

*Présenté par*  
**Jean-Paul Huchon**  
*Président du conseil régional*  
*d'Ile-de-France*

**LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE**



Chapitre 904 « Santé et action sociale »  
Sous- fonction 41 « Santé »

Chapitre 934 « Santé et action sociale »  
Sous- fonction 41 « Santé »

### *Sommaire*

<b>EXPOSE DES MOTIFS.....</b>	<b>4</b>
1. UNE POLITIQUE TRANSVERSALE DE SANTE-ENVIRONNEMENT.....	9
2. LA PREVENTION, AU CŒUR D'UNE POLITIQUE REGIONALE DE SANTEE .....	23
3. L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS, AU CŒUR DES PRIORITES REGIONALES..	32
4. LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS, UNE NECESSITE POUR LE TERRITOIRE FRANCILIEN.....	41
<b>ANNEXE N°1 AU RAPPORT .....</b>	<b>52</b>
<b>PROPOSITION DE ZONAGE DES TERRITOIRES CLASSES DEFICITAIRES OU FRAGILISES AU TITRE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE AGENCE REGIONALE DE SANTE 22/09/2011.....</b>	<b>52</b>
<b>PROJET DE DELIBERATION .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE N°1 A LA DELIBERATION.....</b>	<b>73</b>
<b>CHARTRE DU SITE DE LA PLATE FORME D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTE D'ILE-DE- FRANCE.....</b>	<b>73</b>

## EXPOSE DES MOTIFS

L'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 prévoit que « **toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille**, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

En France, l'application de ce droit en matière de santé et d'accès aux soins médicaux date de la **création de la Sécurité sociale pour les travailleurs par une ordonnance du 19 octobre 1945**. Plusieurs lois (1946, 1975, 1978) ont progressivement étendu ce droit à toute la population, en dernier lieu celle de 1999 créant la couverture maladie universelle (CMU).

**Pourtant ce service public de la santé est mis à mal**, notamment par les effets de la loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) de 2009 et plus largement par les politiques de l'ancienne majorité. L'instauration de la seule tarification à l'acte, le démantèlement du service public hospitalier par des restructurations et fermetures de blocs, l'instauration des franchises médicales et du reste à charge pour les patients, la récente augmentation de la taxation sur les mutuelles ont affaibli notre système de santé.

Jusqu'à présent, ces politiques ont aggravé les inégalités de santé, poussant une part croissante de Français à renoncer aux soins pour des raisons financières.

Les engagements du nouveau Gouvernement devraient permettre d'enrayer la casse du système public orchestrée depuis 2002.

### Etat des lieux de la situation sanitaire de l'Ile-de-France

Si la situation sanitaire de l'Ile-de-France, tant en ce qui concerne l'état de santé de la population que les ressources en offre de santé, est globalement très favorable<sup>1</sup>, notre région se caractérise néanmoins par de forts contrastes et des indicateurs de santé variables selon les territoires (ORS). **L'Ile-de-France est ainsi marquée par des inégalités sociales et territoriales de santé flagrantes et persistantes, voire même en augmentation<sup>2</sup>**.

Les inégalités territoriales de santé apparaissent nettement au niveau des différences de mortalité puisque **l'espérance de vie est de 2 ans plus élevée** dans les départements 75, 78 et 92 par rapport aux départements 77, 93 et 95.

De même au niveau de la mortalité infantile, où la mortalité des 28 premiers jours dans le département du 93 est équivalente à la mortalité de l'ensemble de la première année en France. Au-delà même de l'échelle des départements, c'est au niveau infra-départementale (entre cantons ou communes voisines), que l'on retrouve les plus fortes disparités.

Les inégalités sociales de santé se retrouvent elles dans les fortes différences d'espérance de vie des personnes selon leur origine sociale. L'exemple le plus probant est l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre supérieur et un ouvrier. En France, un homme cadre supérieur de 35 ans a en moyenne une espérance de vie de 47,2 ans contre 40,9 ans pour un ouvrier<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Eléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé, ARS, janvier 2011.

<sup>2</sup> Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe, Florence Jusot Publication INPES de 2010, Réduire les inégalités sociales de santé, sous la direction de Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones.

<sup>3</sup> Observatoire des inégalités, octobre 2011.

**Soit un écart de 6.3 années** qui s'explique principalement par des comportements et des conditions de vie et de travail différents.

Ces différences d'espérance de vie à 35 ans sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes puisque l'écart n'est que de 3 années chez les femmes (51,7 pour une cadre supérieure contre 48,7 ans pour une femme ouvrier).

Aujourd'hui, **les inégalités sociales de santé tendent à s'accroître comme le montre l'inégale distribution des années de vie en bonne santé**, notamment entre cadres et ouvriers, mais aussi entre actifs en emploi et non actifs. Cette préoccupante tendance à l'aggravation des inégalités de santé s'explique en partie par les effets de la crise sociale qui réduit le budget que les ménages peuvent consacrer à la santé, touchant en premier lieu les ménages modestes.

Les personnes qui devaient déjà reporter leurs soins, faute de pouvoir les payer ou même avancer la somme, se retrouvent désormais à devoir renoncer aux soins, aggravant de fait leur état de santé. En 2011, **29% des personnes déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières**<sup>4</sup>, une proportion en augmentation depuis quelques années. Ce sont les personnes les plus modestes qui se retrouvent ainsi dans une situation dans laquelle ils sont en plus mauvaise santé que la moyenne, mais se soignent moins que la moyenne.

Si les inégalités en santé dépendent donc de l'offre de soins et de l'accessibilité, qu'elle soit financière, géographique (question des déserts médicaux) ou liée à l'information, elles sont aussi liées à des facteurs culturels et environnementaux.

Les inégalités de santé à l'âge adulte ont souvent leurs origines dans l'enfance, mais plus au niveau des conditions de vie que des événements de santé. **Accès à l'éducation, normes et valeurs éducatives reçues, alimentation, loisirs ou comportements à risque sont autant de déterminants qui définissent dès le plus jeune âge des trajectoires de santé socialement différenciées**<sup>5</sup>. Il est aujourd'hui prouvé que les inégalités de santé observées dans l'enfance sont fortement prédictives de celles à l'âge adulte, tant en termes de morbidité que d'espérance de vie<sup>6</sup>.

La santé des Francilien-nes est aussi déterminée par les facteurs, sociaux, économiques et environnementaux, tenant aux ressources et aux conditions de travail, de vie et de logement. Ainsi, **une part importante et croissante de la population est exposée à un environnement marqué par des pollutions diverses** et est touchée par une précarité qu'aggrave une crise du logement sans précédent. Ces phénomènes ont un impact négatif sur la santé des personnes, qui s'aggrave encore lorsqu'ils se conjuguent.

### **Une politique nationale de santé qui jusqu'alors n'a pas répondu pas aux défis du 21<sup>e</sup> siècle**

Tous ces constats sont bien connus. L'Agence régionale de santé (ARS) les a une nouvelle fois exposés dans le projet de plan stratégique régional de santé (PSRS) soumis à l'avis du Conseil régional au printemps 2011, soulignant l'écart d'espérance de vie entre les départements de l'ouest de l'Île-de-France et la Seine-Saint-Denis ou la Seine-et-Marne, et insistant sur les facteurs aggravants que constituent la pollution, l'insalubrité des logements, le stress et la fatigue liés aux longs déplacements.

---

<sup>4</sup> Enquête CSA, octobre 2011

<sup>5</sup> Eléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé, ARS, janvier 2011.

<sup>6</sup> Alain Trannoy, Inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles ; 2009

[www.economiepublique.revues.org/pdf/8476](http://www.economiepublique.revues.org/pdf/8476)

*Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?* Damien Bricard, Florence Jusot et Sandy Tubeuf, 2010. <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

Mais **cette situation préoccupante ne semble pas avoir été suffisamment prise en compte dans la réflexion menée parallèlement sur l'offre de soins et son accessibilité**, laquelle tend à diminuer du fait de fermetures de lits, de services hospitaliers, voire d'hôpitaux, commandées par la stricte logique comptable – qui a prévalu ces dix dernières années - au détriment d'un aménagement sanitaire du territoire garant d'un égal accès de tous à la santé. La tendance aux rapprochements et fusions, largement amorcée dans le cadre du Schéma régional de l'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (SROS III), s'est accentué dans un contexte de rationalisation de l'offre hospitalière et de fragilité de la situation financière des établissements.

Dans cet environnement qui génère un climat social dégradé, les établissements de santé font face à une forte problématique touchant les ressources humaines, liée autant aux contraintes tenant à la pénibilité du travail qu'aux difficultés à assumer correctement les missions.

Ainsi, **sous prétexte de réorganisation visant l'efficacité, la qualité des soins et la sécurité des patients, c'est à la désorganisation de l'hôpital public qu'a conduit la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patient, santé, territoires » (HPST)**, la réduction des dépenses affectant directement l'emploi hospitalier et entraînant au final une aggravation des conditions de travail des personnels et de prise en charge de la population.

Avec cette loi, **la question de l'avenir de l'hôpital public est posée** : pression budgétaire, seule tarification à l'activité, convergence tarifaire public privé, mise en concurrence avec les structures privées, suppression de personnels et restructuration des équipements jugés non rentables, autant de sujets qui pèsent lourdement sur un service public dont les fondements sont remis en cause.

**Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et améliorer l'accès de tous à des soins de qualité supposent un maillage territorial homogène en offre de santé.** C'est loin d'être le cas en Ile-de-France où pourtant la densité médicale et paramédicale est très supérieure à la moyenne nationale avec 405 médecins pour 100.000 habitants, auxquels il faut ajouter plus de 300 centres municipaux de santé, 90 réseaux de santé et quelques maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé.

En effet, la médecine générale, spécialité centrale pour l'offre de soins de premier recours, connaît une situation très disparate entre les territoires, Paris étant 4,57 fois mieux pourvu que la Seine-et-Marne.

La question de l'accessibilité géographique aux soins, prégnante sur certains territoires franciliens, risque de s'aggraver, par **un phénomène de propagation de la désertification médicale du territoire** du fait des nombreux départs à la retraite à venir de médecins généralistes, la moyenne d'âge des médecins en exercice étant aujourd'hui de 54 ans.

Or, ces départs prochains ne seront pas compensés par les flux entrants de jeunes médecins formés, d'une part du fait de la réduction du numérus clausus et d'autre part, parce que le mode d'exercice libéral ne répond plus aux aspirations de nombreux jeunes diplômés qui tendent à privilégier l'exercice mixte et groupé pour préserver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Parallèlement à cette problématique, et tout aussi fortement, se pose en Ile-de-France **la question de l'accessibilité financière aux soins**. En effet, si la zone centrale, particulièrement Paris, est très bien dotée en professionnels, ce sont majoritairement des spécialistes qui y exercent, pratiquant une facturation de secteur 2 qui autorise les dépassements d'honoraires et les honoraires libres, les tarifs des consultations atteignant communément 4 ou 5 fois le prix fixé par la sécurité sociale.

Cette situation, qui pénalise grandement les patients consultant sur la zone, contribue souvent au report, voire au renoncement aux soins de nombre d'entre eux - quand les médecins eux-mêmes ne refusent pas de recevoir les patients CMU – et a des répercussions évidentes sur

l'encombrement des services d'urgences hospitalières dont la fréquentation a plus que doublé de 1990 à 2004, passant de 7 à 15 millions, avec 10.000 passages quotidiens dans les services franciliens.

Le constat partagé avec le nouveau Gouvernement doit permettre la mise en œuvre d'une politique concertée poursuivant un objectif commun de service public de la santé et donc d'accès aux soins pour toutes et tous.

### **De nouveaux défis et de nouvelles responsabilités**

Si l'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé est au cœur des problématiques de santé, cela ne doit pas masquer un changement majeur auquel nous assistons dans domaine de la santé: **l'explosion des maladies chroniques, qui menace notre espérance de vie.**

**Les maladies chroniques sont une épidémie mondiale** : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, l'obésité, les affections respiratoires chroniques, le diabète et la déficience visuelle ou auditive provoquent, au total, 17 millions de décès par an,. L'OMS qualifie de «catastrophe rampante» les maladies chroniques qui touchent autant les pays développés que les pays émergents et en voie de développement<sup>7</sup>. En France, l'obésité continue de progresser et le cancer représente déjà la première cause de mortalité<sup>8</sup>.

Ces maladies non infectieuses se caractérisent notamment par le fait que l'on n'en guérit jamais complètement et donc que l'on vit très longtemps avec. Egalement appelées « **maladies de civilisation** », les maladies chroniques ont comme principales causes la croissance de l'espérance de vie, l'urbanisation rapide, la multiplication des substances chimiques dans notre quotidien et **la mondialisation d'un mode de vie peu favorable à la santé** – forte consommation de tabac et d'alcool, alimentation lacunaire et manque d'exercice physique.

**Etroitement liées au mode de vie et à notre environnement** qui ont considérablement changé, **les maladies chroniques représentent une charge financière considérable** pour nos systèmes de soins et donc un véritable défi tant d'un point de vue sanitaire que financier. Surtout, **la pandémie des maladies chroniques menace notre espérance de vie en bonne santé, laquelle régresse** dans certains pays d'Europe<sup>9</sup>.

Du fait de leur lien étroit avec les déterminants sociaux et environnementaux sur lesquels nous voulons concentrer notre action, **la baisse des maladies chroniques est le principal objectif d'une politique de santé publique.**

**Il convient d'y répondre efficacement à travers une politique intégrée de santé-environnement qui permet, en amont, les conditions matérielles d'un mode de vie plus sain et d'une moindre exposition aux multiples pollutions, pour juguler l'augmentation des maladies chroniques et qui, en aval, garantit à toutes et tous une prise en charge adaptée et rapide des problèmes de santé, grâce à la résorption des inégalités d'accès géographique et financier aux soins...**

En tant qu'acteur désormais central mais relativement neuf dans le champ sanitaire, la Région est confrontée à l'ensemble de ces problématiques. Elle est d'autant plus légitime à y répondre qu'elle a élargi ses compétences en la matière et qu'elle ne mène plus seulement une politique sanitaire volontariste.

<sup>7</sup> <http://www.interportal.ch/fr/themes/outils/les-maladies-chroniques-une-epidemie-globale>

WHO Global Status Report on non communicable diseases [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)

<sup>8</sup> Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 7 juin 2011 [http://www.invs.sante.fr/beh/2011/22/beh\\_22\\_2011.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2011/22/beh_22_2011.pdf)

<sup>9</sup> Sources INSEE et Eurostat, Espérance de vie en bonne santé, 31 décembre 2010.

En effet, les Lois de la décentralisation du 13 août 2004 ont donné aux Régions de **larges compétences en matière de formations sanitaires et sociales**.

Ces compétences obligatoires s'appliquent sur 4 grands domaines d'intervention :

- Le financement et la gestion des aides aux étudiants, dont les bourses
- Le financement des centres de formation du secteur
- L'autorisation pour la création d'instituts de formation sanitaire ou l'augmentation du nombre de places dans ces centres ; l'agrément des directeurs d'école sanitaire ; ainsi que l'agrément de places en formation initiale dans le social.
- L'élaboration et le suivi du Schéma régional des formations sanitaires et sociales.

Ainsi, conformément aux orientations de son Schéma régional des formations sanitaires et sociales voté en 2007, la Région n'a cessé de gérer ses compétences à travers cette double priorité régionale que sont :

- l'aide aux publics les plus défavorisés, avec la mise en place des revalorisations successives et volontaristes des bourses pour les étudiants jusqu'à l'alignement sur les bourses de l'enseignement supérieur voté en 2011, la création du FRAS (fonds régional d'action sociale) ainsi que l'effort constant pour viser la gratuité des formations de niveau V (aide-soignant et auxiliaire de puériculture), premier niveau de qualification permettant l'accès à un emploi.
- Le développement d'une offre de formation sanitaire et sociale équilibrée afin de répondre aux besoins de la population, tout en ayant une vision d'aménageur du territoire francilien.

**Dans ce contexte, la Région devient un acteur clé dans le développement d'une politique de santé plus juste et répondant aux besoins de l'ensemble des franciliens.**

Compte-tenu de ses compétences obligatoires et face à ces lourds enjeux sanitaires, la Région est plus que jamais légitime pour poursuivre et amplifier sa politique de santé volontariste, orientée vers la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé..

En axant sa politique sur la prévention et l'accès aux soins, elle se donne les moyens de répondre au double défi de l'accès des personnes les plus fragiles à des soins de qualité et de la réduction des disparités de l'offre de soins sur le territoire francilien.

C'est en jouant pleinement son rôle d'aménageur sanitaire du territoire que la Région pourra peser favorablement et répondre aux enjeux majeurs de santé auxquels nous sommes confrontés.

**Dans cette optique de résorption des inégalités sociales et territoriales de santé, la Région Ile-de-France actionnera deux leviers : d'une part le renforcement de la prévention et la promotion de modes de vie plus sains au bénéfice de toutes et tous, d'autre part l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins sur le territoire francilien.**

**Cette politique volontariste s'inscrit dans le cadre d'une politique régionale globale visant à réduire les impacts des conditions de vie sur la santé.**

# 1. UNE POLITIQUE TRANSVERSALE DE SANTE-ENVIRONNEMENT

## 1.1. L'ENVIRONNEMENT, UN DETERMINANT DE SANTE QUI OFFRE UNE VISION GLOBALE

### 1.1.1. Définition

La Région Ile-de-France affirme son attachement à la définition de la santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « **un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.** »

Cette définition implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient vitaux, sanitaires, nutritionnels, sociaux, ou culturels... Au-delà, elle rappelle que l'homme interagit avec son environnement et que les milieux et les conditions dans lesquels nous vivons et travaillons impactent notre santé. En effet, même l'environnement professionnel (stress, pénibilité), familial (promiscuité, violences, prise en charge de personnes non autonomes), économique et social (incidences de la crise financière, précarité, chômage) pèse sur le bien-être et l'état de santé des personnes.

Cette conception se résume dans l'idée de **santé-environnement qui s'intéresse aux interactions entre l'homme et son environnement au sens large**. Il s'agit d'une approche qui s'intéresse à tous les déterminants de santé, facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et économiques de notre environnement., et qui de fait s'accompagne d'une politique de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures »<sup>10</sup>.

Ainsi, la santé environnementale s'inscrit dans une démarche holistique et participative<sup>11</sup> visant à **passer d'un système de santé purement médical** (centré vers l'offre de soins, l'offre hospitalière) à **un système de santé « complet »**, laissant une large place à la prévention et aux individus.

En outre, **elle s'inscrit dans une démarche fondamentalement sociale** puisqu'elle prend en considération le fait que les personnes socio-économiquement défavorisées sont souvent exposées à des nuisances et des pollutions environnementales cumulées, et donc plus sensibles aux effets sanitaires qui en résultent.

### 1.1.2. Agir en amont pour mieux prévenir

L'OMS estime à environ 15% la part de pertes de santé liées aux facteurs environnementaux, calculées sur la base d'un indicateur synthétique combinant mortalité et morbidité dans les pays d'Europe de l'Ouest et concernant la seule pollution atmosphérique, l'OMS a estimé qu'elle est la cause de 3 millions de décès chaque année, soit 5% de tous les décès dans le monde<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Définition établie en 1994 à la conférence d'Helsinki de l'OMS

<sup>11</sup> Lucie Sauvé et Hélène Godmaire, Université du Québec à Montréal, <http://www.unites.uqam.ca/ERE-UQAM/membres/articles/ECOHEALTHVersionfrancaiseFinale.pdf>

<sup>12</sup> Rapport de l'Igas sur « La mise en œuvre par les ARS des politiques de santé environnement » (2012)

Face à ces enjeux, la santé-environnement vise en priorité à **réduire les inégalités face aux pressions environnementales et sociales qui pèsent sur les parcours de vie dès la prime enfance pour se cumuler au fil des âges**<sup>13</sup>.

**La santé-environnement** – en apportant des réponses globales et transversales - **constitue une réponse au défi des maladies chroniques qui sont étroitement liées à des modes de vie - souvent contraints et subis – (pression financière quant à l'accès pour tous à une alimentation équilibrée, sédentarité, surmenage, stress, manque de sport, tabagisme, etc.) et à un environnement** de plus en plus pollué (air intérieur et extérieur, eau, omniprésence de composants chimiques dont les perturbateurs endocriniens.

Les Franciliens perçoivent peu les risques sanitaires liés à l'environnement, tels que la pollution de l'air intérieur comme le montre une récente étude de l'ORS<sup>14</sup>, et sont en attente d'une meilleure information, d'autant plus que les comportements à risques sont fréquents dans la Région.

C'est pourquoi, outre le travail que la Région effectue de manière transversale sur les questions de santé (en favorisant la nourriture biologique dans les lycées, en favorisant le développement des transports propres, etc. cf. 1.3), **elle doit aussi répondre au défi de l'information du grand public sur les risques sanitaires liés à l'environnement et aux modes de vie. C'est l'un des dispositifs que ce rapport-cadre prévoit de créer.**

### 1.1.3. Rechercher l'efficacité des actions de prévention grâce à des méthodes innovantes

La santé environnementale s'attaque aux souffrances modernes à travers des **méthodes novatrices**, en décloisonnant des approches sectorielles mais complémentaires et en mobilisant des ressources **de manière pluridisciplinaire et transversale**. Il s'agit par exemple de favoriser le travail en réseau et les méthodes participatives avec l'ensemble des professionnels de santé mais pas seulement. L'Igas estime que des solutions peuvent être trouvées dans "des allègements d'exigence réglementaires" de la part de l'ARS et dans des transferts de compétences vers d'autres acteurs comme les collectivités locales.

Des méthodes telle que la **santé communautaire** - démarche de santé globale, intégrée, préventive et participative, qui s'intéresse à un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun – permet par exemple de mieux impliquer les personnes concernées et de favoriser leur accès aux soins. La santé communautaire n'est ni une approche communautariste, ni réservée à telle ou telle catégorie de population. Elle vise l'implication directe des individus concernés par une problématique de santé dans la mise en œuvre des actions de prévention initiées à leur attention. Il s'agit de rechercher l'efficacité dans la délivrance des messages de prévention. Cette méthode est utilisée par de nombreux acteurs du champ sanitaire pour la lutte contre le sida, la prévention des IST, ou encore pour le dépistage du cancer du sein.

Apparue au Québec dans les années 1970, cette démarche s'est progressivement diffusée en Amérique du Nord et en Europe, bien que son nom, incompris et chargé de divers sens, ait pu freiner son développement en France.

La santé communautaire est désormais une réalité concrète en France, avec la création de nombreux centres de santé communautaire depuis la fin des années 1990, comme à Paris, Toulouse ou Cherbourg-Octeville.

<sup>13</sup> Exposition environnementales et inégalités sociales de santé, Haut conseil de la Santé publique, <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-73/ad732728.pdf>

<sup>14</sup> Rapport de l'ORS sur « Les perceptions de la pollution de l'air intérieur en Ile-de-France » (2012)

L'ARS prévoit également de développer la santé communautaire dans le cadre de sa politique de prévention, notamment par un travail avec les populations cibles et les personnes relais (médiateurs, aides à domicile, aidants familiaux) pour s'assurer de l'efficacité de leurs campagnes de communication.

Le développement des **médecines complémentaires** constitue également une manière innovante et efficace d'enrichir l'offre de soins traditionnelle.

L'assistance publique des hôpitaux de Paris elle-même a recourt à ces médecines – homéopathie, acupuncture, ostéopathie, hypnose... – et investit dans la recherche et la médecine traditionnelle chinoise pour apporter des réponses plus efficaces en matière de prise en charge de pathologies chroniques ou pour soulager la douleur<sup>15</sup>.

Le 11 juillet 2012, l'AP-HP a d'ailleurs annoncé son souhait de mieux encadrer l'exercice de ces médecines et de mieux les valoriser. Leur pratique serait désormais réservée aux seuls professionnels de santé titulaires d'un diplôme agréé par le Comité hospitalo-universitaire pour les médecines complémentaires (CHUMC), qui sera créé à cette fin et sera également en charge de l'organisation des soins. A l'instar de l'AP-HP, la Région manifesterait son intérêt pour médecines complémentaires, politique initiée en mai 2011 avec l'organisation d'un colloque régional sur les écomédecines. Elle travaillera à la reconnaissance des médecines complémentaires et de leurs limites, en ayant pour elles les mêmes exigences que la médecine conventionnelle.

