

# rapport d'activité 2010



AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ  
PAYS DE LA LOIRE



## *Construire l'Agence régionale de santé Pays de la Loire*

*tout en assurant la continuité des actions engagées, telle a été la préoccupation majeure de l'équipe de l'Agence en 2010.*

*Ce rapport d'activité souligne les principaux thèmes sur lesquels nous nous sommes mobilisés. Il ne peut bien sûr relater in extenso le travail de celles et ceux qui ont assuré le contrôle de la qualité de l'eau potable, le financement des actions de prévention, l'allocation budgétaire et le suivi de la contractualisation des établissements de santé et des structures médico-sociales. Il ne dit rien non plus de la continuité assurée concernant l'inspection et le contrôle, le suivi des plaintes, les autorisations d'exercice, la fonction ressources humaines, achats, budgétaire et comptable. Mais, c'est en s'appuyant sur des personnes compétentes et mobilisées assurant la continuité malgré les incertitudes liées à l'évolution de l'organisation que l'ARS a pu se mettre en place à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010 et commencer à porter les enjeux qui lui ont été fixés par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires.*



*En interne, l'année a été consacrée à accompagner les quelques 460 personnes en provenance d'horizons divers dans la nouvelle organisation, forcément déstabilisante, qui se mettait en place : positionnement dans l'organigramme, réalisation de fiches de poste, accompagnement personnalisé si nécessaire. Parallèlement, il a fallu planifier le déménagement dans de nouveaux locaux, sécuriser les circuits de paye, mettre en place un dialogue social dans le cadre d'une instance transitoire en attendant les élections professionnelles. Il demeure à stabiliser encore des processus de gestion et à réussir à fonctionner en logique transversale et en mode projet. L'écriture du projet d'agence en cours y contribuera.*

*En externe, l'année écoulée a été l'occasion d'expliquer la place et le rôle de l'ARS dans le nouveau paysage administratif régional aux acteurs de santé, aux collectivités territoriales et aux services de l'Etat. Lors de rencontres avec les préfets, les présidents des Conseils Généraux, le président du Conseil Régional et les représentants de l'Assurance Maladie, les compétences respectives des uns et des autres ont été précisées, les articulations et les modalités de travail en commun ont été recherchées.*

*L'ARS a la responsabilité d'améliorer la qualité de la réponse en santé des ligériens tout en s'assurant que le système de financement solidaire, dans lequel notre pays s'inscrit, demeure soutenable.*

*Pour cela, elle est compétente sur un champ large qui va de la prévention et la sécurité sanitaire à l'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge, en passant par les soins ambulatoires et hospitaliers. D'une organisation et d'un financement cloisonnés, nous sommes passés à un organisme devant mettre en place une vision transversale et décroisonnée de la santé, devant réarticuler promotion de la santé et prévention, soins ambulatoires, dispositifs médico-sociaux et soins hospitaliers.*

*En 2011, l'adoption du Projet Régional de Santé doit être l'occasion de remettre en perspective la réduction des inégalités de santé, les modalités de l'accès aux soins et à l'accompagnement des personnes âgées et des enfants et adultes en situation de handicap.*

*Au-delà de cette démarche co-construite avec les représentants de la démocratie sanitaire, l'ARS, dès 2011, s'engagera dans une politique de vaccination des enfants, dans des actions de prévention de la crise suicidaire. Concernant l'accès aux soins de premier recours, une expérimentation sur la permanence des soins sera menée, des créations de maisons de santé pluri-professionnelles en milieu rural seront poursuivies. Dans le domaine hospitalier, outre la réduction des déficits, les coopérations seront développées pour maintenir une offre sur le territoire tout en mutualisant. Enfin, dans le champ médico-social, au-delà des créations de places par appel à projet, des coopérations seront recherchées.*

*En un an, quel chemin parcouru ! Quelle conclusion provisoire en tirer ? La perception que cette évolution majeure, voulue par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires va réellement permettre de porter une réponse mieux centrée autour de chaque personne en prenant en compte ses difficultés spécifiques dans une proximité qu'il reste encore pour beaucoup à organiser. Cette ambition, l'équipe de l'ARS se mobilise et se mobilisera pour la porter.*

*Marie Sophie Desaulle*

# Sommaire

<b>Renforcer la démocratie sanitaire régionale</b> .....	<b>1</b>
Un dispositif large de concertation .....	1
Le Conseil de surveillance.....	1
La Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) .....	1
Les commissions de coordination des politiques publiques de santé.....	3
Les conférences de territoire.....	3
<b>Elaborer le projet régional de santé</b> .....	<b>4</b>
Les territoires de santé .....	4
Le projet régional de santé .....	5
<b>Contribuer à l'aboutissement du Plan régional santé environnement 2010-2013</b> .....	<b>8</b>
Les enjeux du Plan régional santé environnement .....	8
Un plan co-construit avec les partenaires et les populations .....	9
Les 10 actions prioritaires pour la période 2010-2013 .....	9
<b>Assurer une gestion mieux coordonnée des alertes sanitaires</b> .....	<b>11</b>
La signature de protocoles entre l'ARS et les préfets.....	11
La régionalisation de la Veille sécurité sanitaire (VSS).....	11
<b>Garantir la permanence des soins</b> .....	<b>14</b>
Une réorientation de la permanence des soins hospitalière en 2010 .....	14
La mise en lumière d'une spécificité régionale concernant la permanence des soins ambulatoire (PDSA) .....	14
L'installation des CODAMUPS rénovés .....	15
La construction d'un dispositif de concertation original.....	15
La structuration d'une plate-forme régionale d'appui .....	16

<b>Lutter contre les déserts médicaux</b>	<b>17</b>
Un développement des modes d'exercice coordonné.....	17
L'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations.....	18
<b>Installer la nouvelle gouvernance du secteur médico-social</b>	<b>19</b>
<b>Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées</b>	<b>20</b>
Le développement et la diversification de l'offre médico-sociale.....	20
L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'offre médico-sociale .....	23
<b>Développer la gestion du risque</b>	<b>25</b>
Les transports sanitaires .....	26
L'insuffisance rénale chronique .....	26
La prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus .....	26
La prescription hospitalière de médicaments exécutée en ville.....	26
La chirurgie ambulatoire .....	26
L'efficacité et prescription en EHPAD .....	26
La valorisation de la culture de gestion du risque .....	27
<b>Réduire les déficits hospitaliers à travers une organisation hospitalière performante</b>	<b>28</b>
La réduction des déficits hospitaliers.....	28
L'analyse et l'amélioration de l'efficacité des établissements hospitaliers .....	28
Un contrat Performance pour le CHU de Nantes .....	29
Les rencontres Qualitefficience.....	29
Procédure exceptionnelle d'autorisations pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) .....	29
La mise en place de l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO).....	30
<b>Annexes</b>	<b>33</b>
<b>Glossaire</b>	<b>46</b>



# Renforcer la démocratie sanitaire régionale

## Un dispositif large de concertation

Dès sa création, l'ARS Pays de la Loire s'est mobilisée pour mettre en place les instances de concertation qui associent l'ensemble des acteurs locaux de santé à la définition et la mise en œuvre de la politique de santé en région.

Inscrite dans la trace laissée par une conférence régionale de santé dont les travaux furent remarquables, et portée par un tissu associatif très dense et souvent force de proposition, la construction du nouveau paysage de la démocratie sanitaire obéit cependant à des modalités renouvelées.

Quatre nouvelles instances ont ainsi vu le jour en 2010.

## Le Conseil de surveillance

C'est l'instance stratégique de contrôle et d'évaluation de l'ARS qui approuve le budget et le compte financier. Il émet un avis sur le plan stratégique régional et sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le conseil de surveillance comprend des représentants de l'État, des membres des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le conseil de surveillance est **présidé par le préfet de région, Jean Daubigny**. Il s'est réuni trois fois en 2010.

- Le 2 juillet, la séance d'installation a permis, outre la présentation du projet de règlement intérieur, des enjeux et de l'organisation de l'ARS ainsi que des travaux du projet régional de santé, l'élection de Dominique Thibaud comme vice-président du conseil de surveillance et l'adoption du budget de l'ARS.
- Le 12 octobre, le règlement intérieur et le projet de Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen Etat-ARS (CPOM) ont été approuvés.
- Le 16 décembre, le budget de l'ARS a été présenté au conseil et approuvé.

## La Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)

En ce qui concerne la CRSA, la loi du 21 juillet 2009 donne une définition à la fois large et concise de son rôle : la CRSA doit concourir, par ses avis, à la politique régionale de santé.

Ceci peut se décliner dans quatre directions :

**1. L'observation vigilante.** Par sa composition, la diversité de ses membres et les associations ou organismes représentés à la CRSA, elle peut jouer un rôle éminent dans l'observation du système de santé en Pays de la Loire, notamment dans le domaine des droits des usagers et dans celui de l'évaluation des politiques de santé.

**2. L'élaboration du consensus.** La démarche d'élaboration du projet régional de santé (PRS) est l'occasion d'un large débat sur les questions de santé dans notre région. Une des missions de la CRSA sera de veiller à ce que la priorisation des besoins et l'évolution des modalités de réponse à ces besoins se fassent dans la transparence et avec la compréhension, voire l'adhésion, du plus grand nombre.

**3. La diffusion d'une culture de santé publique.** Le vieillissement de la population, le caractère chronique de nombreuses pathologies aussi bien que l'émergence de nouveaux risques liés à la qualité de l'environnement exigent une participation des malades et de leur famille au maintien ou à l'amélioration de leur état de santé. L'ensemble des opérateurs de santé et partenaires sont désormais appelés à prendre en charge les questions de promotion, de prévention et d'éducation de la santé.

**4. La création d'un partenariat.** La construction du PRS fut l'occasion première de ce partenariat permettant de passer d'une logique d'avis à celle d'une co-construction.

La CRSA s'organise autour d'une assemblée plénière, d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées.

- En dehors des séances plénières, la **Commission permanente** exerce l'ensemble des attributions dévolues à la CRSA. Le président de la CRSA peut confier à cette commission tous travaux entrant dans le champ de compétence de la conférence.
- La **Commission spécialisée de prévention** prépare un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation.
- La **Commission spécialisée de l'organisation des soins** prépare un avis sur le projet de schéma régional d'organisation des soins, dans ses volets hospitalier et ambulatoire.
- La **Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médicaux-sociaux** prépare un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale, sur l'élaboration et l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Elle élabore tous les quatre ans, un rapport d'activité qui est transmis pour information aux conseils généraux et aux ministres concernés, ainsi qu'à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

- La **Commission spécialisée des usagers** élaboré en collaboration avec les autres commissions spécialisées, un rapport annuel spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

La CRSA est composée d'une centaine de membres ayant voix délibérative répartis dans 8 collèges permettant la représentation des catégories suivantes : les collectivités territoriales, les usagers de services de santé ou médico-sociaux, les conférences de territoire, les partenaires sociaux, les acteurs de la cohésion et de la protection sociale, les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, les offreurs de services de santé et du secteur médico-social et les personnalités qualifiées.

La Commission permanente comprend, outre le Président de la CRSA, les présidents des commissions spécialisées, qui ont qualité de vice-présidents de la commission permanente ainsi que quinze membres représentants des différents collèges.

La CRSA des Pays de la Loire s'est réunie à deux reprises en 2010.

La première CRSA, le 8 juillet 2010, a vu l'élection du **Dr LEGUAY** (président de l'observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire) comme **président de la CRSA**. La commission permanente et les commissions spécialisées ont été constituées. La démarche d'élaboration du Projet régional de santé ainsi que les scénarii sur la définition des territoires de la région Pays de la Loire ont également été présentés.

Le 27 octobre, la séance fut consacrée à un large débat sur la définition des territoires de santé qui a conclu au souhait d'un découpage en département. Le projet de règlement intérieur de la CRSA a également été adopté, les représentants de la CRSA au conseil de surveillance désignés et les travaux de la conférence et de ses commissions spécialisées organisés.

#### Présidents et vice-présidents des Commissions

	PRESIDENT	VICE-PRESIDENT
DROITS DES USAGERS	M. ALLARD	Mme JAN
PREVENTION	Pr LOMBRIL	Mme ANTONINI
OFFRE DE SOINS	Dr GASSER	M. COLOMBEL
MEDICO-SOCIALE	Mme POSTIC	Mme JOANNIS

### *Les unions régionales des professionnels de santé*

La Loi HPST a modifié le mode de représentation des professions libérales de santé et créé les unions régionales des professionnels de santé (URPS) rassemblant ainsi, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Leur constitution s'effectue pour les chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins et pharmaciens par voie d'élection, et pour les biologistes responsables, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et sages-femmes par voie de désignation.

Les élections des URPS se sont tenues pour les médecins le 29 septembre 2010, et pour les masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et pharmaciens le 16 décembre 2010.

Ces élections, confiées à l'ARS avec l'appui d'une commission d'organisation électorale pour chaque union, se sont déroulées par correspondance et ont réuni 13.355 électeurs.

Au terme de ce processus d'élections et de désignation, la concertation régionale de dix professions libérales sera organisée au sein d'une Fédération régionale des URPS.

## Les commissions de coordination des politiques publiques de santé

Après de chaque ARS sont placées deux commissions de coordination des politiques publiques de santé : l'une pour la prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile, l'autre pour les prises en charge et accompagnement médico-sociaux.

Elles ont pour objectif d'associer au plus près les acteurs institutionnels (représentants de l'Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale...) ayant un rôle déterminant dans la définition des politiques de santé dans leur acception la plus large.

En matière de prévention, les membres de la commission se sont reconnus dans cinq thématiques orientées sur les déterminants de santé : addictions, santé mentale, nutrition, sexualité et santé environnementale.

