	Modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Informatiser les professionnels de santé libéraux et hospitaliers</p>	<p>Veiller à l'émergence d'une offre de services pour les PS afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - simplifier les démarches médico-administratives - accompagner la pratique professionnelle : outils d'aide à la prescription et accès facilité aux référentiels de bonne pratique - favoriser l'usage des services en ligne et l'échange entre PS - permettre le recours à des expertises externes et faciliter le recours à la télémedecine 	<p>Sensibiliser les professionnels à disposer de postes de travail connectés de logiciels ouverts et modulaires intégrant des télé-services de l'AM et des modules d'aide à la prescription et assurant les échanges d'informations médicales avec le DMP</p> <p>Encourager les médecins à recourir aux logiciels d'aide à la prescription certifiés par les autorités compétentes</p> <p>Assurer l'enrichissement de l'offre de services en ligne pour les PS et la facturation</p>	<p>Décliner les actions nationales en région : sensibiliser les professionnels à disposer de postes de travail connectés de logiciels ouverts et modulaires intégrant des télé-services de l'AM et des modules d'aide à la prescription et assurant les échanges d'informations médicales avec le DMP</p> <p>Informers les PS de l'enrichissement de l'offre de services en ligne</p> <p>Concourir à l'enrichissement de la PAPS</p>	<p>Participation et accompagnement dans le développement d'outils informatiques : Messagerie sécurisée, Répertoire Opérationnel des Ressources, R.MES, Trajectoire</p> <p>Définition d'autres outils d'échanges entre la ville et l'hôpital en appui des problématiques / besoins relatifs à la coordination ville-hôpital (Cadre SROS ambulatoire)</p> <p>Stratégie : Pour le Dossier Médical Personnel: prévoir un programme de déploiement commun sur la région</p> <p>Plate Forme d'Information en Santé (PFIS) avec messages spécifiques pour les professionnels</p> <p>Prévention : faciliter l'accès aux référentiels sur la prévention : INVS, INPES ...</p> <p>Plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) : Aide à l'installation, à l'orientation des professionnels de santé, facilitation des démarches administratives</p>	<p>information réciproque</p>		

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
4 - Lutte contre les inégalités d'accès aux soins							
<p>Maîtriser les dépassements d'honoraires</p> <p>(Information, sensibilisation et dispositifs de maîtrise)</p>		<p>Favoriser, dans les négociations conventionnelles, les dispositifs permettant une régulation des dépassements d'honoraires,</p> <p>Mobilisation du réseau de l'AM sur le contrôle des dépassements abusifs.</p>	<p>Mettre en œuvre au niveau régional le programme national de contrôle des dépassements abusifs "tact et mesure" 2011.</p>	<p>Orientation SROS Ambulatoire sur l'accès aux soins à tarif opposable.</p> <p>Etude/observatoire sur les dépassements d'honoraires (identifier les territoires et les spécialités qui génèrent les problèmes les plus significatifs), sa réalisation peut être envisagée dans le partage et utilisation des données (cf. objectif 2)</p> <p>Favoriser l'implantation de d'une offre garantissant un accès à tarif opposable (financement aux structures d'exercice collectif) Analyser l'activité privé des praticiens hospitaliers</p>	<p>action coordonnée GDR</p>	<p>ARS : Objectif stratégique n°1 région IDF "Garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé"</p>	<p>oui</p>

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)	
<p>Garantir un meilleur accès à une complémentaire santé</p> <p>(améliorer le recours à la CMUC notamment chez les bénéficiaires du RMI/RSA socle)</p>	<p>Promouvoir les échanges entre la CNAF et les Caisses nationales d'Assurance maladie</p>	<p>Développement des partenariats entre les organismes locaux d'Assurance maladie et les CAF,</p> <p>Elaborer des conventions avec l'Union nationale des missions locales</p>	<p>Développer ou optimiser les relations avec les CAF</p> <p>Promouvoir les dispositifs relatifs à la complémentaire santé et les dispositifs connexes (ACS+) auprès des partenaires de santé et des réseaux sociaux pour sensibiliser ou déclencher les opérations d'accès aux droits et aux soins des populations précaires.</p>	<p>Travail commun sur tous les indicateurs de précarité</p> <p>Financement et suivi du fonctionnement des Permanences d'Accès aux Soins au sein des établissements de santé (PASS)</p>	<p>information réciproque</p>	

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Garantir l'accès aux soins pour tous (traitement des plaintes pour refus de soins, actions de mesure de la pratique de refus de soins)</p>	<p>Sensibiliser les différents ordres à la nécessité de faire évoluer les pratiques sur les refus de soins (déontologie professionnelle),</p> <p>Réunir régulièrement le comité de suivi de l'accès aux soins et la lutte contre les refus de soins</p> <p>Coordonner une enquête annuelle sur les pratiques de refus de soins</p>	<p>Mettre en place la remontée nationale des bilans des refus de soins à la DSS et au comité de suivi de l'accès aux soins et la lutte contre les refus de soins.</p> <p>Nouvelle procédure de conciliation (?)</p>	<p>Traitement des plaintes pour refus de soins réceptionnées.</p> <p>Si nécessaire, signalement au Conseil de l'Ordre et à la Direction de la concurrence et des prix, courrier de demande de respect des textes au PS.</p> <p>Reporting CNAMTS et intégration dans l'outil commun ARS-Assurance Maladie de suivi et traitement des plaintes à titre d'information dès que cet outil sera opérationnel.</p>	<p>Démocratie : Améliorer le niveau d'information des patients et des usagers sur leurs droits par la Plate Forme d'Information en Santé (PFIS) structurée selon le parcours de santé</p> <p>Traitement des plaintes et refus de soins dans le cadre de la gestion des réclamations et des refus de soins (convention et "outil" pour le suivi et traitement des plaintes)</p> <p>Financement et suivi des Permanences d'Accès aux Soins au sein des établissements de santé (PASS)</p>	<p>action coordonnée GDR</p>		<p>oui</p>



Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
5- Favoriser un exercice regroupé et une meilleure répartition sur le territoire							

<p>Gérer les évolutions démographiques en répartissant mieux la formation des professionnels de santé et de l'offre de soins entre spécialités, professions et régions</p> <p>(meilleure répartition des professionnels entre spécialités, professions et régions, dispositif de régulation démographique en lien avec volet ambulatoire du SROS, meilleure répartition de l'offre de soins hospitalière)</p>	<p>Prise en compte des hétérogénéités interrégionales dans le cadre des SROS et intégrer la problématique des professionnels intervenant dans les EHPAD et les SSIAD dans le SROS ambulatoire, Etablir et publier un plan cadre des besoins démographiques (sur la base des projections) afin de répartir l'offre de formation</p>	<p>Contribuer dans le respect des zonages définis par les ARS à favoriser l'amélioration de la répartition géographique de l'offre ambulatoire à travers les négociations conventionnelles (par toute disposition permettant d'influer sur le choix d'installation au profit des zones sous-dotées).</p>	<p>Promotion et mise en œuvre des dispositions conventionnelles visant à améliorer la répartition des PS dans chaque territoire de santé</p>	<p>Dans le cadre du SROS Ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aides à l'installation dans les zones déficitaires - Identification des zones déficitaires (professionnels), Développement des stages de médecin en ambulatoire - Développer un portail partenarial d'information et de sensibilisation des étudiants, internes et PS sur l'installation en libéral 	<p>action coordonnée SROS</p>	<p>ARS : Objectif CPOM 4.1</p> <p>Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale</p>	
---	--	--	--	--	-------------------------------	---	--

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Soutien à l'installation dans les zones sous-denses (mise en place d'un dispositif renouvelé des aides à l'installation cohérent avec les volets ambulatoires du SROS)</p>	<p>Evaluer les dispositifs fiscaux d'incitation</p> <p>Construire avec l'AM une vision partagée de l'évaluation de ces dispositifs</p> <p>Elaborer la méthodologie de zonage</p> <p>Adapter ou élaborer les dispositifs incitatifs à déployer en appui des SROS.</p>	<p>Construire avec l'Etat une vision partagée de l'évaluation de ces dispositifs,</p> <p>Contribuer à l'élaboration de la méthodologie de zonage</p> <p>Adapter ou élaborer les dispositifs incitatifs à déployer en appui des SROS (champ de la convention).</p>	<p>Participation de l'AM aux actions coordonnées définies dans le cadre du volet ambulatoire du SROS</p> <p>Concours à la mise en place effective du service unique régional visant à simplifier l'installation des jeunes médecins</p> <p>Poursuite des actions d'information des étudiants et de mise en œuvre du parcours attentionné développé à l'égard des médecins.</p> <p>Attribution d'un numéro dédié aux PS. Participation au COPIL de la PAPS.</p>	<p>Axe stratégique fort du SROS ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer un portail partenarial d'information et de sensibilisation des étudiants, internes et PS sur l'installation en libéral - Mettre en place une plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) - Actions d'accompagnement des professionnels - Réunions d'information à destination des professionnels- - Zonage des territoires sous denses - Contrats d'engagement de service 	<p>action coordonnée SROS</p>		

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé</p> <p>(augmenter significativement le nombre de regroupement, établir un modèle de financement fiable, pérenne et efficient)</p>	<p>Etablir un cahier des charges définissant les exigences minimales du projet de santé, Fournir des outils d'aide à la structuration des projets, à leur ingénierie et fonctionnement (environnement juridique et fiscal pour recevoir et répartir des financements) Evolution de la réglementation pour faciliter un accès partagé au dossier du patient (continuité et coordination), Développer les expérimentations sur les NMR Mettre en place une cellule d'appui territoriale pour le développement des maisons et pôles de santé</p>		<p>Concours à la mise en place effective du service unique régional visant à favoriser la création de structures d'exercice coordonné.</p>	<p>Prévention : contrats locaux de santé</p>	<p>action coordonnée SROS</p>	<p>ARS : Objectifs CPOM 6.7</p> <p>Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 habitants 2011 = 15, 2012 = 23, 2013 = 33</p>	

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
6 - Mettre en œuvre une PDS ambulatoire adaptée aux besoins (garantir une PDS efficiente sur tout le territoire tout en maîtrisant son coût, garantir l'efficacité de l'articulation avec les urgences hospitalières et pré-hospitalières)							
	<p>Elaborer un document d'orientation permettant de dégager les bonnes pratiques d'organisation de la PDS,</p> <p>Accompagner les ARS dans la rédaction et la mise en œuvre de leurs cahiers des charges régionaux</p> <p>Evaluation et retour d'expérience des orientations régionales</p>	<p>Participer à la détermination des enveloppes de rémunération spécifique de la PDSA et à l'évaluation des pratiques de rémunération</p>	<p>Se reporter au programme régional GDR piloté par l'ARS relatif à la PDSA</p> <p>Actions régionales spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement du 1/3 payant dans les MMG - Communication vers le grand public sur le dispositif de PDSA et notamment le C15. <p>Evaluation des orientations régionales ; échanges réguliers d'informations et de données chiffrées entre l'ARS et l'AM</p>		<p>action coordonnée GDR</p>	<p>ARS : Objectifs CPOM 7.1</p> <p>Part des patients relevant de la CCMU 1 dans les passages aux urgences pendant les horaires de PDSA> Indicateur neutralisé / information non disponible</p> <p>Programme régional GDR : Indicateur de résultat = Part des actes régulés</p>	
			Paiement des gardes et astreintes aux PS concernés	Responsabilité globale de l'action			

