

Fiches indicateurs annexées au CPOM

NB : sélection de fiches référencées dans le projet de PSRS
31/03/2011

Région

*Ile-de-France*Propositions
régionales

Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Voir tableau	Stabiliser l'indicateur (définition exacte des surpoids et obésités, stable dans le temps) Réduire de 10% les inégalités infrarégionales sur ces deux indicateurs			Atteindre la moyenne nationale actualisée en 2013

Diagnostic régional

- La dernière enquête disponible de la DREES (cycle triennal en milieu scolaire) date de 1999 – 2000. Elle donne les prévalences suivantes :
 - Surpoids = 16,0% en Ile-de-France pour 14,4% en France
 - dont obésité = 4,7% en Ile-de-France pour 3,9% en France
- Des données plus fines par département ne sont pas disponibles
- L'enquête décennale 2002-2003 de l'Insee met en lumière un lien avec le niveau d'études des parents, l'excès de poids parental. Les mauvaises habitudes alimentaires et l'absence de pratique sportive extra-scolaire sont légèrement plus importants en Ile-de-France qu'en France.
- La prévalence de l'obésité en 2005-2006 (données provisoires) en grande section de maternelle montre que l'Ile de France se situe au dessus de la moyenne nationale :

	IDF	France
Obésité entrée CP	3,7%	3,1%
Surpoids entrée CP	13,4%	12,1%

Actions envisagées en régions

- Les actions développées par le PRSP 2006-2010 dans le cadre de l'axe « prévenir l'obésité infantile (0-11 ans) et dépister précocement le surpoids chez l'enfant » seront révisées, en tenant compte du champ d'actions élargi de l'ARS.
- Actions ciblées sur les familles en difficultés socio-économiques :
 - Education à la consommation (lieux de vie)
 - Promotion de l'activité physique en lien avec la DRJSCS et le milieu associatif
 - Dépistage précoce du surpoids et accompagnement familial
- Développement et évaluation des réseaux de prise en charge du surpoids et de l'obésité
- Travail partenarial avec les autres services de l'Etat (DRJSCS, Education Nationale), les collectivités territoriales et les associations de quartier.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Stabiliser les indicateurs définissant le surpoids et l'obésité en France et dans les données comparées internationales.
- Adoption du prochain PNNS dans des délais compatibles avec la définition des PRS.
- Favoriser l'organisation d'activités sportives péri-scolaires (subventions et conventions d'objectifs avec les associations).
- Développer le suivi par des professionnels de santé et sociaux, en expérimentant des formules de rémunérations non liées à l'acte.



Région

- Ile-de-France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012
Valeur cible	voir diagnostic régional	50% en 2013 Diminuer de 10% les inégalités infrarégionales		

Diagnostic régional

- La cartographie francilienne des décès par cancer colorectal met en évidence des écarts très importants.
- Les taux de participation au dépistage organisé sont très différents selon les départements de 24,1 % dans les Hauts-de-Seine à 42,2 % en Seine-et-Marne pour une moyenne régionale de 30,8 % en 2009, en comparaison avec un taux moyen national de 42 %.
- L'exploitation ORS Ile-de-France du Baromètre Santé de l'INPES (2005) montre un lien fort de la pratique du dépistage avec le niveau de diplôme.

Actions envisagées en régions

- Cibler les actions de promotion sur les populations à risque de faible participation (critères sociaux et géographiques).
- Mobiliser les médecins de premier recours, dans le cadre de partenariats avec l'URPS et de programmes contractuels impliquant l'assurance maladie.
- S'assurer d'une disponibilité et d'une réactivité de l'offre de soins pour tout patient dépisté en Ile de France (suivi des indicateurs).

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Prendre les mesures réglementaires nécessaires pour la rémunération des médecins des Centres de Santé (refusé actuellement par la CNAMTS car mesure conventionnelle libérale).
- Evoluer rapidement vers les tests immunologiques.

Région

▪ Ile-de-France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012
Valeur cible	En attente des données 2007	95% en 2013		

Diagnostic régional

- Le taux d'incidence moyen de cas de rougeole déclarés en 2009 est en Ile-de-France comparable à la moyenne nationale, mais la région a présenté plusieurs foyers de cas groupés (plus de 15 cas groupés par mois en avril et mai 2010).
- Le taux de couverture vaccinale fourni par l'InVS à partir des certificats de santé (24 mois entre 2004 et 2007) montre un taux supérieur à 90 % pour les départements franciliens sauf la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne qui se situent entre 86 % et 89,9 %.

Actions envisagées en régions

- Partenariat avec les caisses d'assurance maladie pour suivre les évolutions du nombre de vaccins remboursés.
- Motivation des médecins (les non-prescripteurs) : mobilisation des DAM, échanges confraternels, FMC...
- Actions ciblées dans les territoires où ont été observés les cas groupés (camps Rom entre autres) : mesures de contrôle et actions de vaccination, en lien avec les services de PMI.
- Promotion des recommandations vaccinales du HCSP.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Analyse de la fiabilité des statistiques de couverture vaccinale issues des certificats de santé.
- Promotion des « bonnes pratiques » pour rejoindre les groupes de personnes non vaccinées.

Région

■ Ile de France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale (2008)	2010	2011	2012	2013
Valeurs cibles	4,0 (moyenne régionale)	Atteindre 3.5/1000 en 2013			

Diagnostic régional

Une mortalité infantile relativement élevée en Ile de France

Le taux de mortalité infantile francilien a longtemps figuré parmi les plus bas de France. Il est actuellement légèrement supérieur à la moyenne nationale.