Dans les domaines médico-sociaux, les travaux portent sur le maintien à domicile et le parcours coordonné de santé des personnes âgées mais également sur le dépistage et la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages chez les enfants.

La Commission de Coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux s'est réunie le 8 septembre pour l'adoption de son règlement intérieur, la présentation du Projet régional de santé (PRS), du schéma d'organisation médico-social associé ainsi que du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac).

La Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile s'est réunie les 7 septembre et 7 décembre 2010. Suite à une présentation de l'état des lieux de la politique de prévention et de promotion de la santé et du PRS, elle a fixé les grandes orientations 2011 dans ce domaine ainsi que dans celui de la promotion des vaccinations. De plus, elle a acté la création d'un groupe de travail sur la prévention des grossesses non désirées.

## Les conférences de territoire

Les conférences de territoire, présentes dans chacun des cinq territoires de santé définis en Pays de la Loire, contribuent à mettre en cohérence les projets de santé de territoire avec le Projet régional de santé et les programmes nationaux.

Elles ont été constituées par arrêté de la directrice générale de l'ARS Pays de la Loire en fin d'année 2010. Leurs séances d'installation ont été organisées fin 2010, tout début 2011.

Elles œuvrent dans tous les champs de compétence de l'ARS en recherchant à mieux coordonner le parcours des personnes.

Les conférences de territoire sont composées de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. Chacune comprend 50 membres au plus, ayant voix délibérative et répartis dans plusieurs collèges.

## Elaborer le projet régional de santé

L'année 2010 a été marquée par la définition des territoires de santé et le lancement du Projet régional de santé (PRS) avec la construction de sa première étape : les **Orientations stratégiques du projet régional de santé**. Dès la création de l'ARS et la mise en place de ses instances, ces travaux ont été conduits dans une démarche de démocratie sanitaire particulièrement ouverte.

### Les territoires de santé

L'enjeu de la création des nouveaux territoires de santé a fait l'objet d'une véritable réflexion et de nombreux débats en matière d'organisation du système de santé.

Entre avril et juillet, la direction du PRS a élaboré quatre propositions argumentées de découpage des territoires. Ces scénarii ont fait l'objet de présentations en assemblée plénière et commission permanente de la CRSA, commissions de coordination, conférences sanitaires de territoires pour en expliquer les problématiques. Celles-ci ont porté sur la taille des territoires en s'articulant autour de la logique supra et infra départementale.

Les débats se sont développés autour de trois axes :

- la distinction entre le territoire de santé, siège d'une conférence de territoire et espace de réflexion stratégique et entre le territoire d'action, espace de projets ou d'actions de santé ;
- la capacité à faire jouer la solidarité entre territoires au profit des plus fragiles ;
- la lisibilité facilitée par un découpage par département.

La CRSA, les présidents du conseil régional des Pays de la Loire, des conseils généraux des départements de la Loire Atlantique, du Maine et Loire, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée, ainsi que le Préfet de Région ont alors transmis leur

avis dans le délai réglementaire de deux mois qui prenait fin le 29 septembre 2010.

Le principe d'un découpage en **cinq territoires, constitués par les départements**, a finalement été retenu en incluant la possibilité d'un regroupement interdépartemental entre Vendée / Loire Atlantique d'une part et Maine et Loire / Sarthe / Mayenne pour traiter des enjeux stratégiques à l'échelle supra départementale.

L'arrêté de l'ARS portant découpage des territoires de santé a été pris le 4 Octobre 2010.



## Le projet régional de santé

### Une démarche participative avec les instances de la démocratie sanitaire

La démarche initiée par l'ARS Pays de la Loire s'est également appuyée sur une forte volonté de concertation avec les instances représentatives de la démocratie sanitaire et un travail partagé avec des représentants de la Conférence régionale de la sante et de l'autonomie (CRSA).

La démarche participative s'est construite autour d'un comité de pilotage associant des membres de la CRSA et de l'ARS mobilisés pour l'animation des travaux participatifs. Ce comité s'est réuni 4 fois entre septembre et décembre 2010.

Des groupes de travail se sont également réunis, associant des membres de l'ARS et de la CRSA pour construire ensemble un

diagnostic stratégique partagé des principaux problèmes et enjeux de santé de la région.



### Un accompagnement méthodologique au sein de l'ARS

Un accompagnement a été apporté par la direction du PRS aux directions métiers et Délégations territoriales pour l'appropriation de la démarche du Projet Régional de Santé. Des réunions d'informations et de communication ont été tenues dans chaque direction et délégation ou de manière transversale.

La direction du PRS a par ailleurs proposé aux délégations territoriales une méthodologie afin de permettre l'appropriation du

diagnostic régional et son approfondissement dans chaque territoire par les membres des Conférences de territoires.

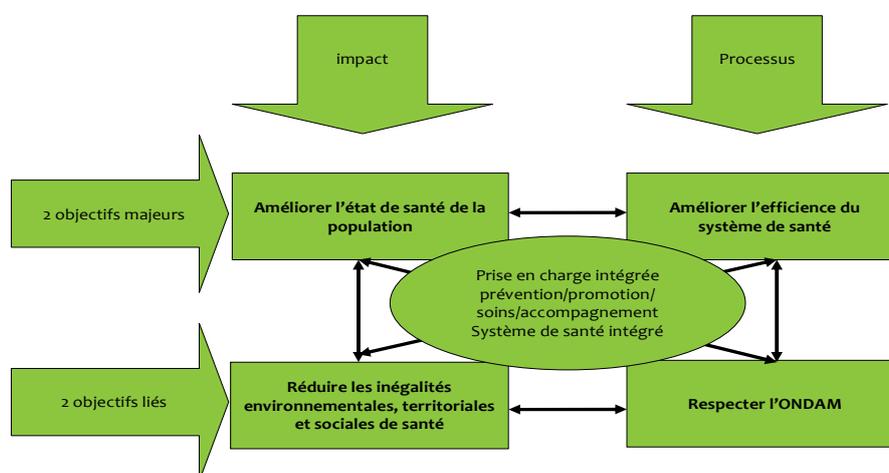
Le Département Evaluation des Politiques de Santé de la DPRS s'est également investi dans l'élaboration de la méthode d'évaluation du PRS qui constituera l'un des volets du plan stratégique régional de santé.

### Les enjeux du projet régional de santé

Le projet régional de santé se caractérise par son aspect stratégique. A partir d'une analyse des besoins, des attentes et de l'offre dans notre région, il a pour objectif de projeter les évolutions à mener en apportant les réponses pertinentes aux

problèmes d'accès aux soins, de qualité et de sécurité des prises en charge, de l'amélioration de l'utilisation des ressources de santé.

Le Projet régional de santé du Pays de la Loire s'articule autour de quatre objectifs stratégiques liés:



## Le diagnostic stratégique régional, une approche systémique

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS) comprendra deux parties : un **diagnostic régional et les orientations stratégiques**.

La partie diagnostic a été achevée en 2010. Elle comprend :

▪ Un **bilan régional** principalement issu des données de la santé observée, produites par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). Il fait état des données épidémiologiques et illustre les faits chiffrés significatifs et les particularités concernant l'état de santé dans la région.

▪ Un **atlas de données statistiques et cartographiques en santé** réalisé par le département Observation et analyses de la Direction du PRS. Il a permis de compléter le bilan régional des chiffres, indicateurs et visuels intéressants les activités de l'ARS.

▪ Un **diagnostic qualitatif et partagé**, réalisé entre septembre et octobre, et animé conjointement par les membres de l'ARS et de la CRSA. Près d'une centaine de personnes, professionnels de l'ARS, membres de la CRSA ou autres professionnels, ont été associés dans sept groupes de travail autour des thématiques suivantes :

- l'offre en santé ;
- les besoins et les déterminants de santé ;

- l'enjeu démographique et du vieillissement de la population ;
- l'enjeu des inégalités sociales, territoriales et environnementales ;
- la continuité des parcours et l'enjeu de la coordination des services ;
- la place et le droit de l'utilisateur ;
- l'approche médico-économique et la problématique de la maîtrise des dépenses de santé.

Une synthèse des travaux du diagnostic stratégique a été réalisée et s'organise autour de quatre grandes problématiques :

- la personne au cœur du système de santé ;
- l'accès à la santé et aux services ;
- la coordination des parcours de santé et de vie ;
- les inégalités sociales, territoriales et environnementales.

Cette synthèse a été présentée et discutée au sein de la CRSA, dans les différentes commissions et en conférences de territoire.

## Perspectives

Les travaux de synthèse du diagnostic serviront de socle à l'élaboration des orientations stratégiques. Elle sera réalisée dans une démarche analogue de co-construction autour de 80 participants, lors d'un séminaire prévu le 14 janvier 2011. Quatre ateliers y réuniront membres de la CRSA, de l'ARS et personnalités qualifiées.

Dans la perspective 2011, la Direction poursuivra ensuite ses travaux de construction du PRS. Elle présentera à la CRSA, pour avis en mars, le plan stratégique, diagnostic et orientations, et mettra en œuvre les travaux d'élaboration des schémas puis des programmes. Le PRS sera achevé fin 2011 et fera l'objet de la publication d'un arrêté de la directrice générale de l'ARS.



*Mise en œuvre de la Plateforme régionale d'information et d'orientation maladies rares (Prior) en décembre 2010 à Angers*

Dans le cadre du Plan national maladies rares, une réflexion a été conduite entre l'ARS Pays de Loire, les CHU d'Angers et de Nantes et les associations, sur les attentes et les besoins des personnes atteintes de maladies rares, de leur entourage et des professionnels et associations qui les accompagnent.

De là est né PRIOR, un concept nouveau sous forme de plateforme qui s'articule autour de 2 axes :

information et formation - - orientation et accompagnement

Ses principales missions sont :

- mettre en place un service documentaire spécialisé ;
- diffuser l'information et répondre aux demandes spécifiques des patients et des soignants ;
- organiser des journées de formation sur des thèmes spécifiques pour les soignants et les accompagnateurs ;
- conduire à un meilleur diagnostic en orientant les patients vers les structures nationales ou régionales les mieux adaptées ;
- évaluer à la demande les besoins et les difficultés des patients dans leur cadre de vie quotidien ;
- organiser la prise en charge médicale et médico-sociale et améliorer l'accès aux aides ;
- proposer une aide morale pour les patients et leur famille en mettant en place une cellule d'écoute et des groupes de parole.

Le siège de la Prior fonctionne depuis décembre 2010 et se situe au CHU d'Angers avec une antenne médicale au CHU de Nantes.

Environ 165.000 personnes seraient atteintes d'une maladie rare (maladie orpheline) en Pays de Loire.

## Contribuer à l'aboutissement du Plan régional santé environnement 2010-2013

### Les enjeux du Plan régional santé environnement

L'environnement est un déterminant majeur de la santé humaine : sa qualité ou sa dégradation ont des impacts importants sur les populations.

Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement (prévu dans le Code de la santé publique), prend en compte les effets des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie.



Le deuxième Plan régional santé environnement (PRSE2) des Pays de la Loire s'inscrit dans la continuité du PRSE1 et s'appuie sur un diagnostic des enjeux locaux en santé environnementale et sur les résultats de l'étude publiée en 2009 par l'Observatoire de la santé sur la perception des ligériens des risques pour la santé associés à l'environnement.

Il a été élaboré en cohérence avec un certain nombre d'autres plans, notamment Ecophyto, le Schéma régional air climat énergie à venir et le Plan santé travail en cours d'élaboration.

Le PRS1 (2005-2008) avait notamment permis la protection de 70% des captages d'eau destinés à la consommation humaine, la réduction de 90% des émissions de COV toxiques dans l'air d'origine industrielle, la réduction des expositions professionnelles aux agents chimiques dangereux, etc.

## Un plan co-construit avec les partenaires et les populations

Le plan régional santé environnement est porté par les services de l'Etat (Dreal, Direccte), le Conseil régional et l'ARS.

Un souci constant d'association large des partenaires a présidé à l'élaboration du plan.

- Le groupe régional santé environnement (GRSE) - instance de pilotage du plan - est composé d'une cinquantaine de membres des services de l'Etat, de collectivités territoriales, d'associations de consommateurs, de défense de l'environnement ou de professionnels de santé, de représentants des organisations professionnels et des salariés. Il a été chargé de la définition et de la validation des orientations stratégiques, de l'identification des priorités régionales et des propositions d'actions.
- 9 groupes de travail constitués de plus de 170 participants, provenant de 60 structures différentes (État, collectivités, associations, monde économique et salariés) se sont réunis de septembre 2009 à janvier 2010.
- Une large consultation publique sur le projet de plan a été organisée sous plusieurs formes :
  - mailing courrier adressé à 420 partenaires ;
  - diffusion du plan sur les sites internet de la Dréal et de l'ARS ;

- 4 réunions publiques rassemblant environ 200 personnes à Angers (16 juin), Laval (17 juin), La Roche-sur-Yon (22 juin) et Le Mans (6 juillet) ;
- consultation des Coderst.

Environ 150 contributions écrites ou orales provenant de 77 structures différentes ont ainsi pu être recueillies.

Le plan a été officiellement lancé en présence des membres du groupe régional santé environnement et de la presse, le 17 décembre 2010, par le Préfet, le Directeur adjoint de l'ARS et la Vice-présidente du Conseil régional chargée de la santé.



(image Dréal Pays de la Loire)

## Les 10 actions prioritaires pour la période 2010-2013

Trois objectifs stratégiques sont issus des travaux d'élaboration des groupes de travail :

- identifier et réduire les expositions aux nuisances environnementales (réduire les pollutions à la source autant que possible) ;
- aménager le territoire de manière à préserver ou créer un environnement favorable à la santé (identifier les espaces particulièrement exposés pour réduire les inégalités environnementales et intégrer l'aspect sanitaire en amont des projets d'aménagement du territoire) ;
- sensibiliser, informer et former les professionnels, les décideurs et la population à la santé environnementale.

