



| rapport d'activité 2011 |
ARS Pays de la Loire



Éditorial

« Une année de fondation et de construction »
par Marie-Sophie Desaulle, Directrice générale 5

2011, une année pour accompagner le changement

Élaboration du Projet régional de santé dans une démarche de démocratie sanitaire renforcée	7
Engagement dans une logique d'expérimentation	10
Développement d'une dynamique de contractualisation	15
Développement d'une posture d'accompagnement des acteurs	20
Recherche d'une efficience en interne	26

Au cœur des métiers de l'ARS

La transversalité comme principe de fonctionnement interne et d'organisation	29
Un projet social souhaitant valoriser les ressources humaines	30
Les relations avec les usagers et les partenaires	32
La promotion de la prévention et de la protection de la santé	36
L'accompagnement et les soins	39
La qualité et l'efficience	45
L'action de l'ARS au cœur des territoires	49

Conclusion 55

Glossaire 57



éditorial

Première « année pleine » depuis sa création, l'année 2011 aura été pour l'ARS Pays de la Loire une année consacrée à accompagner le changement chez les acteurs de santé et à construire une vision stratégique régionale partagée.

Après la parution de la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* (HPST) et de ses textes d'application, l'année 2011 a permis de mesurer de façon un peu plus concrète les changements induits par cette loi. Cette année a été consacrée à l'accompagnement des acteurs en interne comme en externe, pour leur permettre de s'approprier de nouveaux modes d'action, de fonctionnement, de gouvernance.

À travers ce rapport, vous pourrez constater les évolutions déjà perceptibles, les actions ayant connu un début d'exécution et demandant à être consolidées, les activités réalisées au quotidien par les professionnels de l'ARS.

Point de départ d'une stratégie de santé ligérienne, point d'étape d'une réforme organisationnelle de grande ampleur et point d'information sur les réalisations, ce rapport d'activité a pour ambition de permettre à chacun de mesurer le chemin parcouru.

Marie-Sophie Desaulle

Directrice générale de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire



une année pour accompagner le changement

Élaboration du Projet régional de santé (PRS) dans une démarche de démocratie sanitaire renforcée

Un Projet régional de santé construit en concertation

Ce qui a été souhaité et recherché tout au long de l'élaboration du PRS, c'est de construire ce projet dans une démarche de réelle démocratie sanitaire.

L'enjeu était de passer de logiques bilatérales auxquelles étaient habitués les acteurs (établissements/tutelle, professionnels/assurance maladie, assurance maladie/État, usagers/établissements, acteurs de prévention/santé publique...) à une logique associant la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et l'ensemble des acteurs. Cette importante concertation avait pour objectif la recherche d'une vision commune à travers des groupes de travail et des colloques, réunissant autour de la même table médecins libéraux et acteurs du médico-social en même temps qu'établissements de santé et usagers.

Cette démarche participative s'est structurée autour d'un comité de pilotage associant à parité des membres de la CRSA et de l'ARS mobilisés pour l'animation des travaux.

Amorcée en 2010 par la réalisation d'un diagnostic qualitatif et partagé, elle s'est traduite concrètement par :

- une journée de séminaire en janvier 2011 pour le lancement de la réflexion sur les orientations stratégiques ;
- sept groupes de travail ARS – CRSA sur les orientations stratégiques puis les schémas ;
- quatre réunions plénières et des commissions spécialisées de la CRSA,
- un débat public sur chaque territoire de santé afin de faire émerger les questions sensibles et les attentes des publics et de leurs représentants. Ces débats ont été réalisés à l'initiative de la CRSA, accompagnée par l'ARS, entre mars et avril 2011.
- des échanges avec les conférences de territoires permettant la prise en compte des approches territoriales et des objectifs spécifiques ou prioritaires ;
- l'organisation de rencontres avec les représentants des usagers, des professions de santé (URPS – Unions régionales des professionnels de santé) et les fédérations hos-

pitalières et médico-sociales entre mai et octobre 2011 ;

- l'organisation de quatorze colloques thématiques permettant de recueillir les perspectives d'objectifs et d'actions des acteurs en vue de la construction des schémas et des programmes.

Sept colloques ont été organisés sur la santé des populations en situation de handicap psychique ou souffrant d'un problème de santé mentale, en situation de précarité, atteintes d'AVC (accident vasculaire cérébral), atteintes d'insuffisance rénale chronique, atteintes de la maladie d'Alzheimer, souffrant d'addiction, relevant de la périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence, accueillant plus d'un millier de participants sur l'année.