#### 1.1.4. La prévention : un champ d'action à investir tout en continuant d'améliorer l'offre de soins

**La Région a d'autant plus de légitimité à intervenir en matière de prévention qu'il existe un manque en la matière, celle-ci étant le parent pauvre de la santé publique.** En effet les départements s'occupent essentiellement de l'action sociale, quand l'Etat et la Sécurité sociale gèrent et financent l'offre de soins, mais en consacrant jusqu'ici moins d'un pourcent de leur budget à la prévention.

Or, si l'on prend l'exemple du cancer, cette approche est très critiquable. En effet, le budget consacré à l'offre de soins permet de juguler la mortalité par cancer, qui est en diminution. En revanche, l'incidence du cancer dans la population continue d'augmenter. Tous les jours en France on découvre près de 1 000 cas. Il est donc urgent que les pouvoirs publics interviennent plus en amont, pour prévenir le développement des pathologies.

C'est ce que la Région a déjà dénoncé en juin 2011 dans l'avis négatif que le Conseil régional a émis sur le Plan Stratégique Régional de Santé, en disant que « la prévention et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé [...] sont autant de priorités fortement mises en avant par l'ARS, mais qui ne trouvent aucune traduction financière dans le [PSRS], ainsi qu'aucune mesure concrète pour y répondre ».

**Depuis plusieurs années, la Région s'implique de manière croissante dans le champ sanitaire sur son territoire.**

**Consciente des enjeux sanitaires auxquelles elle fait face, elle souhaite tout d'abord réaffirmer son implication dans l'amélioration de l'offre de soins.** Rappelons qu'elle intervient depuis plusieurs années pour développer et améliorer l'offre sur le territoire, en investissant fortement dans le médico-social, et en participant au financement de travaux dans certains services hospitaliers. Ce rapport-cadre propose de poursuivre ce soutien au développement de l'offre de soins, et de s'attaquer au problème épineux de la désertification médicale (cf. 3).

<sup>15</sup> Plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP.

**Mais surtout, pour répondre aux défis exposés ci-dessus, elle souhaite renforcer son action dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé**, où elle agissait jusqu'à présent à travers le financement de structures telles que le CRIPS, à travers le soutien à des événements tels que le festival Solidays, ou encore dans le cadre de partenariats tissés avec les autres acteurs (le Groupement régional de santé public jusqu'il y a peu notamment).

**Enfin, l'action de la Région en matière sanitaire ne se limite pas à sa politique de santé.** D'une façon transversale, le Conseil régional a déployé un ensemble de mesures visant à réduire les risques sanitaires, sociaux et environnementaux qui touchent les habitants de la région. Dans cette perspective et dans tous les secteurs, qu'il s'agisse de compétences obligatoires ou non, elle s'inscrit dans une démarche innovante de politique de santé-environnement, qui entend protéger la santé et la qualité de vie des Franciliennes et des Franciliens dans leur globalité.

**Avec ce rapport-cadre, la Région propose une approche renouvelée de sa politique de santé, par une vision globale et transversale qui participe de l'ensemble des dispositifs régionaux destinés à améliorer la vie des Francilien-nes : transports, logement, environnement, aménagement du territoire, formation, recherche, sport, etc.**

**La promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé, ainsi que l'amélioration de l'offre de soins y tiennent naturellement une place primordiale.**

## **1.2. UNE VISION QUI SE FONDE SUR L'OBSERVATION, LE CONSEIL ET LA CONCERTATION**

Pour construire et faire évoluer ses politiques, la Région dispose d'outils d'observation et de conseil, et recourt très régulièrement à la consultation des Francilien-nes, expert-es ou non, comme ce fut le cas au printemps 2011 pour l'élaboration du présent rapport.

Ces outils d'observation, de concertation et de conseil permettent à la Région de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs, actualisés, sur l'état sanitaire de ses habitants afin de pouvoir piloter au mieux sa politique pour répondre aux alertes et aux besoins de sa population.

### **1.2.1. L'observation au travers de la réalisation d'études et du relevé de mesures**

Afin de répondre aux deux défis majeurs que sont l'accès des personnes les plus fragiles à des soins de qualité et de la réduction des disparités de l'offre de soins sur le territoire francilien, la Région s'appuie sur une observation à la fois des publics les plus défavorisés via les études de la MIPES, mais également sur une observation plus globale de la santé grâce aux réalisations de l'ORS et aux mesures de la qualité de l'air et des nuisances sonores pour les aspects de santé-environnement.

#### **L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE D'ILE-DE-FRANCE (ORS)**

Créé en 1974, l'Observatoire de la santé (ORS) d'Ile-de-France est un département technique autonome de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France (IAU Ile-de-France) ; Il est un organisme d'études partenarial co-financé à parts égales par l'Etat et la Région. Sa mission générale est l'aide à la décision dans le domaine sanitaire et social.

La convention conclue avec l'ORS pour la période 2011-2014 entre l'Etat, l'ARS et la Région confirme ses missions d'observation, surveillance et étude des questions sanitaires et sociales régionales.

Ainsi, l'ORS renforce-t-il le dispositif régional d'études et d'observation de la santé de la population en vue d'améliorer la connaissance sur les déterminants de santé, sur les inégalités sociales et territoriales de santé, sur les pathologies et leur évolution et sur la qualité de vie des différents groupes, sur les pathologies spécifiques à l'Ile-de-France.

Dans le cadre de ces missions et à l'occasion de la préparation des conférences régionales citoyennes de santé qui ont eu lieu entre mai et octobre 2011, l'ORS a réalisé des synthèses départementalisées de l'état de santé en Ile-de-France.

### **Airparif**

La qualité de l'air extérieur comme intérieur a des répercussions majeures sur la santé pouvant affecter l'appareil respiratoire et l'appareil cardiovasculaire. Les réactions individuelles aux polluants atmosphériques varient selon le type d'agent auquel les personnes sont exposées, le degré d'exposition, ainsi que l'état de santé et le patrimoine génétique de la personne. La pollution atmosphérique due à la circulation automobile est la plus connue, mais la question de la pollution de l'air intérieur – qui peut être plus pollué que l'air extérieur – émerge progressivement dans le débat public et aspire également à des politiques réponses rapides et efficaces.

Créée en 1979, AIRPARIF est une association agréée composée de représentants de l'État, de collectivités territoriales franciliennes, d'associations agréées de protection de l'environnement, de personnalités qualifiées dans le domaine de la pollution atmosphérique et de représentants des diverses activités qui contribuent à l'émission des substances polluantes. Cette pluralité vise à garantir son indépendance et donc l'objectivité des mesures et des résultats.

Ses principales missions sont la surveillance continue de la qualité de l'air (dont la prévision des épisodes de pollution), l'évaluation de l'impact des mesures de réduction des émissions de polluant et l'information des autorités, des citoyens et des médias.

Cet observatoire fournit un bulletin quotidien sur la qualité de l'air mesurée ainsi que des bulletins de prévisions ou d'alerte pour les principaux polluants.

Airparif dispose de trois outils utilisés de manière complémentaire : les stations de mesure, les campagnes de mesure sur des sites problématiques ou pour des polluants particuliers et les outils de modélisation qui permettent de faire des cartes et des prévisions mais aussi d'évaluer l'impact de mesure de réduction de la pollution.

Sur la base des mesures et constats effectués par AIRPARIF il est fait état pour les polluants suivants :

- Le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) : environ 3,6 millions de franciliens résidant exclusivement dans l'agglomération parisienne sont potentiellement exposés à un air dépassant la valeur limite annuelle. Plus de 9 parisiens sur 10 sont concernés.
- Les particules (PM<sub>10</sub>) : environ 7% de la population francilienne, soit près de 1 million d'habitants, est potentiellement exposée à un air atteignant ou excédant l'objectif de qualité annuel.

### **Bruitparif**

Le bruit est une source de gêne très présente en Ile-de-France du fait de la forte concentration de l'habitat et de la densité exceptionnelle des infrastructures de transports. Parmi les atteintes à la qualité de vie, le bruit constitue la première nuisance citée.

Créée en 2004 par la Région Ile-de-France, Bruitparif est l'observatoire du bruit en Ile-de-France. Il a pour missions de caractériser la réalité de l'exposition au bruit des Franciliens et son évolution

sur le long terme, d'évaluer la gêne sonore, de développer les connaissances en matière de bruit, de diffuser les informations, d'aider les acteurs publics dans leur prise de décision en matière de bruits routier, ferroviaire, aérien, liés aux activités commerciales, industrielles et de loisirs...

Pour ce faire, Bruitparif s'appuie sur un dispositif reposant sur deux méthodologies complémentaires : la mesure et la modélisation.

Sur la base des consolidations des cartes de bruit de l'agglomération parisienne, près de 20% de la population de l'agglomération parisienne serait exposée au-dessus des seuils, soit environ 2 millions d'habitants. Parmi eux, environ 60 000 personnes seraient en situation de multi-exposition.

### **La Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale (MIPES)**

Instance permanente d'information, d'observation et d'échanges la Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale a pour mission d'informer et d'approfondir la réflexion sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France.

La problématique de la santé est abordée en transversalité dans le cadre de ses travaux.

Tout d'abord, la MIPES publie chaque année un recueil statistique qui présente dans un volet santé, des données sur les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), le nombre d'attestations d'aide complémentaire santé (ACS), les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME).

Ce recueil présente également des données sur des problématiques de santé soulevées en Ile-de-France, comme les cas déclarés de saturnisme ou ceux de tuberculose.

La MIPES a également mis en place des indicateurs synthétiques, l'IDH2 (indicateur de développement humain adapté et régionalisé) et l'ISSR (indicateur de santé sociale régionale), qui sont des outils d'analyse au niveau du territoire francilien, couvrant différentes thématiques dont la santé.

En outre, la problématique de la santé est abordée dans le cadre des groupes de travail mis en place par la Mission, dont celui sur la précarité des seniors qui développe l'axe des migrants âgés et des aidants non professionnels.

Enfin, certaines études ou articles, publiés sur le site de la MIPES, traitent de sujets liant précarité et santé, au regard de l'actualité. Il en va par exemple ainsi d'une étude récente sur les enfants pauvres qui met en lumière l'impact de la santé sur la pauvreté des familles ou encore d'articles dénonçant la faible couverture vaccinale des Roms, ou présentant les consultations d'infirmières de prévention en Essonne.

#### **1.2.2.L'appui sur les organes consultatifs**

Etre malade aujourd'hui n'implique plus nécessairement d'abandonner ses droits et ses prérogatives, mais au contraire d'affirmer sa qualité d'usager du système de santé, voire de faire preuve d'une réelle volonté de participer à la définition des politiques de santé publique.

Néanmoins, la loi HPST qui organise une profonde transformation du système de santé français, n'associe pas assez les usagers, les personnels et les élus locaux à la prise de décisions.

Or, la Région Ile-de-France est convaincue que la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus permettra d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé.

C'est la raison pour laquelle elle a organisé des Assises régionales de la santé en mars 2011 ainsi que des Conférences citoyennes régionales de santé dans chacun des départements franciliens, en mai, juin et octobre 2011.

C'est le motif aussi pour lequel elle a décidé de créer une instance d'expertise : le Haut comité médical d'Ile-de-France, dont la mission est d'apporter aux élus régionaux son éclairage sur les grandes problématiques de santé franciliennes, notamment à l'occasion de la refonte de la politique régionale de santé.

### **Le Haut comité médical d'Ile-de-France (HCM)**

Créé par délibération n°CR 76-10 du 18 novembre 2010, le HCM d'Ile-de-France s'est ainsi vu confier une mission de réflexion, de prospective et de propositions sur les grands thèmes liés à la santé en Ile-de-France, examinés aussi bien au plan organisationnel (démographie médicale, accès aux soins, territorialisation de la santé, ...), que sous l'angle sanitaire (vieillesse, cancérologie, santé mentale, psychiatrie, urgences hospitalières, accès à l'IVG ...), ainsi qu'une mission d'expertise de l'offre de soins des professionnels paramédicaux au regard des besoins de la population francilienne.

Réunie depuis sa création en assemblées plénières et table ronde, cette instance a engagé sa réflexion sur plusieurs thématiques relevant de la politique régionale de santé telles que la prévention, la contraception, la médecine de proximité. Il convient aujourd'hui de préciser les modalités de remboursement des frais de transport et de séjour ainsi induits à ses membres experts bénévoles, habitant hors de l'Ile-de-France, pour participer aux travaux de cette instance.

### **Le Conseil consultatif du handicap d'Ile-de-France (CCH)**

Créé par délibération n°CR 41-10 du 18 novembre 2010, le conseil consultatif du handicap d'Ile-de-France est une instance participative régionale appelée à se prononcer, au cours de leur conception, sur les mesures régionales pouvant contribuer à l'autonomie des personnes en situation de handicap, et à favoriser la prise en compte transversale de cette problématique dans le processus d'élaboration des politiques régionales.

Réuni régulièrement depuis sa création effective en 2011, il a été sollicité, notamment, pour s'exprimer sur le projet de plan stratégique régional de santé (PSRS) de l'ARS, sur la politique régionale relative au logement étudiant ou encore sur le présent rapport.

### **Le Conseil régional des jeunes d'Ile-de-France (CRJ)**

Créé par la délibération n°CR-43 04 du 18 novembre 2004 et modifié par la délibération n° CR-66-07 du 27 juin 2007, le CRJ est un organe de consultation et de proposition. Il émet des avis, formule des propositions, porte des projets et questionne le conseil régional. Le travail du CRJ s'articule autour de trois objectifs que sont la meilleure appréhension et prise en compte des besoins et attentes des jeunes franciliens, la contribution à l'apprentissage actif et à l'exercice de la responsabilité de la citoyenneté et de la vie publique, et la facilitation de l'accès des jeunes à la vie sociale et culturelle de l'Île-de-France.

#### **1.2.3. La concertation : des recommandations de la loi à l'engagement de la Région - les conférences citoyennes régionales de la santé**

Dans le cadre d'une nouvelle « démocratie sanitaire », la loi HPST organise la concertation autour du projet régional de santé, notamment avec les collectivités territoriales.

Au vu des budgets conséquents qu'elle y consacre et surtout de son rôle en matière d'aménagement du territoire, la Région demande à être reconnue comme un acteur à part entière

de la santé en Ile-de-France et à être réellement associée à la construction de la politique de santé.

La Région a acquis, par les lois de 2004, des compétences obligatoires en matière de formations sanitaires et sociales, qu'elle a souhaité gérer dans le cadre d'une large concertation, permettant notamment l'élaboration d'un Schéma des formations sanitaires et sociales dont le diagnostic et les orientations stratégiques sont largement partagés par l'ensemble des acteurs de ce champ.

De même, dans le cadre de sa politique santé, la Région souhaite assumer une responsabilité en matière de concertation et de coordination afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales dans l'accès à la santé.

### **L'articulation entre la Région et l'ARS**

Instituée en avril 2010, l'Agence régionale de la santé prépare son projet régional de santé, qui doit être arrêté dans le courant de l'année 2012. La Région prend toute sa part, à toutes les étapes de ce projet qui déterminera fortement l'avenir de la santé sur son territoire.

C'est dans ce cadre que nous avons organisé les assises de la santé puis les conférences citoyennes régionales de santé, qui ont rassemblé, dans chaque département-territoire de santé, l'ensemble des acteurs appelés à s'exprimer afin de formuler des avis pertinents pour peser intelligemment sur le projet de plan régional de santé.

L'organisation de ces débats sur l'ensemble du territoire régional procède de la conviction que tous, élus, soignants, usagers, doivent confronter leurs points de vue pour co-construire l'avenir de la santé en Ile-de-France. Cette concertation manifeste la volonté d'une démocratie en action et la conviction que les patients sont d'abord des citoyens. La démocratie sanitaire ne peut être réduite à des enjeux d'observations et d'informations.

### **Les conférences citoyennes régionales de la santé**

Aux fins de porter un véritable dialogue démocratique, huit conférences citoyennes de santé, organisées par la Région à raison d'une par département, se sont déroulées du 17 mai au 30 juin 2011, plus une matinée de restitution le 18 octobre dernier, rassemblant au total 630 actrices et acteurs institutionnels et associatifs de la santé ainsi que des élu-es locaux et régionaux. 113 personnes ont animé les tables rondes autour de l'accès aux soins, le médico-social et la prévention.

#### *De grands thèmes abordés dans tous les départements*

- les conditions de vie pesant sur la santé et l'accès aux soins (transports, logement...), alors que la santé est indispensable à l'accès à l'emploi et à l'insertion
- un bassin de santé se définissant à partir d'un bassin de vie, de son histoire, de sa cohérence territoriale, des réseaux de transport, de la complémentarité dans l'accès aux disciplines médicales et para médicales
- le coût de la santé pour les patients : le reste à charge est trop élevé
- l'insuffisance de la démographie médicale de secteur 1
- une forte opposition à la logique comptable de l'ARS
- la prévention, une source d'économies
- l'impact des restructurations hospitalières sur l'offre de soins : de plus en plus localisées sur les grands centres hospitaliers parisiens au détriment de la banlieue, elles déséquilibrent aussi l'attractivité des territoires
- l'importance de créer des réseaux de santé pluridisciplinaires
- le désengagement du secteur public au profit du privé

- les points noirs du PRSR, dont l'insuffisante prise en compte des besoins de la psychiatrie et du médico-social.

#### *Les spécificités départementales*

- rechercher l'accessibilité financière, temporelle et géographique aux soins (77 / 93)
- promouvoir les maisons de santé pour regrouper les médecins en leur donnant le statut de salariés (77) v/s le danger du regroupement des professionnels de santé est la réduction de l'accès géographique aux soins (93)
- les centres de santé, qui proposent une approche intégrée, globale, pluridisciplinaire, peuvent agir comme un filtre complémentaire aux hôpitaux (75 / 78)
- encourager le travail en réseau, développer les partenariats, notamment grâce aux ateliers santé ville (92 / 93)
- pour une médecine de proximité, renforcer le rôle des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'hospitalisation à domicile (HAD) (93)
- le développement des unités mobiles et des offres de soins spécifiques pour les personnes âgées est une solution alternative aux EHPAD (95) dont le coût est prohibitif (78)
- conclure des contrats locaux de santé pour proposer une offre de santé adaptée au territoire (75 / 95)
- combiner éducation à la santé et réduction des inégalités (75) ; l'éducation nationale a un rôle phare à y jouer (93) de même que les PMI qui permettent une approche globale de la santé (prévention, éducation, vaccination) (91)
- Le PSRS ne fait pas mention des MDPH, il faut croiser cet enjeu avec la logique territoriale (92)
- réaliser un guide de l'offre de soins en Ile-de-France pour les personnes en situation de handicap (95).

### **1.3. UNE VISION GLOBALE QUI NOURRIT TOUS LES CHAMPS DE L'INTERVENTION REGIONALE**

La santé étant déterminée dans une large mesure par des facteurs extérieurs, une politique de santé publique efficace couvre tous les domaines de l'action politique.

Les politiques mises en place par la Région dans tous ses champs d'intervention, qu'ils soient obligatoires ou relèvent de compétences optionnelles, influent, directement ou non, sur la santé des Franciliens.

#### **1.3.1. Formation des professionnels sanitaires : une compétence obligatoire et une priorité régionale**

##### **Les professionnels paramédicaux : formation initiale et formation continue**

La loi relative n°2004-809 du 13 août 2004 a transféré aux régions les compétences en matière de formations sanitaires et sociales. A ce titre la Région est chargée du financement des instituts et écoles de formation, ainsi que des modalités d'attribution des aides aux élèves et étudiants de ces formations.

Par son schéma des formations sanitaires et sociales, la Région s'est engagée à développer, améliorer et rééquilibrer l'offre de formation francilienne de ce secteur sur le territoire, pour mieux répondre aux besoins des employeurs, des usagers et des étudiant-es, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs collaborant aux instances spécifiques de suivi. C'est dans cette optique que la Région a fortement augmenté la carte des formations, toutes voies de formation confondues

(apprentissage, formation en lycée...), en privilégiant le développement des formations de niveau V, premier niveau de qualification permettant l'accès à un emploi.

Elle agit aussi pour réduire les situations de précarité sociale de ces étudiant-es et éviter les abandons en cours de formation pour des motifs d'ordre financier, en créant le Fonds régional d'aide sociale (FRAS), et en revalorisant régulièrement les taux et barèmes des bourses, avec notamment la décision régionale de leur alignement sur ceux de l'enseignement supérieur dès la rentrée de septembre 2011.

Par ailleurs, la création en septembre 2011 du baccalauréat professionnel « accompagnement, soins et services à la personne » en remplacement du BEP carrières sanitaires et sociales, devrait favoriser la poursuite d'études dans le secteur paramédical, même si les passerelles et articulations avec les autres diplômes restent à construire.

### 1.3.2. Un soutien très important de la Région sur la recherche en matière sanitaire

La Région agit par sa politique de soutien à la recherche en santé (DIM et PICRI), tout en participant à des projets innovants en santé-environnement (projet CIRCE).

#### **Projet CIRCE**

Depuis 2004, la Région et l'ORS Ile-de-France participent activement au projet CIRCE (Cancer Inégalités Régionales Cantonales et Environnement) en collaboration avec l'Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques (INERIS), les Conseils régionaux et les Observatoires Régionaux de la Santé de Rhône-Alpes, du Nord-Pas-de-Calais, de Bretagne et de Picardie, et le Registre des Cancers de l'Isère et de la Somme.

Ce projet vise à analyser, à l'aide de systèmes d'information géographique, la part des facteurs socio-économiques et environnementaux dans les inégalités de mortalité par cancer dans les régions.

Le projet CIRCE, unique en Europe, devrait permettre de dévoiler les liens supposés entre le cancer et le milieu social et environnemental dans lequel les gens évoluent.

Ces travaux répondent à une préoccupation d'autant plus forte de la part de nos concitoyens que le cancer est devenu la première cause de mortalité en France en 2004, et qu'ils se préoccupent de plus en plus de l'impact de la pollution sur leur santé.

La Région Ile-de-France entend donc renouveler la convention de partenariat avec les autres régions et l'INERIS au début de l'année 2013, pour permettre à ce projet de se déployer et aux différents partenaires de poursuivre leurs travaux.

#### **Les Domaines d'intérêt majeur (DIM)**

A travers la politique régionale de labellisation de « domaines d'intérêt majeur » mise en place depuis 2005, la Région soutient les démarches coopératives, les projets mutualisés et l'émergence de réseaux de dimension régionale entre laboratoires reconnus comme entités essentielles de la recherche.

Ces DIM ont permis de faciliter les travaux de recherche dans des domaines tels que les sciences du vivant, la santé et l'environnement, ainsi que sur la cancérologie, les maladies cardiovasculaire, le diabète et l'obésité, les maladies infectieuses, parasitaires, et nosocomiales émergentes, la

médecine cellulaire et les cellules souches, les neurosciences et maladies neuro-dégénératives, la santé, l'environnement, la toxicologie.

Des budgets importants sont ainsi consacrés pour faire progresser la connaissance en santé. En complément, la Région attribue des allocations aux chercheurs doctorant, facilitant leur formation et participe à l'équipement des laboratoires de recherche pour améliorer les conditions de travail de ces scientifiques.

### **Les Partenariats institutions-citoyens pour la recherche et l'innovation (PICRI)**

Les PICRI sont un dispositif unique faisant le pont entre le monde de la recherche et la société civile et dont plusieurs concernent le domaine de la santé, tels que le PICRI OGM et non-OGM dont les résultats renforceront les choix politiques régionaux dans la promotion et le développement de l'agriculture biologique.