Taux de mortalité infantile par département

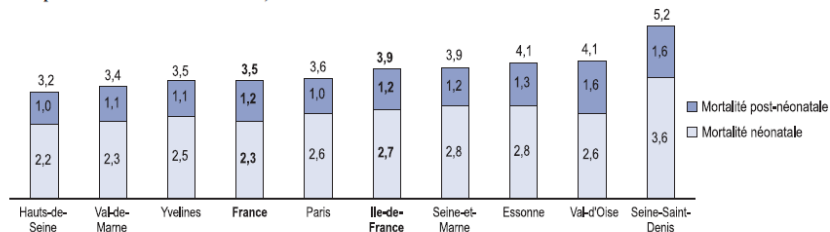
	en ‰		
	2006	2007	2008
Ile-de-France	3,9	3,8	4,0
France métropolitaine et DOM	3,8	3,7	3,8

Source : Insee, fichier Etat-civil.

Le Val de Marne et les Hauts de Seine (3,5 p/1000 naissances vivantes) se situent au dessous de la moyenne nationale, Paris, la Seine et Marne et les Yvelines sont au niveau de la moyenne nationale (respectivement 3,6, 3,7 et 3,7). En revanche, les trois autres départements franciliens enregistrent des taux plus importants : l'Essonne (3,8), le Val d'Oise (3,9) mais surtout la Seine Saint Denis avec 5,4 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Le niveau relativement élevé de la mortalité infantile en Ile de France s'explique par une mortalité néonatale (mortalité du 1er mois de la vie) élevée : le taux de mortalité néonatale est de 2,7 décès en Ile de France contre 2,3 en France. Par contre, la mortalité post-néonatale (décès au cours des 11 mois suivants la naissance) est du même niveau dans la région qu'en France (1,2 décès p/1 000).

fig.11 Les principales composantes de la mortalité infantile en 2005-2007*
(taux de mortalité néonatale, de mortalité post-néonatale et de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes)



*Les départements sont classés selon le niveau croissant de mortalité infantile.
Source : Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Actions envisagées en régions

- Mettre en place un programme régional de suivi et d'études pour comprendre les raisons de la surmortalité infantile, notamment de la composante de mortalité néonatale, en collaboration avec l'ORS
- Développer un système de surveillance particulier dans les territoires où la surmortalité infantile est plus importante (notamment en Seine St Denis), en partenariat étroit avec les établissements de santé pratiquant de l'obstétrique (y compris au sein des PASS), les professionnels ambulatoires (médecins traitants, pédiatres) et les services de PMI pour décrire les caractéristiques particulières des enfants décédés (pathologies, antécédents maternels, conditions sociales et culturelles...)
- Mettre en place au sein des services de santé des actions d'accompagnement de la maternité et de l'accouchement au vu des principales caractéristiques retrouvées expliquant cette surmortalité, en lien étroit avec les collectivités locales (Conseil général) et les acteurs de la cohésion sociale

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Pas d'actions nationale prévue, vu la spécificité de la situation régionale

Région

- Ile de France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013	2014
Valeur cible	5%	5%	4%	3%	1,5%	0%

Diagnostic régional

- La région Ile-de-France comprend 798 Unités de Distribution (UDI) d'adduction collective publique dont 216 de plus de 5 000 habitants (soit 27 %). Ces 216 UDI regroupent près de 94 % de la population régionale. Bien qu'inégalement réparties sur la région (36 UDI sur Paris et Petite Couronne et 180 sur la Grande Couronne), les populations concernées sont comparables (6,5 millions d'habitants sur Paris et Petite Couronne et 5 millions d'habitants sur la Grande Couronne).
- Ces UDI sont principalement alimentées par de grosses unités de production ; de ce fait les situations de non conformités récurrentes sont peu nombreuses. En 2009 elles concernent uniquement des unités situées en grande couronne pour lesquelles les actions à mettre en œuvre relèvent de la mise en œuvre de mesures curatives telles qu'un traitement et/ou d'une reconquête de la qualité des ressources en eau, dont les résultats sur la conformité des UDI se verront à moyen ou long terme.
- Les paramètres le plus souvent mis en cause dans les dépassements des limites de qualité sont les nitrates, les pesticides, les fluorures et les composés organohalogénés volatiles.
- La diminution de cet indicateur dépend des facteurs suivants :
 - longueur de la procédure à mettre en œuvre (2-3 ans minimum entre le lancement d'un appel d'offre par la collectivité responsable de la distribution d'eau pour une étude des solutions techniques à apporter à cette non conformité et la réalisation des travaux suivie des autorisations
 - entente entre collectivités en cas de nécessité de mise en place d'interconnexions de réseaux
 - volonté politique du préfet de mettre en œuvre des mesures coercitives si, suite aux étapes précédentes, une solution n'a pas été mise en œuvre.

L'ARS n'a de levier que sur le premier aspect, au travers de l'incitation, la validation des choix retenus et l'accord d'une dérogation uniquement si la collectivité s'est engagée dans cette démarche de recherche de solution.

De fait, en 2010, 11 UDI sont non conformes. Pour 8 d'entre elles, l'ARS s'investira pour que les procédures soient mises en œuvre pour rétablir la qualité de l'eau entre 2011 et 2013 (d'où la valeur cible de 1,4% pour 2013).

Toutefois, pour les 3 dernières, l'objectif ne sera atteint au mieux qu'en 2014. Cependant, l'ARS s'engage à faire prendre des arrêtés de dérogation pour les trois UDI restantes à l'échéance de 2013.