Le Groupe régional santé environnement a ainsi retenu dix actions prioritaires qui concernent l'air extérieur et intérieur, la ressource en eau, l'eau distribuée, l'amiante, l'habitat indigne, le bruit, les zones de cumul de nuisances environnementales, les risques auditifs liés à la musique amplifiée, l'éducation à la santé environnementale.

### 10 actions

pour un environnement favorable à la santé

- 1 Réduire l'exposition aux substances chimiques et allergisantes de l'air extérieur
- 2 Protéger la qualité de la ressource en eau destinée à la consommation humaine
- 3 Améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs
- 4 Réduire les expositions à l'amiante
- 5 Protéger les populations, en particulier les plus sensibles, des pollutions à l'intérieur des bâtiments
- 6 Optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne
- 7 Identifier les zones de cumul d'exposition aux nuisances environnementales et agir pour diminuer l'impact sur les populations
- 8 Maîtriser et réduire les nuisances sonores à travers l'aménagement du territoire
- 9 Prévenir les risques auditifs liés à l'écoute de la musique amplifiée
- 10 Développer les actions d'éducation à la santé environnementale et la réflexion sur les risques

## Un exemple d'action concrète du PRSE : la qualité de l'air intérieur

La qualité de l'air intérieur des bâtiments est une des priorités du PRSE notamment au travers de l'action 5 : « protéger les populations, en particulier les plus sensibles, des pollutions à l'intérieur des bâtiments » qui prévoit :

- la mise en place du conseil médical en environnement intérieur auprès de patients identifiés sensibles par le CHU de Nantes ;
- des actions d'éducation à la santé environnementale du public par le relais d'associations ou de collectivités ;
- des collaborations avec les professionnels du bâtiment pour une conception de bâtiments respectueux de la santé ;
- des campagnes expérimentales de mesures de la qualité de l'air intérieur dans les établissements scolaires et les crèches, la formation des personnels d'établissements scolaires aux règles d'hygiène et sécurité, le repérage et le diagnostic des bâtiments accueillant des enfants sur des sites potentiellement pollués ;
- pour les établissements recevant du public et concernés par des teneurs significatives en radon : le renforcement du contrôle de leur conformité et accompagnement de l'évolution réglementaire à venir sur les zones prioritaires vis à vis du radon.

### Sur le terrain...

Financé par l'ARS et le ministère chargé de l'écologie, un poste de conseiller médical en environnement intérieur (CMEI) a ainsi été ouvert au CHU de Nantes. Une infirmière intervient ainsi auprès des patients allergiques de la région sur prescription médicale et se rend à leur domicile pour un audit de l'environnement intérieur.

Avec l'appui financier de l'ARS, la délégation des Pays de la Loire UFC Que Choisir a décidé de travailler spécifiquement sur ce sujet en direction du grand public : sensibilisation, accompagnement sur les choix de produits de construction et ménagers, conseils pratiques (aération, conditions d'utilisation de produits...). Elle a ainsi conçu deux supports d'information sur l'aménagement de la chambre du bébé avant la naissance et les bons gestes pour la gestion de la qualité de l'air à l'intérieur des logements. Elle organise également des réunions publiques pour alimenter le débat.

#### *La prévention des risques auditifs sur le circuit des 24 heures du Mans*

- Les mesures de bruit exécutées lors de deux éditions du grand prix de moto au Mans avaient montré l'existence d'un réel risque auditif lors des courses de moto. Le niveau sonore moyen s'élève à 105 dB et atteint régulièrement 120 dB avec des pics à 135 dB. L'oreille ne peut supporter un tel niveau sonore sans séquelle et la protection des oreilles est donc indispensable.
- La délégation territoriale de la Sarthe a monté une vaste opération de prévention :
- dépliants et affiches de prévention sur tout le circuit,
- stand de l'ARS : le personnel de la délégation s'est relayé pour distribuer des bouchons d'oreilles gratuitement, expliquer les risques encourus et conseiller l'achat de casques pour les enfants.
- Un pilote français du Grand Prix 125 cc, Johan Zaarco a également apporté son soutien à l'opération.
- 38 000 paires de bouchon ont ainsi été distribués. Les spectateurs ont très bien accueilli cette opération, manifestant leur satisfaction de trouver un moyen de protection auquel ils n'avaient pas pensé.

#### *La lutte contre l'habitat indigne en Loire-Atlantique*

La délégation territoriale de Loire-Atlantique a participé activement à la construction et à la mise en place du pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne qui sera effectif au 1er janvier 2011. Il s'agit d'une instance de concertation et d'orientation qui regroupe l'ensemble des partenaires (sociaux, techniques, associatifs, financier...) concernés afin d'étudier les dossiers à problèmes et ainsi mettre en place les améliorations nécessaires.

La délégation territoriale a également défini des engagements principaux basés d'une part sur l'accompagnement des collectivités locales n'ayant pas de dispositif opérationnel sur la lutte contre l'habitat indigne (hors Nantes et St-Nazaire et secteurs d'OPAH) et d'autre part sur l'instruction des procédures d'insalubrité des logements au titre du Code de la santé publique.

Elle a, de plus, proposé au préfet, via un arrêté préfectoral signé le 13 février 2011, de redonner un fondement réglementaire au critère de la surface minimale des logements construits antérieurement à la date d'application du décret n°69-596 du 14 juin 1969.

## Assurer une gestion mieux coordonnée des alertes sanitaires

La sécurité sanitaire, au cœur des relations ARS / préfet, présente un enjeu stratégique de continuité des actions menées afin de garantir la sécurité des populations.

### La signature de protocoles entre l'ARS et les préfets

A sa création, l'agence a œuvré à la signature de cinq protocoles provisoires (avril 2010) puis définitifs pour trois ans (juillet 2010) avec les cinq préfets de département composant la région.

Ces protocoles comportent plusieurs volets relatifs aux modalités d'articulation entre l'agence et les préfetures : communication et situations de crises, compétences déléguées en santé-environnementale, hospitalisation d'office, étrangers malades, inspections dans le secteur médico-social, régionalisation des astreintes de l'Agence. Certains de ces volets ont été adaptés en

fonction des réalités locales (ex : contrôle des eaux de loisir, coquillages, ...).

Ces protocoles ont fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des Préfets de la région au sein du Comité Régional de Sécurité Sanitaire, prévu par la loi HPST et qui s'est réuni deux fois en 2010.

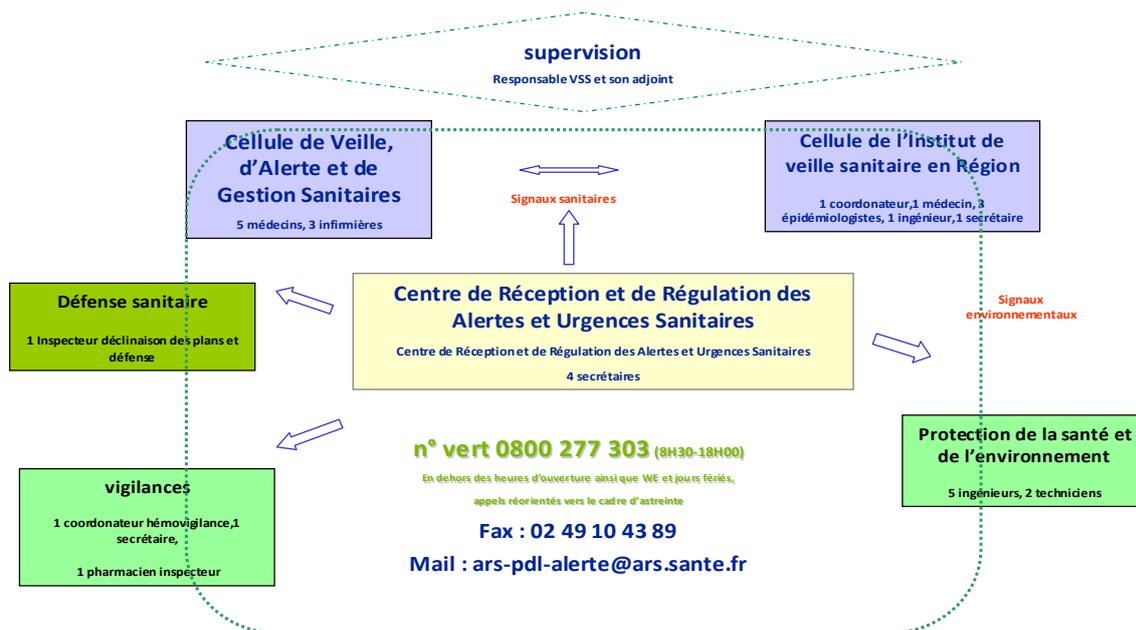
Ils ont été retenus par les préfetures comme relevant des dispositifs répondant au Plan régional stratégique de l'Etat dans le cadre de son volet sécurité des personnes et des biens.

### La régionalisation de la Veille sécurité sanitaire (VSS)

La Veille sécurité sanitaire était anciennement partagée entre plusieurs acteurs régionaux - DDASS, DRASS (CIRE), ARH - et extra régionaux - Zone de Défense, INVS, DGS-DUS... . Un important travail de réflexion avait été réalisé en phase de préfiguration entre les différents acteurs et a ainsi pu être exploité.

La réorganisation de la VSS a consisté en 2010 en un travail complexe afin de passer progressivement d'une organisation, pour l'essentiel, départementale à une organisation régionale tout en assurant une continuité de service, en mutualisant des ressources techniques rares et dispersées et en s'assurant d'une possibilité de recours à une expertise spécifique afin d'assurer une capacité de réponse de qualité constante.

## Organigramme du dispositif de veille



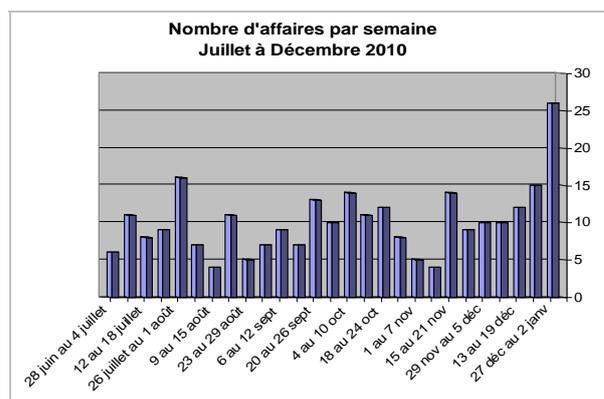
Plateforme régionale de veille et sécurité sanitaires

## Mise en place d'une plateforme de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires

- Dans un premier temps, un point focal a été installé au 1<sup>er</sup> avril 2010. Un numéro vert, une adresse de messagerie et la gestion de la boîte « alerte » ont été mis en place. Le dispositif d'astreinte de l'agence a été poursuivi par l'utilisation d'un serveur vocal orientant le partenaire vers l'astreinte dédiée. Une communication a également été effectuée auprès des partenaires de la veille et de l'alerte.
- Des formations ont été réalisées avec l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) pour les « permanencières » du centre de réception et de régulation des alertes et urgences sanitaires.
- Un outil de gestion des signaux pour les techniciens a été choisi en mai 2010 au sein des ARS de la Zone de défense Ouest.
- Une montée en charge des activités de veille pour la gestion des signaux à porte d'entrée médicale a été effectuée au 1<sup>er</sup> juillet sur 3 départements et au 1<sup>er</sup> octobre sur les 2 autres départements.

La progressivité dans cette montée en charge a pris en compte la contrainte d'affectation des agents (médecins notamment) afin de garantir la continuité de service au niveau régional.

273 affaires médicales enregistrées sur la plateforme, soit en moyenne 10 affaires par semaine donnant lieu ou non à investigation.



## Continuité des astreintes

La veille aux heures non ouvrables a été assurée dans un premier temps par un dispositif reposant sur la continuité des astreintes anciennement assurées par les Ddass via les délégations territoriales. L'année 2010 a été consacrée à la montée en charge d'un nouveau schéma reposant sur :

- une astreinte de direction ;
- deux astreintes administratives bi-régionalisées ;

- deux astreintes techniques médicales et santé-environnementales.

Des outils collaboratifs ont été élaborés et mis en ligne sur un espace dédié accessible via Internet (Mallette d'astreinte). Le lancement du nouveau dispositif d'astreinte a été réalisé comme prévu le 3 janvier 2011.

## Maintien des relations de travail avec la cellule inter-régionale d'épidémiologie (CIRE) et la cellule hemovigilance

Les CIRE assurent les missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en région.

Les CIRE sont placées, au sein de l'ARS, sous l'autorité administrative de son directeur général et sous l'autorité scientifique du directeur de l'InVS, qui en assure la responsabilité scientifique.

La CIRE des Pays de Loire a mis en œuvre en lien avec l'ARS un dispositif de signalement, de dépistage précoce et de gestion des insuffisances rénales aiguës (IRA) et gastro-entérite aiguë (GEA) dans les établissements médico-sociaux de la région.

### *La gestion de crise de la tempête Xynthia*

La Vendée a été mortellement frappée par la tempête Xynthia qui frappe la France dans la nuit du 27 au 28 février. Elle y fait au moins 53 victimes dont 29 dans le seul département de la Vendée.

Si cet événement exceptionnel a mobilisé, dès les premières heures, en cellule opérationnelle de crise le personnel de la DDASS, sa gestion à moyen et long terme est une illustration des nouvelles missions dédiées aux délégations territoriales avec l'émergence de l'animation des politiques de territoire.

Du 28 février jusqu'à la mi mars, les services ont été mobilisés sur le dispositif d'urgence, l'évacuation de l'EHPAD, la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement, une présence quotidienne aux réunions inter institutionnelles animées par le Préfet...