#### **1.3.3. La prise en compte de la dimension « santé-environnement » dans les autres politiques régionales**

##### **.1.3.3.1. La mise en place d'un politique transversale d'aménagement durable à la Région**

### **L'Agenda 21**

Dès 2002, lors des discussions budgétaires, la Région a exprimé sa volonté de se doter d'un Agenda 21. Le document stratégique final a été adopté en fin 2009.

Le projet d'Eco-Région pour le territoire francilien vise à réduire notre empreinte écologique et son coût social, à offrir les conditions d'un mode de vie équitable pour tous dans un environnement sain et pérenne, d'un développement économique responsable et solidaire, et favoriser un travail en réseau avec les autres régions européennes et internationales.

La prise en compte des liens entre santé et facteurs environnementaux dans les projets d'aménagement concourt à l'amélioration de la qualité de vie des franciliens et franciliennes, objectif de l'Eco-Région.

### **Le Plan régional pour la qualité de l'air (PRQA)**

Adopté en Novembre 2009 par le Conseil régional, le plan régional pour la qualité de l'air souligne les enjeux sanitaires de la qualité de l'air : les études épidémiologiques mettent en évidence les liens entre la pollution de l'air extérieur et les effets sanitaires à court terme, qui se manifestent quelques jours ou quelques heures après l'exposition : irritations, toux, bronchites, augmentation de l'incidence des crises d'asthme, pathologies cardio-vasculaires.

Le plan s'appuie sur la mesure de la qualité de l'air et les inventaires d'émissions. Il est un outil de planification, d'information et de concertation à l'échelon régional. Le PRQA concerne l'air extérieur et les ambiances intérieures.

L'objectif d'un PRQA est d'atteindre, a minima, les objectifs de qualité de l'air et les valeurs limites réglementaires. Le PRQA francilien préconise, pour certains polluants, des objectifs de qualité de l'air plus ambitieux que ceux prévus par la réglementation française. Il s'appuie sur trois principes forts : privilégier les mesures préventives, informer, et réduire les inégalités environnementales.

## **Le Schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie**

Le SRCAE se substitue au PRQA et en reprend les éléments concernant la qualité de l'air extérieur. Il est coélaboré sous l'égide du Préfet de région et du Président du Conseil régional. Il sera approuvé par le Conseil régional puis arrêté par le préfet en fin d'année 2012.

## **Le Plan Régional pour le Climat (PRC)**

Le plan régional pour le climat, adopté en juin 2011, a pour vocation d'anticiper les problèmes sanitaires liés au changement climatique.

Ces risques sont nombreux et ne sont pas limités aux stress thermiques (vagues de chaleur, canicules, îlots de chaleur). Les nouvelles maladies, ou l'apparition de nouveaux vecteurs, ainsi que les risques sanitaires liés aux autres mesures d'adaptation (comme la réintroduction de l'eau en ville) doivent être intégrés, et font de la question sanitaire un enjeu transversal de l'adaptation de notre région au changement climatique.

## **Le Plan régional santé environnement (PRSE)**

Le plan régional santé-environnement est né du renforcement des relations entre santé et environnement, au niveau international, national, puis régional.

Le premier plan (PRSE1), voté en 2006, répondait aux trois objectifs mis en avant par le plan régional de santé publique (PRSP) :

- protéger la santé des populations vivant en habitat indigne,
- améliorer la qualité de l'environnement,
- renforcer la lutte contre les cancers professionnels.

Le deuxième plan (PRSE2) a été approuvé par arrêté préfectoral du 27 juillet 2011 et s'étend sur quatre ans. Les deux axes principaux de propositions, décline en 16 fiches-action, sont :

- la réduction des inégalités environnementales,
- et la préparation de l'avenir en développant la vigilance sur les risques émergents.

## **Les territoires écologiquement prioritaires (TEP)**

La Région est naturellement engagée sur le front de la résorption des inégalités sociales et environnementales, entre individus et entre territoires. C'est notamment l'objet de sa nouvelle politique à l'égard des « Territoires Ecologiquement Prioritaires ».

Depuis 2010, l'IAU établit pour la Région la liste des communes dont la population est exposée à des pollutions, des nuisances, des carences ou des risques environnementaux. Ce projet s'intègre dans la réflexion plus large sur la critérisation des aides régionales sur la base de facteurs économiques, sociaux et environnementaux, afin que les territoires qui cumulent des difficultés sur l'ensemble de ces champs puissent bénéficier d'un soutien prioritaire pour engager un cercle de développement vertueux.

### **.1.3.3.2. Les démarches de développement durable et de santé-environnement mises en place pour les lycéens franciliens**

## **La restauration scolaire**

Dans le cadre de son programme en faveur de l'agriculture biologique 2007-2013, la Région a confié au groupement des agriculteurs biologiques de la région Ile-de-France (GAB Idf)

l'introduction de produits issus de l'agriculture biologique dans la restauration collective, sous 3 angles :

- l'organisation de l'approvisionnement,
- l'accompagnement des établissements,
- la communication autour de la restauration collective biologique en Ile-de-France.

En effet, depuis la fin 2008, afin de prévenir les problèmes de santé liés aux déséquilibres alimentaires, la Région a décidé d'intervenir dans le champ de la nutrition auprès des jeunes fréquentant ses établissements et s'est engagée à introduire des produits biologiques dans les restaurants scolaires des lycées. Parallèlement des formations nutrition sont dispensées à la fois pour les élèves et pour le personnel de cuisine.

A ce jour, 19.000 lycéen-nes demi-pensionnaires en ont bénéficié.

### **Le projet Ecolycée**

Le rapport n°CR 35-11 du 24 juin 2011 relatif aux « Ecolycées franciliens » prévoit une annexe liant éducation à l'environnement des lycéens (projets pédagogiques) et gestion durable des établissements (exploitation adaptée aux spécificités environnementales des bâtiments), ceux-ci étant caractérisés par leur haute qualité environnementale, respectueuse de la santé des personnes qui les fréquentent.

Ce projet vise aussi à regrouper, dans une même démarche de développement durable, l'ensemble des guides de bonnes pratiques, élaborés par les divers experts régionaux, notamment au sein de l'UAD et des organismes associés (ARENE – Natureparif, Airparif, Bruitparif, AEV, IAU) afin d'améliorer la lisibilité de l'action régionale et la mise en œuvre de ses recommandations au sein des lycées.

La démarche globale de développement durable est structurée autour des thèmes suivants : énergie-climat, eau, biodiversité, déchets, santé et alimentation, chaque thématique étant reliée aux autres afin de garantir une approche globale.

#### **.1.3.3.3. Vers des logements sains**

##### **Des bâtiments sains**

La Région mène une politique incitative pour la généralisation des bâtiments sains et aide à cette fin à l'acquisition des services et technologies concourant à l'effort collectif de maîtrise de l'énergie, de développement des énergies locales et renouvelables et de réduction de l'effet de serre dans l'habitat et le tertiaire. Parallèlement, ses exigences en termes de qualité de la construction ont un impact avéré sur la santé des futurs habitants.

##### **La lutte contre le saturnisme**

Le saturnisme est l'autre nom pour l'intoxication par le plomb qui entraîne des problèmes de santé importants, notamment chez l'enfant, dus à l'inhalation de poussières ou l'ingestion d'écailles de peinture provenant d'immeubles anciens. La lutte contre cette maladie est essentielle en Ile-de-France où 213 enfants ont été nouvellement intoxiqués en 2007.

C'est l'une des priorités sanitaires franciliennes dans laquelle la Région s'investit fortement, incitant parallèlement les communes à développer des campagnes de dépistage préventif du risque saturnin. Cette politique s'articule autour :

- du soutien au développement de campagnes de dépistage,
- et de l'aide aux travaux.

#### .1.3.3.4. Le développement des modes de transports propres

##### **Des transports en sites propres**

La Région a lancé son action pour la promotion des transports en commun en site propre (TCSP) en 2009, auprès du conseil général de l'Essonne. Un site propre (ou une voie réservée), correspondent à des liaisons plus sûres et plus rapides, des bus parfaitement accessibles aux personnes à mobilité réduite, des arrêts spacieux et éclairés.

La Région et ses partenaires, dont le Syndicat des transports d'Ile-de-France (Stif), ont lancé un Plan de mobilisation historique de plus de 18 milliards d'euros qui concerne l'ensemble du réseau francilien. Une trentaine de projets de TCSP vont pouvoir être mis en œuvre, une fois signés les contrats Région - Départements qui garantissent leur financement.

##### **Le Plan vélo**

Le Plan vélo a été adopté par la Région en juin dernier pour un quotidien des Francilien-nes plus doux et plus écologique. Actuellement de 2.400 kilomètres, les pistes cyclables couvriront plus de 3.500 km sur l'ensemble du territoire francilien en 2020.

L'impact de cette politique sur la santé des Francilien-nes est multiple puisqu'elle a des répercussions évidentes sur la qualité de l'air extérieur mais aussi sur l'incitation à pratiquer une activité physique propice à la prévention de maladies chroniques les plus fréquentes (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, certains cancers).

#### .1.3.3.5. Le développement des sports-loisirs pour favoriser la bonne santé

Dans un esprit comparable, la politique régionale de promotion de la pratique sportive et de loisirs, offrant une gamme étendue d'activités diverses convenant à tous les âges, favorise une bonne santé physique et mentale et un bon équilibre général.

##### **Les bases de loisirs et équipement sportifs**

Les bases de loisirs franciliennes représentent plus de 3.000 hectares de verdure et d'eau. Elles proposent aux 10 millions de visiteurs annuels des activités sportives très diverses (golf, natation, kayak, raft, équitation, sports de raquettes, ...).

##### **Des projets spécifiques sports-santé**

La Région soutient des programmes sportifs sur-mesure destinés à prévenir les maladies liées au vieillissement (Ateliers équilibre, Ateliers corps-mémoire) organisés par le comité régional de gymnastique et s'associe aux grandes manifestations de promotion de l'exercice physique pour la prévention des cancers.

#### .1.3.3.6. Le développement de la prévention santé dans les quartiers Politique de la ville

##### **Le volet santé de la politique d'animation sociale des quartiers**

Depuis 2007, la santé constitue un axe fort de la politique régionale d'animation sociale des quartiers : « *Les actions doivent s'inscrire prioritairement dans des axes de prévention, d'éducation à la santé et d'accès aux soins...* »

Le Conseil national des villes (CNV) a, en effet, souligné à plusieurs reprises l'importance de la santé dans les politiques publiques en direction des banlieues. Les données de l'Observatoire national des ZUS et des équipes de recherche montrent des disparités majeures en termes de pathologie, d'espérance de vie, d'accès aux soins et à la prévention.

Les ateliers santé ville (ASV) sont des dispositifs qui ont fait leurs preuves et bénéficient d'une évaluation solide ; ils permettent notamment la réalisation de diagnostics locaux réalistes et la mise en œuvre de programmes ciblés.

De fait, les habitants des quartiers de la politique de la ville cumulent des difficultés urbaines, économiques et sociales ; ils souffrent d'une inégalité d'accès aux soins et à la prévention, aggravée par un état de santé dégradé. Il est en effet reconnu que, en moyenne, les personnes à bas revenus sont en moins bonne santé que les autres : pénibilité du travail, moins bonne qualité de l'environnement, comportements à risques, difficulté d'accès aux soins, déficit de l'offre ambulatoires, de nombreux facteurs peuvent expliquer les inégalités sociales de santé, contre lesquelles sont engagés les ASV.

Dispositif d'ingénierie et de coordination d'un projet de santé porté par les partenaires des CUCS (Etat et collectivités locales), l'ASV favorise le partenariat et la coordination entre les acteurs institutionnels et les professionnels de la santé et du social et permet une aide à la décision, le rapprochement opérationnel des dispositifs, la mise en œuvre d'une démocratie sanitaire.

On dénombre près de 60 ASV en Ile-de-France, présents dans tous les départements franciliens (surreprésentés dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis qui en compte 60 %), en dehors de la Seine-et-Marne, territoire où les problématiques de santé sont très importantes, qui n'est pas couvert.

Le volet santé de la politique régionale d'animation sociale des quartiers consiste en un soutien aux actions de santé, portées soit par des associations soit par des communes, au travers des ASV, orientées sur l'accompagnement vers l'accès aux droits et aux soins et sur la prévention autour de thématiques telles que la nutrition, la santé bucco-dentaire, la santé mentale, les conduites à risques, les addictions, les violences ou encore le VIH-sida et les IST.

## **2. LA PREVENTION, AU CŒUR D'UNE POLITIQUE REGIONALE DE SANTEE**

Les politiques de prévention visent à éviter et diminuer les risques éventuels pour la santé, à améliorer les conditions de vie, à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, à développer des actions d'information, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique, et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie.

Depuis de nombreuses années, la Région a développé un important volet « prévention » dans sa politique de santé, grâce auquel elle soutient des projets sur des thématiques de santé très variées, depuis la lutte contre les addictions jusqu'à l'accompagnement des personnes malades en passant par la prévention du VIH-Sida et des IST, l'éducation à la sexualité, les démarches communautaires et participatives de santé, la prévention des cancers, la promotion de la santé bucco-dentaire, l'éducation nutritionnelle, la prévention des maladies liées au vieillissement, etc.

Si elle manifeste une préoccupation forte de la Région pour l'amélioration de la santé des Francilien-nes, cette diversité nuit néanmoins à une bonne visibilité de sa politique préventive qui

nécessite, pour être mise en valeur et reconnue, d'être recentrée sur des priorités claires, tant en termes de thématiques que de publics cibles.

Or, certains problèmes de santé affectent plus spécifiquement notre région. C'est le cas de l'infection par le VIH-Sida qui a touché précocement et très fortement notre région. C'est le cas également des problématiques d'addictions et de toxicomanie, très concentrées en Ile-de-France, ou encore des problèmes liés à la santé mentale et à la souffrance psychique qui conduisent souvent à des prises de risques. Enfin, les difficultés d'accès à la contraception et à l'avortement constituent aussi un réel problème de santé publique francilien.

Ces spécificités régionales de santé touchent particulièrement des publics fragiles dont l'accès aux soins est souvent problématique – les jeunes, les femmes, les personnes en situation très précaire. A ce titre, elles doivent constituer nos priorités de santé.

Il importe en effet que la politique de prévention et de promotion de la santé de la Région s'adresse prioritairement aux publics qui en sont les plus éloignés et traite prioritairement des publics suivants :

## **2.1. LES JEUNES**

La Région a mis en place, pour les jeunes Franciliennes et Franciliens, une politique de prévention ambitieuse.

### **2.1.1. Prévention des conduites à risques**

#### **Le centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS)**

Depuis l'année scolaire 1992-1993 pour les lycées, et 1993-1994 pour les centres de formations d'apprentis (CFA), le centre régional d'information et de prévention du sida coordonne des programmes d'éducation pour la santé à destination des jeunes lycéen-nes, apprenti-es et adultes (équipes éducatives et parents d'élèves) de ces établissements, particulièrement les actions de prévention et de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles.

Au fil des années, les thématiques se sont adaptées aux problématiques de santé publique de l'adolescence. Depuis 2005, en sus des programmes d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des consommations de drogues, le CRIPS a vu ses missions élargies à l'ensemble des comportements à risques des jeunes : bien-être/mal-être et comportements alimentaires.

L'objectif général des différents programmes est de permettre aux adolescents de réfléchir aux situations auxquelles ils sont confrontés, de s'approprier les informations qui leur sont délivrées afin d'être en mesure d'élaborer les réponses les moins à risque pour leur santé, face aux situations qu'ils sont amenés à vivre.

#### **Le Tête à tête**

Depuis 2006, le Tête à tête, espace d'information à destination des 13-25 ans, installé au sein du centre commercial Rosny 2, à Rosny-sous-Bois, complète, en la renforçant, l'offre des dispositifs de prévention de la Seine-Saint-Denis.

Son objectif premier est de permettre à tous les jeunes du département de trouver, à proximité et dans la durée, un espace d'information, de prévention et d'écoute, facile d'accès et capable de répondre à leurs préoccupations concernant la sexualité, l'usage de substances psychoactives, les violences, le mal-être, etc. Une coordination a été mise en place avec le CRIPS de façon à ce que les interventions respectives des deux structures se complètent sans se superposer.

## **Le festival Solidays**

Depuis 1998, la Région finance l'organisation du festival Solidays, festival de musique et de solidarité qui réunit, durant trois jours, un nombreux public jeune autour d'un village associatif international, et de spectacles musicaux et d'animations culturelles pour le sensibiliser et le motiver aux causes humanitaires et, notamment, à la prévention et à la lutte contre le VIH-Sida. 155.000 jeunes ont participé à l'édition 2011, illustrant la complète réussite de ce projet fédérateur autour du VIH-sida.

### **2.1.2. Sexualité et contraception**

La sexualité est souvent instrumentalisée dans les médias, la publicité, le langage, ... Il existe néanmoins, malgré la démocratisation des moyens de communication, un haut niveau d'ignorance en matière sexuelle chez certains jeunes, qui se retrouvent désarmés face à leur propre corps. Ainsi, la sexualité des jeunes de 15-25 ans est-elle un enjeu majeur de politique publique, tant sur le plan éducatif et social que sanitaire.

L'accès anonyme et gratuit à la contraception participe de l'émancipation des individus en permettant à chacun, fille et garçon, de décider de ses actes et d'accéder, sans tabou et en toute sécurité, à une sexualité la plus épanouie possible.

#### **Le Pass contraception**

Pour ces raisons, la Région a souhaité, à travers la délivrance d'un « Pass contraception », favoriser le parcours d'autonomie des jeunes Franciliennes et Franciliens mineur-es :

- en leur permettant de vivre librement leur sexualité,
- en les sensibilisant aux comportements à risques et les invitant à adapter leurs pratiques,
- en leur offrant un accès anonyme et gratuit à l'ensemble des modes contraceptifs existants sur le marché, remboursés par la sécurité sociale et/ou non remboursés (pilules de 3<sup>ème</sup> génération, stérilets, anneaux vaginaux, patch, préservatifs masculins et féminins...) ainsi qu'aux démarches médicales nécessaires,
- en leur permettant de s'intégrer dans une démarche de prévention des grossesses précoces non désirées.

Le dispositif régional, mis en place par délibération n°CR 24-10 du 17 juin 2010, se décompose en trois volets :

- la distribution du « Pass contraception » aux jeunes bénéficiaires, accompagnée de conseils et écoute par les référents santé, dans des conditions de complète confidentialité ;
- la prise en charge des jeunes par les professionnels de santé dans des conditions de total anonymat et gratuité : dans ce cadre, des consultations permettant aux filles et aux garçons d'échanger avec un professionnel de santé sur la sexualité et d'obtenir un mode contraceptif et la délivrance de ceux-ci, sont prises en charge par la Région ;
- le remboursement des professionnels de santé dans des conditions de parfaite fiabilité.

Une étude récente publiée par le centre d'analyse stratégique confirme tout l'intérêt de cette mesure, l'accès des jeunes à une contraception répondant à leur besoin restant problématique. En effet, si 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive, ceci n'empêche pas que 2/3 des grossesses non prévues aient lieu sous contraception.

De fait, la contraception est dominée par les méthodes médicalisées réversibles (pilule, stérilet) et l'évolution constatée depuis plusieurs années de la norme procréative se confirme avec une nette

augmentation des IVG et de la contraception d'urgence (pilule du lendemain, en hausse de 72 % entre 2000 et 2005).

L'étude conclut sur la nécessité d'élaborer une politique d'information basée sur la sexualité sans tabou, accompagnée d'un plan d'actions dont les propositions énumérées ci-après, rejoignent très largement le dispositif régional francilien en facilitant peut-être la diffusion :

- *charger les rectorats de fournir aux chefs d'établissement les informations nécessaires pour satisfaire à leurs obligations en matière d'éducation à la sexualité et d'établir un bilan des mesures engagées.*

En ce domaine, la Région s'est montré précurseur puisque le CRIPS coordonne depuis 1992, dans les lycées et CFA franciliens, des programmes d'éducation pour la santé, qui comportent un volet éducation à la sexualité, à destination des jeunes lycéen-nes et apprenti-es et des adultes (équipes éducatives et parents d'élèves) ;

- *insister sur la sensibilisation des jeunes hommes et associer la prévention des IST et l'information sur la contraception, dans les campagnes de communication.*

Le Pass contraception mis en place en juin 2010 dans les lycées et CFA répond lui aussi à cet enjeu important que constitue l'implication des jeunes hommes dans la démarche contraceptive puisque le chéquier peut être distribué autant aux lycéens et apprentis mineurs qu'aux jeunes filles inscrites dans ces établissements et leur ouvre l'accès à une consultation médicale, au cours de laquelle ils peuvent aborder toutes questions relatives à leur sexualité, et à la délivrance de préservatifs en pharmacie ;

- *créer une plateforme d'information unique sur la sexualité (site internet et application smartphone) qui proposera notamment un recensement des centres d'éducation et de planification familiale et de prévention des IST.*

Pour mémoire, la Région soutient la plate-forme téléphonique du Planning familial dont la vocation est bien d'être un lieu ressource d'information pour répondre aux demandes ou questionnements des Francilien-nes sur la sexualité, la contraception et les avortements ;

- *assurer aux mineurs la confidentialité et la gratuité des modes de contraception féminine et des consultations médicales nécessaires par un système de tiers payant non notifié aux parents.*

Le Pass contraception assure, dans un complet anonymat, la totale gratuité des consultations, examens médicaux et délivrances de contraceptifs pendant un an (3 fois 3 mois) aux jeunes filles et jeunes hommes. La mesure régionale, élargie aux hommes, répond à toutes les exigences du meilleur service ;

- *rendre effectif le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des modes de contraception, y compris ceux qui sont encore peu connus en France.*

La tendance générale des prescripteurs à orienter vers la pilule est largement confirmée. Ainsi, le bilan des prescriptions faites dans le cadre du pass contraception marque une très nette prédominance de la pilule par rapport à tout autre type de contraceptif. Sachant que 2/3 des grossesses surviennent sous contraceptif, il faut sans doute s'interroger sur l'adéquation de ce type de contraceptif avec les modes de vies et usages des 15-24 ans.

## **2.2. LES FEMMES**

Les femmes et les problématiques qui les touchent constituent une priorité affirmée de la Région et le soutien apporté aux femmes, particulièrement en difficulté, est un axe fort de la politique sociale

régionale, telle qu'adoptée par délibération n°CR 23-11 du 7 avril dernier. D'autant que les femmes et les familles monoparentales sont les plus exposées à la pauvreté.

En 2008, 13,8 % des femmes étaient pauvres, quand le taux s'élevait à 12,2 % pour les hommes. La configuration familiale, la présence ou non d'un conjoint ou d'enfants sont des éléments particulièrement discriminants. Les familles monoparentales, dont le parent isolé reste, près de neuf fois sur dix, une femme, ont des taux de pauvreté quatre à cinq fois plus élevés que les couples sans enfant. Enfin, en Ile-de-France comme ailleurs, la vulnérabilité des personnes faiblement diplômées est renforcée chez les femmes.

Or, même si l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes, elles se perçoivent moins souvent en bonne santé. A côté des inégalités sociales, elles sont également confrontées à des inégalités sanitaires, aussi bien dans la prévalence de certaines pathologies, comme les cancers, que dans l'adoption de comportements de prévention.

Si les politiques de prévention ont des effets importants sur les pratiques, il est nécessaire de créer les conditions pour un accès égalitaire à la prévention. Et ceci ne pourra être possible que si les actions de prévention s'attachent à travailler au plus près des populations qui en sont les plus exclues.

### **La campagne « *Sexualité, contraception, avortement : un droit, mon choix, notre liberté* »**

Plus de trente ans après sa légalisation, l'accès à l'avortement reste difficile. De nombreux obstacles entravent en effet l'accès aux interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France. Pour faire valoir leurs droits, les femmes se heurtent encore aux préjugés et plus concrètement au manque de structures adaptées. Le nombre de sites dédiés à l'IVG est passé de 176 à 126 entre 1999 et 2005, le plus souvent faute de moyens. Et dans plus d'un quart des établissements, le délai de prise en charge est supérieur à deux semaines, contre cinq jours préconisés par la Haute autorité de la santé.