Actions envisagées en régions

- Gestion des dérogations aux limites de qualité de l'eau observées
- Inciter les personnes responsables de la production et de la distribution d'eau (PRPDE) à mettre en place des traitements dans les meilleurs délais et/ou à déposer des demandes de dérogations aux limites de qualité – Au besoin effectuer les mises en demeure des PRPDE
- Inciter les PRPDE à lancer les procédures d'élaboration des périmètres de protection
- Participer aux actions concernant les captages prioritaires et la mise en place des périmètres des aires d'alimentation de captages (AAC)
- Inciter les PRPDE à développer leur auto-surveillance sur les installations de production/distribution d'eau (captages, PPC, usines, ...)
- Cet objectif est lié à la capacité de mettre en route une action interministérielle et interinstitutionnelle efficace. Une coordination étroite sera nécessaire :
 - - avec les services préfectoraux afin de mettre en œuvre les moyens coercitifs vis-à-vis des collectivités et PRPDE concernées (note de service du 23 décembre 2009 concernant la mise en conformité des UDI prioritaires)
 - - avec des partenaires extérieurs (CG, Agence de l'Eau ...) pour développer des moyens incitatifs, notamment financiers.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Région

- Ile de France

Propositions régionales

Année	2008	2013
Valeur cible	2376	3564

Diagnostic régional

- Le nombre de logements franciliens privés potentiellement indignes est estimé à 218 249 et représente 5,8% des 3.763.297 résidences principales privées. (source : données de repérage du parc privé potentiellement indigne ANAH – CD Rom PPPI 2005),

Près de 75% de ce parc est situé dans les zones urbaines centrales. Paris rassemble plus d'un tiers du total des logements privés potentiellement indignes de la région, et avec la proche couronne, 75% du total.

La proportion de logements privés potentiellement indignes varie fortement selon les départements : deux se situent au dessus de la moyenne régionale (Seine Saint Denis, Paris avec respectivement 10,9% et 8,1%), quatre autres autour de 5% (Val d'Oise, Val de Marne, Hauts de Seine et Seine et Marne) et deux autres bien en deçà – entre 1,9 et 2,6% (Yvelines et Essonne). Une forte proportion de logements potentiellement indignes apparaît ainsi sur une zone allant du nord-ouest du Val d'Oise au nord-est de la Seine et Marne.

- En 2008, 705 arrêtés d'insalubrité ont été pris en Ile de France, et 2854 arrêtés plus anciens sont encore en cours. 371 arrêtés ont été levés sur l'année. En ce qui concerne les notifications de travaux sur des peintures au plomb, 967 ont été émises par les préfectures.
- Il faut remarquer que l'ensemble des visites de logements ne donne pas suite au déclenchement d'une procédure et à la prise d'un arrêté d'insalubrité. Certaines situations peuvent :
 - concerner d'autres procédures (péril) ou de simples manquements à l'hygiène (règlement sanitaire départemental) pour lesquels le maire est compétent
 - relever d'un problème de décence (Code Civil)
 - éventuellement se résoudre à l'amiable.

Actions envisagées en régions

- Déployer l'application informatique régionale interservices « Procédures Habitat Indigne » (PHI) pour mieux renseigner à la fois le nombre de logements et le nombre de personnes concernées et pour différencier les situations remédiables et irrémédiables.
- Améliorer l'orientation et la gestion des plaintes en liaison avec les communes.
- Améliorer la mobilisation des réseaux de signalants en tant que de besoin.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Prendre en compte l'application régionale PHI pour l'alimentation du(des) observatoire(s) national(aux) : informer l'ARS sur les caractéristiques techniques et les données nécessaires à cette alimentation.

Région

- Ile de France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	Voir tableau	60% en 2013 Réduire de 10% les écarts infrarégionaux			

Diagnostic régional

▪ Nous ne disposons pas actuellement de données à l'échelle des cantons. Certaines CPAM ont développé un suivi à l'échelle communale, mais dont la fiabilité n'est pas certaine.

Au niveau départemental, les différences importantes (de 28 % à Paris à 56 % en Seine-et-Marne) s'expliquent par trois grandes causes :

- moindre recours au dépistage des femmes en situation précaire,
- difficultés d'accessibilité géographique aux radiologues,
- préférence pour le dépistage individuel (DI), notamment dans les grandes villes et chez les femmes de milieu socio-économique favorisé.

▪ Le taux global (DO + DI) stagne depuis trois ans, même si on observe un léger rééquilibrage du DI vers le DO.

<i>IDF</i>	38,2 %	39,5 %	40,5 %
NATIONAL	49,9 %	51,7 %	52,8 %

Actions envisagées en régions

- Améliorer l'implication des médecins généralistes. Les inciter à solliciter directement le public cible et faire la promotion du logiciel neonetidf.org (éligibilité de la patiente).
- Améliorer le pilotage régional du dispositif (qualité des informations colligées en routine par les Structures de Gestion, réactivation du Comité Technique Régional).
- Développer des actions spécifiques visant à développer le recours au dépistage organisé sur Paris
- Développer un partenariat avec les professionnels de santé, les collectivités locales, l'assurance maladie et les organismes complémentaires pour faire venir au dépistage organisé les personnes réticentes
- S'assurer d'une disponibilité et d'une réactivité de l'offre de soins pour toute femme dépistée en Ile de France (suivi des indicateurs).

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Publication de chiffres plus précis sur le dépistage organisé du cancer du sein (INVS)
- Revoir et harmoniser le statut des structures de gestion.
- Analyser puis diffuser les méthodes des départements ayant les meilleurs taux.
- Demander à la HAS des recommandations sur les critères de réalisation d'échographies après mammographies.

Région

- Ile de France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	0	Traduire les ASV et autres projets locaux en CLS (cible 80 CLS)			

Diagnostic régional

Il n'y a pas encore de Contrats Locaux de Santé mais on dénombrait en 2008 :

- 53 ASV concernant 64 communes ou arrondissements de Paris
- 8 projets locaux de santé pilotés par un établissement hospitalier autour d'une thématique de santé publique en partenariat avec les acteurs locaux.
- 14 agendas 21 ayant un volet santé
- 8 projets médicaux de territoire expérimentaux n'ayant pas encore intégré la prévention
- 28 conseils locaux de santé mentale.

- La région est très inégalement couverte par ces dispositifs.

En particulier, les zones rurales du Nord-Ouest et du Sud-Est, et le Sud des Yvelines ne disposent d'aucun dispositif.

Plus de la moitié des CUCS n'ont pas encore développé un ASV. La Seine-et-Marne en est totalement dépourvue.