Priorité 2 : Renforcer l'accès aux soins

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
7 - Promouvoir une organisation pertinente du réseau officinal (favoriser la réorganisation du réseau officinal pour une meilleure répartition territoriale, promouvoir les nouvelles missions des pharmaciens)							
	<p>Etudier le cadre fiscal des regroupements,</p> <p>Mettre en place au sein des ARS une cellule de regroupement officinal,</p> <p>Mettre en place des expérimentations pour l'exercice des nouvelles missions des pharmaciens</p>			<p>Organisation des gardes dans le cadre de la PDSA / CODAMU PS</p> <p>SROS ambulatoire (axe 3 : coordination des professionnels) :</p> <p>Travaux à mener sur les protocoles de coopération interprofessionnels (nouvelles missions du pharmacien).</p>	information réciproque		



Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
8- renforcer l'information des assurés							
Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux	Promouvoir les référentiels d'hygiène bucco-dentaire auprès des PS dans les ES et médico-sociaux Evaluation externe des expérimentations menées dans les établissements médico-sociaux (EMS)	Développer des actions de proximité	Action régionale sur la prévention de la dénutrition en EHPAD Par une sensibilisation à la formation des équipes soignantes (Cf. programme EHPAD)		action coordonnée GDR		

Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Prévenir et prendre en charge l'obésité de l'enfant</p>	<p>Mettre à disposition d'outils validés afin de dépister le risque d'obésité chez l'enfant</p> <p>Utiliser le DPC pour l'appropriation des recommandations</p> <p>40% des enfants suivis par les Mt avec un suivi poids/taille (\pmIMC) dans le carnet de santé fin2011</p>	<p>Structurer une offre de service d'aide à une prise en charge nutritionnelle globale</p> <p>Mettre en place une surveillance de l'IMC chez les enfants</p>	<p>Poursuite des programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant</p> <p>Déploiement d'actions de prévention en partenariat avec les services départementaux de PMI</p>	<p>Financement prioritaire des programmes associant alimentation et exercice physique</p> <p>Prévention / Dépistage dans les écoles :</p> <ol style="list-style-type: none"> développer un partenariat avec l'Education Nationale pour détecter précocement les établissements présentant un taux d'enfants en surpoids dépassant un seuil à déterminer développer les écoles promotrices en santé soutenir les actions de dépistage qui ont organisé le recours aux soins (réseaux, ETP) <p>Mettre en place un accompagnement du réseau REPOP Obésité chez l'enfant handicapé (réflexion en cours)</p>	<p>information réciproque</p>	<p>CPOM: en 2011-12</p> <p>En grande section maternelle, prévalence de l'obésité : 3,7% obésité+surpoids 13,4%</p>	

Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
9- identification des principes d'action en matière de prévention et de promotion de la santé							
Mener une politique de prévention validée au plan scientifique, coordonnée, cohérente et efficiente	<p>Développer de nouvelles approches de prévention pour les patients à haut risque ou particulièrement coûteux</p> <p>Prévoir des actions visant à la réduction des inégalités socio-économiques et territoriales de santé dans les programmes de prévention et promotion de la santé</p>	<p>S'appuyer sur le professionnel de santé de premier recours</p> <p>Augmenter le taux de participation aux programmes de prévention</p> <p>Soutenir le déploiement des actions régionales dans le cadre des ARS</p>	Soutenir le déploiement des actions régionales en partenariat avec l'ARS	<p>Prévention : coordination avec les actions de prévention des CPAM dans le cadre du SROS</p> <p>SROS Ambulatoire : dans le cadre des axes coordination et exercice regroupé, promotion de la participation des professionnels libéraux à des actions de prévention (NMR / ETP).</p>	information réciproque		

Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
10-mettre en œuvre les mesures prévues par les plans et programme nationaux de santé							
Programmes de dépistage du cancer :	Définir les programmes: leur utilité et les contenus Définir un nouveau cahier des charges	Apporter la contribution des régimes tant en termes de financement qu'en termes opérationnels	Les Caisses poursuivront les actions d'information des assurés et des PS, un effort particulier étant à réaliser pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins	action coordonnée GDR	UNCAM:+ 15% de participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés	oui	
Cancer du sein		Participer à la modernisation des structures de gestion	Suivi conjoint par le Logiciel APPACHE (commun avec AM) et le Tableau de bord sur l'activité et le budget Coordination des structures de gestion (définition conjointe des orientations pour les actions de promotion à demander aux SG, réalisation d'un programme pluriannuel d'audits/évaluations) Exploitation de l'étude freins et leviers en cours pour améliorer le taux de participation		CPOM : Taux participation de 65%		
Cancer colo rectal		Fournir aux ARS les données nécessaires à la surveillance épidémiologique en lien avec l'INVS			Taux de participation de 50%		
Cancer du col utérin			Suivi conjoint de l'expérimentation dans le 94				

Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Améliorer la prévention primaire</p> <p>Faire progresser la couverture vaccinale de la population en particulier les enfants</p>	Maintenance du système de surveillance épidémiologique et biologique des maladies à prévention vaccinale par l'INVS	Relance de la campagne d'information pour le ROR	Poursuite des actions de sensibilisation des populations prioritaires afin d'augmenter la couverture vaccinale "ROR" ou contre la grippe saisonnière Actions pour la vaccination contre la rougeole des 18-31 ans dans le cadre des décisions nationales.	Campagne de vaccination pour rattrapage couverture vaccinale ROR	action coordonnée GDR	CPOM : couverture vaccinale : ROR chez 95% des enfants de 24 mois	oui
<p>Renforcer les actions dans le domaine bucco-dentaire pour les jeunes enfants et les populations vulnérables</p>	<p>Promouvoir les référentiels d'hygiène bucco-dentaire auprès des PS dans les ES et médico-sociaux</p> <p>Evaluation externe des expérimentations menées dans les établissements médico-sociaux (EMS)</p>	Développer des actions de proximité	Poursuite des actions des caisses tendant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT'dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant dans des zones défavorisées	<p>Soutien aux dispositifs labellisés I et IES dans les territoires prioritaires (coordination avec les actions de promotion de Mtdents)</p> <p>Développer des actions envers les parents (évolution des labels)</p> <p>Soutien au réseau RHAPSOD'IF pour une amélioration de la santé BD des jeunes handicapés</p>	Information réciproque		
<p>Prévenir et prendre en charge l'obésité</p>	CF. objectif 8						



de l'enfant	
-------------	--

Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		

11- utiliser les nouveaux leviers dans la prise en charge des maladies chroniques

Déployer les programmes d'éducation thérapeutique	Elaborer le cahier des charges national et y inscrire les conditions d'un financement efficient	Inscrire l'ETP dans le programme d'accompagnement des PS afin de les sensibiliser	Sensibilisation des médecins à l'ETP Poursuite des programmes d'ETP des caisses	Sélection commune des pathologies à privilégier diabète, asthme + BPCO + élaboration d'un plan régional de développement de l'ETP	action coordonnée GDR		oui
	Favoriser le développement de l'offre de programme d'ETP au sein des regroupements pluri-professionnels			Diffusion d'une info structurée sur l'ETP pour les médecins traitants (base de données régionale avec la fac de médecine de Bobigny)			
	Utiliser le développement professionnel continu comme levier l'appropriation de l'ETP			Autorisation des dispositifs par l'ARS Coordination des financements entre Fnpeis / Ficqs / NMR / MIGAC Soutien à la mise en place d'une plateforme de ressources en ETP			

Priorité 3 : renforcer l'information et la prévention

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
Déployer les programmes d'accompagnement des pathologies chroniques	Elaborer le cahier des charges national	<p>Définition par l'UNCAM ou par chaque régime d'un programme d'accompagnement</p> <p>Selon l'évaluation de Sophia généralisation pour les patients diabétiques à de nouveaux départements</p> <p>Sur la base d'une analyse ex-ante du coût et de l'efficacité, proposer une expérimentation de nouveaux programmes d'accompagnement à des patients atteints d'autres pathologies</p>	Information de l'ARS sur l'évolution du programme sophia et des nouveaux programmes développés au niveau national	<p>Expérimentation par la mutualité française : suivi de patient HTA et non HTA mais avec des facteurs de risque pour développer une HTA</p> <p>Pôle ambulatoire : Financement des réseaux de santé (patho chroniques) par le FIQCS</p>	information réciproque		

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
12- Favoriser les pratiques de prescription efficaces							
Prescription de produits de santé - actions sur la prescription dans le répertoire	Contractualiser si nécessaire avec les ES surprescripteurs	Définir un programme de GDR pour le développement de la prescription dans le répertoire	Mise en œuvre régionale du programme GDR national		action coordonnée GDR		
Respect du taux d'évolution des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville et des prescriptions de transports	Fixer annuellement un taux national de dépenses (se reporter aux 2 programmes : transports et PHMEV)	Renforcer le contrôle des médecins prescripteurs et des transporteurs, mieux identifier les prescripteurs à l'hôpital Renforcer la communication en direction des médecins libéraux et des usagers	Se reporter aux programmes nationaux : Transports et PHMEV		action coordonnée GDR	ARS et AM se reporter aux programmes transports et PHEMV	
Respect du taux d'évolution des dépenses de la liste en sus T2A	Réintégrer régulièrement des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus dans les GHS		Se reporter au programme national : liste en sus		action coordonnée GDR	ARS: taux de réalisation du PPRGDR (programme liste en sus)	

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
Prescription des indemnités journalières		Elaborer des projets de référentiels de prescription sur les arrêts de travail			information réciproque		
Prescriptions d'examens de biologie et de radiologie	Favoriser les objectifs fixés dans le cadre des instructions données aux ARS et commande à la HAS Gérer les autorisations de manière efficiente	Poursuivre les ajustements tarifaires Développer des actions de sensibilisation aux bonnes pratiques afin de réduire les prescriptions inutiles Actualiser la nomenclature des actes de scannographie et remnographie Publier des référentiels pour tous les équipements lourds	Pour l'imagerie médicale, se reporter au programme de GDR national Animation et participation au COPIL régional imagerie avec les PS.		action coordonnée GDR	ARS: taux de réalisation du PPRGDR (programme imagerie médicale)	