La campagne régionale d'information conduite tous les ans depuis 2008 par la Région vise à aider les Franciliennes et les Franciliens à mieux connaître leurs droits en matière de sexualité, de contraception et d'avortement et à inciter les personnes désireuses d'obtenir une information à contacter la plate-forme du Planning familial dont le rôle est d'informer le public et de l'orienter vers les structures proposant un accompagnement contraceptif, un dépistage ou une IVG.

### **La plate-forme téléphonique du Planning familial**

Depuis 2009, la Région conventionne avec le Planning familial pour améliorer l'accès à l'information et aux droits en matière de sexualité, contraception, avortement et lutter pour l'élimination de la violence sexiste.

Cette convention, d'un contenu très riche, est relative à la plate-forme téléphonique qui renseigne les Francilien-nes en recherche d'informations ou d'adresses, à la promotion de l'IVG médicamenteuse hors établissement pour en faciliter la diffusion et à l'animation de théâtres forum en établissements scolaires autour de l'accès à la contraception.

## **2.3. LES PUBLICS FRAGILES TOUCHES PAR LE VIH, SOUFFRANT D'ADDICTIONS OU DE PROBLEMES DE SANTE MENTALE**

### **2.3.1. Prévention, accompagnement et éducation thérapeutique des malades du VIH-Sida et autres IST**

L'Ile-de-France à elle seule englobe environ la moitié des cas français de séropositivité au VIH et de Sida. En dépit des progrès effectués ces dernières années, l'épidémie se poursuit dans notre pays. Le développement des traitements antirétroviraux depuis 1995 a permis une diminution spectaculaire de la mortalité liée au virus. Néanmoins, le nombre de découvertes de séropositivité et de nouvelles infections demeure important.

Notamment, le nombre de contaminations ne diminue pas parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, population la plus touchée par l'épidémie.

Après eux, les personnes migrantes, originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud-est, sont les plus touchées en France. Et un nombre important de femmes et d'hommes français ont aussi été contaminés par le VIH à la suite de rapports hétérosexuels.

Enfin, le nombre de nouvelles contaminations par le VIH et de découvertes de séropositivité des usagers de drogues injectables est faible et en diminution depuis 2003, compte tenu d'une politique de réduction des risques efficace sur ce champ.

Un dernier élément particulièrement préoccupant réside dans le dépistage tardif d'un grand nombre de cas de séropositivité, en particulier les usagers de drogues et les hommes contaminés par rapports hétérosexuels. Malgré un niveau de dépistage toujours très élevé en 2008 (cinq millions de tests, soit 79 pour 1.000 habitants, ce qui place la France au 2<sup>ème</sup> rang européen), la moitié des personnes découvrent leur séropositivité à un stade où le déficit immunitaire est déjà important et correspond au seuil recommandé pour la mise sous traitement antiviral. Ces diagnostics tardifs constituent une perte de chance pour les personnes concernées, en raison du retard à la mise en route du traitement.

Dans ces conditions, il importe d'intensifier les actions de prévention et de dépistage, d'une part, et de renforcer le pilotage de la politique conduite contre le VIH-Sida, d'autre part. Et ce, d'autant qu'aucune autre pathologie grave n'est à ce point associée à une forte dégradation des conditions de vie, affectives et sociales. La découverte de la séropositivité s'accompagne souvent d'une perte d'emploi et la maladie contraint dans bien des cas à l'arrêt de l'activité professionnelle, la plupart des séropositif-ves ne disposant alors que du montant des prestations sociales pour vivre.

La prévention doit mieux cibler les groupes à risques et mettre en œuvre des messages adaptés aux personnes séropositives. Parallèlement, les campagnes de communication à destination de la population générale, et notamment des jeunes, demeurent particulièrement utiles à un moment où la concentration de l'épidémie sur certains groupes à risques pourrait laisser penser que seuls ceux-ci sont concernés.

Au-delà de la prévention, l'accompagnement au long cours, social et thérapeutique, des malades est indispensable pour leur permettre de prendre en charge de manière active leur maladie et les soins associés, faire face aux phénomènes de discrimination ou de stigmatisation et retrouver l'estime de soi nécessaire pour entamer un parcours de réinsertion sociale.

### 2.3.2.Prévention des addictions

Les comportements en matière de toxicomanie ne cessent d'évoluer et surtout la polyconsommation prend de plus en plus d'ampleur.

A côté de ces nouveaux comportements, le recul du tabagisme ne s'est pas confirmé, en particulier chez les femmes et les plus jeunes, en dépit de réglementations restrictives.

Quant aux excès de la consommation d'alcool, les campagnes de prévention peinent à changer les représentations et les comportements et influent peu sur le nombre de maladies ou décès prématurés.

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) recense, chez les 12-75 ans, 9,7 millions de consommateurs réguliers d'alcool, 3,8 de médicaments psychotropes ou encore 1,2 de cannabis. Quant au tabac, on compte 11,8 millions de fumeurs quotidiens.

Les produits psychoactifs sont ainsi largement répandus dans la société française. Et si tous les usages ne sont pas problématiques ni ne conduisent à une dépendance, des facteurs semblent néanmoins faciliter un certain type de consommation.

Ainsi, pour l'ensemble des comportements d'usage, un capital socio-économique et éducatif élevé apparaît associé à l'expérimentation des produits mais pas à un usage régulier. À l'inverse, les consommations régulières, voire problématiques, sont plus fréquentes parmi les plus précaires et les moins diplômés.

De fait, il s'agit d'un problème de santé majeur dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. En effet, la consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100.000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40.000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % de la mortalité prématurée, avant 65 ans.

Dans ces conditions, si la prévention des usages à risques (alcool, tabac, cannabis, produits psycho actifs) est essentielle chez les jeunes pour retarder l'âge moyen d'initiation, voire pour éviter la consommation, les actions de prévention et d'accompagnement des adultes, particulièrement les personnes fragiles, sont nécessaires.

La Région s'implique depuis plus de 15 ans aux côtés des associations de prévention et d'accompagnement des personnes toxicomanes, qui interviennent dans une démarche globale, quelque soit le produit consommé, incluant toutes les dimensions que recouvrent l'addiction (neurobiologique, psychique et environnementale) et ce, le plus précocement possible.

### 2.3.3.Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiques

La santé mentale ne se résume pas aux seules maladies mentales, mais inclut les détresses psychologiques. Elle influe sur le quotidien et contribue au bien-être et la maladie mentale reste souvent ignorée, non diagnostiquée et insuffisamment traitée.

Certaines catégories de personnes sont davantage touchées par cette pathologie : les femmes, notamment les femmes seules ou victimes de violence, les groupes sociaux vulnérables et marginalisés pour lesquels les difficultés socio-économiques peuvent aggraver les problèmes de santé mentale. Les personnes en situation de pauvreté et qui se retrouvent confrontées à la grande exclusion sont aussi davantage exposées au risque de souffrance psychique, voire de troubles réactionnels.

C'est un véritable problème de santé publique qui demande une prévention accrue. La Région s'implique depuis plusieurs années dans ce champ et souhaite poursuivre son soutien aux associations qui accompagnent dans ce domaine les plus fragiles, notamment en ce qui concerne la prévention des troubles alimentaire.

### 2. 3. 4. Formation et sensibilisation des travailleurs sociaux aux problématiques de santé -environnement

Les formations sanitaires et sociales prennent déjà en compte dans leur programme de formation l'approche environnementale de la santé et des déterminantes sociaux et environnementaux. Les étudiants en IFSI bénéficient par exemple de modules de sensibilisation sur la pollution de l'air intérieur.

Dans le cadre de cette politique de santé-environnement, la Région veillera à renforcer ces modules de formation et les étendra aux formations sociales afin de mieux sensibiliser les travailleurs sociaux aux nombreux déterminants de santé.

## **2.4. LES PUBLICS VISES PAR LA DELIBERATION « POLITIQUE SOCIALE REGIONALE »**

D'après l'enquête INSEE Handicap Santé de 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 contre 2.7% en France métropolitaine. L'Ile-de-France est par contre sous-dotée en équipements adaptés.

La politique sociale régionale, renouvelée par la délibération n°CR 23-11 du 7 avril 2011, favorise l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et des publics en situation précaire ou en grande exclusion sociale par un soutien aux associations qui interviennent en leur faveur. Au-delà du volet social de cet accompagnement, il importe de favoriser l'émergence de projets de santé destinés spécifiquement à ces publics, trop souvent exclus d'un accès aisé à la santé.

### **2.4.1. Les personnes en situation de handicap**

Les problèmes de santé rencontrés par les personnes en situation de handicap qu'ils soient ou non liés au handicap, se traduisent souvent par un cumul de pathologies et de fragilités. De plus, un manque d'accès à la prévention, aux soins et plus largement à la vie sociale, se surajoute à ces difficultés. Il importe donc que les politiques sanitaires et sociales portent une attention particulière à la santé de ces publics.

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète des individus aux actions qui les concernent. Mais, bien souvent, elle ne fait pas partie du cadre de référence et d'action dans le champ du handicap. De plus, les personnes en situation de handicap rencontrent des obstacles à l'accès aux services et aux messages de santé, creusant davantage les inégalités sociales de santé.

Prendre en compte les attentes des personnes en situation de handicap, c'est modifier la représentation que la société tout entière a du handicap. La société – souvent par méconnaissance – est souvent maladroite, et le cadre de vie est inadapté aux besoins et à la santé de ces personnes.

L'information sur les thèmes de santé diffusée auprès du grand public ne touche pas, ou peu, les personnes en situation de handicap. Pour s'adresser à ces publics sans discrimination, des actions doivent être mises en œuvre pour rendre l'information accessible et adaptée aux personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, la question des aidants naturels et professionnels est absolument d'importance. De leur disponibilité et de leur niveau de « formation » dépendent beaucoup de solutions en faveur d'un meilleur accès à la santé. Ainsi, peut-on dire que certaines personnes handicapées n'ont pas accès à la santé, parce que l'environnement n'est pas favorable.

Par manque de temps et de moyens, les personnes handicapées dépendantes ne reçoivent généralement pas les soins, l'attention, ni l'écoute qui leur sont nécessaires. Il faut mieux former, informer et soutenir tant les soignants que les aidants familiaux ou professionnels qui interviennent auprès de ces personnes.

Le risque d'épuisement des aidants proches appelle la mise en place d'un soutien et d'un accompagnement psychologique, ainsi que l'accès à un suivi médical régulier. S'agissant des

professionnels, les auxiliaires de vie travaillent souvent « à huis clos » et de manière intuitive, en raison d'un parcours de formation lacunaire, d'un encadrement et d'une supervision insuffisants. Ces constats conduisent à prévoir la mise en place d'actions d'éducation pour la santé adaptées aux personnes concernées.

Pour répondre à ces préoccupations, la Haute Autorité de Santé a organisé une audition publique en octobre 2008 qui a abouti à la publication d'un rapport dont les trois objectifs sont de garantir aux personnes en situation de handicap la liberté de choix de leurs soignants et des modalités de soins, leur non discrimination ainsi qu'un accompagnement personnalisé. Les préconisations formulées par la commission portent sur les moyens matériels (établissement d'annuaires recensant les ressources disponibles, généralisation des aides techniques à la mobilité) et sur des mesures organisationnelles (création de cellule handicap au sein de chaque établissement de santé, possibilité d'accès au 15 – services d'urgences – par SMS). Elles concernent également les moyens humains à dégager (formations, financement de consultation à tarif préférentiel) et les modifications réglementaires à introduire.

#### 2.4.2. Prévention santé des personnes en grande précarité et en situation d'exclusion

Au-delà des facteurs et des comportements individuels, la précarité et les conditions de vie qu'elle peut engendrer (logement insalubre, manque d'hygiène, malnutrition), ainsi que la difficulté d'accès aux soins (franchises médicales, déremboursements de médicaments, durcissement des conditions d'accès à la CMU) et à la prévention font partie des facteurs contribuant à faire émerger ou à aggraver des problématiques de santé.

Notamment, les personnes en grande précarité sont souvent confrontées à une souffrance psychique, dont les origines sont très largement liées à leur situation. De nombreux travaux, au niveau international, se sont intéressés au rapport entre sans-abrisme et santé mentale. Ces recherches ont mis en lumière une surreprésentation des troubles psychiatriques sévères parmi la population sans domicile.

Dans ce domaine, l'enquête Samenta (SANTéMENTale et Addictions chez les personnes sans logement d'Ile-de-France), réalisée en 2009 par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'INSERM et financée notamment par la Région, auprès d'un échantillon représentatif de la population sans logement personnel, francophone et adulte d'Ile-de-France, a permis d'estimer à 31 % la part de personnes atteintes d'un trouble psychiatrique sévère (psychotique, de l'humeur, ou anxiété généralisée), et à près d'1/3 celle de consommateurs réguliers ou dépendants de substances psychoactives. Ces prévalences sont nettement plus fortes qu'en population générale, et plus encore pour les personnes fréquentant essentiellement les dispositifs d'urgence sociale, où le maintien dans les soins s'avère évidemment problématique.

La Région, très impliquée dans la lutte contre la grande précarité et l'exclusion sociale, accompagne les associations intervenant auprès de ces publics pour permettre leur accès aux droits et aux soins, le volet sanitaire de leur action constituant un préalable obligatoire au parcours à construire avec la personne.

#### 2.4.3. Prévention et promotion de la santé des personnes âgées

La prévention des pathologies qui affectent les personnes âgées n'est pas nécessairement spécifique à ce groupe d'âge ; bon nombre d'actions de prévention en santé sont des mesures efficaces de prévention des pathologies de la personne âgée. Toutefois, certaines pathologies sont plus difficiles à combattre dans les âges avancés.

Les actions de prévention et d'éducation sanitaire vis-à-vis des personnes âgées recouvrent la prévention des chutes, diverses actions d'éducation sanitaire portant sur l'hygiène de vie, la pratique d'une activité physique, l'alimentation (prévention notamment de la dénutrition et de la déshydratation), le bon usage des médicaments, ...

Les actions de socialisation et les actions qui visent à encourager l'engagement des personnes âgées dans des activités d'utilité sociale et à permettre la stimulation cognitive, sont des pistes de prévention pour prévenir les troubles dépressifs et les maladies neurodégénératives.

La prévention de la maltraitance doit également être considérée pour les personnes du grand âge.

Enfin, inciter les personnes âgées à se tourner vers les programmes d'examens de santé gratuits peut répondre au renoncement de soins lié à la précarité de leurs ressources financières.

#### 2.4.4. Grande Cause régionale

Dans le cadre de sa politique transversale de santé-environnement, il est essentiel que la Région Ile-de-France puisse affirmer un certain nombre de priorités et les afficher, notamment en matière d'information et de prévention.

Ainsi, est-il proposé que, chaque année, une problématique particulière de santé soit érigée en « grande cause régionale », donnant lieu à un appel à projet spécifique pour l'année, en investissement et en fonctionnement, pour susciter l'émergence de propositions novatrices. Le choix sera opéré lors de l'examen du budget régional.

L'année 2013 sera consacrée à l'information sur les effets des perturbateurs endocriniens sur la santé humaine. Ainsi ce dispositif complètera l'action régionale de prévention grand public.

Afin de marquer l'intérêt des projets retenus au titre de la « grande cause régionale », il est proposé que les financements régionaux attribués dans ce cadre soient majorés.

### **3. L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS, AU CŒUR DES PRIORITES REGIONALES**

La paupérisation de la population générale, accentuée par la crise financière de 2008, et la montée du chômage constituent de puissants facteurs de précarisation qui ont des conséquences directes sur l'accès aux soins des Francilien-nes et leur état de santé. Les populations les plus précaires sont les premières concernées et vont de plus en plus mal. De nombreuses associations rendent un constat sévère : l'accès à la prévention et aux soins de ces publics est problématique. Les restrictions concernant la CMU, du paiement du ticket modérateur, des franchises et autres forfaits entraînent même un recul en la matière.

Mais la dégradation du système de santé, liée à une hausse constante des cotisations sociales et aux déremboursements des dépenses de santé, qui amplifie les inégalités dans l'accès aux soins, touche également les classes moyennes qui connaissent de plus en plus de difficultés à se faire soigner et sont conduites à des renoncements aux soins pour des motifs d'ordre financier.

Il s'agit principalement des soins bucco-dentaires, des soins d'optique et des soins de spécialistes. Ce renoncement, lié au niveau de revenus des ménages, est le corollaire de l'absence croissante de couverture par une complémentaire santé.

Ces problèmes, de plus en plus prégnants, notamment avec l'augmentation des franchises médicales et l'importance du secteur 2 en Ile-de-France, particulièrement à Paris du fait de la forte implantation de spécialistes, tendent à faire de l'accès aux soins un privilège.

Par ailleurs, les refus de soins se multiplient. Une enquête du Fonds CMU de 2009, auprès de 900 professionnels de santé parisiens (médecins généralistes, dentistes, gynécologues et ophtalmologues), révèle un taux de refus de soins des patients CMU de 25,5 % au motif que prendre en charge ces patients, qui ne peuvent se voir infliger un dépassement d'honoraires, constitue un manque à gagner pour les professionnels de secteur 2 majoritaires à Paris.

En outre, les inégalités sociales de santé se conjuguent avec des inégalités territoriales pour faire de l'Ile-de-France une région certes fortement médicalisée mais présentant de nombreux déséquilibres : en mars 2011, Paris compte 119 médecins généralistes pour 100.000 habitants contre seulement 69,8 en Seine-Saint-Denis. De nombreux déserts médicaux apparaissent.

Parallèlement, dans les établissements hospitaliers, les usagers-patients se heurtent à un management de gestion guidé par une logique comptable qui conduit à la fermeture de nombreux services, jugés non rentables.

La Région déplore la fragilisation du système de santé et ses répercussions sur les usagers en termes d'accès aux soins et d'inégalités sociales de santé. Face à la déliquescence et au désengagement du gouvernement précédent en matière de santé publique, elle se refuse à faire de la santé un luxe et à l'assujettir à une logique comptable. Au contraire, elle a à cœur de défendre l'accès aux soins, notamment des personnes à risques, et de lutter pour un système de santé performant pour tous.

**C'est dans cette optique qu'elle entend mettre en place une politique volontariste d'accès aux soins à destination de catégories de publics qu'elle juge prioritaires du fait même de leur fragilité, en cohérence avec sa démarche en matière de politique sociale.**

### 3.1 LES JEUNES

L'Ile-de-France est une région jeune. Au dernier recensement, les 15-26 ans représentent plus de 1,9 million de personnes, correspondant à 16,6 % de sa population, soit au-dessus de la moyenne de la France métropolitaine qui s'établit à près de 15 %.

Mais les jeunes figurent parmi les premiers touchés par la précarité. En effet, le taux de pauvreté est trois fois plus élevé chez les Francilien-nes adultes de moins de 30 ans que chez les senior-es de 65 ans ou plus ; selon une étude de l'INSEE<sup>16</sup> publiée en 2009, 16 % des jeunes Francilien-nes vivaient en dessous du seuil de pauvreté (estimé à 954 €/mois en 2011, correspondant à 60 % du niveau de vie médian).

Les difficultés socio-économiques, un système d'assurance maladie de moins en moins protecteur, ainsi que l'apparition de maladies liées aux nouveaux modes de vie et à un environnement dégradé (asthme, allergies, obésité...) jouent un rôle majeur dans l'état de santé des jeunes. A ce constat, s'ajoute une méconnaissance du parcours de soins qui conduit de fait à une mauvaise prise en charge de leur état sanitaire.

Or, nombre d'entre eux ne disposent pas d'aide de l'Etat leur permettant d'accéder à une complémentaire santé. Ou, si leur statut le leur permet, les conditions de son obtention auprès de l'Assurance maladie s'avèrent si complexes qu'ils y renoncent bien souvent.

Consciente des difficultés auxquelles ces jeunes sont confrontés alors même qu'ils constituent l'avenir de la métropole francilienne, la Région a développé un véritable parcours d'autonomie

---

<sup>16</sup> Inégalités de niveau de vie et mesures de la pauvreté en 2006, INSEE 2009

pour ces derniers, dont l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est l'un des volets, et qui a pour ambition de rétablir une réelle égalité des chances entre les jeunes Francilien-nes.

### **L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les étudiant-es boursier-es**

Pour nombre d'étudiants, les primes d'adhésion à une mutuelle, trop onéreuses, entraînent un arbitrage défavorable à la santé dans le choix des dépenses toujours élevées de la rentrée universitaire.

Depuis 2010, la Région a mis en place, par délibération n°CR 23-10 du 17 juin 2010, un nouveau dispositif visant à permettre aux jeunes étudiant-es âgé-es de 18 à 26 ans inclus, résidant en Ile-de-France et inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur ou un institut de formation sanitaire et sociale francilien et allocataires d'une bourse sur critères sociaux de l'enseignement supérieur, d'une bourse régionale au titre des formations sanitaires et sociales, d'une aide au titre du Fonds régional d'aide sociale ou du Fonds national d'aide d'urgence annuelle, dès lors qu'ils ne sont ni éligibles à l'ACS, ni à la CMU-C, de pouvoir bénéficier d'une aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire de 100 € maximum par bénéficiaire et par année universitaire.

Ce montant garantit le remboursement à 100 % des soins courants, des hospitalisations, de certaines prescriptions et analyses médicales. Au-delà d'une prise en charge de base, cette aide peut aussi constituer une incitation pour l'étudiant à adhérer à un forfait offrant un niveau de garantie supérieur.

Ce dispositif est mis en œuvre avec la LMDE et la SMEREP, qui sont les deux sociétés mutualistes gérant le régime général de la sécurité sociale pour l'assurance maladie et maternité des étudiants.

Le bilan de la première année est déjà très positif puisque plus de 8.000 étudiants ont acquis une complémentaire santé en recourant au dispositif régional. Devant le succès rencontré, la Région entend poursuivre la mise en œuvre de ce dispositif.

### **L'extension de cette aide à de nouveaux publics fragiles**

Fort de cette expérience, la Région souhaite désormais étendre cette aide aux **jeunes apprentis non-couverts** par leur mutuelle d'entreprise et aux **jeunes en insertion inscrits dans l'un des dispositifs du Service public régional de formation et d'insertion professionnelle** (Avenir jeunes, Ecoles de la 2ème chance, Parcours orientation professionnelle...), résidant en Ile-de-France, dès lors qu'ils ne sont éligibles ni à la CMU-C, ni à l'ACS.

La cible des bénéficiaires sera progressivement élargie, une attention particulière étant portée aux jeunes des classes moyennes, qui ne dépassent que de peu les plafonds prévus à la fois pour l'attribution des bourses et de l'ACS et ne bénéficient d'aucune aide de l'Etat au début d'une vie active difficile et précaire. Par ces mesures, la Région œuvre pour le maintien d'une Ile-de-France solidaire et confirme les espoirs et la confiance qu'elle porte aux jeunes Francilien-nes.

La complémentaire santé pour les jeunes précaires fera l'objet d'un appel à manifestation d'intérêts auprès des sociétés mutualistes. La région définira un niveau de protection minimum que ces sociétés devront couvrir dans lequel il sera porté une attention particulière aux montants de remboursement des frais d'optique et dentaires.

Les sociétés qui répondront à cet appel et qui proposeront une ou plusieurs offres de protections adaptées ainsi qu'un parcours d'adhésion simplifiée se verront proposer une convention avec la Région.

La subvention régionale permettra de diminuer le coût de la cotisation du jeune précaire éligible en application des critères définis par la Région. Les dossiers seront gérés par les mutuelles qui informeront les bénéficiaires du caractère régional de l'aide.

De manière périodique, qui reste à définir dans le cadre des conventions avec les sociétés mutualistes, ces dernières transmettront à la région des tableaux récapitulatifs des jeunes éligibles au dispositif régional ayant souscrit à une de leurs offres répondant aux caractéristiques minimales imposées par la Région. Sur la base de ce document, la région versera à chaque partenaire le montant de l'aide régionale correspondant à 100 € par jeune et par an.