Actions envisagées en régions

- Lancer des discussions avec les collectivités locales sur la base d'une évaluation de chaque ASV et d'un diagnostic local.
- Faire évoluer les territoires dotés d'ASV vers la signature de CLS, en revoyant les territoires couverts (territoires des CUCS, commune, communauté de communes...)
- Identifier les zones rurales à couvrir par un CLS.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Donner un cadre national aux CLS.
- Pérenniser les financements.
- Harmoniser les méthodes et structures des diagnostics réalisés par les ASV, pour permettre la comparabilité des données.
- Stimuler les volets santé des agendas 21 pour créer du lien avec le développement durable.

Région

- Ile-de-France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible	21.6%	27.3%	21.5%	27.2%	21.4%	27.1%	21.3%	27.0%	21.2%	26.9%

Diagnostic régional

- Déséquilibres infrarégionaux : De manière globale, la grande couronne est mieux équipée que la petite couronne et Paris.
- Ces déséquilibres sont à nuancer selon le type de structure.
- Pour les EPHAD, les équilibres doivent prendre en compte l'accessibilité financière des structures (habilitées à l'aide sociale ou non)
- Il existe un problème global d'accès au foncier, exacerbé en petite couronne et Paris.
- Cet objectif de réduction des écart risque de ralentir le développement global de l'offre au regard de la difficulté de mise en œuvre de mesures nouvelles dans des zones sous-dotées mais connaissant une forte pression foncière.
- L'ARS propose une réduction de 0.1% par an des écart toutefois elle n'a pas la maîtrise de l'ensemble des dépenses entrant dans le calcul de l'indicateur (les dépenses AIS)

Actions envisagées en régions

- Appui au portage des projets
- Crédits d'aide à l'investissement
- Lien avec les agences foncières

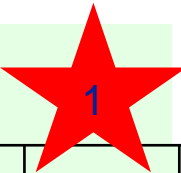
Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Ajustement des tarifs PA PH pour faire face aux surcoûts inhérents à l'Ile-de-France
- Maintien du PAI CNSA dans la durée : l'arrêt du PAI rendrait les objectifs de développement de l'offre au cœur de la région inaccessible

Région

- Ile-de-France

Propositions régionales



Année	Valeur initiale (2009)	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	16%	16%	15%	15%	10%

Diagnostic régional

Constats

- L'ARS IF affiche dans ses priorités stratégiques le développement d'une offre de soins de qualité. La contribution de la tutelle aux démarches de certification n'a pour autant jamais été clarifiée en Ile-de-France, que ce soit en termes d'accompagnement des établissements en amont de la procédure et de suivi en aval, notamment en cas de certification avec réserve. Certains thèmes de la certification sont pour autant alignés avec d'autres démarches et obligations portées par l'ARS (en particulier, celles portant sur le médicament, sur le suivi des événements indésirables et la structuration de la gestion des risques).
- L'ARS IdF n'a pas actuellement l'effectif suffisant (nombre et compétences) pour avoir une véritable démarche d'accompagnement (437 établissements éligibles) qui permette un impact rapide sur les résultats de la certification qui par ailleurs, ne pourrait être observés que plusieurs années après.
- En 2009, 115 établissements ont été certifiés, dont 60 avec suivi et 9 gardant des réserves après mesures de suivi, soit 16% d'établissements de santé certifiés avec réserves (69 / 437 éligibles) et un ratio (certification / certification avec suivi) de 52%:

- 71% pour le public, 36% pour le privé non lucratif et 47% pour le privé lucratif.
- Territoires: 75= 52%, 77=70%, 78=67%, 91=43%, 93=59%, 94= 58%, 95= 30%
- 2 thèmes font plus fréquemment l'objet de réserve : les médicaments et produits de santé et la politique gestion des risques et qualité

Enjeux

- Utiliser les données HAS fiables et partagées, en temps réel avec calculs et tableaux de bord (taux de certification avec réserves, suivi des décisions...) en articulation avec autres données (EIG, médicaments, indicateurs, réclamations...).
- Comprendre les raisons des moins bons résultats des établissements publics et faire tendre le résultat de l'ensemble des établissements vers celui du meilleur groupe (privés non lucratifs).
- Utiliser les informations issues de la certification, des indicateurs qualité obligatoires et des remontées d'événements indésirables pour identifier les établissements et/ou thématiques sur lesquelles agir
- Renforcer le contenu qualité des CPOM et en assurer un suivi structuré.
- Développer une culture sécurité, l'évaluation des pratiques et le partage d'expérience et impliquer les professionnels et usagers.
- Dégager en région les ressources nécessaires pour développer et porter une politique qualité et la gestion des risques en région

Actions envisagées en régions

Démarche proactive

- Développer un tableau de bord qualité (indicateurs qualité, GDR, EIG, décisions HAS, thématiques faisant l'objet d'un suivi, circuit du médicament, ASN...);
- Développer un programme régional « Qualité et sécurité » en lien avec les décisions de la HAS et la nouvelle procédure de certification 2010 (pratiques exigibles prioritaires, indicateurs) mais prenant également en compte les autres obligations à venir (RETEX, déclaration des EIG...);
- Organiser une gouvernance de la qualité-sécurité en région : création d'un GCS...
- Informer et partager les expériences :
 - journée régionale annuelle de présentation des résultats de la certification, de suivi des indicateurs, de présentation de plans d'actions et de résultats par les hospitaliers
 - colloque régional 22 septembre 2010: « Expérimentation portant sur la déclaration des événements graves associés aux soins » axé sur l'analyse des causes profondes et la structuration de la gestion des risques au sein des établissements de santé.
 - Développer un réseau « Responsables de la qualité et la gestion des risques » au second semestre 2010 (répertoire)

Démarche réactive

- Suivi des décisions non levées et accompagnement des établissements concernés par la cellule performance et qualité ;
- Suivi des établissements les moins bien positionnés sur les indicateurs qualité ;
- Ajustement des décisions d'autorisation au regard de la qualité.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Tableaux de suivi des décisions de la certification et des plans d'action en temps réel (HAS), outil d'évaluation des CPOM (DGOS) et tableau de bord des différents indicateurs
- Cellule régionale d'appui « gestion des risques et qualité » au sein des ARS pour accompagner les établissements et professionnels (structuration régionale)
- Partage d'expérience inter régional