Après cette phase aiguë de crise, la délégation territoriale de Vendée est restée très investie afin de trouver des solutions au besoin de santé des populations touchées par les intempéries.

Cette dynamique territoriale collective s'est traduite par une approche globale et transversale de la santé en partenariat et en lien étroit avec les institutions et autorités départementales (Préfecture, Conseil Général, Direction de la Cohésion sociale, Education Nationale, ERDF, établissements et services

La délégation territoriale s'est ainsi investie sur la prise en charge psychologique des populations ciblées (familles endeuillées, personnes âgées, agriculteurs...) en lien étroit avec le centre hospitalier Georges Mazurelle.

Cette prise en charge globale de la santé des populations touchées s'est illustrée également autour de la problématique en santé environnementale, avec un investissement particulier sur le suivi des effets secondaires de la tempête et des inondations.

## Défense sanitaire et sécurité

Les dispositions "confidentiel défense" ont été déployées sur la base du nouvel organigramme de l'ARS : recensement des plans existants dans la région et mise en œuvre des instructions comme par exemple le dispositif anti-ligériose et la gestion de crise des hydrocarbures.

### Bilan de la veille et alertes sanitaires

Environ trois cent affaires médicales ont été gérées par la cellule de veille, une trentaine d'alertes de portée nationale, à porte d'entrée médicale ou environnementale. L'ARS des Pays de Loire a notamment du faire face à la crise liée aux problèmes d'approvisionnement en carburants.



## Garantir la permanence des soins

Afin d'assurer sur la totalité du territoire régional une réponse performante et efficace aux demandes de soins non programmées, l'organisation de la permanence des soins dans la région s'est construite en intégrant les champs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Sur cette base, l'année 2010 a permis :

### Une réorientation de la permanence des soins hospitalière en 2010

Dans la perspective d'une rationalisation des gardes et astreintes, et au regard des besoins et de la ressource médicale, l'ARS a procédé à la répartition de 20% de l'enveloppe financière (soit environ 7,3 M€) dédiée à la permanence des soins hospitalière des établissements publics ou participant au service public hospitalier.

Par ailleurs, un processus de renégociation des conventions entre les hôpitaux et les associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS) est en cours de finalisation.

Un partenariat fort avec les médecins libéraux par le biais d'une représentation départementale des régulateurs et des effecteurs au sein des ADOPS a permis également une responsabilisation plus importante des acteurs dans la PDSA.

A terme une contractualisation entre ADOPS et ARS sur des engagements chiffrés est prévue.

### La mise en lumière d'une spécificité régionale concernant la permanence des soins ambulatoire (PDSA)

*Les Pays-de-la-Loire : siège de l'expérimentation nationale d'un nouveau mode de rémunération de la permanence des soins*

Le projet retenu par le ministère repose sur 4 principes :

- la définition d'un schéma cible prenant en compte la territorialisation des soins de premier recours et une cible économique équitable sur l'ensemble du territoire ;
- la mise en situation de responsabilité des opérateurs de la permanence des soins sur la base d'une délégation de gestion via une convention passée avec l'ARS ;
- une incitation à converger vers la cible régionale ;
- une possibilité de valorisations (plafonnées) de rémunérations laissées au choix des opérateurs.

Le schéma-cible régional intègre les principes d'une régulation avec des médecins régulateurs libéraux. Leur nombre est calibré en fonction du nombre d'affaires à traiter par tranches horaires. L'effectif doit être en cohérence avec le nombre de territoires de premier recours et privilégier les points fixes tels que les centres d'accueil pour la permanence des soins (CAPS ou maison médicales de garde) avant minuit et le week-end, et, en nuit profonde. Il doit également garantir la présence d'un médecin par territoire ou un médecin mobile pour plusieurs territoires.

Son organisation découle de l'estimation du nombre d'actes à partir de l'évaluation régionale réalisée en 2009.

**Fin 2010 des projets départementaux d'expérimentation étaient en cours de négociation dans les territoires de Loire**

### *Une structuration spécifique pour la permanence des soins en kinésithérapie*

L'évaluation de l'astreinte de kinésithérapie respiratoire réalisée sur la période 2009-2010 a permis de dégager un **schéma de réorganisation de la permanence en soins de kinésithérapie** avec une période transitoire 2010-2011.

## L'installation des CODAMUPS rénovés

Pour la mise en conformité avec le nouveau cadre juridique des instances dédiées à l'organisation des urgences et de la permanence des soins, des **comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS)** de Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée ont été installés fin 2010. Celui de Loire Atlantique a été installé début 2011.

Les CODAMUPS sont désormais co-présidés par le DGARS et le préfet de département. Leur composition a été légèrement modifiée et intègre notamment les représentants des unions

**Atlantique, Maine et Loire et Mayenne** et en début de réflexion en Sarthe et Vendée.

Un travail de redéfinition et de mise en cohérence des budgets de fonctionnement des CAPS a été initié en 2010.

Ce schéma est basé notamment sur une couverture régionale de l'astreinte et l'extension de sa plage au samedi après-midi et sur l'attribution de frais de fonctionnement aux associations.

régionales des professionnels de santé des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes.

Ils ont pour mission de rendre des avis sur la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et sur l'organisation départementale de la PDSA ainsi que sur le cahier des charges régional qui sera arrêté en 2011. Ils doivent ensuite évaluer ce dispositif et proposer des modifications jugées souhaitables.

Les CODAMUPS sont également garant de la coopération entre les acteurs de l'aide médicale urgente, de la PDSA et des transports sanitaires.

## La construction d'un dispositif de concertation original

Un **Comité régional de concertation des soins de premiers recours (CORECS)** a été créé et installé en 2010 pour la concertation et le dialogue avec les professionnels et les partenaires intervenant sur le secteur.

Sa mission est de :

- partager le diagnostic et de construire une réflexion prospective sur l'offre de soins ambulatoire au niveau régional ;
- prendre connaissance et porter un avis sur les démarches, les outils d'accompagnement ;
- favoriser le développement des exercices regroupés des professionnels par une mise en cohérence des stratégies des partenaires de l'ARS ;
- suivre et évaluer les projets d'expérimentation mis en œuvre.

Il représente le niveau stratégique de l'organisation et a un rôle consultatif.

**Cinq comités d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er Recours (CATS)** constituent, sur chaque territoire de santé, le « guichet unique » en charge de l'accompagnement des acteurs.

Il a la charge :

- d'accompagner les porteurs de projets et de leur apporter une aide au diagnostic, à l'étude de faisabilité et au montage de projets ;
- de les informer des différents financements possibles ;
- d'initier et de favoriser les rencontres entre professionnels.

## La structuration d'une plate-forme régionale d'appui

Complémentaire du dispositif de concertation des acteurs, la plate-forme est chargée d'apporter un **appui opérationnel aux CATS** et de **préparer les CORECS**.

### La permanence des soins en quelques chiffres

Il existe une centaine de secteurs et 27 maisons médicales de garde sur le territoire.

21,9 millions d'euros soit un peu plus de 6,3 euros par personne en moyenne sont consacrés à la permanence des soins en Pays de la Loire en 2009.

Ceci correspond en moyenne à 1,6 actes/100 000 habitants le soir, 1,3 actes/100 000 hab la nuit et 54,4 actes/100 000 hab le week-end.

On peut noter une concentration de l'activité sur les zones couvertes par SOS médecins le soir et la nuit. (hors activité SOS médecins : 0,3 actes/100 000 hab la nuit et 2,9 actes/100 000 hab le soir).

### *La mise en place d'un dispositif original de permanence des soins en Mayenne*

La mobilisation des différents acteurs territoriaux - Médecins libéraux, CPAM, DDASS - a permis la mise en place d'un dispositif original animé par l'association départementale pour l'organisation de la permanence des soins de la Mayenne (ADOPS 53).

Cette organisation repose sur :

- la détermination de huit territoires de garde ;
- la mise en place de 7 maisons médicales de garde adossées à des établissements hospitaliers ;
- la mise en place d'une régulation médicale libérale au centre 15.

Sur chaque territoire de garde deux médecins « effecteurs » sont de garde, l'un en première ligne, l'autre n'étant appelé que si le nombre d'appels le nécessite.

La permanence des soins couvre toutes les nuits de 20h00 à 08h00 (sauf dans les trois territoires urbains où elle s'arrête à minuit), les samedi après-midi, les dimanches, les jours fériés et les « ponts ».

Les négociations relatives à ce dispositif ont débuté en 2005 avec les différents partenaires puis mis en œuvre en Mayenne début 2006.

Le dispositif législatif de permanence des soins initié par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 a repris un grand nombre d'éléments de l'organisation mise en place en Mayenne. Dans ce cadre, une nouvelle expérimentation régionale de permanence des soins est en cours de développement.

La délégation territoriale de Mayenne, en lien étroit avec l'ADOPS et les autres partenaires, met en place cette expérimentation en s'appuyant de manière dynamique sur l'expérience précédemment développée au niveau territorial.

## Lutter contre les déserts médicaux

Dans un contexte de mutation profonde de l'offre de soins de 1er recours sous la pression conjuguée des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé et de la démographie médicale, il apparaît que l'exercice regroupé des professionnels de santé permet de répondre aux nouvelles aspirations de ces derniers et une meilleure coordination tout en offrant de nouveaux services aux patients.

Sur cette base, l'agence s'est appliquée en 2010 à poursuivre le développement des nouvelles formes d'organisation des soins de premier recours, telles les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, et à structurer une organisation transversale pour la répartition de l'offre.

### Un développement des modes d'exercice coordonné

La région a bénéficié en 2010 du **plan de développement de maisons de santé en milieu rural**, lancé en février par le chef de l'Etat lors des assises territoriales, et confirmé en mai par un programme national visant le financement de 250 maisons de santé pour la période 2010-2013.

Les maisons de santé constituent une forme renouvelée de l'exercice libéral. Elles dispensent une offre de soins pluridisciplinaire dans le cadre d'un projet de santé et apportent un élément de réponse face à la désaffection de la médecine générale par les jeunes médecins et aux problèmes de démographie médicale.

Fin 2010 on compte dans la région sept maisons de santé constituées, 37 dont le projet est en cours de "construction" et quatorze en début de réflexion.

Pour la mise en œuvre du programme national "250 MSP", un comité de sélection a été constitué avec une coprésidence directrice générale de l'ARS et préfet de région. Il a rassemblé les préfets de département, les collectivités locales (conseil régional, conseils généraux et associations des maires) et les

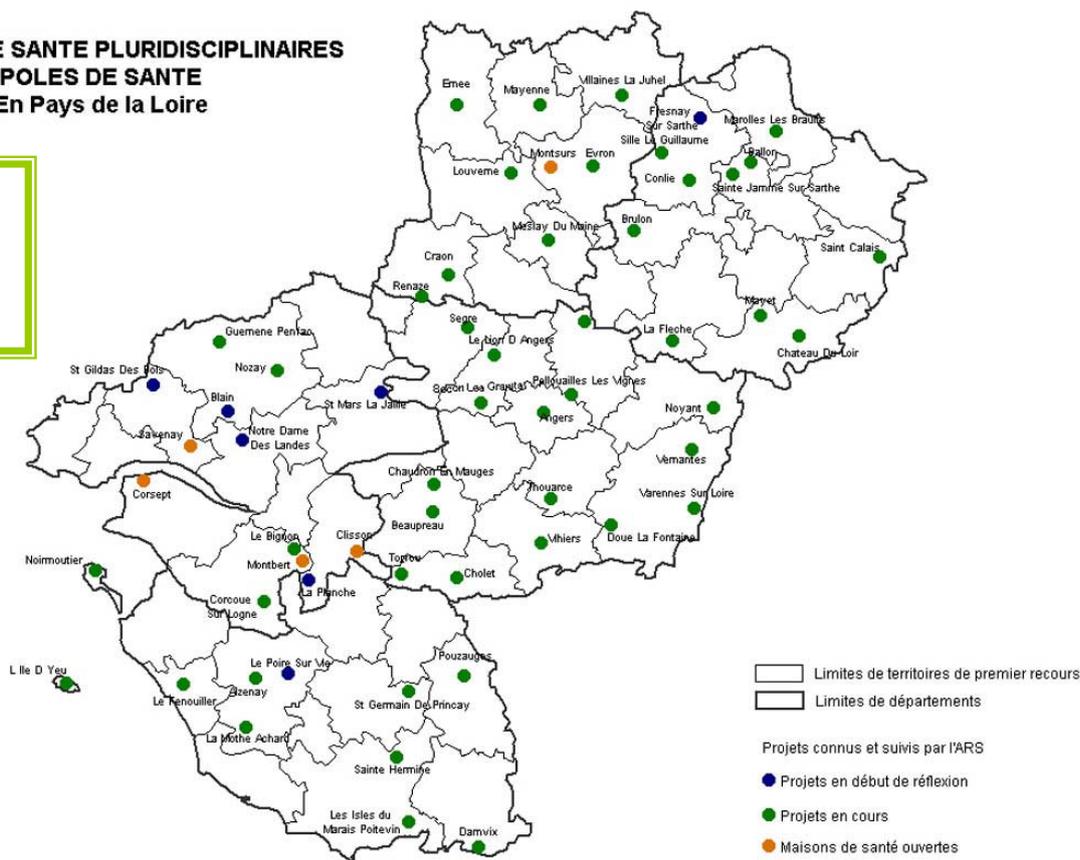
représentants des professionnels de santé. Ses deux missions ont été de sélectionner les projets prioritaires sur la région pour bénéficier d'un financement Etat pour l'investissement et de favoriser une intervention concertée des différents financeurs autour de ces projets.

Le comité a retenu 19 projets de MSP au titre de leur implantation dans un territoire où l'offre de soins nécessitait d'être confortée et parce qu'ils contenaient un projet de santé formalisé ou en cours de finalisation.