### **Développer les centres de santé universitaires**

La Région souhaite encourager les approches innovantes, qui répondent aux attentes et préoccupations des jeunes et leur offrent des solutions correspondant à leurs besoins réels.

Les centres de santé universitaires, structures d'accès aux soins de proximité, adaptées et offrant une prise en charge globale en sont l'exemple type en ce qu'elles promeuvent une offre de santé ambulatoire dédiée à de jeunes adultes, palliant leurs difficultés d'accès aux soins et les intégrant dans une démarche de prévention active.

En effet, une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmières, médecins généralistes et spécialistes (gynécologues, psychologues, psychiatres, nutritionnistes) leur offre une large gamme de consultations et d'actions de prévention.

Compte tenu des besoins de santé constatés pour cette population, la Région décide de soutenir financièrement les centres de santé, installés dans l'enceinte des universités et locaux d'enseignement supérieur, offrant aux étudiant-es francilien-nes un ensemble de services de santé de premier recours, pratiquant le tiers-payant et une facturation de secteur 1 et assurant :

- des missions de prévention et d'éducation pour la santé,
- une prise en charge sanitaire globale.

### **Etablissements de prise en charge psychothérapeutique**

La dépression occupe une large place dans la liste des maladies qui frappent les jeunes et le suicide est, derrière les accidents de la route, la seconde cause de mortalité chez les adolescents. En effet, selon une étude de l'INSERM, il représente près de 16 % des causes de mortalité chez les 16-24 ans.

Par ailleurs, près de la moitié des troubles mentaux qui perdurent se manifeste avant l'âge de 14 ans, et 70 % se sont déclarés à l'âge de 24 ans. Les problèmes de santé mentale non traités chez les adolescent-es peuvent avoir des conséquences multiples : mauvais résultats scolaires, chômage, consommation de stupéfiants, comportements à risques, ... autant de facteurs qui accroissent le risque de morbidité et de mortalité prématurée tout au long de la vie.

Devant la nécessité d'offrir des solutions adaptées à ces jeunes vulnérables, la Région entend poursuivre son soutien aux établissements offrant un accueil, une écoute et une prise en charge psychothérapeutique aux enfants et adolescents en souffrance psychique, tels les centres médico-psycho-pédagogiques, les centres médico-psychologiques, les maisons des adolescents.

### **3.2 LES FEMMES**

Nous l'avons dit, les femmes sont souvent confrontées à des inégalités sociales et sanitaires, notamment dans l'adoption de comportements de prévention. L'Ile-de-France est caractérisée par des échecs de contraception et un taux d'IVG plus élevée que la moyenne métropolitaine. Et la recrudescence de certaines IST, plus fréquentes chez les Franciliennes que chez les femmes des autres régions, témoigne de situations de prises de risque nombreuses.

Face à ces situations, la Région souhaite promouvoir la totale liberté de choix des femmes en matière de sexualité, de contraception, d'avortement et de fécondité en poursuivant son soutien aux centres de planification-contraception-IVG, d'une part, et aux services de périnatalité, d'autre part.

#### **Centres de planification-contraception-IVG**

Il y a à peine plus de trente ans, la loi Veil-Pelletier, gravant dans le marbre les acquis de 1975, obligeait les hôpitaux à proposer des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Or, aujourd'hui, associations et personnels de santé craignent que ce droit ne soit remis en cause dans la pratique

En effet, la formation de grands pôles hospitaliers prévus par la loi HPST, conduit à la fermeture de centres de proximité. Ainsi, par exemple, conséquence de la réforme de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP), trois centres d'orthogénie ont fermé en 2009, du fait des projets de rapprochement entre les hôpitaux parisiens de Tenon, Rothschild, Armand-Trousseau et Saint-Antoine. Or, à eux seuls, ils pratiquaient près de 1.900 opérations par an, soit 15 % des 12.400 IVG réalisées par l'AP-HP en 2008.

Et ces fermetures ont des incidences sur l'allongement des délais pour avorter. Les délais légaux - 5 semaines de grossesse pour un avortement pour voie médicamenteuse et 12 pour une interruption chirurgicale - supposent que les femmes aient accès à une prise en charge rapide. Mais les centres ont fermé sans que les autres ne se voient dotés de moyens supplémentaires.

En outre, les associations féministes se plaignent du nombre croissant de médecins qui refusent l'avortement pour objection de conscience.

Face à cette situation dégradée, le président de la République, François Hollande, s'est engagé à ce que tous les centres hospitaliers soient dotés d'un centre d'interruption de grossesse.

Or, si l'avortement chimique ne représente que 42 % du total, le reste étant opéré par voie chirurgicale utilisant un curetage et/ou une aspiration, l'IVG médicamenteuse connaît une forte augmentation. C'est une tendance lourde de ces dernières années, avec une multiplication par deux de cette pratique depuis 1998, et qui devrait largement se poursuivre.

La Région considère comme indispensable de permettre aux femmes d'accéder aisément à leurs droits. Aussi, face aux réductions de crédits alloués par l'Etat aux centres de planification et aux associations menant des actions de sensibilisation et d'éducation à la contraception et œuvrant pour l'exercice effectif du droit des femmes à maîtriser leur fécondité, la Région s'engage à poursuivre son soutien aux centres de planification-contraception-IVG sous forme d'unités fonctionnelles ou de centres dédiés, qu'ils pratiquent des IVG chirurgicales ou médicamenteuses.

#### **Maisons de naissance**

Les progrès réalisés dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie, à partir des années 1970, ont permis une baisse importante de la mortalité infantile et de la mortalité périnatale, qui est passée, en France, de 21 décès pour 1.000 naissances en 1972 à 7 en 2000. Mais l'amélioration

de la survie d'enfants à haut risque de handicap, notamment les enfants prématurés ou de faible poids, pose la question de l'accroissement de la prévalence des déficiences.

Et ce, d'autant que le taux de prématurité a augmenté ces dix dernières années en France, atteignant aujourd'hui 7 % des naissances. Cette augmentation n'est pas isolée en Europe. Elle est largement liée à l'augmentation du nombre de grossesses multiples avec les techniques d'aide médicale à la procréation ; elle est aussi possiblement liée à l'augmentation des situations de précarité dans certaines populations.

L'offre périnatale doit accompagner cette évolution et permettre aux professionnels de remplir leur mission dans les meilleures conditions.

En France, les maternités sont classées par niveau, de 1 à 3. Ce chiffre correspond au degré de risque de la grossesse et de l'accouchement.

Une maternité de niveau 1 accueille des femmes dont la grossesse se passe bien, sans complication, et qui devraient mettre au monde un enfant à terme, en bonne santé et ne nécessitant pas de soins médicaux particuliers. L'accouchement est suivi par une sage-femme, l'obstétricien n'intervenant pas nécessairement. Un pédiatre y est d'astreinte.

Dans une maternité de niveau 2, on trouvera un service de néonatalogie où seront accueillies des femmes dont la grossesse comporte un risque identifié ou suspecté.

La maternité de niveau 3 est, quant à elle, équipée pour les grossesses à haut risque maternel et/ou fœtal. Elle comporte un service de néonatalogie, de soins intensifs, ainsi qu'une unité de réanimation néonatale.

A chaque niveau de maternité correspondent donc un protocole et des habitudes de travail.

A côté de ces établissements hospitaliers, les maisons de naissance proposent un accompagnement différent, privilégiant notamment un suivi global, effectué par une sage-femme qui suit la grossesse et accompagnera l'accouchement, le tout dans une démarche de médicalisation moins importante. Ces structures d'accueil, de suivi et d'accouchement sont ainsi destinées aux femmes enceintes dont la grossesse est considérée médicalement sans risque.

Or, la « surmédicalisation » des grossesses ne peut constituer une réponse systématique et unique aux besoins des femmes qui doivent avoir le choix du mode d'accouchement leur convenant le mieux, lorsque cette liberté elle est médicalement envisageable et que sont garanties les meilleures conditions de sécurité pour les parturientes et leurs enfants.

Cette condition essentielle est remplie lorsque la maison de naissance est reliée au plateau technique d'une maternité. Elle peut se situer dans l'enceinte d'une maternité hospitalière ou à proximité, dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans des délais compatibles avec l'urgence.

Compte tenu de l'équipement peu homogène du territoire régional en maternités de pointe, dont les lits doivent exclusivement être réservés aux femmes dont les accouchements s'annoncent problématiques, mais aussi des fermetures de maternités de proximité qui ont réduit l'offre de santé pour nombre de femmes, la Région décide de soutenir, à titre expérimental, les maisons de naissances lorsqu'elles seront situées dans l'enceinte d'une maternité hospitalière ou à proximité, dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans des délais compatibles avec l'urgence.

Cette mesure permettra de recentrer l'activité des services de périnatalité de pointe sur le suivi et la prise en charge des grosses pathologiques. Bien entendu, sa mise en œuvre, fortement demandée par les associations d'usagères et de sages-femmes, ne peut en aucun cas constituer une éventuelle justification pour les fermetures de maternités de proximité. Il s'agit de structures complémentaires et non concurrentes.

### 3.3 LES PUBLICS SPECIFIQUES

#### **Etablissements de soins aux malades du VIH-Sida et autres IST**

La réduction des nouvelles contaminations reste l'enjeu majeur de la lutte contre le VIH-sida. Cet objectif repose sur un effort accru en matière de prévention, mais aussi sur la santé des personnes séropositives, et donc sur la qualité de leur prise en charge médicale.

Or, aujourd'hui, les besoins de suivi et de soins des séropositif-ves sont menacés par une logique économique peu soucieuse des conséquences à long terme sur la santé des personnes. Ainsi, de fortes inquiétudes pèsent sur les conséquences que les réformes successives du système hospitalier engendreront dans la prise en charge globale et multidisciplinaire des personnes vivant avec le VIH.

En effet, les réorganisations hospitalières en cours, notamment celle de l'AP-HP, risquent que ne soit plus assurée la continuité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, pourtant si nécessaire à ces patients.

A ce problème structurel, s'ajoute encore la question de la pérennité des financements d'Etat aux associations qui interviennent auprès de ces malades, lesquelles ont vu, durant l'année 2011, leurs moyens de fonctionnement réduits de manière drastique, mettant en péril non seulement les actions mais plus définitivement leur existence même.

Face à cette situation tendue, la Région décide, en complément de son implication forte dans la prévention de cette pathologie, de soutenir les établissements assurant la prise en charge médicale globale des personnes malades du VIH-Sida.

La Région sera vigilante aux financements d'Etat accordés aux associations qui interviennent auprès de ces malades.

#### **Etablissements d'accompagnement et soins aux personnes toxicomanes**

L'Ile-de-France, très touchée par les problèmes d'addictions, regroupe une grande partie des décès par surdose. De plus, les usagers de drogues lourdement dépendants cumulent généralement des pathologies psychiatriques associées.

Néanmoins, la politique de réduction des risques, menée depuis 1987 avec la mise en vente libre des seringues et l'accès aux produits de substitution aux opiacés (1995 pour la méthadone et 1996 pour le Subutex®), a permis une forte diminution de la mortalité, une baisse des risques infectieux notamment à VIH et une meilleure prise en charge médicale et sociale des personnes toxicomanes.

De son côté, la Région s'est engagée très tôt dans l'accompagnement et les soins apportés aux personnes toxicomanes.

Elle souhaite poursuivre son soutien aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et aux centres de soins, d'accompagnement de prévention en addictologie (CSAPA).

#### **Salles de consommation à moindres risques**

Les résultats de la réduction des risques liés à l'usage de drogues sont aujourd'hui incontestables. Elle a permis de faire baisser le nombre d'overdoses et le taux de prévalence du VIH chez les usagers de drogues. Mais l'explosion des contaminations par l'hépatite C, avec des taux allant de 70 % à 90 % chez les injecteurs qui fréquentent les structures de soins, montre qu'il est aujourd'hui nécessaire d'étendre cette politique. À elles seules, les hépatites B et C sont

responsables de 8.000 contaminations et 4.000 morts par an, dont une majorité sont des usagers de drogues.

Dans le cadre d'une politique de réduction des risques destinée à limiter les dangers sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie et suite à une étude menée par l'association Elus, santé publique & territoires qui a bénéficié de co-financements régionaux, la Région souhaite promouvoir le dispositif novateur que constituent les salles de consommation à moindres risques.

De nombreuses villes étrangères ont déjà adopté ces centres de consommation qui constituent un outil au service de l'amélioration de l'état sanitaire et social des usagers de drogue les plus désocialisés et les plus précaires, qui souvent n'accèdent pas aux soins.

Les arguments sont nombreux en faveur de leur instauration : elles permettent d'éviter la propagation des infections, en particulier le VIH et le VHC, de rejoindre des usagers marginalisés afin de leur offrir d'autres services de santé, dont la désintoxication, d'éviter les surdoses et les coûts qui y sont associés, de réduire la consommation de drogues par injection ou l'inhalation dans les lieux publics, de réduire la délinquance, de réduire la présence sur la voie publique de seringues abandonnées, d'éviter que les personnes consommant des drogues se retrouvent immédiatement dans la rue.

Très impliquée dans la promotion de solutions novatrices aux problèmes de santé franciliens, la Région décide de soutenir financièrement les salles de consommation à moindres risques, centres dans lesquels les usagers de drogues confirmés sont autorisés à consommer les produits dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire, sous la surveillance d'un personnel qualifié et garant d'une réduction des risques efficace.

### **Les antennes de soins mobiles ou fixes**

D'une manière générale, toutes les études s'accordent sur une dégradation de la santé des sans-domicile, avec une surmorbidity globale. En effet, la vie dans la rue, la précarité et les retards d'accès aux soins augmentent considérablement le nombre d'infections, de traumatismes, de pathologies dermatologiques et de dépressions et troubles psychiatriques, associés souvent à une surconsommation de produits psychoactifs.

L'absence de logement entraîne épuisement, mauvaise alimentation, difficultés face à l'hygiène et rend les personnes plus vulnérables d'un point de vue sanitaire.

L'espérance de vie de ceux qui vivent et dorment dans la rue est aujourd'hui de 44 ans, selon un rapport du haut commissariat à la santé publique.

Le contexte français d'exercice des droits, pour les publics très précarisés, s'est trouvé modifié, à partir de 1998, avec l'élaboration des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), les mesures spécifiques financées dans le cadre du plan santé mentale et le développement des lits halte soins santé (LHSS).

Mais le système, pour fonctionner, suppose que les personnes soient repérées et suivies pour entamer un parcours de soins.

Or, les dispositifs d'hébergement actuels sont insuffisants, inadaptés et discontinus. Nombre de sans-domicile, dont les plus désocialisés, ne souhaitent pas s'y rendre car il s'agit d'une solution trop temporaire et les structures ferment tôt chaque matin ; ils sont confrontés à de nombreux dangers (vols, violence), du fait de la promiscuité, du bruit et du manque d'intimité, parce que les couples ne sont pas acceptés, ni les chiens, ...

Cette situation ne permet évidemment pas un suivi sanitaire des personnes les plus marginalisées.

C'est pourquoi un grand nombre d'intervenants choisissent d'aller rencontrer ces publics sur leurs lieux de vie, par le biais d'antennes de soins, fixes ou mobiles, au sein desquelles les usagers peuvent accéder sans exigence préalable à un accueil, une écoute, à la prévention et aux soins adaptés à leur état, quelle que soit l'étape de leur trajectoire de vie.

La Région souhaite, parallèlement aux engagements pris dans le cadre de sa politique sociale pour les personnes en situation de grande précarité, affirmer sa volonté de favoriser le travail de ces structures de proximité dont l'objectif est d'aller vers, d'entrer en contact avec les personnes les plus marginalisées, afin de leur proposer des prestations de soins nécessaires, acceptables et adaptées.

## 4. LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS, UNE NECESSITE POUR LE TERRITOIRE FRANCILIEN

L'IAU Ile-de-France a mesuré, dans une étude dont le 1<sup>er</sup> volet a été publié en septembre dernier, l'accessibilité des Francilien-nes à un ensemble de médecins de premiers recours : généralistes, dentistes, gynécologues, pédiatres et ophtalmologues libéraux, et centres de santé<sup>17</sup>.

Les résultats, notamment cartographiques, montrent que les inégalités sont loin d'être négligeables et qu'elles reposent largement sur des facteurs associés aux niveaux de centralité et de densité urbaine. Des différences significatives d'accessibilité entre les différents types de professionnels de santé sont mises en avant : si les généralistes semblent relativement plus présents en zone centrale et dans les pôles urbains, les spécialistes quant à eux, gynécologues et pédiatres notamment, apparaissent polarisés à l'ouest de la capitale, ou dans les zones relativement aisées de la région.

Ces résultats sont comparables à ceux présentés par l'ARS dans le diagnostic francilien établi pour la préparation du volet ambulatoire du SROS, qui constitue l'un des éléments du futur plan régional de santé. Ce document présente les forces et faiblesses de l'offre régionale, laquelle est caractérisée par des déséquilibres nombreux qui touchent autant les professionnels (spécialistes/omnipraticiens/paramédicaux), les secteurs conventionnels (secteur 1/ secteur 2/honoraires libres), que le territoire régional (centre/périphérie, centres ville/banlieues/zones rurales).

A cela s'ajoute une fragilité qui tient au fait que tout départ non remplacé de professionnels de santé dans les 5 prochaines années, provoquera un déséquilibre local, au centre comme dans les territoires semi ruraux actuellement non touchés.

Or, la pyramide des âges des professionnels médicaux conduit inévitablement aux départs en retraite, dans les 5 ans à venir, de 11 % des médecins généralistes et 14 % des spécialistes, ces chiffres étant portés respectivement à 20,3 % et 20 % toutes spécialités confondues, dans les 5 à 10 ans.

Et ce phénomène risque de ne pas être compensé par l'installation de jeunes professionnels, ceux-ci se désintéressant de la médecine générale libérale et étant moins de 10 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des Médecins à faire le choix d'un exercice libéral.

Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- le cursus hospitalo-universitaire des études de médecine prépare mal à la médecine générale et à l'exercice de ville et induit une hyperspécialisation des étudiants, même si depuis 2004, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière ;
- l'offre de stages ambulatoires pour préparer à l'exercice de 1<sup>er</sup> recours, prévue par la réglementation depuis 1997, est insuffisante numériquement (le nombre des lieux de stage est faible) et sur le territoire (les maîtres de stage se concentrent majoritairement en petite couronne et les internes évoquent des difficultés d'accès aux stages en grande couronne pour des motifs de cherté des transports et de difficultés de logement) ;
- enfin, et non des moindres, les évolutions sociétales et les nouvelles problématiques liées à l'exercice de la profession libérale sont sans doute les principaux facteurs de cette désaffection.

<sup>17</sup> [http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude\\_855/Redac\\_acces\\_soins.pdf](http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_855/Redac_acces_soins.pdf)

Ainsi, la féminisation très forte de la profession entraîne-t-elle une diminution de l'offre de services, le nombre d'heures travaillées des femmes étant d'environ 10 % moindre que celui des hommes. En effet, ces professionnelles souhaitent pouvoir concilier vie active et vie familiale et accéder globalement à une meilleure qualité de vie, ce qui conduit à une réduction du temps de travail. S'y ajoute que les femmes omnipraticiennes consacrent un peu plus de temps que leurs confrères masculins à chaque patient. Il en découle qu'elles voient environ 15 % moins de patients par heure en cabinet que les hommes.

Par ailleurs, la part croissante des activités administratives (délivrance de certificats, ouverture de droits sociaux, relations avec les organismes d'assurance maladie) semblent constituer une contrainte majeure qui incite un certain nombre de professionnels à privilégier le salariat.

De plus, il apparaît financièrement de plus en plus difficile pour un médecin généraliste libéral de secteur 1 sans exercice particulier ou pour un infirmier libéral de s'installer dans Paris et en petite couronne, du fait de la lourdeur de la charge foncière et de l'importance plus grande des dépenses professionnelles, qui y conduisent à des niveaux de revenus inférieurs à ceux du reste du territoire (- 4,6 % pour l'ensemble des médecins en 2006).

En outre, est aussi incriminé le système du paiement à l'acte, qui conduit à une multiplication des actes ou à des dépassements tarifaires fréquents. Ce mode quasi exclusif de rémunération de l'exercice libéral incite à une course au volume d'actes difficilement compatible avec le développement des missions de prévention, d'éducation thérapeutique ou de coordination, alors que la transition épidémiologique, liée au vieillissement de la population notamment, et au développement des maladies chroniques rend primordiale ce type de missions.

Cette inadéquation entre mode de rémunération et missions à accomplir en soins primaires est d'autant plus importante quand l'exercice est individuel. Les possibilités de mutualisation liées à l'exercice regroupé (secrétariat, locaux, système d'information...) rendent plus acceptables ces conditions.

Enfin, la médecine de 1<sup>er</sup> recours vit un malaise qui tient au fait que les médecins ressentent comme dégradé leur rôle et leur rapport avec leur environnement institutionnel et social et avec leurs patients. Ainsi perçoivent-ils un décalage grandissant entre leur statut de libéral et les approches des politiques publiques visant à maîtriser les dépenses de santé et ressentent-ils comme difficilement acceptables, les exigences croissantes des patients sur leurs pratiques professionnelles.

La situation des infirmières libérales est d'une certaine façon comparable, leur effectif n'ayant cessé de diminuer entre 1992 et 2004.

Pour mémoire, l'offre de formation paramédicale francilienne et notamment en soins infirmiers est marquée par une forte concentration d'écoles et d'instituts et donc d'étudiant-es. Toutefois, les quotas théoriques de formation ne sont pas atteints (5.560 étudiants pour un quota de 6.540) du fait notamment du manque de places installées et de difficultés d'attractivité pour le métier.

Et en effet, à raison de 40 pour 100.000 habitants, la densité francilienne de cette profession est 2 fois plus faible qu'au plan national, les difficultés constatées sur le secteur libéral se retrouvant en partie à l'hôpital.

Cette pénurie s'explique par des difficultés d'exercice spécifiques (charges locatives très lourdes, surtout en zone centrale, difficultés de déplacement liées aux encombrements, développement de l'intérim...) et la présence importante de structures de soins qui concurrencent l'exercice libéral dans une plus grande proportion qu'en province.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, les écarts de densité sont importants selon les départements et reproduisent les disparités observées pour les médecins, accentuant les

déséquilibres avec une forte concentration de l'offre dans le centre de la région et dans l'ouest et sa raréfaction en périphérie, dans l'est et dans le nord-est.

#### 4.1 AIDE A L'INSTALLATION DES PROFESSIONNEL-LES DE SANTE

Sachant qu'un grand nombre de régions françaises connaissent un phénomène de désertification médicale, l'Etat a adopté diverses mesures visant à l'enrayer.

Les contrats d'engagement de service public (CESP) prévoient que les étudiants en médecine dès la 2<sup>ème</sup> année d'études médicales et les internes en médecine à tous les stades du 3<sup>ème</sup> cycle peuvent se voir accorder une allocation mensuelle de 1.200 € en contrepartie de leur engagement à exercer, pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation - et qui ne peut être inférieure à 2 ans - à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut. S'il souhaite rompre son contrat, le médecin devra rembourser la totalité des sommes perçues.

La mesure a démarré à la rentrée universitaire 2010-2011, 400 allocations étant prévues au total pour la France (200 pour les étudiants et 200 pour les internes). En réalité, 148 contrats ont été signés avec 103 étudiants et 45 internes. Les chiffres de l'Île-de-France n'ont pas été communiqués.

Pour l'année universitaire 2011-2012, un arrêté du 24 juin 2011 fixe de nouveau à 400 le nombre total de CESP à raison de 200 étudiants et 200 internes, les prévisions franciliennes s'établissant respectivement à 18 et 35.

Par ailleurs, la loi Fourcade du 10 août 2011, qui modifie la loi HPST, prévoit des mesures incitatives en faveur des médecins des zones sur-dotées qui acceptent d'aider ponctuellement leurs collègues des zones sous-dotées moyennant, pour les actes correspondants, une majoration de 10 % de leur rémunération, dans une limite annuelle d'actes de 20.000 €.