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
13-Diversifier les modes de rémunération							
	<p>Etendre l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des PS-moduler les dotations budgétaires des ES en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience</p> <p>Recourir pleinement à l'outil tarifaire (T2A) pour orienter l'organisation des soins</p> <p>Mettre en place la T2A pour le SSR</p>	<p>Contribuer à la mise en place de nouveaux modes de rémunération (paiement au forfait pour certains engagements et à la performance)</p> <p>Développer le CAPI (groupe généralistes, spécialistes, para médicaux)</p> <p>Recourir à l'outil tarifaire (CCAM) pour orienter l'organisation des soins</p>	<p>Mise en œuvre régionale des actions définies au plan national</p> <p>Mise en œuvre de la nouvelle convention médicale</p>	<p>Pôle Ambulatoire : Financement des NMR / 26 sites expérimentateurs</p>	<p>information réciproque</p>		

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
14- Promouvoir une juste utilisation des structures hospitalières							
Eviter les hospitalisations inadéquates	<p>Développer en lien avec la CNAMTS, des indicateurs d'inadéquations au niveau des ES (à partir de la mission d'étude et d'enquête)</p> <p>Renforcer l'offre de soins ambulatoire et mieux l'articuler avec l'offre hospitalière en mobilisant les dotations dédiées à la qualité et la coordination des soins</p>	<p>Formaliser les objectifs et les modalités d'appui des caisses locales aux ARS (MSAP ...)</p> <p>Renforcer l'offre de soins ambulatoire par des mesures tarifaires incitatives</p>	<p>Mise en œuvre régionale des actions définies au plan national</p>	<p>Stratégie : Prendre en compte le rapport DGOS-Assurance Maladie sur les hospitalisations inadéquates</p> <p>Pôle Ambulatoire : Axe 3 SROS relatif à la coordination ville-hôpital, Axes SROS relatifs à l'installation des professionnels (démographie) et MSP (logique filière), Financement des réseaux de santé / filière de soins avec prévention en amont de l'hospitalier</p> <p>Projet particulier type SphereS financés sur FIQCS,</p> <p>Cahier des charges régional de la PDSA</p>	<p>action coordonnée SROS</p>		
				<p>Pôle Médico-social : Suivre et analyser les hospitalisations des résidents en EHPAD et proposer des expérimentations pour réduire les hospitalisations "évitables" (se reporter au programme GDR EHPAD)</p>			



				Pole Performance : Structuration suivi à domicile pour les chimio en ambulatoire		
--	--	--	--	---	--	--

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
14- Promouvoir une juste utilisation des structures hospitalières							
Développer la chirurgie ambulatoire à l'hôpital	Poursuivre les incitations tarifaires Elaboration d'indicateurs de suivi Elaborer un cahier des charges sur les conditions de développement Elaboration d'un guide sur la mise en place de centre de chirurgie ambulatoire exclusive	Poursuite de la MSAP- collaboration sur le suivi du développement de la chirurgie ambulatoire	Se reporter au programme national : chirurgie ambulatoire		action coordonnée GDR	ARS: taux de réalisation du PPRGDR (programme chirurgie ambulatoire) et taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17gestes) : 81% en 2011 et 85% en 2013	



<p>Mieux accompagner la sortie d'hospitalisation</p>	<p>Créer des conditions réglementaires pour favoriser l'action d'accompagnement à domicile des patients (accouchement et interventions orthopédiques...) Elaborer un cahier des charges national</p>	<p>Créer les conditions d'implication des professionnels à ce service (négociations conventionnelles) Construire un dispositif de tiers payant avec une garantie de paiement des PS</p>	<p>Généralisation de l'expérimentation de la CPAM 78 si bilan positif et selon directives CNAMTS</p>	<p>SROS ambulatoire : Axe 3 relatif à l'exercice coordonné. Stratégie : Développement SI pour CR dématérialisé (messagerie sécurisée).</p>	<p>action coordonnée SROS</p>		
---	---	--	--	--	-------------------------------	--	--

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
<p>Développer les prises en charges alternatives à l'hospitalisation complète</p>	<p>Adapter les textes réglementaires pour favoriser le développement de ce mode de prise en charge : chimiothérapie ambulatoire, centre</p>	<p>L'état et l'Assurance Maladie s'engagent à adapter la tarification</p>	<p>Se reporter aux programmes nationaux : Insuffisance Rénale Chronique y compris extension régionale : développement de la DP en particulier en EHPAD Soins de Suite et Réadaptation</p>		<p>action coordonnée GDR</p>	<p>ARS: taux de réalisation du PPRGDR (programme IRC) et part des patients traité par Dialyse</p>	



PPR GDR 2010 -2013

	ambulatoire pour les actes chirurgicaux sans AG, prise en charge de l'IRC à domicile...		Pôle sanitaire de l'offre : Programme régional de développement de l'HAD et futur SROS HAD, Développement des SSIAD Pôle Ambulatoire : Financement de réseaux de santé de maintien à domicile (PA notamment)	action coordonnée SROS	péritonéale/ patients dialysés: 7% en 2011 et 10% en 2013	
--	---	--	--	------------------------	--	--

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
15 - Mettre en œuvre une politique de gestion du risque dans les établissements médico-sociaux							
Rénover les dispositifs de tarification et d'allocation de ressource dans les EHPAD	Publier les textes sur la tarification Mettre en place des indicateurs permettant un contrôle de l'allocation des ressources au regard de la qualité de la prise en charge Préparer le passage du tarif partiel au tarif global	Développer le contrôle de facturation Appliquer les textes sur la récupération des indus et sur la transmission informatisée de la liste des résidents Mettre en place un dispositif statistique pour suivre la consommation de soins des résidents	Se reporter aux programmes nationaux : efficience des EHPAD		action coordonnée GDR	ARS: taux de réalisation du PPRGDR (2 programmes EHPAD)	