Sept colloques ont également été organisés sur des thématiques telles que la biologie, la télémédecine, la gestion du risque, l'imagerie médicale, la prise en charge de la douleur, les soins de suite et de réadaptation et enfin la chirurgie ambulatoire.



Colloque Précarité

Le colloque Précarité, organisé le 12 octobre 2011 en lien avec la DRJSCS et la FNARS, s'est articulé autour de trois tables rondes représentatives des actions menées en région. L'ARS lançait alors ses travaux relatifs au Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). L'écriture du PRAPS s'est appuyée sur le recueil de la parole des acteurs de la prise en charge afin de définir les actions mises en œuvre et d'apporter des perspectives concrètes pour les cinq ans à venir.

Les échanges se sont organisés autour de trois grandes questions :

- comment prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de précarité et les rendre acteurs de leur santé ?
- comment organiser la coordination des professionnels autour des personnes en situation de précarité ? Quelles améliorations apporter en proximité pour l'accès aux soins ?
- comment favoriser la prévention à destination des personnes en situation de précarité ?

3/4

des Ligériens sont **confiants dans le système de santé**. Deux sur trois considèrent que l'accès aux services est inégal selon le lieu de résidence et selon la situation socio-économique des familles. Les usagers intègrent bien des changements dans les cinq ans à venir mais ils sont **inquiets sur le niveau de remboursement des dépenses de santé** et sur l'équilibre du financement du système de santé. Ils **croient en l'amélioration** de la qualité de la prévention mais doutent plus sur la qualité des soins.

Un dispositif de communication significatif

Une enquête d'opinion par téléphone a été réalisée en janvier auprès de 1 002 Ligériens afin :

- de mieux connaître la vision, les besoins des Ligériens en termes de santé publique, dans une logique de « photographie » de l'opinion ;
- d'identifier et de hiérarchiser les préoccupations des Ligériens en termes d'accès à l'offre de santé ;
- de connaître le niveau de connaissance et le ressenti de l'opinion par rapport à la politique de santé.

Un questionnaire par internet en direction des professionnels de santé a permis de recueillir 1 691 réponses en février et mars 2011 afin de :

- évaluer en miroir leur perception des attentes et besoins des Ligériens en matière de santé ;
- mieux connaître la vision des professionnels en termes de santé publique, identifier et hiérarchiser les préoccupations des professionnels de santé en termes d'accès à l'offre de soins ;
- connaître le niveau de connaissance et le ressenti des professionnels par rapport à la politique de proximité.

Le site www.masantedemain.fr, créé en appui de cette démarche et des débats publics, est dédié aux actualités du PRS pour le grand public. En parallèle, le site Internet de l'ARS a également été le relais naturel de l'ensemble des rencontres et des consultations avec la mise en ligne des différentes versions évolutives des travaux du PRS.



Un projet régional, des orientations stratégiques, trois schémas, des programmes

Le Projet régional de santé s'est construit à travers :

- 3 orientations stratégiques pour adapter le système de santé et préparer l'avenir :
 - › la personne au cœur des préoccupations du système de santé,
 - › la proximité organisée,
 - › la maîtrise des risques concernant la santé des populations ;
- 3 schémas régionaux :
 - › 15 objectifs pour la prévention et la promotion de la santé dans le Schéma régional de prévention (SRP),
 - › 31 objectifs dans le Schéma régional d'organisation des soins (SROS),
 - › 18 objectifs dans le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) ;
- 5 programmes territoriaux de santé (PTS), soit un pour chaque département ;
- 4 programmes régionaux thématiques déclinant les grandes actions pour préciser ce qui sera concrètement réalisé pour :
 - › faciliter l'accès à la prévention et aux soins par les populations les plus fragiles et vulnérables : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS),
 - › accompagner les personnes en perte d'autonomie : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
 - › moderniser le système de soins par le développement des systèmes d'informations partagés et de la télémédecine : Programme systèmes d'information partagée et de télémédecine (PRISIT),
 - › maîtriser l'augmentation des dépenses de santé et garantir un système solidaire et équitable : Programme régional de gestion du risque (PRGDR).