Le directeur général de l'ARS d'Île-de-France adoptera prochainement un arrêté de classification des zones géographiques en fonction de leur densité en professionnels de santé. Le travail préparatoire a été effectué à partir de 4 indicateurs : l'accessibilité au médecin généraliste, la complémentarité de l'offre sur le territoire, l'évolution prévisible de l'offre en médecine générale et les besoins de la population.

Dans ce cadre, 29 territoires devraient être retenus comme déficitaires et 21 complémentaires comme fragilisés, portant à 50 les territoires recensés comme touchés par la problématique de la démographie médicale et/ou paramédicale aujourd'hui. Le détail en figure en annexe 2 du présent rapport.

#### **Les nouveaux « Contrats régionaux d'exercice sanitaire »**

De nombreuses collectivités, Région et Départements, se sont emparés de la question de la lutte contre la désertification médicale et ont mis en place des dispositifs d'incitation à l'installation des futurs professionnels médicaux.

La Région souhaite à son tour s'engager sur ce champ dont elle fait le choix d'élargir le périmètre non seulement à l'installation de futur-es professionnels de santé médicaux et paramédicaux mais également au maintien de l'activité médicale et paramédicale dans les territoires classés en zone déficitaire et ou dans les zones identifiées comme fragilisées au titre de la démographie médicale et/ou paramédicale.

La Région souhaite en effet promouvoir et faciliter sur ces territoires :

- **l'installation future des étudiant-es en médecine générale** ou de spécialité de 1<sup>er</sup> recours suivantes : ophtalmologie, gynécologie, dentisterie,

- **l'installation future des étudiant-es des formations sanitaires suivantes** : infirmière, kinésithérapeute, sage-femme pour lesquels elle a la charge de la formation,
- **le maintien de l'activité de professionnel-les en exercice.**

Dans ce cadre, d'une part des contrats régionaux d'exercice sanitaire seront conclus avec les collectivités territoriales et établissements publics de coopération intercommunale situés dans les zones déficitaires ou fragilisés et des étudiant-es en avant-dernière ou dernière année d'études en médecine générale ou de spécialité de premier recours (ophtalmologie, gynécologie, dentisterie) ou en formation sanitaire (infirmière, kinésithérapeute, sage-femme) et/ou les professionnel-les médicaux ou para-médicaux déjà en exercice, souhaitant s'installer sur la zone. Ces contrats prendront l'une des formes suivantes :

- le versement sur une période maximale de 2 ans, d'une allocation d'études tous contributeurs publics locaux confondus de 1.000 €/mois, en contrepartie de laquelle lesdits étudiant-es s'engagent à exercer leur future activité en secteur 1, en libéral ou en salarié, sur le territoire défini par le contrat, durant une période minimale de 3 ans ;
- le financement de travaux d'installation et d'équipement à hauteur maximum de 50 % de la dépense subventionnable, dans la limite d'un plafond de subvention de 15.000 € tous contributeurs confondus. En contrepartie, ces professionnel-les de santé s'engagent à exercer leur activité en secteur 1, en libéral, sur le territoire défini par le contrat, durant une période minimale de 3 ans. Ne peuvent bénéficier de cette aide à l'installation que les étudiants n'ayant pas bénéficié, par ailleurs, d'une allocation d'études régionale.

D'autre part des contrats régionaux d'exercice sanitaire seront conclus avec les médecins généralistes ou spécialistes de premier recours (ophtalmologie, gynécologie, dentisterie) ou professionnels para-médicaux (infirmière, kinésithérapeute, sage-femme), déjà installés sur la zone, pour les aider à maintenir leur activité. Ils prévoiront :

- le financement de travaux et d'équipement de sécurisation des locaux favorisant la poursuite ou le maintien de l'activité, à hauteur maximum de 50 % de la dépense subventionnable, dans la limite d'un plafond de subvention de 15.000 €. En contrepartie, ces professionnel-les de santé s'engagent à maintenir leur activité, en libéral ou en salarié, sur le territoire défini par le contrat, durant une période minimale de 3 ans.

En l'absence de respect de la condition de réciprocité, c'est-à-dire si le professionnel quitte le territoire avant l'échéance prévue par le contrat passé avec la Région - et une autre collectivité le cas échéant - la Région exigera le remboursement de l'aide octroyée, qu'il s'agisse d'une allocation d'études, d'une aide à l'installation ou d'une aide au maintien de l'activité.

Les modalités pratiques de contractualisation d'une part avec les collectivités territoriales et les étudiant-es et/ou professionnel-les, et d'autre part avec les professionnel-les, les engagements réciproques des parties et les modalités de versement des allocations d'études territoriales et/ou subventions pour travaux et équipements, seront déterminés par des conventions type qui seront adoptées lors d'une prochaine Commission permanente.

De plus, ces conventionnements seront expérimentés durant une année au terme de laquelle ils seront évalués, pour en améliorer éventuellement la mise en œuvre.

### **La plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS)**

Les plates-formes d'appui aux professionnels de santé sont des sites Internet régionaux qui ont pour objectif d'informer et de faciliter l'orientation des professionnel-les de santé, en formation ou en exercice, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux moments clés de leur carrière.

Au niveau national, quatre objectifs ont été assignés aux plates-formes régionales :

- informer les étudiant-es et les futur-es professionnel-les de santé sur les formations initiales et les sensibiliser aux différents modes d'exercice ;
- aider le professionnel-le lors de l'installation (simplifier ses démarches, l'informer sur les modes d'exercice et les aides à l'installation) ;
- faire émerger et accompagner les projets d'exercice collectif ;
- suivre le parcours des professionnel-les et leurs projets tout au long de leurs carrières.

Les professionnel-les de santé trouveront sur les plateformes régionales la présentation des services existant dans la région et les coordonnées des interlocuteurs clefs, proposant un accompagnement adapté à leurs besoins ainsi que des informations de portée plus générale.

En Ile-de-France, l'ARS a associé aux travaux préparatoires à l'ouverture de la PAPS, les différents acteurs concernés (les Ordres, les URPS, les CPAM, la Région, les Conseils généraux) pour rendre lisible et cohérente l'offre de services à destination des professionnel-les de santé, proposée et mise en place sur le territoire.

Ceux-ci peuvent accéder à trois offres de services identifiées comme prioritaires :

- l'information des professionnel-les en formation sur les cursus, les contrats d'engagements de service public, ...
- l'accompagnement des professionnel-les autour des projets d'exercice collectif : la démarche pour monter un projet, les structures juridiques, les différentes sources de financement, les projets en Ile-de-France, ...
- l'aide à l'installation des professionnel-les de santé : lien vers C@rtosanté et vers les outils des membres partenaires de la PAPS, tableau des différentes aides à l'installation, ...

Lancé le 1<sup>er</sup> juillet 2011, le site Internet de la plate-forme d'Ile-de-France est accessible à l'adresse suivante : [www.iledefrance.paps.sante.fr](http://www.iledefrance.paps.sante.fr)

Ce partenariat entre l'Agence régionale de santé et l'ensemble des acteurs vise entre autre à adapter le site aux réalités locales, identifier et associer les interlocuteurs de l'ARS et ses partenaires, faire naître une complémentarité des contenus et des services. Le site sera progressivement enrichi des contributions des partenaires au cours du troisième trimestre 2011.

La Région comme les autres collectivités qui s'engagent pour faciliter l'installation des professionnel-les de santé, futur-es ou déjà en activité, rejoindra la PAPS afin de mieux communiquer autour des aides qu'elle peut apporter, aussi bien aux étudiant-es et/ou professionnel-les qu'aux structures d'exercice collectif.

A cet effet, je vous propose de m'autoriser à signer la charte jointe en annexe n°1 à la présente délibération.

## **4.2 SOUTIEN AUX STRUCTURES DE PREMIER RECOURS**

### **Les structures d'exercice collectif (centres de santé, maisons et pôles de santé)**

Nous l'avons dit, une majorité de jeunes médecins ne souhaitent plus exercer isolément mais veulent partager les contraintes de la continuité et de la permanence des soins et mutualiser les coûts de leur installation, aspirant également à pouvoir bénéficier d'un avis collégial sur les

situations les plus complexes et à s'inscrire collectivement dans une démarche permanente d'évaluation de leurs pratiques professionnelles.

Pour ces raisons, l'exercice mixte en groupes pluri professionnels devient une tendance majoritaire, ce mode d'exercice constituant une des réponses les mieux adaptées au souhait d'améliorer les conditions de travail et de vie des professionnels et aux besoins de santé de la population.

Une distinction doit néanmoins être faite entre les regroupements pour mutualisation de moyens - tel que couramment rencontré dans les cabinets de groupe ou les regroupements limités au partage de locaux - et ceux opérés en vue d'une bonne coordination des pratiques dans le cadre de services de santé, seuls tenus à formaliser un projet de santé, incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique, partagé par l'ensemble des professionnels et conforme aux orientations du projet régional de santé.

C'est bien de ceux-là que la Région entend promouvoir la création. Ils peuvent prendre diverses formes : les centres de santé, les maisons de santé, les pôles de santé.

Les centres de santé sont nés au lendemain de la seconde guerre mondiale, en réponse à l'accroissement de la mortalité infantile et des épidémies. On en compte 1.500 sur le territoire français, dont 297 en Ile-de-France, région fortement dotée mais où ils se concentrent en quasi totalité à Paris, dans la petite couronne et dans des chefs-lieux de département. Ils se répartissent en 91 centres médicaux exclusifs, 51 centres dentaires exclusifs, 133 centres polyvalents (dentaire + médical) et 22 centres de soins infirmiers.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif (associations, mutuelles), soit par des collectivités territoriales, des établissements de santé publics, ou des établissements de santé d'intérêt collectif et leurs professionnels sont des salariés.

11,3 % de professionnels de santé franciliens (médecins, odontologistes, infirmières et paramédicaux) y exercent, essentiellement à temps très partiel, assurant des activités de soins qui couvrent tout le champ de l'ambulatoire (soins généralistes, spécialistes, infirmiers, dentaires, d'auxiliaires médicaux...). Les médecins peuvent y être salariés ou exercer une médecine à l'acte (35 % sont libéraux).

Ils proposent une offre alternative à la médecine de ville libérale et assurent un rôle social avéré : ils accueillent une proportion de patients en situation de précarité ou socialement défavorisée pouvant atteindre 70 % (CMU ou AME) et constituent une offre de soins accessible à une patientèle modeste, puisqu'ils pratiquent le tiers-payant, une facturation de secteur 1 et des tarifs raisonnables pour le dentaire et les actes hors nomenclature.

La prévention et l'éducation à la santé sont également des dimensions inhérentes à leur vocation.

Enfin, 7 centres sur 10 souffrent d'un déficit chronique d'exploitation que les institutions dont ils dépendent doivent compenser. En réponse, certains renforcent la part des spécialités et des modes d'activité les plus rémunérateurs (dentaire et hors nomenclature) qui ne sont pas obligatoirement prioritaires en termes de santé publique.

Les maisons de santé sont des lieux de regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux - au moins 2 médecins généralistes et au moins 1 professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...), exerçant, en interdisciplinarité, sur un territoire constituant un bassin de vie.

Elles favorisent le travail en équipe et la coordination de soins, en intégrant d'autres acteurs du territoire et répondent aux préoccupations des professionnels en leur permettant de :

- concilier exercice professionnel et vie privée,
- optimiser le temps de travail grâce à la délégation de tâches administratives et au partage des obligations relatives à la permanence des soins,

- exercer dans des organisations collectives,
- répondre aux exigences croissantes qui pèsent sur eux en termes de qualité, de globalité et de continuité des soins.

L'apport pour les patients réside dans le développement de la coordination des soins (réseaux, délégation de tâches, prise en charge des maladies chroniques...), la prévention et l'éducation pour la santé. Cette organisation favorise l'articulation avec les réseaux de santé et services sociaux du territoire et l'émergence des nouvelles technologies (dossier médical personnel, télémédecine...).

L'Ile-de-France en compte seulement 3 en fonctionnement, 7 qui ouvriront à fin 2011 et 12 projets encore à l'étude, dont 4 MSP rurales. Elles peuvent prendre des statuts juridiques divers : société civile de moyens (SCM), société civile immobilière (SCI), société civile professionnelle (SCP), société d'exercice libéral (SEL) ou association.

Ce nouveau mode d'exercice peine à s'implanter en Ile-de-France pour de nombreuses raisons qui tiennent notamment à l'illusion d'une pléthore de professionnels de santé, aux liens plus lâches en Ile-de-France qu'en province entre collectivités et professionnels de santé, à la réticence de professionnels déjà installés à évoluer vers ces structures, à la difficulté à assurer la pérennité des projets, à des financements relativement limités, au coût de l'immobilier, ...

Les pôles de santé sont des organisations fonctionnelles qui peuvent fédérer, sans obligation de regroupement géographique, plusieurs libéraux, différents services de santé (maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé), des établissements de santé et des services et établissements médico-sociaux.

Ils peuvent, de fait, emprunter des statuts juridiques différents : association, groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement d'intérêt économique (GIE), groupement d'intérêt public (GIP) et leurs personnels sont salariés ou libéraux, en fonction du montage et des partenaires.

Enfin, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) nouvellement créées par la loi Fourcade, ont le statut de sociétés civiles et sont destinées à faciliter l'exercice groupé et pluridisciplinaire des professions de santé, en y intégrant les pharmaciens. Elles fonctionneront à l'image des maisons de santé prévoyant l'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

Qu'il s'agisse des maisons de santé qui regroupent les professionnels sous un même toit ou des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, des pôles de santé qui maintiennent une activité éventuellement isolée mais coordonnée, ou des centres de santé qui offrent un panel très large de spécialités médicales, l'une des clefs de la réussite de ces structures d'exercice collectif repose sur l'existence d'un projet de santé porté par les professionnels à partir des besoins locaux.

La Région considère que les structures d'exercice collectif sont une réponse appropriée autant aux besoins de santé de la population qu'aux attentes des professionnels eux-mêmes et soutiendra en conséquence leur création. En particulier, elle continuera de soutenir les centres de santé à gestion mutualiste.

## **Les réseaux de santé**

Depuis les premiers réseaux expérimentaux dans les années 1990 jusqu'à la création d'un véritable statut par la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont connu un développement rapide mais restent à ce jour inégalement répartis sur le territoire.

On compte ainsi 718 réseaux de santé en France, dont 90 en Ile-de-France, assurant la prise en charge annuelle de 22.500 patients autour de problématiques de santé particulières (diabète, VIH, cancer...) ou autour d'une population spécifique (personnes âgées, femmes enceintes ...).

Ces réseaux garantissent un maintien à domicile de qualité, veillant à la sécurité des patients complexes tout en soutenant leur entourage et les soignants, assurent une mission de prévention et d'éducation thérapeutique, favorisent la continuité dans la prise en charge des patients en respectant la gradation des soins, permettent une diminution du nombre de jours d'hospitalisation et de passages aux urgences, assurent une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) des personnes, accompagnent et conseillent les professionnels de proximité tout en respectant leurs spécificités et sans se substituer à eux.

Leur statut juridique est divers. Ce peut être une association, un groupement de coopération sanitaire (GCS), un groupement d'intérêt économique (GIE) ou un groupement d'intérêt public (GIP). Les professionnels qui y travaillent peuvent être libéraux, salariés ou hospitaliers, mais l'équipe de coordination est le plus souvent salariée du réseau lui-même.

L'ARS a inscrit dans le PSRS comme objectif stratégique d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé, et ce notamment par un renforcement des réseaux dont le rôle-pivot dans l'articulation entre ville, hôpital, médico-social et prévention est salué. Au-delà du maintien de l'offre sur les thématiques prioritaires (cancérologie, gérontologie, diabète, santé mentale, ...), ils sont appelés à élargir leurs missions au plurithématisme et à l'appui et l'accompagnement du premier recours, à condition que l'ARS puisse leur garantir des ressources suffisantes.

Cet élargissement des missions des réseaux de santé ne peut se faire sans réflexion sur leurs ressources, alors que nombre d'entre eux sont aujourd'hui confrontés à une situation financière critique

Ces situations peuvent légitimement faire craindre une réduction, voire une cessation, de leur activité, et non son renforcement, aggravant encore le constat relatif aux difficultés d'accès aux soins en région.

C'est pourquoi la Région s'emploiera à financer tous investissements nécessaires au bon fonctionnement de ces structures.

### **4.3 PERMANENCE DES SOINS**

La permanence des soins (PDS) est l'organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux.

Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés. Il s'agit d'une mission de service public.

La PDS pour le secteur ambulatoire (PDSA) couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, soit en semaine de 20 heures à 8 heures, les samedis à partir de midi et les dimanches et jours fériés à partir de 8 heures.

Depuis 2002, elle n'est plus considérée comme une obligation, mais les médecins ont le devoir d'y participer.

#### **Les maisons médicales de garde (MMG)**

Les maisons médicales de garde se définissent comme des lieux fixes déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux horaires de fermeture des cabinets médicaux et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

Elles s'inscrivent dans l'organisation de la PDSA.

Les médecins de permanence sont des médecins généralistes, qui ont leur cabinet et assurent un tour de garde à la MMG les week-ends et/ou les soirs de semaine. Ils sont aptes à recevoir les

patients de tout âge (nourrissons, enfants, adultes) pour des urgences relevant de la médecine de ville (entorse, plaie, brûlure, points de suture, angine, fièvre, ...).

Or, seulement 23 MMG ont été créées en Ile-de-France, dont quatre n'ont pas réellement fonctionné. L'un des écueils rencontrés semble tenir à une implantation peu stratégique ; de plus, les horaires d'ouverture sont très variables d'une MMG à l'autre, brouillant la communication autour de ces structures, de toute façon mal connues ; est aussi relevé le manque d'implication des médecins qui doivent satisfaire par ce biais une population qui n'en a pas exprimé le besoin ni n'y recourt automatiquement, l'activité des MMG étant très faible les soirs de semaine ; enfin la question du financement de ces structures est sans doute essentielle et a joué dans la fermeture de certaines d'entre elles.

Néanmoins, leurs avantages sont multiples, à la fois pour les patients accueillis rapidement en consultation non programmée, mais aussi pour les services d'urgences hospitalières qu'elles contribuent à désengorger alors que les délais d'attente y sont souvent supérieurs à 6 heures, ou encore pour la Sécurité sociale qui voit ses dépenses limitées, le coût moyen d'un passage aux urgences étant nettement supérieur à celui d'une consultation en maison médicale de garde.

Par ailleurs, ces structures, qui représentent une offre de soins supplémentaire, peuvent constituer une nouvelle filière de prise en charge des patients, organisant de manière concertée leur suivi avec les autres acteurs du territoire, dont le médecin référent. Elles peuvent aussi, en évoluant, devenir en journée des maisons de santé.

Convaincue que les maisons médicales de garde constituent une réponse adaptée à la problématique de la permanence des soins ambulatoires, la Région confirme son soutien à la création de ces structures.

Des évaluations faites de ce dispositif, la Région retient notamment l'intérêt d'installer les MMG dans les locaux de structures d'exercice collectif telles les centres de santé, bien repérés et lisibles pour la population, même si des freins concurrentiels peuvent être mis en avant par les médecins libéraux. Par ailleurs, leur implantation à proximité des services d'urgences hospitalières, éventuellement dans l'enceinte même de l'hôpital, doit aussi être privilégiée dans la perspective de désengorger ces services, au moins le week-end.

### **Les urgences hospitalières**

Attentes interminables, stress, agressivité, manque de personnel, les services d'urgence des hôpitaux sont de plus en plus malmenés. Malgré leurs efforts, les médecins urgentistes ne peuvent plus gérer l'afflux de malades. Le cap des 3 millions de passages aux urgences avait été franchi en 2005. Depuis, cette tendance à la hausse s'est confirmée (+ 7,4 % entre 2005 et 2007) et le nombre de passages aux urgences a atteint en 2007 les 3.2 millions, dont un peu moins d'un million pour les urgences pédiatriques.

Si la réputation des urgences est encore satisfaisante, grâce notamment au professionnalisme des équipes chargées d'accueillir les patients, à l'amélioration des locaux ou encore à la régulation médicale téléphonique, ce dispositif, très centré sur l'hôpital, est saturé parce qu'il n'assure pas seulement la prise en charge des urgences vitales, mais répond de plus en plus à une demande de soins non programmés qui pourraient être assurés par d'autres services hospitaliers ou par la médecine de ville.

En effet, les services d'urgences sont amenés à assumer d'autres missions que le traitement des seules urgences. Ils apportent une réponse à des besoins non satisfaits en ville : accès aux soins des populations à faible niveau de ressources, voire souvent sans revenus, prise en charge de problèmes sociaux, accès plus rapide aux spécialistes et aux examens complémentaires, ...

Pour autant une inquiétude pèse sur le secteur de PDS en établissements de santé (PDSES) du fait des incertitudes qui planent sur les fermetures de services liées à la réorganisation, initiée par l'ARS dans un souci de garantir sécurité et activité, le premier volet de la réorganisation impactant les urgences chirurgicales dont l'activité est très faible entre 0H et 4H.

La réforme portera concrètement sur les points suivants :

- modification des horaires de la PDSES, de nouveaux horaires scindant la nuit en 2 parties : 18H30-22H30 / 22H30-8H30
- et limitation du nombre des établissements autorisés à assurer les urgences chirurgicales en 2<sup>ème</sup> partie de nuit, dite nuit profonde.

L'ARS a publié le 3 décembre la liste des établissements autorisés pour les urgences chirurgicales de nuit profonde, après avis des conférences de territoire et de la CRSA. 56 services d'urgences chirurgicales ne seront plus actifs la nuit, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, ce qui réduit le nombre d'hôpitaux habilités à 87. Selon l'ARS l'offre de soins doit être réduite compte tenu qu'il y a peu d'interventions urgentes effectuées en rapport avec le nombre de blocs opératoires existants. Cependant, la liste des établissements fait apparaître des zones particulièrement délaissées, comme la Seine-et-Marne qui se retrouve avec 2 services d'urgences chirurgicales ouverts la nuit seulement.

Cette réorganisation suscite questions et inquiétudes, qui tiennent notamment :

- aux transferts de patientèle, et aux risques associés éventuels,
- à la communication à mettre en place pour une bonne information de la population,
- à sa répercussion sur l'organisation interne de l'AP-HP, du fait de l'exclusion d'une part importante de ses services,
- sur la rémunération des personnels médicaux qui n'assureront pas les urgences chirurgicales de nuit profonde,
- sur la perte d'attractivité des établissements qui ne seront pas retenus.

Cette situation, commandée par des impératifs économiques aggravera logiquement les conditions d'accès aux soins et la Région, pourtant fortement engagée depuis plusieurs années dans l'amélioration des conditions d'accueil au sein des services d'urgences hospitalières, conditionnera désormais son soutien aux seuls établissements assurant un accueil sans limite, toutes urgences confondues. Elle y ajoutera la non-éligibilité des projets inclus dans une opération de restructuration hospitalière pouvant mettre à mal l'offre de soins locale.

### **Le transport sanitaire par hélicoptère d'Ile-de-France (THSIF)**

Depuis 2002, en partenariat avec l'AP-HP et l'ARS, la Région accompagne le transport sanitaire d'urgence via le financement d'un hélicoptère basé sur l'héliport du centre hospitalier Henri-Mondor à Créteil, hôpital situé à l'épicentre de la région, permettant de rallier les hôpitaux franciliens en moins de vingt minutes, ce qui s'avère impossible par la route.

Outil commun aux 8 SAMUs de la région, il permet d'acheminer au plus vite les personnes accidentées ou nécessitant des soins spécifiques urgents vers les lieux les plus appropriés. La Seine-et-Marne et les Yvelines font partie des départements les plus utilisateurs. L'appareil sert aussi pour des liaisons inter hospitalières, vers les établissements d'Auxerre (Yonne), Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ou Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).

La Région, membre du GIP, le finance aux côtés de l'ARS et de l'AP-HP, son budget étant consacré à la rémunération des deux pilotes effectuant en moyenne près de 600 heures de vol, ainsi qu'à l'entretien de l'appareil.