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
Promouvoir la gestion du risque dans les établissements médico-sociaux	<p>Mener à bien l'application des textes relatifs à une meilleure coordination (contrat type ...)</p> <p>Promouvoir les conventions entre ESMS et ES sanitaires pour la lutte contre tous les risques infectieux</p> <p>Initier avec tous les acteurs du champ du handicap une réflexion sur une réforme de la tarification sur la base d'outil d'évaluation (GEVA)</p>	<p>Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD et aux généralistes</p>	<p>Se reporter aux programmes nationaux : efficience des EHPAD</p>		<p>action coordonnée GDR</p>	<p>ARS: taux de réalisation du PPRGDR (2 programmes EHPAD)</p>	

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
16 - Promouvoir un parcours de soins cohérent du patient entre ville-hôpital-médicosocial							
<p>Autoriser et favoriser la mise en œuvre des parcours des soins les plus appropriés</p> <p>Promouvoir les conventions voire des plateformes entre les ES et les ESMS pour mettre en œuvre toute hospitalisation nécessaire ainsi que le retour en ESMS</p> <p>Soutien des COREVIH</p> <p>Suivre le dispositif ACT et évaluer les solutions d'hébergement et de maintien à domicile alternatives</p>	<p>Exploiter les données longitudinales afin d'améliorer la connaissance des parcours des patients</p> <p>Définir un protocole de sortie de l'hôpital pour les personnes âgées et handicapées</p> <p>Etudes sur efficacité et durées de séjour optimales en service de soins selon les pathologies et pour les personnes âgées</p>	<p>Utilisation des outils nationaux lors de leur diffusion.</p> <p>Programme EHPAD national et ses extensions.</p>	<p>Stratégie: étude médico-économique à prévoir (Cf. objectif n°1)</p> <p>Pôle MS : mettre en œuvre la convention SSR-EHPAD</p>	<p>action coordonnée GDR</p>		oui	
			<p>Pôle Ambulatoire : financement de réseaux de santé de maintien à domicile (PA notamment)</p> <p>Axe 3 du SROS relatif à l'exercice coordonné</p>	<p>action coordonnée SROS</p>			
			<p>Parcours de santé de la personne âgée en particulier les résidents EHPAD (parcours de soins + prévention) avec prévention de la dénutrition, iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations évitables dont le passage aux urgences</p>	<p>action expérimentale</p>		oui	



Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces							
Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
17 - Réussir la mise en place des ARS							
	Engagements nationaux exclusivement		Engagements nationaux exclusivement				

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
18 - Déployer le Développement Professionnel Continu (DPC) (montée en charge du dispositif de DPC de toutes les professions, faire un bilan des actions de DPC suivies par les professionnels de santé ainsi que des thèmes prioritaires de DPC)							
	Mettre en place le cadre réglementaire Assurer le financement, en lien avec l'Assurance maladie, des instances nationales du DPC	Assurer le financement, en lien avec l'Etat, des instances nationales du DPC Assurer, en lien avec l'Etat, le financement des programmes relevant du DPC ainsi que l'indemnisation des professionnels libéraux qui suivent les actions de DPC Participer à la rédaction de la convention de transfert entre l'OGC et l'OGDPC, Création des nouvelles instances du DPC, Suivre la gestion par l'OGDPC du DPC des autres professions	Application des dispositions nationales		information réciproque		



Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé) O. stratégique	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux		Contrat ARS-AM engagements région IDF			objectifs régionaux	A intégrer dans le PPRGDR 2012-13
	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)		
19 - Développement de la télémédecine (développement des dispositifs de télémédecine, cahier des charges afin de permettre l'interopérabilité, respect de la confidentialité)							

	<p>Mettre en place le cadre réglementaire</p> <p>Engager une réflexion sur les modes de rémunération des PS et de financement des dispositifs</p> <p>Elaborer des CAQCS types.</p>	<p>Favoriser en priorité le développement des dispositifs de télémédecine permettant d'améliorer l'accès aux soins (article L6316-1CSP),</p> <p>Engager une réflexion sur les modes de rémunération des PS et de financement des dispositifs,</p> <p>Elaborer des CAQCS types.</p>		<p>Stratégie :</p> <p>Propositions sur le financement des actes de télémédecine (se reporter au programme télé- médecine)</p> <p>Financement et accompagnement de plusieurs programmes portés par le GCS D SISIF (messagerie sécurisée, trajectoires,</p> <p>Répertoire opérationnel des Ressources, région sans film)</p> <p>Pôle sanitaire: programme régional AVC (lien imagerie et région sans film),</p> <p>Révision grande garde neurochirurgie (lien SROS PRS / volet imagerie)</p> <p>Pôle ambulatoire / organisation PDSA - PDSES</p>	<p>information réciproque</p>	<p>ARS : Objectifs CPOM 6.7</p> <p>Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 habitants</p> <p>2011 = 15, 2012 = 23, 2013 = 33</p>	
--	--	--	--	--	-------------------------------	---	--

Priorité 4 : Promouvoir des prises en charges plus efficaces

Objectif (N° - libellé)	Contrat Etat-UNCAM engagements nationaux	Contrat ARS-AM engagements région IDF	objectifs régionaux	A intégrer dans le
-------------------------	--	---------------------------------------	---------------------	--------------------