En 2010, 206 902 € ont été versés sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour des financements de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dont 103 397 € pour de l'accompagnement de projets et 103 505 € pour de l'aide au démarrage.

## MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES POLES DE SANTE En Pays de la Loire

51 Projets :  
14 en début de réflexion  
37 en cours de "construction"  
7MSP Ouvertes



## L'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations

Afin de dépasser les limites des modes de rémunération actuels et ainsi de faciliter les initiatives de nouvelles répartitions des activités ou l'offre de services, l'ARS a décidé de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, ceux-ci pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte.

L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention. Toute structure

pluri-professionnelle ambulatoire qui a formalisé un projet de santé visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins est concerné.

Dans la région des Pays-de-la-Loire, neuf sites ont souhaité s'engager dans une démarche visant à leur entrée effective dans l'expérimentation. Le département secteur libéral de l'Agence a accompagné les sites dans leur démarche pour aboutir à la signature d'une convention précisant les objectifs et actions prioritaires ainsi que leurs modalités de financement. L'objectif est que les conventions soient toutes validées pour le premier trimestre 2011.

## Installer la nouvelle gouvernance du secteur médico-social

Pour exercer leurs activités, les établissements et services sociaux et médico-sociaux œuvrant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants ou des personnes en difficultés sociales sont soumis à l'obligation d'obtenir une autorisation administrative pour toute création, transformation ou extension, auprès des services de l'Etat ou/et des conseils généraux selon la catégorie d'établissement ou de service.

Cette procédure d'autorisation a été rénovée en profondeur par la loi HPST en instaurant une procédure d'appels à projets sur la base d'un cahier des charges identifiant notamment les besoins médico-sociaux à satisfaire.

Elle a pour objectifs d'encourager l'innovation et l'expérimentation, d'organiser de façon plus efficace la sélection des projets afin qu'ils s'inscrivent en réponse aux évolutions des besoins des personnes de façon collective et concertée.

Dans ce cadre, l'Agence régionale de santé Pays de la Loire a publié en décembre 2010 le calendrier prévisionnel des appels à projets qui seront lancés en 2011.

Ces appels à projets visent à renforcer l'offre en faveur des personnes handicapées (création de places de service d'éducation spéciale et de soins à domicile) et des personnes

âgées (création de places de services de soins infirmiers à domicile), dans une logique d'accompagnement de la personne dans son milieu de vie ordinaire. Un appel à projet expérimental est plus particulièrement consacré à l'accompagnement des jeunes âgés de plus de 20 ans en attente de place dans un établissement pour adultes handicapés.

La décision d'autorisation sera rendue après classement des projets par une commission de sélection des appels à projets.

Relevant d'une compétence exclusive de la Directrice Générale de l'ARS, elle comporte notamment un collège des usagers désigné sur proposition de la commission spécialisée pour les prises en charges et accompagnements médico-sociaux de la CRSA.

### 9 appels à projets ont été préparés et décidés l'année 2010 et seront ainsi lancés par l'ARS Pays de la Loire en 2011

>> Dans le champ des établissements et services pour personnes handicapées est prévue la création d'un dispositif expérimental d'accompagnement adapté des jeunes en situation d'amendement Creton, de 24 places de service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour jeunes atteints de déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés sur l'agglomération nantaise, de 20 places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) en Loire Atlantique, de 37 places de FAM en Vendée, de 30 places en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) en Sarthe.

>> Dans le champ des établissements et services pour personnes âgées est prévue la création de 18 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Mayenne, de 41 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Maine et Loire, de 76 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Loire-Atlantique, de 20 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Sarthe.

Par ailleurs, des appels à projets EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ont vocation à être lancés en 2011.

## Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

### Le développement et la diversification de l'offre médico-sociale

Au regard des enjeux du champ médico-social pour les années à venir, la programmation de l'offre médico-sociale doit prioritairement porter sur :

- les besoins de maintien et d'accompagnement à domicile quel que soit le public concerné (personnes âgées et personnes handicapées) ;
- la réduction des inégalités territoriales d'accès à l'offre ;
- la transformation des établissements d'accueil, notamment pour les enfants, d'une part vers une offre de services, en privilégiant l'accès à la scolarité et, d'autre part, pour les personnes, enfants ou adultes qui nécessitent des prises en charge plus lourdes, vers une qualité et une expertise accrues.

### L'accompagnement des personnes en situation de handicap

#### *L'adaptation de l'offre et la création de places en 2010*

La région Pays de la Loire se distingue **par un niveau soutenu de transformations** sur le champ du handicap. Ainsi, les transformations réalisées au niveau régional représentent 48% des places créées par transformation sur la France entière.

Outre ces places créées par redéploiement de l'offre existante, en 2010, **172 places nouvelles** ont été installées dans la Région sur

les enveloppes de création de places notifiées par la CNSA. (69 places sur le secteur adulte et 103 places pour enfants dont 72 places de SESSAD).

De plus, **43 places nouvelles d'ESAT** (Établissements et services d'aide par le travail) ont été créées sur la région.

En 2010, 138 places d'Institut médico-éducatif (IME) et 15 places d'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) ont été transformées en :

- 234 places de Services d'éducation spéciale et de soins à domicile ;
- 68 places d'unité pour enfants atteints de troubles envahissants du développement (TED) ou autisme ;
- 43 places d'unité pour enfants atteints de handicaps associés ;
- 12 places d'accueil temporaire pour enfants ;
- 20 places d'ITEP ;
- 5 places d'accueil temporaire pour adultes ;
- 1 place de Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et 33 places de Maison d'accueil spécialisée (MAS) dont 15 installées en 2013.

## *Le plan autisme en Pays de la Loire*

La mise en œuvre du plan autisme s'est poursuivie en 2010 dans la région autour des axes suivants :

- **l'adaptation de l'offre existante** pour renforcer l'accompagnement des IME en faveur de ce public ;
- **la création de places nouvelles** pour l'accompagnement des personnes atteintes de TED-autisme ;
- **une dynamique partenariale en faveur de la coordination des parcours** : L'ARS a réuni le Comité régional autisme en juin 2010.

A cette occasion ont été présentés les résultats du premier volet d'une étude menée par l'ORS et le CRERA sur les parcours scolaires des enfants et adolescents avec autisme et troubles envahissants du développement.

Le rapport du volet 2 (relatif à l'opinion des professionnels du médico-social et du sanitaire en charge des enfants) ainsi que le recueil des données du troisième et dernier volet (s'adressant aux enseignants qui assurent la scolarisation ou accompagnent le suivi des enfants autistes) sont en cours de finalisation.

- 68 places créées par transformation de l'offre en faveur des jeunes atteints de TED-autisme dans la région.
- 23 nouvelles places pour enfants (12 en Loire Atlantique et 11 en Mayenne), 26 places de FAM pour adultes atteints de TED-autisme dans le Maine et Loire.

## *L'accompagnement des jeunes relevant de l'amendement CRETON*

Offrir un accompagnement adapté aux besoins des jeunes de plus de 20 ans qui sont maintenus par défaut en établissement pour enfants, est un objectif prioritaire pour l'ARS.

Une enquête menée par l'ARS en octobre 2010 a montré la présence de 421 jeunes âgés de plus de 20 ans maintenus dans des établissements pour enfants handicapés, majoritairement orientés en ESAT (160 jeunes), en MAS (79 jeunes), en foyer de vie (68 jeunes) et en FAM (51 jeunes).

Cette enquête permettra de conduire à un plan d'action, dont les pistes sont les suivantes :

- favoriser le passage des jeunes vers les ESAT (travail sur les sorties d'ESAT des travailleurs vieillissants en lien avec les Conseils Généraux, travail sur les sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire) ;
- développer la prise en compte des problématiques liées au passage à la majorité en développant les relais d'accompagnement entre 16 et 25 ans ;
- envisager la transformation de places pour enfants en places pour adultes (ex : transformation de places d'IME en MAS).

## **L'accompagnement des personnes âgées**

### *La création de places nouvelles en 2010*

Concernant l'accompagnement des personnes âgées, **927 places nouvelles** ont été installées dans la Région en 2010 : 56 places d'accueil de jour, 22 places d'hébergement temporaire, 259 places de SSIAD, 590 places d'EHPAD.

Par ailleurs, les enveloppes anticipées 2011-2013, notifiées par la CNSA en juin 2010 ont permis d'autoriser, en 2010, **584 places nouvelles pour l'accompagnement des personnes âgées** (260 places d'EHPAD, 216 places de SSIAD, 108 places

d'accueil de jour). Ces places seront installées entre 2011 et 2013.

**La répartition de ces places répond à un objectif de diversification de l'offre (l'accompagnement en milieu ordinaire représente 55%) et de réduction des inégalités territoriales** (les territoires déficitaires ont été ciblés notamment la Loire Atlantique et la Sarthe pour ce qui concerne les EHPAD.)

### *La mise en œuvre du plan Alzheimer :*

Le plan national Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 comporte 11 objectifs répartis sur 44 mesures notamment dans les domaines de l'accès au diagnostic et de l'optimisation du parcours de soins, du soutien aux aidants et de l'aide au maintien à domicile, de la coordination entre les intervenants, de l'accueil en établissements

#### **Plusieurs mesures ont bénéficié d'un développement significatif durant l'année 2010 :**

- travail sur une mise en cohérence des accueils de jour avec les seuils requis ;
- 2 projets régionaux retenus en 2010 dans le cadre de l'appel à projet national pour des formules innovantes favorisant le maintien à domicile ;
- validation de la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) de la Sarthe, après la phase expérimentale ;
- expérimentation de 7 SSIAD spécialisés (plus un 8<sup>ème</sup> dont le dossier est en cours d'instruction) ;
- amélioration du recensement de l'activité des Consultations Mémoire ;
- labellisation (procédure en cours) de 28 Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) et de 5 Unités d'hébergement renforcé (UHR) ;
- reconnaissance (procédure en cours) de 3 nouvelles Unité cognitivo-comportementale (UCC).

Par ailleurs, les résultats d'une étude relative aux freins et aux conditions de succès du développement de l'accueil de jour réalisée en 2009, a conduit la direction générale de la cohésion sociale à définir une capacité minimale pour les accueils de jour (6 places pour les accueils de jour adossés aux EHPAD et 10 places pour les accueils de jour autonomes).

Par conséquent, un travail a été engagé en 2010, par les délégations territoriales de l'ARS en lien avec les Conseils généraux, sur la réorganisation de l'offre d'accueil de jour dans un objectif de regroupement de places autour de ce seuil minimum. Cela a pour objectif de permettre la mise en œuvre, par les structures, d'un véritable projet d'établissement et de soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.



### *Le soutien aux dispositifs de coordination gérontologique*

Il existe dans la région quatre réseaux de gérontologie (Secteur Challans - Machecoul, Angers, saumurois, Château du Loir) soutenus par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIOCS).

Par ailleurs, des subventions ont été accordées à certains CLIC et ont notamment permis d'apporter des compétences en ergothérapeute. Les modalités de cette aide sont en cours de réaménagement.

#### *Les mesures nouvelles financées dans le domaine du médico-social en 2010*

##### >> Personnes en situation de handicap

La dotation régionale d'assurance maladie sur le secteur du handicap s'est élevée à 449 855 457 €, celle de l'Etat à 75 791 019 €.

La dotation régionale sur le secteur des personnes confrontées à des difficultés spécifiques s'est élevée à 15 052 297 €.

##### >> Personnes âgées

La dotation régionale assurance maladie sur le secteur personnes âgées s'est élevée à 546 979 618 €.

# L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'offre médico-sociale

## La poursuite de la démarche de contractualisation

L'année 2010 a été une année de transition qui a permis à l'ARS de faire le point sur les outils et processus utilisés précédemment par les Ddass et les Drass dans leur démarche de contractualisation avec les établissements médico-sociaux. Les outils ont ainsi pu être revisités dès 2010.

Concernant les établissements pour personnes handicapées, le dialogue de gestion a alors été conduit à travers quatre axes :

- les prestations d'accompagnement et de soins ;
- le pilotage d'une démarche qualité avec un objectif de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- la mise en place d'une organisation efficace ;
- l'inscription de l'établissement dans une dynamique territoriale.

17 dialogues de gestion et un nouveau CPOM conduits en 2010

Concernant les établissements pour personnes âgées, l'élaboration de la nouvelle trame de convention tripartite a été recentrée sur les objectifs suivants :

- en terme de qualité :
  - conduite d'une auto-évaluation dans l'ensemble des EHPAD,
  - lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance ;
- en terme d'efficacité :
  - intégration des mesures de gestion du risque dans les EHPAD et d'un nouveau volet médicament,
  - sécurisation du circuit du médicament en EHPAD,
  - réflexion sur le livret thérapeutique à développer au sein de l'établissement,
  - réflexion sur le risque de iatrogénie en partie liée aux psychotropes.

44 conventions tripartites et avenants signés depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010

Dans le cadre de la convergence tarifaire, la contractualisation de 74 établissements a été revue et a conduit à 67 avenants (les établissements ayant des dépassements inférieurs à 10 % n'ont pas fait l'objet d'avenant)

## Le lancement de projets de coopération

Afin de redynamiser la coopération entre les différents intervenants du médico-social, l'ARS souhaite encourager la création de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

L'ARS Pays de la Loire a ainsi signé un GCSMS avec AGAPE dans le domaine des services aux personnes âgées. Un GCSMS est en cours de négociation avec le Groupement inter-associatif de coopération (GIAC) dans le domaine de l'enfance handicapée.

## Le développement de la bientraitance

L'ARS a relayé en région l'enquête de l'ANESM\* dans le cadre de l'opération "Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement" au travers notamment d'actions d'information et de relance des établissements, de contrôle de cohérence et de remontée de données au niveau national.