Très attachée à cet équipement, seul capable d'assurer la survie de personnes dont le pronostic vital est engagé, la Région poursuivra son adhésion au GIP et donc son soutien à l'hélicoptère sanitaire.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.

**Le président du conseil régional.  
D'Ile-de-France.**



**JEAN-PAUL HUCHON**

## **ANNEXE N°1 AU RAPPORT**

**PROPOSITION DE ZONAGE DES TERRITOIRES  
CLASSES DEFICITAIRES OU FRAGILISES AU TITRE  
DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE  
AGENCE REGIONALE DE SANTE 22/09/2011**

Proposition de zonage du 22 septembre 2011			
département	canton / commune /ZUS	Population	Généralistes
75 - Paris	1100430 ZUS Curial, Cambrai, Alphonse-Karr (19)	11497	<i>en cours de chiffrage</i>
	1100030 ZUS La Goutte d'Or (18)	23190	<i>en cours de chiffrage</i>
	1100440 ZUS Belleville (20)	11793	<i>en cours de chiffrage</i>
77 - Seine-et-Marne	7701 Bray-sur-Seine	12116	6
	7709 Dammartin-en-Goele	44513	26
	7703 La Chapelle-la-Reine	12993	6
	7711 La Ferte-Gaucher	15241	6
	7715 Lizy-sur-Ourcq	17082	5
	7716 Lorrez-le-Bocage-Preaux	11026	5
	7737 Mitry-Mory	26383	13
	7722 Mormant	22995	12
	7706 Claye-Souilly	47337	34
	7710 Donnemarie-Dontilly	10523	6
7712 La Ferte-sous-Jouarre	27037	14	
7723 Nangis	15977	11	
78 - Yvelines	7802 Bonnières-sur-Seine	24477	10
	7810 Limay	43435	27
	7824 Trappes	28541	20
91 - Essonne	9140 Grigny	27196	13
	9111 La Ferte-Alais	24189	12
	9117 Méréville	15148	11
	9134 Vigneux-sur-Seine	26991	14
	9124 Saint-Cheron	26511	14
	9131 Morsang-sur-Orge	30187	15
92 - Hauts-de-Seine	9286 Gennevilliers	41822	26
93 - Seine-Saint-Denis	9305 Bagnole	33960	18
	9307 Bobigny	47726	17
	9300 Clichy	29127	16
	9310 La Courneuve	36915	22
	9337 Neuilly-sur-Marne	33198	13
	9339 Pierrefitte-sur-Seine	41526	15
	9325 Romainville	25621	15
	9399 Saint-Ouen	45595	21
	9320 Noisy-le-Sec	38713	23
	9332 Stains	34608	27
	9340 Villepinte	35810	21
	9392 Aubervilliers	74528	47
	9395 Drancy	66194	33
9397 Pantin	52698	25	
9301 Montfermeil	24457	16	
94 - Val de Marne	9442 Chevilly-Larue/Rungis	24660	12
	9420 Orly	20940	12
95 - Val d'Oise	9504 Bezons	28023	14
	9597 Garges-les-Gonesse	40347	22
	9530 Goussainville	30567	15
	9526 Viarmes	20967	12
	9527 Vigny	10955	4
	9528 Beauchamp	24258	13
	9534 Auvers-sur-Oise	17444	10
	9598 Sarcelles	59221	40
<b>Ensemble</b>		<b>1496258</b>	<b>789</b>
		<b>12,833%</b>	

Légende : **blanc** = territoires classés déficitaires / **chair** : territoires classés fragilisés

**PROJET DE DELIBERATION****DU****LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE**

LE CONSEIL REGIONAL D'ILE-DE-FRANCE

- VU** Le Code Général des collectivités territoriales ;
- VU** la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
- VU** La loi « Hôpital Patient Santé Territoire » n°2009-879 du 21 juillet 2009 ;
- VU** la délibération n°CR 45-08 du 26 juin 2008 relative à l'action régionale dans les domaines du développement social et de la santé ;
- VU** la délibération n°CR 10-10 du 17 juin 2010 relative aux délégations de compétences du conseil régional à la commission permanente ;
- VU** la délibération n°CR 23-10 du 17 juin 2010 relative à l'aide régionale à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire pour les étudiantes et les étudiants boursiers ;
- VU** la délibération n°CR 24-10 du 17 juin 2010 relative à la politique régionale en matière de sexualité, contraception, avortement et à la création d'un pass contraception ;
- VU** la délibération n°CR 41-10 du 18 novembre 2010 relative à la politique régionale du handicap et à la création du conseil consultatif du handicap d'Ile-de-France ;
- VU** la délibération n°CR 76-10 du 18 novembre 2010 relative à la politique régionale de santé et à la création du haut comité médical d'Ile-de-France ;
- VU** la délibération n°CR 23-11 du 7 avril 2011 relative à la politique sociale régionale ;
- VU** la délibération n°CR 88-11 du 29 septembre 2011 relative à l'action régionale en faveur du logement des jeunes, des étudiants et des apprentis ;
- VU** la délibération n°CR 92-11 du 29 septembre 2011 relative à la modulation des aides régionales pour mieux lutter contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales ;
- VU** la délibération n°CP 11-147 du 27 janvier 2011 relative au soutien aux actions d'initiative territoriale en faveur de l'emploi et portant conventionnement avec la Maison de l'emploi de Paris sur la mise en œuvre des clauses d'insertion ;
- VU** la délibération n°CP 11-780 du 20 octobre 2011 portant adoption des conventions-type relatives aux participations régionales aux opérations, projets et programmes triennaux ;
- VU** la délibération n°CR 33-10 du 17 juin 2010 relative au règlement budgétaire et financier de la Région Ile-de-France ;
- VU** le budget de la Région Ile-de-France pour 2012 ;
- VU** l'avis du conseil économique, social et environnemental régional ;
- VU** l'avis de la commission de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap ;
- VU** l'avis de la commission des finances, de la contractualisation et de l'administration générale
- VU** le rapport CR 03-12 présenté par monsieur le président du conseil régional d'Ile-de-France

APRES EN AVOIR DELIBERE

## TITRE I CRITERISATION DES AIDES

La mise en œuvre des critères prévus à la présente délibération est cumulative.

### I - CRITERES DE CONDITIONNALITE POUR LES OPERATIONS EN INVESTISSEMENT

#### ***Article 1 : Critères environnementaux***

##### **Travaux de construction ou extension d'un coût prévisionnel supérieur à 1.000.000 € HT**

Décide de conditionner, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, les aides régionales en investissement pour travaux de création (construction ou extension), d'un coût prévisionnel supérieur à 1.000.000 € HT, dans les établissements éligibles à la présente délibération, au respect de la réglementation thermique RT en vigueur et à l'obtention du label BBC Effinergie associé à une certification de type NF bâtiment tertiaire démarche HQE (bâtiment tertiaire) attestant de la mise en place d'un système de management de l'opération (SMO) et de la qualité environnementale du bâtiment (QEB) sauf à justifier que la certification n'existe pas.

##### **Travaux de restructuration d'un coût prévisionnel supérieur à 1.000.000 € HT**

Décide de conditionner, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, les aides régionales en investissement pour travaux de restructuration d'un coût prévisionnel supérieur à 1.000.000 € HT, dans les établissements éligibles à la présente délibération, au respect, lorsque c'est techniquement atteignable, de la réglementation thermique RT en vigueur et à l'obtention du label BBC effinergie associé à une certification de type NF bâtiment tertiaire démarche HQE (bâtiment tertiaire) attestant de la mise en place d'un système de management de l'opération (SMO) et de la qualité environnementale du bâtiment (QEB) sauf à justifier que la certification n'existe pas.

Si l'opération ne peut pas respecter le niveau de consommation énergétique fixé dans le cadre de la RT en vigueur sur la base de la justification d'un expert, celle-ci doit parvenir à une réduction de la consommation énergétique d'au moins 50 % par rapport à la valeur initiale et/ou atteindre un niveau de consommation maximale de 150 kWh/m<sup>2</sup>/an.

##### **Travaux d'un coût prévisionnel inférieur à 1.000.000 € HT**

Décide de conditionner, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, les aides régionales en investissement pour travaux de création ou de restructuration, d'un coût prévisionnel inférieur à 1.000.000 € HT, dans les établissements éligibles à la présente délibération qui respectent la réglementation thermique RT en vigueur. Si un expert est capable de justifier que cette réglementation n'est pas applicable, le demandeur doit viser une réduction d'au moins 50% de la consommation énergétique par rapport à la valeur initiale et/ou atteindre un niveau de consommation maximal de 150 kWh/m<sup>2</sup>/an.

##### **Frais de certification**

Les frais liés à la certification pourront être financés par la Région à hauteur maximale de 30 % de la dépense dans un plafond de subvention fixé à 10.000 €.

## **Article 2 : Critères sociaux**

Décide de conditionner les aides régionales en investissement pour travaux dans les établissements, structures ou services de santé à l'introduction, par les maîtres d'ouvrage, de clauses sociales dans leurs marchés d'un coût prévisionnel supérieur à 1.650.000 € HT.

Le maître d'ouvrage peut être accompagné et conseillé dans cette démarche soit par l'assistant à maîtrise d'ouvrage insertion (AMOI) avec lequel la Région a passé une convention, soit par un opérateur de son choix. S'il dispose de cette compétence en interne, l'opérateur peut procéder lui-même à cette démarche. Dans tous les cas, il est tenu de rendre compte à la Région des éléments relatifs à ces clauses sociales, et doit faciliter la mise en œuvre des clauses sociales, assurant les fonctions de :

- conseil du maître d'ouvrage pour la définition des objectifs d'insertion et la rédaction de la clause,
- conseil des entreprises sur les modalités de mise en œuvre de la clause et le recrutement,
- mobilisation des acteurs de l'emploi,
- suivi des publics en insertion jusqu'à leur intégration dans l'emploi,
- information, bilan et retour à la Région.

Conformément à la convention de partenariat conclue entre la Région et l'assistant à maîtrise d'ouvrage insertion (AMOI), ce dernier accompagne toutes les opérations d'un coût prévisionnel supérieur à 1.650.000 € HT.

Le maître d'ouvrage doit apporter aux services régionaux tout élément attestant du respect de cette démarche.

Si le maître d'ouvrage choisit un autre AMOI, ce dernier est tenu de transmettre à l'AMOI régional l'ensemble des éléments de reporting indispensables au suivi de la mise en application des clauses sociales.

## **II – CRITERES DE MODULATION ET MODALITES DE LA PARTICIPATION REGIONALE**

### **VOLET INVESTISSEMENT**

Le taux de subvention régionale, toutes majorations confondues, ne peut être supérieur à 50% au maximum des dépenses subventionnables.

Pour l'équipement, le soutien régional est composé d'une subvention sectorielle dans la limite de 50% au maximum de la dépense subventionnable et des montants plafonds définis par dispositif.

### **Article 3 : Communes et EPCI**

Pour toute opération comprenant des travaux, le soutien régional est composé :

- d'une subvention sectorielle : dans la limite d'un taux sectoriel de 25% au maximum de la dépense subventionnable et des montants plafonds définis par dispositif.
- d'une subvention au titre des éventuelles bonifications suivantes, dans la limite d'un taux transversal de 25% au maximum de la dépense subventionnable :
  - o *Critères environnementaux*  
Majoration de 5 % des aides régionales pour travaux de création d'établissements éligibles à la présente délibération lorsqu'ils présentent un niveau de performance supérieur à ceux fixés à l'article 1 de la présente délibération, de type bâtiment passif (BEPAS) ou bâtiment à énergie positive (BEPOS).

- *Lutte contre les carences en matière de logement social*  
Majoration de 10 % des aides régionales pour toute opération comprenant des travaux, visant les établissements et services éligibles à la présente délibération, dont les maîtres d'ouvrage sont les communes et EPCI, et pour lesquels le taux de logement sociaux est supérieur à celui fixé à l'article L.302-5 du code de la construction et de l'habitation.
- *Correction des inégalités sociales et territoriales*  
Majoration de 10 % des aides régionales pour toute opération comprenant des travaux, visant les établissements et services éligibles à la présente délibération lorsqu'ils sont situés dans les communes qui ont un indicateur de potentiel financier corrigé par habitant et de développement humain IDH-2 inférieur aux trois derniers déciles (30%) de l'ensemble des communes, selon les données fiscales de l'année N-2 fournies par la DGCL et la DGFIP et les données mises à jour régulièrement par l'institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) de la Région Ile-de-France et la mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale (MIPES).

#### **Article 4 : Autres maîtres d'ouvrage**

Pour toute opération comprenant des travaux, le soutien régional est composé :

- d'une subvention sectorielle : dans la limite d'un taux sectoriel de 35% au maximum de la dépense subventionnable et des montants plafonds définis par dispositif.
- d'une subvention au titre des éventuelles bonifications suivantes, dans la limite d'un taux transversal de 15% au maximum de la dépense subventionnable.
  - *Critères environnementaux*  
Majoration de 5 % des aides régionales pour travaux de création d'établissements éligibles à la présente délibération lorsqu'ils présentent un niveau de performance supérieur à ceux fixés à l'article 1 de la présente délibération, de type bâtiment passif (BEPAS) ou bâtiment à énergie positive (BEPOS).
  - *Correction des inégalités sociales et territoriales*  
Majoration de 10 % des aides régionales pour toute opération comprenant des travaux, visant les établissements et services éligibles à la présente délibération lorsqu'ils sont situés dans les communes qui ont un indicateur de potentiel financier corrigé par habitant et de développement humain IDH-2 inférieur aux trois derniers déciles (30%) de l'ensemble des communes, selon les données fiscales de l'année N-2 fournies par la DGCL et la DGFIP et les données mises à jour régulièrement par l'institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) de la Région Ile-de-France et la mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale (MIPES).

### **VOLET FONCTIONNEMENT**

Le taux de subvention régionale, toutes majorations confondues, ne peut être supérieur à 50% au maximum des dépenses subventionnables.

#### **Article 5 : Modalités de la participation régionale**

Le soutien régional est composé d'une subvention sectorielle : dans la limite d'un taux sectoriel de 45% au maximum de la dépense subventionnable et des montants plafonds définis par dispositif.

#### **Article 6 : Grande cause régionale**

Décide de majorer de 5% les aides régionales en fonctionnement aux opérations et projets présentés sur la thématique inscrite annuellement en « grande cause régionale », qui fera l'objet d'un appel à projets spécifique, dont le règlement d'intervention sera adopté par la commission permanente du Conseil régional et dont le thème sera défini avec la commission thématique.

### III – CRITERES D'ELIGIBILITE

#### **Article 7 : Maîtres d'ouvrage éligibles aux subventions d'investissement**

Sont éligibles aux aides en investissement visées par la présente délibération les maîtres d'ouvrage suivants :

- les collectivités territoriales,
- les établissements publics,
- les associations relevant de la loi de 1901,
- les fondations,
- les mutuelles privées non lucratives,
- les caisses de retraite publiques et privées non lucratives,
- les universités,
- les groupements de coopération sanitaire (GCS), dès lors qu'ils sont exclusivement constitués d'organismes cités au présent article,
- les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), dès lors qu'ils sont exclusivement constitués d'organismes cités au présent article,
- les médicaux et paramédicaux libéraux (pour le dispositif récipro-santé)
- les groupements d'intérêt public (GIP) et groupements d'intérêt économique (GIE),
- les sociétés civiles professionnelles (SCP), sociétés civiles de moyens (SCM), sociétés d'exercice libéral (SEL), sociétés civiles immobilières (SCI), sociétés d'économie mixte (SEM), sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) dès lors :
  - . que leur objet social indique que la destination des biens immobiliers acquis, créés, réhabilités gérés ou loués grâce à l'obtention de subventions régionales relève exclusivement d'une mission de service public de permanence des soins ;
  - . et que les membres associés des sociétés civiles immobilières relèvent exclusivement des catégories de maîtres d'ouvrage listées au présent article.

Le maître d'ouvrage s'engage à maintenir l'affectation des biens à l'usage exclusif de l'activité subventionnée pendant une durée de :

- 25 ans pour les biens immobiliers,
- et 3 ans pour les biens mobiliers.

Le non respect de cette obligation entraîne la restitution de la subvention à la Région, par le bénéficiaire ou la personne s'y substituant, de tout ou partie des sommes versées, au prorata de la durée d'affectation du bien restant à observer.

#### **Article 8 : Maîtres d'ouvrage éligibles aux subventions de fonctionnement**

Sont éligibles aux aides en fonctionnement les associations relevant de la loi de 1901, fondations, pouvant justifier d'un bilan d'exercice comptable de l'année écoulée.

#### **Article 9 : Dépenses éligibles aux subventions d'investissement**

Les dépenses éligibles aux subventions en investissement se décomposent en dépenses relatives à la charge foncière, aux études pré-opérationnelles et honoraires correspondants, aux travaux, à l'équipement mobilier, matériel et informatique et aux véhicules.

### 1) Charge foncière

La dépense subventionnable peut comporter les éléments suivants :

- l'acquisition de terrain et/ou de bâtiments
- les frais notariaux
- l'acquisition et les frais notariaux dans le cadre d'une vente en l'état futur d'achèvement (VEFA)

Peuvent être prises en compte dans les dépenses éligibles les dépenses de charges foncières sous réserve qu'elles aient été opérées dans un délai maximal de deux années précédant le vote de la subvention correspondante.

### 2) Travaux, études et honoraires nécessaires à la réalisation de l'opération

La dépense subventionnable peut comporter les éléments suivants :

#### **a) dépenses pré-opérationnelles :**

La dépense subventionnable porte sur les études pré-opérationnelles nécessaires au montage de l'opération, telles que les études de programmation, les analyses de site, les sondages et études de sol, les études thermiques, hydrauliques, acoustiques, de matériaux, diagnostics, ainsi que les honoraires des divers intervenants en phase programmation et conception.

Peuvent être prises en compte dans les dépenses éligibles les dépenses pré-opérationnelles sous réserve qu'elles aient été opérées dans un délai maximal de deux années précédant le vote de la subvention correspondante.

#### **b) travaux :**

La dépense subventionnable porte sur les travaux de création (construction, extension), ou de restructuration de bâtiments, tels que démolition, travaux de bâtiment, désamiantage et éradication du plomb, dépollution des sols, raccordements égouts, branchements EDF/GDF, travaux de VRD, révisions, divers, actualisations, imprévus.

#### **c) Vente en l'état futur d'achèvement (VEFA)**

Sont éligibles les dépenses de travaux relatives aux opérations réalisées en vente en état futur d'achèvement (VEFA) correspondant à l'alinéa 2 a) et b) du présent article.

Le taux de TVA retenu correspond au taux de TVA applicable usuellement aux opérations de création et restructuration des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les opérations réalisées en VEFA sont exonérées de l'obligation de respect du cahier des charges HQE régional si l'établissement ou le service éligible est indissociable d'un programme immobilier global.

### 3) Equipement

L'acquisition d'équipement matériel, mobilier et informatique peut être intégrée au calcul de la dépense subventionnable.

### 4) Véhicules

L'acquisition de véhicules de service à carburant propre (hybride, électrique, GPL, GNV), ainsi que les véhicules frigorifiques, les véhicules de maraudes et leurs aménagements et les véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite peut être intégrée au calcul de la dépense subventionnable. L'aide régionale se limitera à deux véhicules maximum par structure, dans le cadre des réseaux de santé, maisons médicales de garde, établissements de soins aux personnes toxicomanes et salles de consommation à moindre risque.

### 5) Dépenses non subventionnables

- les frais financiers

- la rémunération du maître d'ouvrage
- les taxes (TLE, CAUE, TDENS\*), redevance parking
- les sujétions de voirie
- la rémunération d'intermédiaire
- les concours de concepteurs
- l'assurance dommage-ouvrage
- les frais de déménagement
- les frais de gardiennage et de sécurisation du site

***Article 10 : Dépenses éligibles aux subventions de fonctionnement***

Les dépenses éligibles aux subventions en fonctionnement se composent de dépenses de fonctionnement strictement liées au projet et/ou de dépenses d'équipement dès lors qu'elles sont indispensables à sa réalisation.

Sont exclus de la dépense subventionnable les frais financiers, les dotations aux amortissements et provisions, les salaires et charges afférents aux emplois trempés régionaux, et les contributions volontaires en nature.

## TITRE II LA PREVENTION, AU CŒUR DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE

### VOLET FONCTIONNEMENT

#### **Article 11 : Actions de prévention, d'éducation, de dépistage pour la santé et d'accompagnement thérapeutique des malades**

Décide de financer des actions annuelles et programmes triennaux visant la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé et l'accompagnement thérapeutique des malades, à travers le soutien prioritaire à des projets relatifs aux problématiques majeures de santé en Ile-de-France que sont les risques sanitaires liés à l'environnement et aux modes de vie, le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles, la santé mentale, les addictions, et le suicide.

Décide de financer les actions visant la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé, la promotion de démarches de santé communautaire et l'accompagnement thérapeutique des malades, destinés aux publics les plus fragiles ciblés par la délibération de la politique sociale régionale en vigueur. Le soutien régional à ce titre peut être renouvelé une fois maximum pour le même projet. Un programme triennal devra comprendre des objectifs généraux de développement qualitatif et/ou quantitatif sur trois ans, ainsi que des objectifs spécifiques pour la première année.

Afin de mieux répondre aux inégalités territoriales de santé, la priorité sera donnée aux actions développées sur des territoires ayant un IDH2 faible.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues à l'article 5 de la délibération dans la limite d'un montant de subvention de 23.000 € par an et par opérateur pour les projets annuels et de 30.000 € par an et par opérateur, pour les programmes triennaux. En cas de renouvellement du programme triennal, la subvention régionale est fixée selon les modalités prévues à l'article 5 de la délibération dans la limite d'un montant de subvention de 30.000 € la première année, 25.000 € la deuxième année et 20.000 € la troisième année.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale ».

#### **Article 12 : Soutien aux structures de prévention (santé sexuelle et addictions)**

Confirme l'engagement régional dans l'information et la prévention du VIH-Sida et des infections sexuellement transmissibles, à travers le soutien :

- au centre régional d'information et de prévention du Sida (CRIPS), dont les missions auprès des jeunes Franciliens fréquentant un lycée ou un centre de formation d'apprentis (CFA) seront revues, dès l'année 2012, à l'occasion de l'adoption d'une nouvelle convention ;

- au Tête-à-tête, espace d'information à destination des jeunes, relevant du Département de Seine-Saint-Denis et implanté au sein du Centre commercial Rosny 2, avenue du Général-de-Gaulle à Rosny-sous-Bois ;

- au festival Solidays, manifestation dont les bénéfices sont reversés à des associations de lutte contre le SIDA et à des programmes de prévention et d'aides d'urgence aux malades ;

- aux actions d'information et d'accès aux droits en matière de sexualité, contraception, avortement, menées par le Planning familial au travers de sa plateforme téléphonique

dans le cadre d'un montant défini chaque année lors du vote du budget et de modalités définies lors du vote de la convention.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 40 « Services communs », et la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale »

### ***Article 13 : Pass contraception***

Décide de poursuivre la politique régionale d'accès au droit et à l'information en matière de sexualité et contraception menée au travers du « Pass contraception » tel que défini dans le CR 24-10 du 18 juin 2010, destiné à accompagner les jeunes dans leur parcours d'autonomie dans ces domaines.

Les dépenses directes exposées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale ».

### ***Article 14 : Expérimentation d'un kiosque info santé jeunes***

Décide de mettre en place une expérimentation relative à la création d'un kiosque info santé jeunes afin d'améliorer l'information et la prévention santé des jeunes et de les aider à identifier les lieux ressources. Ses missions portent notamment sur les thématiques suivantes : contraception, IST, dépistage, vaccinations, conduites à risque et addictions, dispositifs d'aide psychologique, déséquilibres alimentaires.

La mise en œuvre de l'expérimentation décrite ci-dessus fera l'objet d'une consultation, puis d'une évaluation avant une éventuelle généralisation.

Les dépenses directes exposées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale ».