Région

- Ile-de-France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible			2%	2%	16%	16%	30%	30%	44%	44%

Diagnostic régional

- La loi n°2009-879 du 21/07/2009 a modifié le calendrier de l'évaluation. Les ESSMS visés à l'article L.312-1 du CASF sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret.
- Par dérogation, les ESMS autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation
- La liste des organismes habilités par ANESM a été publiée la première fois le 30 juin 2009
- Pour mémoire : la validité des autorisations est de 15 ans (sauf pour les établissements expérimentaux : 5 ans) depuis la loi 2002-2.
- Ceux autorisés avant cette loi bénéficient d'une autorisation de 15 ans à partir de la promulgation de celle-ci (soit jusqu'au 3 janvier 2017).
- Il faudrait donc globalement que chaque établissement ait subi une évaluation d'ici 2018.
- Pas de valeur initiale connue.
- Cette évaluation externe aura un coût qui se reportera sur le tarif.

Actions envisagées en régions

- Démarche d'information auprès des ESMS
- Détermination d'un calendrier contractuel ANESM /ARS /ESMS
- Mettre en place une politique de subvention à la contractualisation pour éviter de peser encore sur le reste à charge

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Validation d'un circuit d'information : ESMS/ANESM/ARS

Région

■ ILE DE FRANCE

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible					

Diagnostic régional

- Taux de performance globaux des organismes locaux d'Assurance maladie du régime général en matière de GDR (CPG-COG) pour indication.

	2006	2007	2008	2009
75	80%	62%	79%	71%
77	77%	58%	78%	57%
78	81%	58%	74%	64%
91	81%	57%	78%	65%
92	67%	58%	82%	69%
93	83%	63%	80%	63%
94	82%	63%	64%	60%
95	82%	60%	78%	64%
Moy. Régio.	79%	60%	77%	64%

- Conformément à la méthodologie nationale (CNAMTS), un système de scoring par points attribué à chaque indicateur permet d'apprécier la performance par type d'action. Un système de pondération en fonction de la priorité des thèmes de régulation et de leur importance permet de déterminer le taux de réussite global.
- S'agissant du taux de réalisation du PPR GDR, il convient d'élaborer une grille de pondération commune à l'ensemble des programmes d'action qui constitue le PPR GDR (cf. méthodologie nationale CNAMTS).
- Pour 2010, la mise en œuvre du PPR GDR se concentre/limite :
 - ✓ à la déclinaison régionale du programme nationale de GDR élaboré par les régimes d'AM
 - ✓ Ainsi qu'à la mise œuvre des 10 programmes d'action complémentaires de GDR 2010-2011 des ARS.
- Les actions régionales spécifiques seront développées à compter de 2011.

Actions envisagées en régions

- Décrire succinctement, à titre d'information, les principales actions envisagées pour faire évoluer la situation régionale conformément aux cibles proposées

L'installation des instances et structures (Commission Régionale GDR, équipe et groupes projet(s), etc.) intervient avant le 31 juillet 2010

Mise en œuvre opérationnelle du programme d'action GDR à compter de septembre 2010 :

- rédaction et validation préalable du PPR GDR,
- déclinaison des 10 thèmes prioritaires en impliquant les services de l'AM et de l'ARS en fonction de leurs compétences respectives : Répartition des chefferies de projet, mise en place d'indicateurs de suivi, identification et contractualisation avec les établissements de santé en marge des CPOM, diffusion des référentiels de bonnes pratiques auprès des prescripteurs, etc.

Une attention particulière est apportée sur les thématiques suivantes : transports sanitaires, chirurgie ambulatoire et les prescriptions des médicaments issus de la liste en sus des GHS.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Outils et dispositifs permettant la mise en œuvre des 10 programmes d'actions complémentaires : Elaboration des trames type de contractualisation (CRAQCOS), des contrats type ARS-CPAM, de référentiels nationaux sur les bonnes pratiques (IRC, chirurgie ambulatoire), cadre organisationnel pour l'expérimentation « transports »,

Détermination d'une méthode de calcul du taux de réalisation du PPR GDR au regard des indicateurs retenus, de la méthodologie existante (versant A. Maladie) et de l'intégration à compter de 2011 d'indicateurs supplémentaires spécifiques.



Région

- Ile-de-France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible	36%	23%	45%	40%	55%	55%	65%	65%	75%	75%

Diagnostic régional

- Constat en Ile-de-France d'une sous-dotation par rapport aux surcoûts inhérents à la région francilienne
- Difficulté de recrutement des personnels
- Problème de turn-over des personnels
- Problème de disponibilité des terrains en Ile-de-France et de fait du coût du foncier
- D'autre part, les enveloppes anticipées sont à comptabiliser dans l'année à laquelle elles se rapportent.

Actions envisagées en régions

- Proposer un plan « métiers » spécifique à l'Ile-de-France : il s'agit d'élaborer avec les opérateurs, le Conseil Régional et les OPCA un plan des métiers du médico-social en ciblant les métiers les plus en tension et les qualifications nécessaires au déploiement des plans nationaux (ex. plan Alzheimer).
- Crédits d'aide à l'investissement
- Lien avec les agences foncières

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Les modalités de calcul de l'indicateur sont à préciser : s'agit-il du nombre brut d'installation dans l'année par rapport au nombre de mesures nouvelles notifiées dans l'année ou s'agit-il de l'installation des places notifiées dans l'année?
- Notification par la CNSA de 100% des mesures nouvelles en enveloppes anticipées
- Obtenir un ajustement des tarifs des ESMS sur le modèle de la surcote TAA de 7 % pour la région
- Maintien du PAI CNSA (voir fiche 4.5)