En parallèle, des entretiens ont été menés auprès des directeurs, médecin coordonnateur et infirmier coordonnateur de 12 EHPAD. Ils ont été effectués par un binôme constitué d'un médecin inspecteur de santé publique et d'un inspecteur de

l'action sanitaire et sociale au cours des visites de l'ARS dans les établissements.

Cette étude met l'accent sur les conditions de mise en place des projets personnalisés de vie et de soin, sur l'insertion dans les réseaux et sur la formation du personnel, autant d'items sur lesquels la région a été classée « significativement en dessous de la moyenne nationale ».

Le rapport sera rendu fin février 2011.

\*Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

### *La gestion des plaintes en Pays de la Loire*

La gestion des plaintes a été régionalisée afin de s'assurer d'une réponse rapide et homogène à l'ensemble des plaintes, de dégager une vision synthétique des problèmes constatés dans les établissements de santé et les structures médico-sociales et de mettre en œuvre les actions correctrices en cohérence avec les politiques menées par l'ARS.

**290 plaintes et signalements** ont été reçus par le service des relations avec les usagers et les partenaires de l'ARS d'avril à décembre 2010.

**138 plaintes** ont concerné le système et les structures de santé :

- 108 sur les prises en charge médicales ou hôtelières dans les établissements de santé (notamment sur l'hygiène, les repas et le bruit dans les services hôteliers, sur le comportement du personnel - y compris des médecins- et sur les soins) ;
- 17 sur les difficultés d'accès aux soins ;
- 13 concernant divers problèmes de santé.

Les structures médico-sociales ont fait l'objet de **70 plaintes** dont 51 relatives aux prises en charge et 19 (divers médico-social) concernant des recherches de place ou des situations individuelles.

**40 signalements d'événements indésirables** ont également été comptabilisés dans le domaine médico-social concernant des suicides, fugues, vols, situations de maltraitements (agressions physiques ou verbales entre personnels, résidents et familles ou entre résidents).

Le nombre de plaintes relatives au secteur médico-social a certainement été plus important, certaines délégations territoriales ayant continué à les traiter directement jusqu'en septembre 2010.

**42 plaintes et demandes diverses** ont été reçues et pour certaines réorientées vers une autre institution compétente.

## Développer la gestion du risque

Depuis le décret du 18 mai 2010, les ARS ont en charge le pilotage du Programme régional de gestion du risque (PRGDR).

Celui-ci comprend 3 volets :

- dix priorités nationales de gestion du risque à mettre en œuvre en collaboration avec l'assurance maladie ;
- les programmes de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ;
- un volet spécifique à la région.

Pour chaque priorité, les ARS ont reçu des directives nationales déclinant les actions à venir (sauf pour l'imagerie médicale et les soins de suite et de réadaptation qui sont en attente de directives).

### Les dix priorités nationales de gestion du risque

1. les transports sanitaires
2. l'insuffisance rénale chronique
3. la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus
4. la prescription hospitalière de médicaments exécutée en ville
5. l'imagerie médicale
6. la chirurgie ambulatoire
7. l'efficacité des EHPAD
8. la prescription dans les EHPAD
9. la permanence des soins ambulatoire et hospitalière
10. les soins de suite et de réadaptation

Une commission régionale de gestion du risque ainsi qu'une équipe projet opérationnelle ont été mises en place afin de conduire les travaux de mise en œuvre du PRGDR.

Elles associent des représentants de chaque organisme d'assurance maladie (RSI, MSA, régime général), ainsi qu'un représentant des organismes complémentaires et un représentant de la direction régionale du service médical.

L'équipe-projet opérationnelle coordonne des groupes de travail régionaux par thème composés à parité assurance maladie / ARS.

Les thèmes suivants ont été particulièrement sélectionnés :

- médicaments et EHPAD ;
- médicaments et prescription hospitalière ;
- transports sanitaires ;
- chirurgie ambulatoire ;
- insuffisance rénale chronique et pathologies cardiovasculaires.

## Les transports sanitaires

Un diagnostic régional sur le taux d'évolution et le niveau des dépenses des transports sanitaires a été réalisé et a mis en évidence des établissements éligibles à un contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS).

## L'insuffisance rénale chronique

Une action auprès des professionnels a été menée sur les 3 volets de l'insuffisance rénale chronique à développer :

- 1. le dépistage et la prévention** : un questionnaire a été élaboré avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) afin d'évaluer les difficultés d'application des recommandations de bonnes pratiques concernant le dépistage de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par les médecins généralistes.
- 2. la dialyse péritonéale** : une réunion avec les professionnels a permis de diagnostiquer 7 facteurs de blocage au développement de cette technique.
- 3. le développement de la greffe rénale** : une entrevue avec les coordonnateurs de greffe de la plupart des hôpitaux de la région a été menée et mis en évidence des pistes d'amélioration.

## La prescription des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste en sus

Un suivi du taux d'évolution des dépenses des molécules onéreuses est effectué très régulièrement par le comité régional du médicament et des dispositifs médicaux (CRMDM) dans le cadre de la circulaire du 12 novembre 2010 concernant le respect des référentiels de bon usage des dispositifs médicaux (RBU). Un pré-ciblage des établissements éligibles a été effectué (10 % des établissements des Pays de la Loire).

## La prescription hospitalière de médicaments exécutée en ville

Une analyse des données des dépenses assurance maladie a été réalisée et a permis un pré-ciblage des établissements éligibles à une contractualisation CAQCS.

## La chirurgie ambulatoire

Ce thème comporte l'analyse de l'activité en ambulatoire de 17 gestes marqueurs (cataractes, hernies inguinales, extractions dentaires...)

Les Pays de la Loire ont un niveau de recours à la chirurgie ambulatoire inférieure au niveau national alors que la politique générale tend à dynamiser la chirurgie ambulatoire. En effet, celle-ci offre de nombreux avantages : garantir une qualité de soins égale à celle d'une hospitalisation, réduire les risques d'infections nosocomiales, augmenter la satisfaction des patients, tout en limitant les coûts pour l'établissement et la collectivité.

C'est pourquoi, après concertation avec l'assurance maladie et une procédure contradictoire avec les établissements, 24 établissements ont été mis sous dispositif de Mise sous accord préalable (soit 40 décisions de MSAP sur geste marqueur), afin de les inciter à accélérer le développement de leur activité ambulatoire.

En parallèle, un état des lieux de la chirurgie ambulatoire a été amorcé en 2010 :

- sur le nombre de structures ayant une autorisation ;
- sur les modalités organisationnelles.

## L'efficience et prescription en EHPAD

Une réunion de sensibilisation des responsables aux enjeux de qualité et d'efficience a été organisée fin trimestre 2010. Des réunions au sein de chaque département associant les directeurs, les médecins coordonnateurs, les intervenants libéraux sont planifiées en 2011.

## La valorisation de la culture de gestion du risque

Enjeu nouveau des ARS, la culture de gestion du risque doit être diffusée auprès des professionnels de l'ARS et des partenaires externes (EHPAD, établissements de santé).

Elle a été impulsée en interne avec une présentation sous forme d'ateliers aux membres de l'ARS qui le souhaitent (siège et délégations territoriales).

En externe, des objectifs en terme de transports et de médicaments ont été intégrés dans les CPOM des établissements au cours de la revue annuelle effectuée pendant l'été 2010 et avant même la parution des 10 priorités GDR.

## Réduire les déficits hospitaliers à travers une organisation hospitalière performante

### La réduction des déficits hospitaliers

Le déficit des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC) des Pays de la Loire, à fin 2009 s'élevait à - 21,5M€ (-0.67% des produits de l'ensemble des établissements de la région, -1.32 % des produits des établissements déficitaires de la région). Il est de -9M€ à fin 2010. La réduction de ces déficits et plus généralement l'amélioration de la performance des établissements de santé est une priorité stratégique de l'ARS. A ce titre, l'ARS assure un suivi spécifique de ces établissements. Cet accompagnement se traduit par :

- la réalisation d'un diagnostic performantiel des établissements. Celui-ci s'effectue au cours de réunions avec l'établissement afin d'obtenir une vision partagée ;
- la définition d'un programme d'actions ciblées et chiffrées constituant le plan de redressement / modernisation global (PREM). Ce plan fait l'objet d'un avenant contractuel au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Contrat de retour à l'équilibre - CRE) ;
- des analyses spécifiques conduites par les experts de l'ARS, les professionnels de l'établissement, et selon le cas, par l'ANAP ;
- quatre établissements sont en cours de négociation de leur plan de redressement/modernisation : le CH des Sables d'Olonne, le Centre de MPR de la Croix Rouge Française, le Pôle mutualiste Jules Verne, le CH de Saint-Nazaire ;
- le suivi périodique des engagements fixés dans les contrats de retour à l'équilibre ;
- en 2010, le CHU de Nantes, le CH de Laval, le CH du Mans entrent dans ce cadre.

### L'analyse et l'amélioration de l'efficacité des établissements hospitaliers

Au-delà du suivi des établissements en difficulté financière, la Direction de la qualité et de l'efficacité conduit une politique d'amélioration de la qualité, mesure et analyse la performance des acteurs de santé.

La performance hospitalière résulte de 7 composantes indissociables :

- cohérence avec les priorités régionales ;
- performance financière et économique ;
- qualité et pertinence des prises en charge ;
- performance opérationnelle de l'organisation ;
- performance de la gestion des ressources humaines ;

- performance des systèmes d'information ;
- pilotage de l'établissement, gouvernance et management.

L'outil Hospi-Diag, support de dialogue avec les établissements de santé permettant d'amorcer la discussion avec leurs principaux acteurs sur ses forces, ses faiblesses et donc ses gisements de performance, a été testé en 2010 sur quelques établissements de notre région.

Par ailleurs, la revue annuelle des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) est un moment privilégié d'étude conjointe de la situation de l'établissement.

## Un contrat Performance pour le CHU de Nantes

Le 21 septembre 2010, un contrat "Performance" a été signé, entre l'ARS, l'ANAP et le CHU de Nantes.

Le CHU de Nantes figure parmi les dix premiers établissements de référence à bénéficier d'un "contrat performance" sur le territoire national.

Ce contrat traduit l'engagement de l'établissement dans une démarche d'amélioration de l'efficacité et de la qualité du service avec des objectifs de modernisation.

Au titre de ces objectifs, on citera :

- l'aide à la mise en œuvre de nouvelles organisations internes ;
- le travail sur l'optimisation de l'organisation des secrétariats médicaux, des blocs opératoires, de l'ambulatoire et des hôpitaux de jour, des consultations et explorations fonctionnelles ... ;
- la coordination des parcours de soins intra et extra hospitalier.

Le contrat "Performance" fait l'objet d'un suivi périodique par les signataires contractuels.

## Les rencontres Qualitefficience

Organisées périodiquement, elles permettent d'ouvrir un échange et un dialogue entre l'ARS et les professionnels de santé autour de thématiques ciblées.

A chaque rencontre, il est présenté une étude :

- soit un état des lieux quantitatif et qualitatif qui permet de mieux comprendre la situation des Pays de la Loire ;
- soit une étude comparative (benchmark) des pratiques et organisations des acteurs de la région.

L'échange et le débat permettent ensuite de construire une vision partagée des enjeux, voire de dessiner les pistes d'action à initier.

Ainsi, le 7 décembre 2010, l'ARS a organisé une **rencontre Qualitefficience sur l'Imagerie médicale en Pays de la Loire**.

Plus de 70% des établissements ligériens gestionnaires d'autorisation d'IRM ou de scanner ont ainsi participé à une campagne de benchmark de leur(s) équipement(s).

Cette démarche innovante, pilotée par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), a été lancée également dans treize autres régions, en étroite collaboration avec les représentants des radiologues. Elle permet pour la première fois de disposer d'une mesure comparative à grande échelle de la performance d'une majorité d'équipements de la région mais aussi d'un comparatif national comprenant 313 scanners et 182 IRM.

Elle a ainsi permis l'analyse des indicateurs suivants : taux d'occupation, taux d'ouverture, délais d'attente, type de pathologies prises en charge, permanence des soins, ressources humaines affectées....

## Procédure exceptionnelle d'autorisations pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR)

A la suite de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en ce qui concerne l'activité de soins de suite et de réadaptation, une période exceptionnelle de dépôt des demandes d'autorisations pour cette activité avait été ouverte du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 janvier 2010.

Cette procédure s'imposait à tous les établissements autorisés en soins de suite ou de réadaptation et rééducation fonctionnelle pour leur renouvellement d'autorisation et était ouverte à tous les autres établissements pour de nouvelles implantations.

Suite à l'examen pour avis des demandes déposées par le comité régional de l'organisation sanitaire sur les 28 et 29 mai et 3 juin 2010, la directrice générale de l'ARS a délivré les autorisations suivantes en juillet 2010 :

- confirmation de 106 implantations d'établissements autorisés en SSR préexistantes ;
- une seule nouvelle implantation, le site Beauséjour - CHU de Nantes.

#### **Implantations SSR autorisées par territoire de recours**

Nantes - Châteaubriant : 25 implantations

Saint-Nazaire : 10 implantations

Angers - Saumur : 18 implantations

Cholet : 8 implantations

Laval : 10 implantations

Le Mans : 17 implantations

La Roche sur Yon : 19 implantations

Ces autorisations sont valables pendant 5 ans pour les poursuites d'activité sauf pour les cas particuliers qui concernent :

- les opérations de regroupement prévues : la Tourmaline-Maubreuil, les activités du CH de Saint-Nazaire, les Océanides, une partie de Pen-Bron sur un site à Saint Nazaire ;
- le transfert de l'activité liée aux conduites addictives du Chillon sur Angers ;
- la mention de spécialisation pour les affections respiratoires en hospitalisation à temps partiel à la clinique St Charles.

En cas de création d'activités, le délai de 5 ans débute à compter du début de la mise en œuvre de cette activité.

Les autorisations délivrées ne fixent ni les capacités ni les volumes d'activités.