O. stratégique	Etat	UNCAM	Assurance Maladie	ARS	modalités (à déterminer en commission GDR)	PPRGDR 2012-13
20 - Renforcer les coopérations entre professionnels (article 51 loi HPST, protocoles de coopération, modalités de rémunérations adaptées aux formes de coopération)						
	<p>Identifier les freins et leviers au développement des coopérations, faire des propositions adaptées,</p> <p>Adapter, avec les ordres professionnels concernés, le cadre réglementaire et financier nécessaire à une évolution des compétences dans le respect des attributions des ordres professionnels concernés.</p>	<p>Ouvrir la réflexion sur les modes de rémunération adaptés</p> <p>Adapter la tarification aux évolutions réglementaires mises en œuvre par l'Etat</p> <p>Accompagner l'intégration de ces évolutions, notamment celles relevant du DPC des professionnels.</p>	<p>Déclinaison des directives nationales</p> <p>Mise en œuvre de la nouvelle convention médicale.</p>	<p>Article 51 HPST Missions Pole Ambulatoire :</p> <p><u>Stratégique</u> Information, Incitation</p> <p>Soutien pour l'élaboration des projets, Suivi et analyse du développement des coopérations entre professionnels de santé</p> <p><u>Techniques</u> Instruction et suivi des protocoles</p>	Information réciproque	



ANNEXE 5 : LES 5 PRIORITES REGIONALES DE GDR 2012-2013

1 - Mieux connaître le risque en santé

Responsable du programme : AM et ARS

Objectif : Formaliser le partage de connaissances et d'informations entre les organismes et services d'Assurance Maladie, l'UNOCAM et l'ARS

Nature de l'action	Calendrier			Moyens à mobiliser										Indicateurs / Objectifs régionaux	
	Préparation	Réalisation	Evaluation	AM		ARS					Services support		AM complémentaire		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perf.	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie		Santé et Technique
<p>1 - Mettre en place un comité de pilotage afin de : (responsables action : AM et ARS) : - réaliser un inventaire des données disponibles par chacun - se répartir le traitement des bases de données - mettre en place un espace partagé collaboratif pour les informations relatives à la GDR - proposer la programmation annuelle et la réalisation d'études médico-économiques conjointes pour 2012 : . parcours de santé des personnes âgées . parcours de santé IRC (DRSM)</p>	T1 2012	T2 2012		+ (dont RSI)	+	+	+	+	+	+			+	+	Sur proposition responsables programme
<p>2 - Alimentation et amélioration du tableau de bord du PPR GDR ainsi que du suivi des dépenses affectant l'ONDAM, (responsables action / AM et ARS / coordinations de GDR)</p>	T1 2012	T2 2012	T3 2012	+ (dont RSI)	+							+	+		Alimentation et diffusion trimestrielle du tableau de bord régional du PPR GDR



2b - Renforcer l'accessibilité financière des soins

Responsable du programme : AM

Objectif : Garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible et accessible

Nature de l'action	Calendrier			Moyens à mobiliser											Indicateurs / Objectifs régionaux	
	Préparation	Réalisation	Evaluation	AM		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		AM complémentaire		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perf.	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie	Santé et Technique		
1-Etat des lieux sur l'utilisation de l'offre de soins en Ile de France (médecins libéraux, centres de santé, consultations externes des hôpitaux, hospitalisation privée et publique...). permettant de suivre les évolutions par spécialité, par acte et par territoire, (responsable action : AM)	S1 2012		A préciser	+	/	+	/	/	/	/	/	/	+	+	+	A déterminer dans le cadre des fiches actions
2- Plan d'action coordonné sur la région 2.1/ Identification et analyse de la fluidité des parcours : - initiés dans l'offre de soins à tarif opposable - initiés dans des spécialités repérées par ses pratiques tarifaires et / ou la structure conventionnelle de l'offre (responsable action : AM)	S1 2012	2013		+	/	+	/				+	+	+	+	A déterminer dans le cadre des fiches actions	
2.2/ Développement d'une offre de soins à tarif opposable (MSP, centres de santé...) en lien avec l'UNOCAM (responsable action : ARS)	S1 2012	2013		/	/	+	/				+	+	+	+	A déterminer dans le cadre des fiches actions	
3- Actions envers les assurés sociaux 3,1 Amélioration de l'information des assurés sur l'offre de soins et les services disponibles et leurs caractéristiques. (responsable action : AM)	S1 2012	S2 2012	Continue	+	/	Démocratie sanitaire					+	/	/	A déterminer dans le cadre des fiches actions		
3,2 traitement des plaintes :Convention ARS-AM pour le traitement des plaintes des assurés (responsable action : ARS)	Fin 2011	2012	Continue	/	/	Démocratie sanitaire					+	/	/	A déterminer dans le cadre des fiches actions		