Un livret numérique regroupant l'ensemble de ces travaux a été mis en ligne sur le site web de l'ARS le 16 décembre 2011 afin d'être soumis à la consultation pour avis

dates repères 2011

15 mars orientations stratégiques soumises pour avis ;
27 avril avis de la CRSA sur les orientations stratégiques ;
21 septembre schémas régionaux soumis pour avis ;
21 novembre avis de la CRSA sur les trois schémas régionaux ;
novembre et décembre avis des cinq conférences de territoires sur leur PTS ;
16 décembre publication du livret numérique du PRS sur le site internet de l'ARS.



Détermination des « zones fragiles » en Pays de la Loire

En 2011, les ARS ont été chargées de déterminer, via le SROS, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans la région, appelées « zones fragiles ». La méthodologie était laissée au libre choix de chaque ARS, sous condition d'une part maximale de population vivant dans ces zones afin de garantir une certaine équité entre les régions. En Pays de la Loire, cette population maximale s'élevait à 456 322 habitants. Une étude a été menée sur les densités médicales actuelle et prospective dans les communautés de communes de la région en concertation avec les partenaires extérieurs (URPS, collectivités locales...) pour parvenir à une cartographie de ces « zones fragiles ». L'arrêt de définition de ces zones paraîtra courant 2012.

Étude en partenariat entre l'ARS et l'INSEE sur les personnes âgées dépendantes

L'ARS et l'INSEE ont mené en partenariat une étude sur la projection à l'horizon 2030 du nombre de personnes âgées dépendantes dans la région des Pays de la Loire. Le vieillissement de la population, observé dans notre région comme dans d'autres, nécessitera une réflexion sur l'accompagnement de la perte d'autonomie aux âges élevés de la vie. Cette étude a permis de quantifier cet enjeu à travers un modèle de projection de population construit par l'INSEE. Il met notamment en lumière trois grandes phases : une première phase jusqu'en 2020 de croissance soutenue du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, puis une seconde phase de croissance plus faible, due au déficit de naissances de la seconde guerre mondiale, et enfin une troisième phase de forte accélération à partir de 2027. Cette analyse permet ainsi à l'Agence d'organiser dans le temps les adaptations nécessaires de l'accompagnement de la dépendance, enjeu crucial des prochaines décennies.

Engagement dans une logique d'expérimentation

De façon résolue, et sans attendre l'adoption du PRS, l'ARS a souhaité s'engager dans une logique d'expérimentation et de projets novateurs. Pour accompagner le changement, il faut une vision stratégique; il faut également montrer concrètement, sur un petit territoire, avec une poignée d'acteurs engagés, comment peut s'incarner cette vision stratégique.

Colloque Pollinarium sentinelle

L'ARS Pays de la Loire et la Mairie de Nantes, en collaboration avec l'Association des pollinariums sentinelles de France (APSF), ont organisé une demi-journée Pollinarium sentinelle le jeudi 13 octobre 2011 à la Salle de la manufacture de Nantes.

Cette journée avait pour but de présenter le dispositif, les résultats d'études épidémiologiques, les retours d'expérience de la mise en route des premiers pollinariums, et de développer un réseau des pollinariums en France.

Parmi les participants, plusieurs villes ainsi que des praticiens et des associations se sont montrés intéressés par le dispositif.



Un Pollinarium sentinelle pour la prévention des allergies respiratoires aux pollens

Outil expérimental de prévention des allergies respiratoires aux pollens, le pollinarium sentinelle a été installé dans le Jardin des plantes de Nantes depuis 2003. Il permet la détection précoce de la pollinisation de plantes allergisantes du grand ouest pour une information des professionnels de santé et des patients.

Douze espèces herbacées et huit espèces ligneuses représentatives des espèces allergisantes de l'ouest sont observées quotidiennement, permettant de prévoir les saisons polliniques pour chaque espèce présente dans le pollinarium sentinelle.

Les observations sont présentées dans un tableau régulièrement actualisé et mis en ligne sur le site internet de l'ARS, mais également sur d'autres plateformes (notamment Air Pays de la Loire). L'activité pollinique de chaque espèce y est renseignée au fur et à mesure de l'année, à chaque nouvel événement au pollinarium sentinelle en début ou fin d'émission.

De manière générale, les débuts de pollinisation observés devancent les pics polliniques d'une à trois semaines, permettant aux praticiens et aux patients d'anticiper et d'adapter le(s) traitement(s). Deux études épidémiologiques (2007 et 2009) ont démontré l'intérêt d'un tel outil de prévention et d'éducation thérapeutique. De modèle expérimental exclusivement nantais, il devient un outil de prévention des pollinoses au niveau régional et, à terme, national. Depuis, les villes de Laval et du Havre ont débuté l'installation d'un jardin, suivant le cahier des charges mis en place par l'ARS, sous le contrôle de l'APSF. D'autres suivront d'ici 2013.