Le volume d'activité pour chaque autorisation SSR est fixé par avenant au contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) de l'établissement en 2011, en conformité avec l'annexe du SROS et en tenant compte des financements disponibles.

## **La mise en place de l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO)**

Durant l'année 2010, l'ARS a fortement participé à la mise en œuvre du nouveau Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO), né de la fusion des centres René Gauducheau (Nantes) et Paul Papin (Angers).

Ce rapprochement a été officiellement prononcé par un arrêté de l'ARS du 22 février 2011.

En termes de patients pris en charge et/ou inclus dans des essais cliniques, ce centre sera le premier de province, et le troisième au niveau national, derrière l'Institut Gustave Roussy (Villejuif) et l'Institut Curie de Paris.

La fusion de ces deux centres de lutte contre le cancer (CLCC) permet d'atteindre une taille suffisante pour développer

certaines techniques de pointe tout en mettant en commun leurs compétences, équipements et activités tant dans les domaines des soins que dans celui de la recherche.

Le conseil d'administration de l'ICO est composé de quinze membres, dont six désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé (quatre personnes qualifiées et deux représentants des usagers).

Concomitamment, une réflexion sur le devenir des coopérations entre l'ICO et les CHU de Nantes et Angers sera engagée. En effet, le maintien voire l'approfondissement de ces coopérations est un axe majeur de ce projet, au même titre que l'équilibre des emplois et des activités entre les deux sites.

### *Les chiffres mesures nouvelles hôpitaux en 2010*

Les faits marquants de l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 2010 sont les suivants :

Les recettes liées à l'activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique se sont élevées à de 2 157 774 360 € soit une augmentation de + 3.68 % par rapport à 2009.

L'évolution a été plus favorable aux établissements publics et privés d'intérêt collectif (1 656 303 800 € soit + 3.90 %) que privés à but lucratif (501 470 560 € soit + 2.98%).

Les recettes de la dotation des Missions d'intérêt Général et des Aides à la Contractualisation (MIGAC) ont atteint la somme de 309 056 450€.

Elles ont augmenté de + 8.03 % par rapport à 2009. Les établissements publics et privés d'intérêt collectif restent très largement majoritaires dans l'attribution des crédits (303 401 570 €) mais la part des établissements privés à but lucratif s'accroît (5 654 880€ soit 1.83 % de la dotation MIGAC contre 1.54 % en 2009 et 1.43 % en 2007).

Le financement des Missions d'intérêt Général représentent la part prépondérante (230 738 850 €) des crédits alloués en MIGAC.

Les recettes des Dotations Annuelles de Financement (DAF) se sont élevées à 805 815 410 € dont 391 800 110 € pour l'activité de Psychiatrie, 333 950 780 € pour l'activité SSR, 26 906 660 € pour l'activité de médecine des Hôpitaux locaux et 53 157 860 € les Unités de Soins de Longue Durée en faveur des personnes âgées.

Les financements accordés en MIGAC et en DAF ont notamment permis :

- de consolider les moyens alloués au missions de lutte contre l'addictologie (+0.7 M€), la douleur (+ 0.8 M€), Alzheimer (+1 M€) et le cancer (+ 1.2 M€) ;
- de renforcer le dispositif d'offre de soins en santé mentale (+ 1.6 M€) ;
- d'améliorer la prise en charge des patients en soins de suite et de réadaptation en créant des capacités supplémentaires et finançant les charges liées à la consommation de molécules onéreuses (5.5 M€) ;
- de compenser les charges supplémentaires liées à la prise en charge de la précarité en MCO, par l'octroi aux établissements de la région de 4.4 M€ ;
- de poursuivre la redistribution de l'enveloppe sur la Permanence des Soins Hospitalière (36.4 M€) à hauteur de 20 % en faveur des établissements ayant des obligations réglementaires de permanence des soins et une activité d'urgences, ayant mis en œuvre des conventions de coopération avec le secteur privé dans le cadre de projets médicaux de territoire ou devant faire face à des contraintes de permanence en lien avec des opérations de recomposition de l'offre de soins hospitalière ;
- de soutenir les efforts d'investissement des établissements (+ 13 M€ y compris les crédits délégués par le plan national "Hôpital 2012") ainsi que leurs efforts de restructuration et de retour à l'équilibre (14.2 M€);
- de faire face à l'augmentation du nombre d'internes exerçant dans les hôpitaux de la région (+7.2 M€).



## Annexes

Annexe 1 - Présentation de l'ARS _____	35
Annexe 2 - L'organisation de l'ARS Pays de la Loire en 2010 _____	37
Annexe 3 - Les délégations territoriales _____	39
Annexe 4 - Les différentes instances de l'ARS _____	41
Annexe 5 - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Etat - ARS Pays de la Loire _____	43
Annexe 6 - Quelques dates _____	45



## Annexe 1 - Présentation de l'ARS

### Historique

**21 Juillet 2009** : vote de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires mettant en place un pilotage transversal et territorialisé de la politique de santé à travers la création de l'Agence régionale de santé

**19 octobre 2009** : Marie-Sophie DESAULLE est nommée responsable préfiguratrice de l'ARS Pays de la Loire

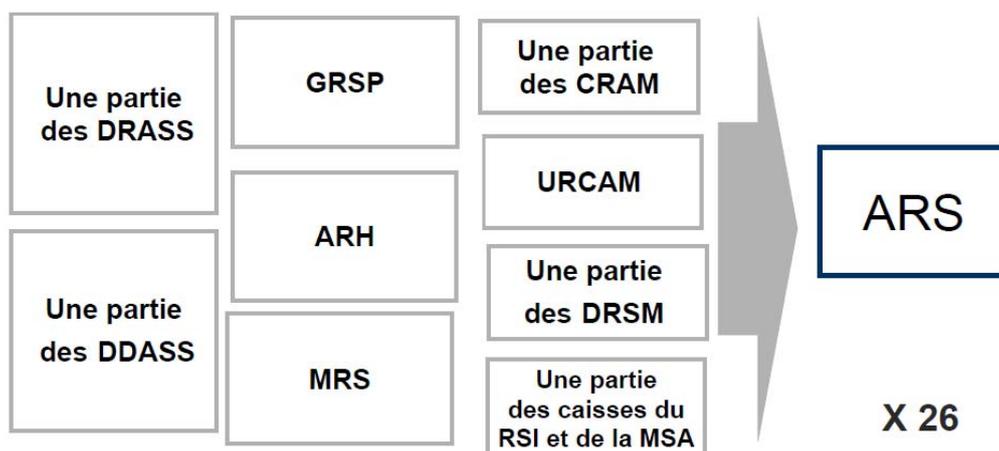
**21 octobre 2009 – 31 mars 2010** : travail de préfiguration de la future Agence régionale de santé Pays de la Loire basée sur la mise en place de groupes de travail thématiques et l'organisation de nombreuses réunions d'information et d'échange avec les agents de directions et l'ensemble des agents des anciennes structures,

**1er avril 2010** : ouverture officielle de l'ARS Pays de la Loire et conférence de presse

### Une réforme ambitieuse

Les ARS représentent trois changements :

- **un service public régional de santé unifié** : l'ARS rassemble au niveau régional les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé ;



- des compétences réunies dans une même structure, autorisant **une approche globale de la santé**, une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie ;
- **un renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé** pour mieux adapter les réponses aux spécificités et besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités territoriales de santé.

## Les objectifs des ARS : une feuille de route ambitieuse

### Quatre objectifs stratégiques

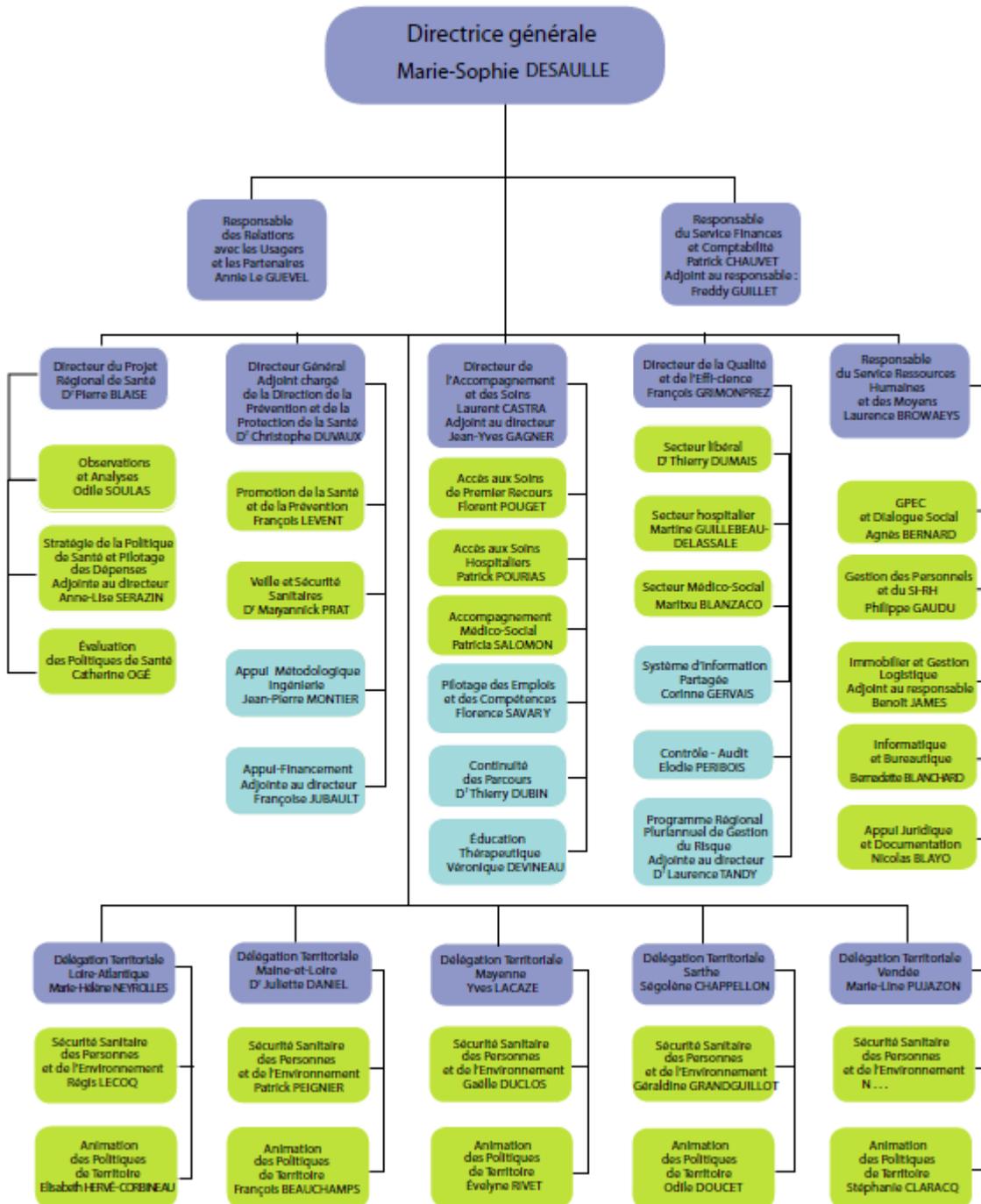
1. Contribuer à **réduire les inégalités territoriales de santé**, en menant des politiques fondées sur une vision, non plus sectorielle, mais transversale des besoins en santé d'une région donnée et en adaptant les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population ;
2. Assurer un **meilleur accès aux soins**, en assurant un meilleur système de garde et en contribuant à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire, en fonction des besoins des patients ;
3. **Améliorer l'organisation des parcours de soins**, notamment entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux ;
4. Assurer une **meilleure maîtrise des dépenses**.

### Un interlocuteur unique - trois champs d'intervention

1. **La prévention** : l'ARS définit et évalue les actions en faveur de la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie. Elle organise la veille sanitaire et le suivi des événements significatifs de la santé dans la région (notamment au travers du recueil des signalements d'évènements sanitaires) ainsi que la réponse aux alertes sanitaires, contribuant ainsi à la gestion des situations de crise.
2. **L'offre de soins** : l'ARS régule l'ensemble du champ des soins hospitaliers et des soins de ville (ambulatoires). Elle assure le contrôle de gestion et le pilotage des ressources et de la performance de l'hôpital public; elle a également l'objectif de lutter contre la désertification médicale dans certains quartiers et cantons, promouvoir la continuité des soins en assurant notamment une meilleure coordination entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social.
3. **L'accompagnement médico-social** : l'ARS est en charge de la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé. Elle facilite également la prise en charge des personnes en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.

## Annexe 2 - L'organisation de l'ARS Pays de la Loire en 2010

L'organigramme fonctionnel de l'ARS Pays de la Loire a été construit autour d'une approche globale, cohérente et transversale de la santé ancrée dans les territoires.



452 salariés des différents réseaux ont ainsi été affectés ou transférés à l'ARS Pays de la Loire.

51 personnes ont également été recrutées sur l'année 2010 dans le cadre de mutations ou de recrutements externes (30 finalisés et 21 restant à finaliser au 31/12/2010).

33 salariés ont quitté l'ARS entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 2010 (12 par mobilité géographique ou mutation, 16 par départ en retraite, 5 en fin de contrat pour les contractuels de droit public)

Pendant toute l'année 2010, l'ARS a dû mener de front d'importants chantiers tout en maintenant une continuité de service de qualité :

- l'affectation du personnel dans l'organigramme en s'appuyant sur
  - un dialogue social et d'accompagnement du changement : mise en place d'une instance transitoire de dialogue social, négociation du protocole pré-électoral, création de 6 groupes de travail thématiques de concertation... ;
  - des réunions d'information ;
  - des formations : des formations collectives (sur les missions de l'ARS, sur la bureautique, sur la Sécurité incendie...) ainsi que des formations individuelles (137 demandes de formations individuelles d'adaptation immédiate à l'emploi en lien avec le poste occupé et 10 demandes de formation statutaire pour 4 agents).
- les déménagements :
  - du siège de l'ARS : passage de 5 sites à un seul site grâce à 3 phases de déménagement de septembre 2010 à fin décembre 2010 ;
  - des délégations territoriales : déménagement des DT 49 et 72 en 2010.