3 - Renforcer l'information et la prévention

Responsable du programme : ARS															
Objectif : Développer ensemble les actions de prévention sur les domaines d'intervention communs															
Nature de l'action	Calendrier			Moyens à mobiliser									Indicateurs / Objectifs régionaux		
	Préparation	Réalisation	Evaluation	AM		ARS						Service support (AM et/ou ARS)			
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Perf.	Prévention	VSS	AM : SI et Stat.		ARS : Stratégie	
Mise en place d'un comité de pilotage des programmes de prévention commun à l'ARS et à l'Assurance Maladie afin d'assurer :															
1- Pilotage des programmes de dépistage organisé du cancer (sein, colon, col utérin) afin: (responsable action: AM) - d'assurer le financement et le suivi des structures de gestion, - analyser la cartographie de la participation, - Identifier de nouvelles actions (freins / leviers) pour accroître les taux de participation au dépistage organisé,	T1 2012	T2 2012	S2 2012	2013	+ (dont RSI)									?	UNCAM : + 15 % de participation CPOM : taux participation cancer du sein femme : 60% et cancer du colon : 50 % en 2013
2- Progression de la couverture vaccinale de la population (responsable action: ARS) couverture vaccinale enfants / rougeole, identifier de nouvelles actions pour accroître les taux de couverture.	T1 2012	T2 2012		2013	+ (dont RSI)									?	CPOM : taux de couverture vaccinale ROR enfants de 24 mois 95% en 2013
3- Education Thérapeutique du Patient : (responsable action: ARS) - Sélection commune des pathologies « à privilégier », - Elaboration d'un plan régional de développement de l'ETP	T1 2012		2012-13	2014	+ (dont RSI)/MSA	RSI /MSA	+	+	+					+	A déterminer dans le cadre des travaux
4- Action pilote de dépistage et de prévention en entreprise (responsable action : AMC) - Evaluation individuelle des principaux facteurs de risque - Dépistage médica sur facteurs de risques avérés sur 13 pathologies (cancers, cardio-vasc, ..) - Plan individuel de prévention sur facteurs comportementaux et adapté au profil de risque. Action pilote sur 3000 salariés en IDF	2011		T4 2011 - T12012	T2 2012	+										Taux de participation cancer du sein et cancer du col



4 - Promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces

Responsable du programme : ARS																
Objectif : Promouvoir des prises en charge plus efficaces dans le parcours de santé de la Personne Agée centrées autour de 3 thématiques : dénutrition, iatrogénie médicamenteuse, hospitalisation évitable																
Nature de l'action	Calendrier			Moyens à mobiliser											Indicateurs / Objectifs régionaux	
	Préparation	Réalisation	Evaluation	AM		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		AM complémentaire		
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perf.	DT	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie	Santé et stratégie		
1- Optimiser le soin primaire complexe des malades âgés poypathologique par l'expérimentation d'une plateforme gérontologique dans le cadre d'une maison de santé gérontologique dans le 18 ^{ème} arrondissement de Paris (responsable action: ARS)	2011	S1 2012	S1 2013	+	+	+								75	+	A déterminer
2- s'appuyer sur l'action des réseaux de santé "personnes âgées" - connaître, promouvoir et généraliser les actions nutrition et iatrogénie médicamenteuse menées, - expérimentation de plateforme gériatrique ville/hôpital dans le 94 (responsable action: ARS)	Etat des lieux S1 2012	Promotion S2 2012	2013	RSI		+	+							94	+	A déterminer
3- Experimentation à domicile de l'élaboration et suivi de plan d'action pour prévenir : la dénutrition, la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations évitables (experimentation ANAP dans les 19 ^{ème} , 9 ^{ème} et 10 ^{ème} arrondissements de Paris) (responsable action: ARS DT 75)	A préciser													75	+	A déterminer
4- experimentation dans et avec les EHPAD (ARS) de l'élaboration et suivi de plan d'action pour prévenir : 4.1/ la dénutrition (extension régionale 2011)	2011	T1 2012	T4 2012	+	+		+	+	+	+				77, 91, 93 et 94	+	% dénutrition dans PATHOS
4.2/ la iatrogénie médicamenteuse (en lien avec la priorité n°5)	A préciser							+	+	+					+	A déterminer
4.3/ les hospitalisations évitables	A préciser					+	+	+							+	A déterminer
5- Evaluation de l'impact global (ARS et AM) des différentes actions sur le parcours de santé de la personne âgée dans le cadre de l'étude médico-économique précisée dans la priorité 1	A préciser			RSI		A déterminer au regard des actions et des objectifs								+	A déterminer	

5 - Promouvoir l'efficience en matière de médicaments

Responsable du programme : AM et ARS															
Objectif : Obtenir une meilleure efficience dans la prescription et la consommation du médicament en ville, établissements ou structures															
Nature de l'action	Calendrier			Moyens à mobiliser											Indicateurs / Objectifs régionaux
	Préparation	Réalisation	Evaluation	AM		ARS						Service support (AM et/ou ARS)		AM complémentaire	
				SA	SM	Ambu.	ES	Méd. Social	Prévent°	Perf.	VSS	AM : SI et Stat.	ARS : Stratégie	Santé et stratégie	
1-Synthèse des différents programmes sur les médicaments, puis regroupement (cf. thématiques action 2) et mise en cohérence dans le cadre d'un programme régional unique, (responsable action: AM / DRSM)	T1 2012			RG MSA RSI	RG MSA RSI		+	+	+		+			+	Réalisation d'une synthèse régionale
2- Proposition d'actions nouvelles ou extension d'actions existantes - le médicament à l'hôpital (dont fonction achats), - le médicament dans le parcours de santé (iatrogénie médicamenteuse et auto médication), - le médicament dans les pathologies chroniques (observance et ETP), - les antibiotiques afin d'améliorer la qualité de la prescription et la diminution des résistances (à l'hôpital, en EHPAD et en ville) (responsable action : ARS)	T3 2012	2013	2014				+	+	+		+			?	A définir pour chaque thématique

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