Région

■ Ile-de-France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible (%)	23.8	23.3	24.6	23.5	24.4	23.7	24.3	23.6	24.2	23.6

Diagnostic régional

- Le PRIAC 2010-2013 d'Ile-de-France consacre une part encore importante de ses créations de places aux établissements, compte-tenu du retard pris dans la création de ces structures, au regard de la moyenne des équipements nationaux.
- Sur les années 2012 et 2013, les enveloppes anticipées sont ciblées essentiellement sur les établissements afin de prendre en compte les délais de construction. Cela explique la diminution de la part des services dans l'offre. Les enveloppes complémentaires au delà de ces enveloppes anticipées permettront de renforcer les services.
- Sur le secteur des personnes âgées, les services concourant à la diversification de l'accompagnement regroupent les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les accueils de jour ainsi que les places d'hébergement temporaire. Au 30-06-2009 (données ORS), on comptait 19 186 places de services contre 61 597 places d'EHPAD.
- Les valeurs 2010, 2011, 2012 et 2013 varient très peu, car elles prennent en compte les enveloppes notifiées et enveloppes anticipées notifiées et les places devant être transféré de l'AP-HP. Ces mesures nouvelles ne représentent que 6 514 places (1951 places de services et 4563 places d'EHPAD) soit 8% du « stock » existant en 2009.
- Sur le champ du handicap, ces services regroupent les SESSAD, SSIAD et SAMSAH. En excluant les CAMSP, CMPP et CRP dont l'activité est comptabilisée en séance ou en file active, au 30/12/2009 les services comptabilisaient 8 533 places pour 28 096 places d'établissement. Les places des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ne sont pas intégrées dans le calcul, étant financées sur crédits d'Etat et non sur crédits d'assurance maladie (via la CNSA). Elles représentent 16 218 places fin 2009.
- Les valeurs 2010, 2011, 2012 et 2013 varient très peu, car prennent en compte les enveloppes notifiées et les enveloppes anticipées notifiées. Ces mesures nouvelles ne représentent que 2974 places (804 places de services et 2170 places d'établissements) soit 8% du « stock » existant en 2009.
- Un des points du SROSMS (une des composantes du PRS) aura pour objet de définir la part « cible » des services dans l'offre globale médico-sociale, en concertation notamment avec les Conseils Généraux, en fonction de l'analyse des besoins ainsi que les orientations en terme de restructuration de l'offre.

Actions envisagées en régions

- Dans le cadre de la nouvelle procédure d'appel à projets, donner priorité au développement de ces services pour personnes âgées et personnes handicapées
- Soutenir les promoteurs, notamment ceux de taille modeste, dans le portage de leurs projets de services
- Favoriser la coopération entre les promoteurs de services à destination des personnes âgées et personnes handicapées.
- Identifier à l'occasion des travaux d'élaboration du SROSMS les sources de redéploiement établissements / services

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

N/A



Région

■ Ile-de-France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	77,9%	79%	81%	83%	85%

Diagnostic régional

Constats

- En Ile-de-France, le taux global sur les 17 gestes marqueurs en 2009 est de 77,9 %, en croissance de +5,5% par rapport à 2008. Toute chose égale par ailleurs, il conviendrait de substituer 22 500 séjours pour atteindre l'objectif cible de 85%.
- Le développement de cette offre est inégal sur les territoires franciliens, en lien avec les profils sociodémographiques mais probablement pas uniquement ;
- Egalement, le chiffre global cache des taux et dynamiques différents par statuts :
 - APHP : 68,8%, en croissance de +2,5% par rapport à 2008
 - Publics : 74%, en croissance de +6,2% par rapport à 2008
 - PSPH : 78,4%, en croissance de +4,6% par rapport à 2008
 - Privés lucratifs : 80,7%, en croissance de +5,9% par rapport à 2008
- L'AP-HP a plus de retard du fait de projets stratégiques successifs et incertains et probablement aussi par la moindre attention portée aux activités de proximité ;
- Enfin, les gains attendus sur les 17 gestes marqueurs vont faiblissant et sont de plus en plus difficile à mobiliser. La dynamique de substitution au-delà de ces 17 gestes marqueurs n'étant pas toujours suivie par le reste de l'activité chirurgicale, ces relais de développement sont maintenant à enclencher. Eu égard au mode de financement introduit par la V11, c'est sur cette part de l'activité que se situeront les gisements d'économie pour l'Assurance Maladie.

Enjeux

- Accélérer la substitution dans les établissements produisant les plus gros volumes et ayant le plus faible taux d'ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs ;
- Enclencher le relais de substitution et de développement au-delà des 17 gestes marqueurs de l'Assurance Maladie ;
- Veiller à ce que la substitution d'activité s'accompagne au sein des établissements de mesures d'ajustement des ressources (lits et RH) en hospitalisation complète : c'est la maîtrise des charges qui rend l'ambulatoire incitatif, pas son mode de financement...
- Clarifier la conduite à tenir pour les 30 établissements en dessous du seuil de 2000 interventions annuelles. Ces derniers représentent un volume total de près de 15000 séjours avec un geste marqueur, réalisés pour 85% d'entre eux en ambulatoire.