### ***Article 15 : Prévention des conduites à risques chez les jeunes***

Décide qu'un appel à projets relatif à la prévention des conduites à risques chez les jeunes sera présenté à la Commission permanente du Conseil régional et sera lancé chaque année sur une thématique particulière.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues à l'article 5 de la délibération dans la limite d'un montant de subvention de 30.000 €.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale ».

### TITRE III L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DES PUBLICS FRANCILIENS

#### I. L'ACCES AUX SOINS DES JEUNES

##### VOLET FONCTIONNEMENT

###### **Article 16 : Complémentaire santé pour les étudiant-es boursier-es**

Décide de poursuivre la politique régionale d'accès aux soins des jeunes Franciliennes menée au travers d'une aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire tel que défini dans le CR 23-10

Les dépenses directes exposées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale ».

###### **Article 17 : Complémentaire santé pour les jeunes précaires**

Décide d'étendre aux jeunes Francilien-nes engagés dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle, la politique régionale d'accès aux soins des jeunes Francilien-nes, conduite au travers d'une aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire pour :

- les jeunes Francilien-nes âgé-es de 18 à 26 ans inclus, résidant en Ile-de-France et inscrits dans l'un des dispositifs du Service public régional de formation et d'insertion professionnelle (SPRFIP), tels que Avenir jeunes, les Ecoles de la 2ème chance, le Parcours orientation professionnelle, dès lors qu'ils ne sont éligibles ni à la CMU-C, ni à l'ACS ;

- les jeunes Francilien-nes âgé-es de 18 à 26 ans inclus, résidant en Ile-de-France et inscrit-es dans un centre de formation d'apprentis (CFA), dès lors qu'il n'existe pas de mutuelle d'entreprise là où ils effectuent leur apprentissage.

L'aide régionale est fixée à un montant maximum de 100 € par jeune et par an, pour une offre comparable a minima en termes de prestations et de coûts à ce qui est proposé aux étudiant-es boursiers.

Délègue à la commission permanente l'approbation des conventions de partenariat avec les sociétés mutualistes retenues après appel à manifestation d'intérêts.

Cette extension à un nouveau public sera l'objet d'une évaluation, dont les résultats conduiront le cas échéant à élargir l'accès à ce dispositif.

Les dépenses directes exposées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 934 « Santé et action sociale ».

##### VOLET INVESTISSEMENT

###### **Article 18 : Centres de santé universitaires**

Décide de soutenir financièrement les centres de santé universitaires offrant aux étudiant-es francilien-nes un ensemble de services de santé pratiquant le tiers-payant et une facturation de secteur 1 et assurant :

- des missions de prévention et d'éducation pour la santé,
- une prise en charge sanitaire globale.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 300.000 € par établissement.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

### **Article 19 : Etablissements de prise en charge psychothérapeutique**

Décide de soutenir financièrement les établissements offrant un accueil, une écoute et une prise en charge psychothérapeutique des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique ou atteints de troubles mentaux, tels les centres médico-psycho-pédagogiques, les centres médico-psychologiques, les maisons des adolescents, et les structures innovantes en ce domaine.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant de subvention fixé à 100.000 € par établissement.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

## **II. L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES**

### **VOLET INVESTISSEMENT**

#### **Article 20 : Centres de planification-contraception-IVG**

Décide de soutenir financièrement les centres de planification-contraception-IVG sous forme d'unités fonctionnelles ou de centres dédiés, qu'ils pratiquent des IVG chirurgicales ou des IVG médicamenteuses.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement (hors échographes) de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 300.000 € par établissement.

Pour l'acquisition d'échographes, la subvention régionale est fixée selon les modalités prévues à l'article 3 pour les communes et EPCI. Pour les autres maîtres d'ouvrages, par dérogation à l'article 4, la subvention est plafonnée à 80% de la dépense subventionnable dans la limite de 50.000 € par appareil.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

**Article 21 : Maisons de naissance**

Décide de soutenir financièrement, à titre expérimental, la création de maisons de naissance, formes nouvelles de prise en charge des grossesses et des accouchements comportant une moindre médicalisation et qui permettent de recentrer l'activité des services de périnatalité de pointe sur le suivi et la prise en charge des grossesses pathologiques.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet, lorsqu'ils sont situés à proximité d'une maternité de type IIb ou III dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans des délais compatibles avec l'urgence.

La mise en œuvre de l'expérimentation décrite ci-dessus fera l'objet d'une évaluation un an après l'ouverture de la première structure financée, avant une éventuelle généralisation.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 200.000 € par opération.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

**III. L'ACCES AUX SOINS DES PUBLICS SPECIFIQUES / PRIORITAIRES****VOLET INVESTISSEMENT****Article 22 : Etablissements de prise en charge des malades du VIH-Sida**

Décide de soutenir financièrement les établissements d'accueil, de dépistage, de prévention, d'accompagnement, de prise en charge et de soins aux personnes malades du VIH-Sida.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 100.000 € par établissement et de 50.000 € pour l'acquisition de véhicules aménagés en antenne mobile.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

**Article 23 : Etablissements de prise en charge des addictions**

Décide de soutenir financièrement les établissements d'accueil, de prévention, d'accompagnement et de soins aux personnes toxicomanes, tels que :

- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ou les centres de soins, d'accompagnement de prévention en addictologie
- les salles de consommation à moindre risque, centres dans lesquels les usagers de drogues confirmés sont autorisés à consommer les produits dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire, sous la surveillance d'un personnel qualifié.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de :

- 100.000 € par établissement pour les centres d'accueil et les centres de soins
- 200.000 € par établissement pour les salles de consommation à moindre risque
- 50.000 € pour l'acquisition de véhicules aménagés en antenne mobile.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

### **Article 24 : Consultations mémoire**

Décide de soutenir financièrement les consultations mémoire qui assurent le dépistage et une prise en charge médicale efficace de la maladie d'Alzheimer.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 11 et 12 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 100.000 € par établissement et de 50.000 € pour l'acquisition de véhicules aménagés en antenne mobile.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

### **Article 25 : Antennes de soins pour personnes très désocialisées**

Décide de soutenir financièrement les antennes de soins mobiles ou fixes, proposant des prestations de soins adaptées aux personnes les plus marginalisées.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création et l'équipement de ces structures légères, autorisées par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 100.000 € par antenne fixe et de 50.000 € pour l'acquisition de véhicules aménagés en antenne mobile.

Les subventions accordées en application du présent article sont imputées sur la sous-fonction 41 « Santé » du chapitre budgétaire 904 « Santé et action sociale ».

## TITRE IV LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS SUR TOUT LE TERRITOIRE

### I. AIDE A L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

#### VOLET FONCTIONNEMENT

#### **Article 26 : Contrats régionaux d'exercice sanitaire – Appui aux étudiants**

Décide de contribuer à l'installation de professionnels de santé dans les territoires classés en zone déficitaire, ou dans les zones identifiées comme fragilisées au titre de la démographie médicale et/ou para-médicale suivant les données de l'autorité sanitaire mises à jour (cf. Annexe 2 - Proposition de zonage des territoires classés déficitaires ou fragilisés au titre de la démographie médicale et paramédicale / Agence Régionale de Santé 22/09/2011) par la conclusion de contrats régionaux d'exercice sanitaire, et ce dans la limite de l'enveloppe budgétaire annuelle.

Ces contrats sont conclus entre :

- la région,
- une ou plusieurs collectivités publiques de proximité : département, commune, groupement de communes,
- un-e étudiant-e en médecine générale ou de spécialité de premier recours (ophtalmologie, gynécologie, dentisterie) ou un-e étudiant-e des formations sanitaires (infirmière, kinésithérapeute, sage-femme) qui, au plus, entame ses deux dernières années d'études.

L'étudiant-e signataire du contrat s'engage à exercer son activité, en secteur 1, en libéral ou en salarié, sur le territoire défini par le contrat, durant une période minimale de 3 ans.

La région s'engage à verser à l'étudiant-e une subvention d'un montant maximum de 700 €/mois cumulable avec les bourses d'étude et les fonds d'aide à caractère social.

La-(les) collectivité(s) de proximité s'engage(nt) à accompagner le futur professionnel de santé dans ses démarches afin de faciliter son installation et l'exercice de son activité et à participer à hauteur de 30% minimum du montant de l'aide globale versée mensuellement à l'étudiant-e, toutes collectivités de proximité confondues.

Le montant global de l'aide accordée dans le cadre de ces contrats ne pourra excéder 1 000 €/mois toutes collectivités confondues, Région comprise.

Le contrat prévoit les modalités de versement de la subvention régionale à l'étudiant. Le versement peut être délégué à une collectivité de proximité. En l'absence de respect de la condition de réciprocité, c'est-à-dire si le jeune professionnel quitte le territoire avant l'échéance prévue par le contrat, le remboursement de la subvention régionale sera exigé et des pénalités, correspondant au taux légal de l'intérêt de retard, pourront être demandées.

Décide de verser des allocations de stage cumulable avec les bourses d'études et les fonds d'aides à caractère social, destinée aux étudiants externes effectuant un stage en médecine générale d'une durée minimale de 6 semaines, d'un montant maximum de :

- 200 € par stage effectué dans un centre hospitalier
- 250 € par stage effectué chez un médecin généraliste

Délègue à la Commission permanente l'adoption des Contrats régionaux d'exercice sanitaire – appui aux étudiants et des conventions relatives aux allocations de stage. Ces conventionnements seront expérimentés durant deux années au terme desquelles le dispositif sera évalué, dans le but d'en améliorer éventuellement la mise en œuvre.

Les subventions concernant l'allocation d'étude et de stage exposées en application du présent article sont imputées sur la sous fonction 41 « Santé » du chapitre 934 « Santé et action sociale ».

## VOLET INVESTISSEMENT

### **Article 27 : Contrats régionaux d'exercice sanitaire – Appui aux praticiens**

Décide de contribuer au maintien de l'activité médicale et paramédicale dans les territoires classés en zone déficitaire, ou dans les zones identifiées comme fragilisées au titre de la démographie médicale et/ou para-médicale suivant les données de l'autorité sanitaire mises à jour (cf. Annexe 2 - Proposition de zonage des territoires classés déficitaires ou fragilisés au titre de la démographie médicale et paramédicale / Agence Régionale de Santé 22/09/2011) par la conclusion de contrats régionaux d'exercice sanitaire, et ce dans la limite de l'enveloppe budgétaire annuelle.

Ces contrats sont conclus entre :

- la région,
- une collectivité publique de proximité : département, commune, groupement de communes,
- un médecin généraliste ou spécialiste de premier recours (ophtalmologie, gynécologie, dentisterie) et diplômés para-médicaux (infirmière, kinésithérapeute, sage-femme).

Les médecins et diplômés para-médicaux s'engagent à exercer leur activité, en secteur 1, en libéral ou en salarié, sur le territoire défini par le contrat durant une période minimale de 3 ans, ou lorsqu'ils sont déjà installés sur la zone, s'engagent exercer leur activité en libéral sur le territoire défini par le contrat durant une période minimale de 3 ans.

La région s'engage à participer au financement de travaux et d'équipements hauteur maximale de 50 % de la dépense subventionnable, dans la limite d'un plafond de subvention de 15 000 €. Les dépenses éligibles sont les travaux d'installation et d'équipement pour les professionnels qui s'installent sur la zone et les travaux et équipements de sécurisation des locaux pour les professionnels déjà installés

La collectivité de proximité s'engage à accompagner le professionnel de santé dans ses démarches et l'exercice de son activité.

L'aide régionale n'est pas cumulable avec la subvention régionale attribuée dans le cadre d'un contrat régional d'exercice sanitaire – appui aux étudiants.

Le contrat prévoit les modalités de versement de la subvention régionale au praticien. Le versement peut être délégué à la collectivité de proximité notamment en cas de participation financière de sa part. En l'absence de respect de la condition de réciprocité, c'est-à-dire si le professionnel quitte le territoire avant l'échéance prévue par le contrat, le remboursement de la subvention régionale sera exigé et des pénalités pourront être demandées.

Délègue à la Commission permanente l'adoption des Contrats régionaux d'exercice sanitaire – appui aux praticiens. Ces conventionnements seront expérimentés durant deux années au terme desquelles le dispositif sera évalué, dans le but d'en améliorer éventuellement la mise en œuvre.

Les subventions concernant l'aide à l'installation ou au maintien de professionnels de santé sur le territoire défini par le contrat, exposées en application du présent article, sont imputées sur la sous fonction 41 « Santé » du chapitre 904 « Santé et action sociale ».

### **Article 28 : Plate-forme d'appui aux professionnels de santé**

Adopte la convention, jointe en annexe 1, à conclure un partenariat avec l'ARS, les Ordres, les URPS, les CPAM, les Conseils généraux pour la création d'une plate-forme d'appui aux professionnels de santé médicaux et para-médicaux. La plate-forme d'appui se veut un projet collectif qui réunit les acteurs régionaux impliqués dans l'installation des professionnels de santé et leur permet de connaître et faire connaître les différentes initiatives et services mis en place en région.

## **II. SOUTIEN AUX STRUCTURES DE PREMIER RECOURS**

### **VOLET INVESTISSEMENT**

#### **Article 29 : Structures d'exercice collectif**

Décide de soutenir financièrement les structures d'exercice collectif (centres de santé – y compris ceux pratiquant les médecines complémentaires- maisons de santé, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires et pôles de santé) offrant un ensemble de services de santé de premier recours, pratiquant obligatoirement le tiers-payant (sauf dans le cas des maisons de santé, lorsque cela n'est pas prévu par le conventionnement ; cette pratique sera toutefois fortement appréciée) et une facturation de secteur 1.

Ces structures assurent notamment :

- des missions de prévention et d'éducation pour la santé,
- une prise en charge sanitaire globale,
- une activité au domicile des patients,
- la coordination avec les professionnels et établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux du territoire.

Dans ce cadre et dans un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins, ces établissements seront tenus d'accueillir des bénéficiaires de la CMU et AME.

L'attention portée par les maisons de santé à une information ciblée sur les problématiques de santé-environnement dans leurs projets d'établissement sera particulièrement appréciée.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet. La région apportera notamment son soutien aux dépenses d'équipement spécifiques pour le soin des personnes en situation de handicap en dehors des mises aux normes.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de :

- 300.000 € par établissement pour l'acquisition foncière et les travaux
- 150.000 € par établissement pour l'équipement
- 50.000 € pour l'acquisition de véhicules aménagés en antenne mobile de prévention.

Les subventions concernant l'aide à l'installation ou au maintien de professionnels de santé sur le territoire défini par le contrat, exposées en application du présent article, sont imputées sur la sous fonction 41 « Santé » du chapitre 904 « Santé et action sociale ».

**Article 30 : Réseaux de santé**

Décide de soutenir financièrement les réseaux de santé qui assurent la coordination de différents intervenants (établissements de santé, professionnels de santé, structures médico-sociales, travailleurs sociaux, groupes de patients), la prise en charge de pathologies lourdes, chroniques ou d'évolution fatale et la prise en charge des populations à risques.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces structures, autorisées par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 100.000 € par structure, de 10.000 € pour l'acquisition de véhicules et de 50.000 € pour l'acquisition de véhicules aménagés en antenne mobile de prévention.

Les subventions concernant l'aide à l'installation ou au maintien de professionnels de santé sur le territoire défini par le contrat, exposées en application du présent article, sont imputées sur la sous fonction 41 « Santé » du chapitre 904 « Santé et action sociale ».

**III. PERMANENCE DES SOINS****VOLET INVESTISSEMENT****Article 31 : Maisons médicales de garde**

Décide de soutenir financièrement les maisons médicales de garde qui répondent aux demandes de soins non programmés de 20 heures à 8 heures, les samedis à partir de midi et les dimanches et jours fériés à partir de 8 heures, de préférence implantées dans les locaux de structures d'exercice collectif, telles les centres de santé, ou à proximité des services d'urgences hospitalières, éventuellement dans l'enceinte même de l'hôpital. Dans tous les cas, la signature préalable d'une convention entre l'organisme gestionnaire de la maison médicale de garde et l'établissement de santé gestionnaire du service d'urgences hospitalières régissant leurs engagements réciproques et les modalités de réorientation des patients entre les deux services est exigée.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces établissements, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 100.000 € par établissement.

Les subventions concernant l'aide à l'installation ou au maintien de professionnels de santé sur le territoire défini par le contrat, exposées en application du présent article, sont imputées sur la sous fonction 41 « Santé » du chapitre 904 « Santé et action sociale ».

**Article 32 : Services d'urgences hospitalières**

Décide de soutenir financièrement l'amélioration des conditions d'accueil et de soins au sein des services d'urgences hospitalières, sous réserve que l'équilibre de l'offre de soins publique sur le territoire soit maintenu et qu'ils pratiquent un accueil 24 heures/24-7jours/7, toutes urgences confondues.

A cette fin, la Région peut subventionner les dépenses d'investissement relatives à la création, l'extension, la restructuration et l'équipement de ces services, autorisés par l'autorité habilitée à cet effet.

La subvention régionale est fixée selon les modalités prévues aux articles 3 et 4 de la délibération dans la limite d'un montant plafond de 300.000 € par établissement.

Les subventions concernant l'aide à l'installation ou au maintien de professionnels de santé sur le territoire défini par le contrat, exposées en application du présent article, sont imputées sur la sous fonction 41 « Santé » du chapitre 904 « Santé et action sociale ».

## TITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

### **Article 33 : Remboursement des frais de transport et de séjour aux membres experts bénévoles du Haut comité médical, habitant en dehors de l'Ile-de-France**

Décide que les frais de déplacement et de séjour des membres du Haut comité médical, experts bénévoles, engendrés par les missions de cette instance, telles que définies dans le CR n°76-10 du 18 novembre 2010, peuvent être pris en charge sur la sous-fonction 40« Services communs » du chapitre 934 « Santé et action sociale ».

Le montant total des sommes perçues en application de l'alinéa précédent ne peut dépasser 150 euros par jour hors frais de transports, lesquels seront remboursés aux frais réels dès lors qu'aura été utilisé le moyen de transport le moins onéreux et le plus adapté à la nature du déplacement.

### **Article 34 : Modalités d'application**

Délègue à la Commission permanente la compétence :

- pour approuver un modèle de convention à conclure avec les bénéficiaires de subventions régionales de fonctionnement d'un montant supérieur à 23 000 € et d'investissement pour tout montant
- pour approuver un modèle d'annexe financière pour les subventions de fonctionnement d'un montant inférieur à 23 000€ »

Décide que les subventions d'un montant inférieur ou égal à 10.000 € font l'objet d'un versement unique, dans les conditions prévues par cette annexe financière.

### **Article 35 : Entrée en vigueur**

Décide que la présente délibération prend effet à compter de son adoption et s'applique à compter de la première commission permanente de 2013,. Elle abroge l'article 31 de la délibération n°CR 88-11 du 29 septembre 2011 relatif à l'action régionale en faveur du logement des jeunes, des étudiants et des apprentis.

Décide que les dossiers déposés par les maîtres d'ouvrage et déclarés complets par les services régionaux avant l'adoption de la présente délibération seront instruits selon les critères de la délibération n° CR 45-08 du 26 juin 2008.

L'article 33 relatif aux conventions triennales conclues dans le cadre de la délibération n°45-08 se poursuit jusqu'au terme du programme en cours.

### **Article 36 : Ajustements de la délibération relative à la politique sociale régionale n°CR 23-11**

Remplace à l'article 1 de la délibération n°CR 23-11 « la politique sociale régionale » du 7 avril 2011 : « RT 2012 » par « RT en vigueur ».

Proroge à l'article 5, l'expérimentation de la majoration effectuée au titre de l'IDH2 et précise qu'un premier bilan sera produit au terme de 18 mois d'application.

**ANNEXE N°1 A LA DELIBERATION**

**CHARTRE DU SITE DE LA PLATE FORME D'APPUI AUX  
PROFESSIONNELS DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE**



**CHARTRE**  
**Du site Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé en Ile-de-France**

**Il convient ce qui suit entre :**

**Le Directeur Général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France,  
Monsieur Claude EVIN**

**Et**

**Les membres du comité de pilotage régional de la Plateforme d'Appui aux  
Professionnels de Santé en Ile-de-France  
(Liste en annexe)**

***Préambule***

La Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) a pour objectif de proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé qui ont pour projet de s'installer ou sont déjà installés dans la région Ile-de-France.

La PAPS se veut un projet collectif qui réunit l'ensemble des acteurs régionaux proposant des services à destination des professionnels de santé.  
Elle prend la forme d'un site Internet sur lequel sont présentées les initiatives mises en place par les acteurs mobilisés dans la région en proposant une palette de services et d'informations sur la politique régionale de santé, sur les événements dédiés aux professionnels de santé, sur les démarches à effectuer pour s'installer, sur les aides disponibles.

**Article 1 : objet de cette présente charte :**

Cette charte a pour objet de déterminer les grands principes d'animation de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé en Ile-de-France ainsi que les grands principes de fonctionnement du comité de pilotage régional de la Plateforme.  
Des protocoles d'organisation précisant ces grandes orientations pourront être annexés à cette présente charte.

## **Article 2 : Finalité du projet de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé en Ile-de-France**

La plate-forme doit permettre une meilleure orientation du professionnel de santé parmi les informations et services proposés par les acteurs locaux et nationaux. A ce titre, **les signataires de la présente charte décident de travailler ensemble pour rendre plus lisibles** les informations et offres de services visant à favoriser l'installation des professionnels de santé en Ile-de-France.

## **Article 3 : Objectifs du partenariat régional**

L'enjeu principal de la plate-forme est de réunir « l'ensemble des acteurs » impliqués pour permettre aux étudiants et professionnels de santé d'avoir connaissance de l'ensemble des informations disponibles, des initiatives existantes et du rôle joué par chaque intervenant de la région.

A ce titre les signataires de la présente charte, mènent des travaux communs et s'engagent à :

- **Définir le contenu régional de la plate-forme**
- Permettre des liens vers les outils, les services et les informations existantes sur chacun des sites des partenaires
- Veiller à la bonne articulation entre les acteurs au sein de la région (identifier les référents, assurer la mise à jour des informations et des services,..)
- Communiquer sur ses propres initiatives pour faire de la plate-forme un relai efficace
- Rechercher la complémentarité des outils et des services
- Stabiliser les modes de fonctionnement en routine de la plate-forme et évaluer son fonctionnement

## **Article 4 : les partenaires de la plateforme :**

Les partenaires de la plateforme, membre du comité de pilotage régional, doivent tous être signataires de la présente charte. Les signatures seront annexées à ce document.

## **Article 5 : Dispositions pratiques**

### **5.1. Le comité de pilotage :**

Un comité de pilotage régional, réuni autour de l'agence régionale de santé, organisera, suivra et validera les contenus du site internet de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé. Constitué par les représentants de l'ensemble des signataires de la présente charte, le comité de pilotage se réunira au minimum deux fois par an. Le directeur de publication du site PAPS est le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

L'ARS assure le secrétariat du comité de pilotage régional (missions d'organisation logistique, lancement des invitations, définition de l'ordre du jour, élaboration et diffusion du compte-rendu...).

### **5.2. Le référent PAPS de l'ARS :**

Afin d'organiser la vie de l'instance et de coordonner les contributions des différents acteurs, un référent PAPS au sein de l'ARS est identifié.

### **5.3. Information :**

Les signataires de la charte s'engagent à s'informer réciproquement de toutes les actions qu'ils entreprennent dans le domaine de l'aide à l'installation.

#### **5.4. Nouveau partenaire :**

La présente charte pourra être étendue à tout organisme intervenant dans l'aide à l'installation qui en adoptera les dispositions.

#### **Article 6 : date d'effet de la présente charte :**

La présente charte prendra effet à compter de sa signature, chaque organisme signataire étant libre de mettre fin à sa participation à la PAPS à tout moment, avec effet immédiat.

Fait à Paris, le

**Le Directeur général  
de l'agence régionale de  
santé d'Ile-de-France**

**Le Président du Conseil Régional d'Ile  
de France**

**Claude EVIN**

**Jean-Paul HUCHON**

**Les membres du comité régional (signature en annexe)**