Ils ont nécessité de nombreux travaux, une logistique immobilière, informatique et de téléphonie très importante ainsi qu'une forte communication interne d'accompagnement.

Au 31 décembre 2010, l'ARS Pays de la Loire comptait 495 salariés (soit 468,5 temps pleins).

Effectifs au 31 décembre 2010	Equivalents Temps Pleins	Personnes physiques
Effectifs Etat en ARS (fonctionnaires et contractuels)	367,2	391
Effectifs Régime général en ARS	75,5	78
Effectifs MSA en ARS	5	5
Effectifs RSI en ARS	1,8	2
Effectifs mis à disposition en ARS	8	8
Postes vacants par ARS	11	11
<b>Total</b>	<b>468,5</b>	<b>495</b>

## Annexe 3 - Les délégations territoriales

Les délégations territoriales, présentes dans chaque département, contribuent à la définition de la politique régionale de santé et mettent en œuvre la politique de l'ARS dans les territoires.

Chaque délégation territoriale a en charge deux départements.

### **Le département Sécurité sanitaire des personnes et de l'environnement :**

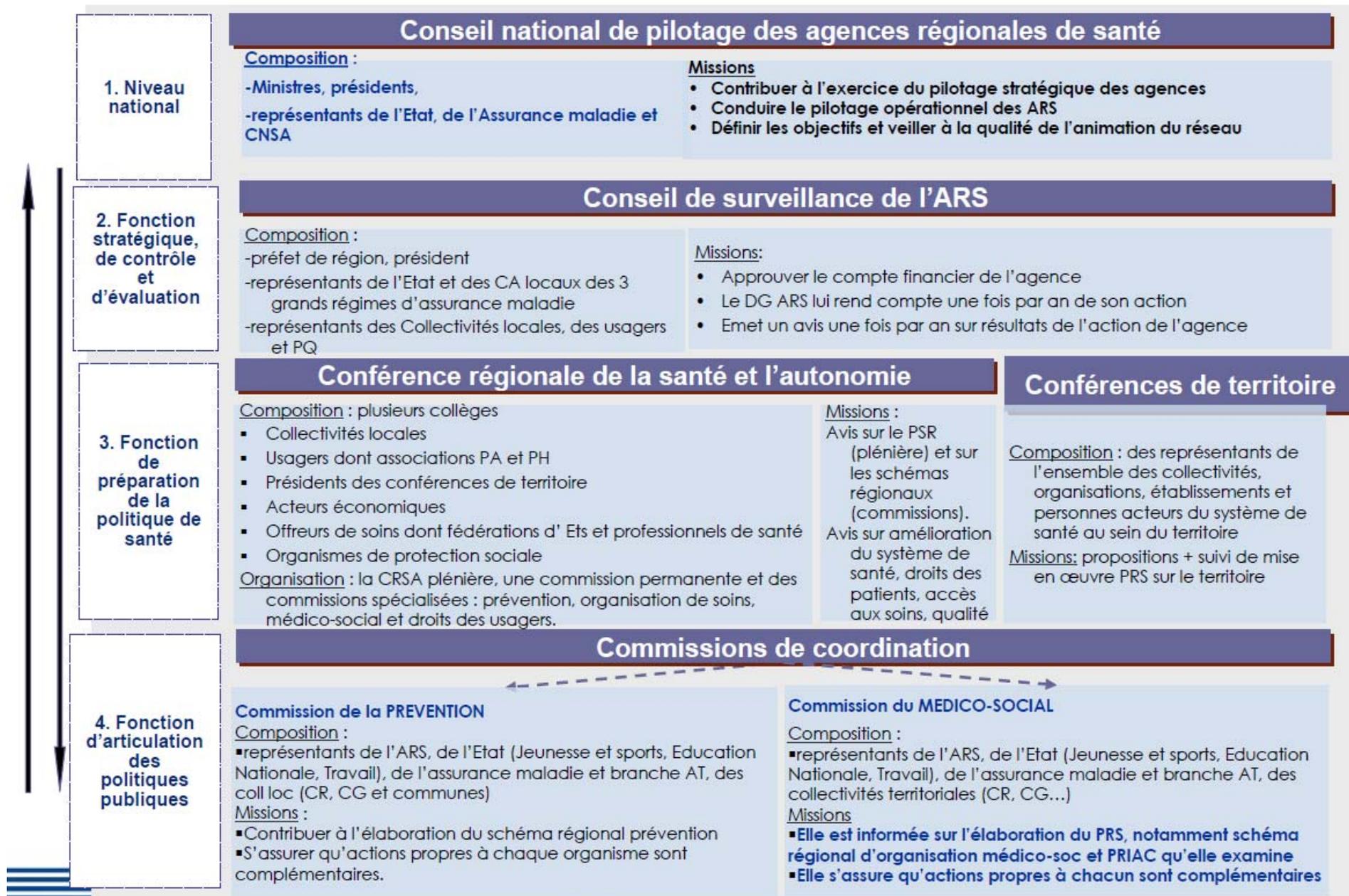
- traite des alertes sanitaires selon les processus régionaux en cours de définition ;
- met en œuvre des référentiels et la réalisation des enquêtes et investigations de terrain en matière de risques sanitaires ;
- met en œuvre, en lien avec les autres services de l'Etat, des actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux d'atteinte à la santé ;
- assure la veille informationnelle provenant des données des différents systèmes locaux de surveillance médicale et environnementale.

### **Le département Animation des politiques du territoire :**

- élabore le projet de santé de territoire : identification des besoins, évaluation, recherche de solutions aux problèmes locaux ;
- anime la conférence de santé du territoire ;
- favorise le développement de la coopération et des partenariats locaux (dans l'ensemble des domaines de santé, y compris l'animation territoriale du PRSE) au travers de contrats locaux dont il assure le suivi ;
- s'occupe de la gestion administrative des professionnels de santé (ADELI, transferts d'officines,...) et des procédures les concernant (injonctions thérapeutiques,...).



## Annexe 4 - Les différentes instances de l'ARS





## Annexe 5 - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens Etat - ARS Pays de la Loire

PRIORITES NATIONALES	OBJECTIFS	N°	INDICATEURS DE RESULTAT	VAL INIT	CIBLE REGIONALE			
					2010	2011	2012	2013
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé	Réduire la mortalité prématurée évitable	1.1	Taux de mortalité prématurée évitable	H : 111,3 F : 29,1	H : 93,4 F : 27,1			
		1.2	<b>Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge</b>	<b>H : 32,7 F : 9,4</b>	<b>H : 28,4 F : 8,9</b>			
	Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies	2.1	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle	1,8%				1,8%
		2.2	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	6,6%				6,6%
		2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans	37,3%	40,5%	43,7%	46,8%	50%
		2.4	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans	65,2%	66,4%	67,6%	68,8%	70%
		2.5	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	85%	87,5%	90%	95%	95%
	2.6	<i>Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant consommer plus de six verres d'alcool au cours d'une même occasion une fois par mois ou plus souvent au cours des 12 derniers mois</i>	28% (garçons 41%/filles 13%)				25% (garçons 38%/filles 11%)	
	Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires	3.1	% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année		100%	100%		
		3.2	% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	8,75%	4,3%	0,73%	0%	0%
Promouvoir l'égalité devant la santé	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%
		4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP	59	63	68	72	76
		4.3	<b>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
		4.4	Ecart intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)	PA : 7,9% PH : 20,5% 13,49%	PA : 7,9% PH : 20% 13%	PA : 7,8% PH : 19% 12%	PA : 7,7% PH : 18,5% 12%	PA : 7,5% PH : 18% 12%
Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient	Améliorer la qualité et l'efficience des soins et des services médico-sociaux	5.1	% d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)	PA : 0% PH : 2%	PA : 10% PH : 10%	PA : 25% PH : 25%	PA : 40% PH : 40%	PA : 60% PH : 60%
		5.2	% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe					
		5.3	<b>Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque</b>	<b>0</b>	<b>10%</b>	<b>25%</b>	<b>75%</b>	<b>100%</b>
	Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins	6.1	Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée	104	104	102	100	100
		6.2	Taux de places installées sur places financées en ESMS par public	PA : 47% PH : 70%	PA : 50% PH : 73%	PA : 65% PH : 75%	PA : 70% PH : 78%	PA : 75% PH : 80%
		6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale	PA : 13% PH : 31%	PA : 14% PH : 32%	PA : 15% PH : 33%	PA : 16% PH : 34%	PA : 17% PH : 35%
		6.4	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)	69%	72%	75%	80%	85%
		6.5	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés	4,8%	5%	7%	9%	10%
		6.6	Nombre de journées de HAD / 10 000 hab.	Indicateur neutralisé				
		6.7	<b>Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé)</b>	<b>98</b>	<b>103</b>	<b>115</b>	<b>125</b>	<b>135</b>
	Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire	7.1	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS	Indicateur neutralisé				
		7.2	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)	Indicateur neutralisé				
	Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé	8.1	<b>Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (K€)</b>	<b>- 16 800</b>	<b>- 14 000</b>	<b>- 7 000</b>		
		8.2	Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours	Indicateur neutralisé				
8.3		Taux d'établissements publics dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008	47%	50%	60%	70%	72%	
8.4		Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%	41	43	45	47	50	
Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées	9.1	<b>Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		
	9.2	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)	276 places	+ 22,4%	+ 51,4%	+ 83,6%		

Indicateurs prioritaires nationaux surlignés en gris / Indicateurs prioritaires pour l'ARS en gras / Indicateurs spécifiques à la région en italique



## Annexe 6 - Quelques dates

1 <sup>er</sup> avril 2010	Ouverture officielle de l'ARS Pays de la Loire
22 juin 2010	Visite de Jean-Marie Bertrand, Secrétaire général du Conseil National de Pilotage des ARS dans le cadre d'un tour des régions
22 juin 2010	Première réunion avec l'ensemble des organismes gestionnaires du secteur du handicap
29 juin 2010	Installation de la Commission Gestion du risque
2 juillet 2010	Séance d'installation du Conseil de surveillance
5 juillet 2010	Première réunion avec l'ensemble des organismes gestionnaires du secteur des personnes âgées
8 juillet 2010	Séance d'installation de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
21 juillet 2010	Installation de la Commission de contrôle
Septembre 2010	Dernières conférences sanitaires avant leur transformation en Conférences de territoires fin 2010
7 septembre 2010	Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile
8 septembre 2010	Commission de Coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
28 septembre 2010	Installation du Comité Régional de Concertation des Soins de Premiers Recours (CORECS)
29 septembre 2010	Elections des unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour les médecins
12 octobre 2010	Conseil de surveillance
26 octobre 2010	Première réunion avec l'ensemble des acteurs de la prévention
27 octobre 2010	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
17 novembre 2010	Première réunion avec l'ensemble des établissements hospitaliers
Nov- décembre 2010	Installation des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) de Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée
7 décembre 2010	Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile
13 décembre 2010	Réunion des personnels de l'ARS
16 décembre 2010	Conseil de surveillance
16 décembre 2010	Elections des unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour les masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et pharmaciens

## Glossaire

<b>ADOPS</b>	Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
<b>ANAP</b>	Agence nationale de l'appui à la performance
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ARH</b>	Agences régionales d'hospitalisation
<b>ARS</b>	Agences régionales de santé
<b>CAPS</b>	Centre d'accueil pour la permanence des soins (maison médicale de garde)
<b>CAQCS</b>	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
<b>CATS</b>	Comités d'accompagnement territorial des soins de 1er recours
<b>CIRE</b>	Cellule inter-régionale d'épidémiologie
<b>CLCC</b>	Centres de lutte contre le cancer
<b>CLIC</b>	Centre local d'information et de coordination gérontologique
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité et d'autonomie
<b>CODAMUPS</b>	Comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
<b>CORECS</b>	Comité régional de concertation des soins de 1er recours
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen
<b>CROSMS</b>	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
<b>CRMDM</b>	Comité régional du médicament et des dispositifs médicaux
<b>CRSA</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<b>DDASS</b>	Direction départementale d'action sanitaire et sociale
<b>DGARS</b>	Directeur général d'agences régionales de santé
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ESAT</b>	Établissements et services d'aide par le travail
<b>ESPIC</b>	Etablissements de santé publics et privés d'intérêt collectif

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GCSMS	Groupements de coopération sociale et médico-sociale
GIAC	Groupement inter-associatif de coopération
GRSE	Groupe régional santé environnement
HPST	Loi hôpital, patient, santé, territoire
ICO	Institut de cancérologie de l'Ouest
INVS	Institut national de veille sanitaire
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
ORS	Observatoire régional de la santé
PASA	Pôle d'activité et de soins adaptés
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRIOR	Plateforme régionale d'information et d'orientation maladies rares
PRSE	Plan régional santé environnement
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RBU	Référentiel de bon usage des dispositifs médicaux
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcé
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URPS	Unions régionales des professionnels de santé
VSS	Veille sécurité sanitaire

Document édité par l'Agence régionale de santé Pays de la Loire - Nantes - avril 2011

Directeur de la publication >> Marie-Sophie DESAULLE

Coordination >> Annie LE GUEVEL, Georgette FONSECA

Conception et réalisation graphique >> ARS / Srup / Communication >> Alain BALDACHINO, Françoise COSQUER

Remerciements à tous les contributeurs de l'ARS Pays de la Loire

Impression : la Contemporaine – 44980 Sainte Luce sur Loire