Actions envisagées en région

- Construire et mettre en œuvre le programme régional de gestion du risque avec les CPAM d'Ile-de-France :
 - Participer au ciblage des établissements que l'assurance maladie souhaite mettre en procédure de MSAP : choix de 23 établissements ciblés en 2010 pour un volume cible de séjours à substituer d'environ 4000 séjours
 - Développer et mettre en œuvre un programme d'accompagnement de 24 établissements dans le développement de leur activité de chirurgie ambulatoire (projets type MeaH): choix d'établissements en retard sur les 17 GM et possédant d'intéressants gisements au-delà.
- Reprise des objectifs de la nouvelle vague de CPOM des établissements n'ayant pas un taux d'ambulatoire satisfaisant.
- Révision du SROS chirurgie.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Clarification de la méthode de calcul de l'indicateur
- Clarification quant à l'incitativité de la tarification V11 (éléments de discours et de pédagogie)
- Évaluation des transferts de charges induits par le développement de l'ambulatoire
- Incitations financières pour les actes hors gestes marqueurs
- Reprise du chantier chirurgie ambulatoire de la MeaH par l'ANAP
- Campagne nationale d'information des patients.
- Développement de la formation à l'ambulatoire dans les troisièmes cycles d'étude médicales

Région

- Ile-de-France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	5,4 %	6 %	7 %	8 %	10 %

Diagnostic régional

Constats

- Un des objectifs du SROS Insuffisance Rénale Chronique de 2004 était d'augmenter le taux régional de dialyse péritonéale à 15%. L'outil principal a été le recours à la contractualisation avec les centres de dialyse, imposant l'offre de 3 modes de dialyse sur site ou par convention.
- Le bilan du SROS fera probablement état d'un décalage important entre l'objectif attendu et le résultat observé, malgré le suivi effectué et l'alerte concernant le non respect des engagements dès la première année. En 2009, l'Ile-de-France affiche un taux de dialyse péritonéale parmi les plus bas du pays.
- La valorisation du suivi des malades en dialyse péritonéale rend la technique peu attractive pour le secteur privé commercial. Or, l'Ile-de-France est la région comportant le plus d'unités gérées par ce secteur.
- D'autres freins au développement des modes de dialyse les plus autonomes ont été identifiés :
 - la trop grande fréquence de première dialyse en urgence, facteur prédictif d'hémodialyse en centre ultérieurement ;
 - la faible organisation de l'éducation thérapeutique et de l'information aux différentes modalités de dialyse des patients.
- Il faut toutefois noter qu'une des indications préférentielles est le patient jeune en attente de greffe rénale et qu'en Ile-de-France la distribution de l'âge de la population fait que le nombre de patients prévalents en dialyse péritonéale est probablement plus bas proportionnellement que le nombre de patients incidents.

Enjeux

- Rattraper le retard francilien sur le développement des modes de dialyse autonomes en favorisant ainsi accessibilité et proximité
- Diminuer le taux de première dialyse réalisée en urgence (46,9% en 2005 en Ile de France)
- Cibler les populations de patients diabétiques et hypertendus pour organiser leur entrée en dialyse et promouvoir les modalités de prise en charge conduisant à la plus grande autonomie
- Il sera nécessaire de faire un point sur les valeurs cibles fin 2011

Actions envisagées en régions

- Tirer bénéfice des expériences réussies, notamment avec les régions de l'est de la France
- Recenser et publier dans chaque territoire de santé les centres assurant une consultation de néphrologie accessible rapidement à la demande du médecin traitant
- Réaliser un suivi particulier des CPOM des structures n'ayant pas respecté leurs OQOS, assorti de sanctions financières
- Inciter les HAD à développer l'activité de dialyse, notamment en EHPAD
- Inciter les infirmières libérales à développer leur formation et leur activité de dialyse
- Contrôler les prises en charge et les transports dans le cadre de la G.D.R.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Harmoniser les incitatifs financiers avec les objectifs de la politique de développement de la dialyse à domicile (péritonéale et hémodialyse)
- Intégrer dans le CAPI, le suivi du débit de filtration glomérulaire pour les patients en ALD Diabète et HTA selon des modalités conformes aux recommandations
- Travailler avec les associations de patients et les représentants des médecins sur les évolutions souhaitables concernant leur information pour retarder l'entrée en dialyse, faire diminuer le taux de première dialyse en urgence et les modalités d'information et de formation aux différentes méthodes de dialyse (notamment à l'autodialyse et à la dialyse péritonéale)
- Place des infirmières libérales dans la dialyse à domicile (ou son substitut)

Région

- ... Ile-de-France

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	3 MSP	7 MSP	15 MSP	23 MSP	33 MSP

Diagnostic régional

- Contexte actuel : 6 projets ont été financés par le FIQCS sur la thématique MSP entre 2008 et 2009, 2 études d'opportunité/faisabilité et 4 MSP (2 fonctionnent et 2 ouvriront leurs portes en 2010)

L'Ile-de-France accuse un certain retard sur cette thématique compte tenu de la prise de conscience plus tardive des problématiques de démographie médicale dans la région et des difficultés qui lui sont spécifiques (coût de l'immobilier gageant la viabilité économique des projets). Sur les secteurs ruraux problèmes de désertification médicale et de choix du lieu d'implantation.

Dense et dynamique au plan démographique, l'Ile-de-France se caractérise par de fortes disparités spatiales avec des densités communales variant de 3 à plus de 40 000 habitants au km².

Dans ce contexte, la politique de développement des MSP contribue à améliorer l'accès aux soins, d'une part dans les zones urbaines marquées par des difficultés économiques et sociales fortes et d'autre part dans les zones rurales de grande couronne qui cumulent les difficultés d'accès à un grand nombre de services, dont les services de santé.

Historiquement, les centres de santé sont fortement implantés en Ile-de-France qui compte 295 centres actifs au 1^{er} janvier 2010. De tailles variables, les centres de santé peuvent être polyvalents (155), médicaux exclusifs (67), dentaires (50) ou infirmiers (23). Plus de la moitié des centres sont situés sur deux départements : Paris et la Seine-Saint-Denis.

- Après une diminution dans les années 90, on observe une stagnation du nombre de centres liée à des créations de centres dentaires en même temps qu'une diminution des centres infirmiers.

Actions envisagées en régions

- Création d'une cellule d'accompagnement des promoteurs de MSP (Analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, conseils juridiques, immobiliers et informatiques)
- Organisation d'un appel à projets pour financement par le FIQCS
- Mise en œuvre du plan de lancement des maisons de santé en milieu rural

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Accroître le montant de l'enveloppe FIQCS consacré aux MSP ainsi que le plafond accordé à chaque projet.

Région

■ Ile-de-France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	En cours de finalisation				

Diagnostic régional

Constats

La recomposition de l'offre en chirurgie est une priorité tant pour des aspects de qualité des prises en charge que de maîtrise des coûts. En Ile-de-France, l'effort de recomposition a permis de concentrer l'offre de 290 établissements et 25 300 lits en 1996 sur 187 établissements et 20 000 lits en 2008, cela malgré la croissance du nombre d'intervention de 820 à 960 000 sur la période.

L'effort d'efficience allocative, à la recherche de l'atteinte de seuil d'activité et de taille d'équipes suffisantes, a été relayé ces dernière années par un accompagnement de l'amélioration de l'efficience productive :

- Structuration du retraitement comptable et introduction d'éléments chiffrés dans le dialogue de gestion avec les établissements ;
- Mise en œuvre de benchmarks régionaux sur les blocs opératoires, le premier avec la MeaH, les deux suivants en partenariat avec la région Rhône-Alpes.

La mesure de ce niveau de performance est le **coût par ICR**. Il est, sur les dernières données retraitées (2008 – hors APHP), de **3,38€ pour les établissements publics**, soit inférieur au benchmark national de la base d'Angers (4,77€ - dernière donnée disponible de 2006). Pour autant, en Ile-de-France, cet indicateur varie de 1 à 12 entre les établissements publics (base expurgée des extrêmes).

Parmi les leviers pour améliorer la performance des blocs opératoire, l'augmentation du nombre d'ICR par salle d'intervention est l'un des leviers :

- En exploitation : amortir les charges fixes en augmentant les amplitudes d'ouverture (TVO) et l'occupation réelle des salles (TROS) ;
- En investissement : optimiser la programmation des besoins.

Enjeux

- Promouvoir l'efficience productive par la diffusion des bonnes pratiques d'organisation ;
- Promouvoir l'efficience allocative : en poursuivant les démarches de recomposition (décrets chirurgie en attente) et en accompagnant les investissements.

Actions envisagées en région

- Promouvoir l'efficience productive par la diffusion des bonnes pratiques d'organisation :
 - Poursuivre les démarches de benchmarking régional sur la performance des blocs opératoires ;
 - Mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement ciblée de 16 établissements dans l'amélioration de leurs organisations (suite du benchmarking mené avec la région RA) : action sur le TVO et le TROS
- Promouvoir l'efficience allocative
 - Valider les programmes de besoins des établissements publics inscrivant la reconstruction totale ou partielle de leurs blocs opératoires à leurs investissements ;
 - Mettre en œuvre les décrets à venir sur le conditionnement des autorisations à l'atteinte de seuils d'activité.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Clarification de la méthode de calcul de l'indicateur
- Publication des décrets chirurgie

Région

Ile-de-France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible		10%	35%	70%	100%

Diagnostic régional

- Au regard de la fiche national, l'objectif régional de création fixé à la région Ile-de-France à 2012 est de 257 PASA et 51 UHR.
- Difficulté à boucler le financement des PASA et risque de ne pas atteindre les objectifs cibles fixés.
- L'objectif de réalisation à 100% est conditionné au possible financement des temps de psychologues sur l'enveloppe soin ainsi que la disposition sur le marché de l'emploi d'ergothérapeutes et de psychomotriciens en nombre suffisant.
- Le forfait PASA apparaît insuffisant aux opérateurs, en particulier pour une prise en charge 7J/7J.

Actions envisagées en régions

Afin de valider l'absence d'impact financier sur le tarif hébergement supporté en partie par les conseils généraux :

- Soutenir les opérations de création de PASA et UHR par le biais du Plan d'Aide à l'Investissement (PAI)
- Entamer le dialogue avec les conseils généraux
- Mener des opérations auprès des promoteurs d'établissements afin de promouvoir la signature de CGSMS

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Nécessité de mobiliser les têtes de réseaux nationales
- Mener une étude sur le coût des PASA
- Maintenir le flux des aides à l'investissement pour la création de PASA et d'UHR
- L'assouplissement des règles de financement des psychologues aiderait au développement de ce type de structure.

Région

■ Ile-de-France

Propositions
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible		117%	127%	135%	140%

Diagnostic régional

- 7 établissements et services (essentiellement méthode ABA), dont 4 sur Paris, ont été financés (en partie) sur réserve ministérielle). Cette méthode pose question sur le fond (évaluation de la méthode) et surtout sur le coût, très supérieur au moyenne des établissements et services « classiques ».)
- En se calquant sur l'objectif national d'une progression de 72% par rapport à l'existant installé dédié à ce public en 2007, l'objectif de l'Ile-de-France serait de 1747 places en 2012 au regard des 1016 places installées en 2007. Fin 2009, 1864 places étaient installées en Ile-de-France (ce qui correspond à 107% de l'objectif théorique fixé par la fiche nationale). 368 sont autorisés et en cours d'installation et 225 places ont bénéficié d'un financement lors du PRIAC 2010 (sur crédits 2010 ou en enveloppes anticipées 2011, 2012 et 2013).
- Le CRAIF et CREAL d'Ile de France ont été sélectionnés avec 2 autres régions lors de l'appel à projet de la mesure 28 du Plan autisme : étude approfondie sur la prise en charge existante de la population autiste.
- Le Comité technique régionale sur l'autisme (CTRA) s'est réuni jusqu'ici deux fois par an.

Actions envisagées en régions

- Evaluation des structure ABA
- Mesure 28 Plan autisme.
- Finalisation des recommandations relatives à la prise en charge des cas complexes dans le secteur médico-social.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Les 7 ESMS, autorisés à la demande du Ministère (financés en partie sur réserve ministérielle) et dont le coût est très important, nécessitent un financement ministériel additionnelle afin de ne pas déséquilibrer le PRIAC d'Ile-de-France.
- Clarification de la part dédiée à l'autisme encore disponible dans le plan global d'accompagnement des handicaps 2007-2012.