Une nouvelle approche de l'action en addictologie

Dans le cadre de l'appel à projets 2011 en prévention et promotion de la santé, l'ARS finance une action expérimentale qui propose une nouvelle approche de l'action en addictologie.

Portée par l'ANPAA 53, en lien avec le réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne, cette action vise le développement de formations auprès des médecins généralistes sur le repérage précoce et les techniques d'intervention en alcoologie.

Les premiers résultats, en attente, permettront de valider un projet d'élargissement de la démarche dans la région.

La recherche d'un schéma cible d'organisation de la permanence des soins ambulatoires

Trois expérimentations sur la permanence des soins ambulatoires sont menées en Maine-et-Loire, Loire-Atlantique et Mayenne en lien avec les Associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS). Ces expérimentations sont différentes selon les territoires et varient en fonction des réalités culturelles et sociologiques de chaque territoire et des acteurs concernés. Les expérimentations régionales reposent sur trois principes:

- la définition d'un schéma cible régional d'organisation de permanence des soins ambulatoires (PDSA);
- une mise en situation de responsabilité d'opérateurs de la permanence des soins (ADOPS);
- une variabilité des rémunérations laissées au choix des ADOPS visant à les inciter à converger vers la cible régionale. Celles-ci restent néanmoins plafonnées.

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels de santé de proximité

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. Ces expérimentations concernent toute structure pluriprofessionnelle ambulatoire (maison de santé, centre de santé, pôle de santé) qui a formalisé un projet de santé visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins.

La base est un forfait collectif destiné à la maison de santé ou au pôle de santé pour valoriser la coordination autour du patient et favoriser l'offre de nouveaux services ainsi que les actions de santé publique. Neuf sites ligériens ont ainsi été sélectionnés et

Expérimentation de la PDSA en Maine-et-Loire

La convention entre l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire et l'Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins en Maine-et-Loire (ADOPS 49) a été signée en mars 2011, après validation par le Comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS). Elle est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2011 pour une durée de cinq ans.

Le dispositif de permanence des soins est effectif aux heures de fermeture des cabinets médicaux, soit le soir en semaine de 20 h à 8 h, les jours fériés 24 heures sur 24 et le week-end du samedi midi au lundi matin 8 h. Grâce à ce système d'astreinte basé sur le volontariat des médecins généralistes et à l'offre de soins journalière, une personne malade peut être prise en charge 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

La régulation (traitement des appels) se fait sous la responsabilité du SAMU-49. L'ADOPS assure la couverture des plages horaires de régulation au centre 15, la coordination et la formation des médecins régulateurs. Un médecin « effecteur » reçoit les patients à son cabinet ou dans une « maison médicale de garde » (MMG).

L'expérimentation a permis d'ouvrir 4 MMG en 2011 (Chalonnais, Brissac, Les Ponts-de-Cé et Seiches) portant leur nombre à 11. Pour un maillage complet du territoire, il reste à créer un MMG sur le secteur du Lion d'Angers et un sur celui de Beaufort-Saint-Mathurin.

Chaque mois, depuis mai 2011, les services de la délégation territoriale de Maine-et-Loire vérifient les tableaux des gardes et astreintes effectuées transmis par l'ADOPS. Après validation, ces tableaux sont adressés à la CPAM du Maine-et-Loire pour paiement aux médecins.

Il est prévu une évaluation régulière de la mise en œuvre de l'expérimentation. Un comité de suivi, composé de représentants de l'ARS, de l'ADOPS, du conseil départemental de l'Ordre des médecins, de l'URPS médecins et de l'assurance maladie, examine deux fois par an le bilan du fonctionnement et du coût de l'expérimentation. Il s'est réuni pour la première fois le 13 octobre 2011.

Expérimentation Médecins mobiles en Loire-Atlantique

Le 1^{er} avril 2011, un projet consistant notamment en la création d'une équipe départementale de cinq médecins mobiles a été lancé en partenariat avec l'ADOPS de Loire-Atlantique. Ces médecins mobiles interviennent après appel du centre 15 sur des situations identifiées (patient ne pouvant se déplacer, besoin d'une expertise médicale, etc.) en dehors des agglomérations nantaise et nazairienne. Ils ne remettent pas en cause le fonctionnement des dix maisons médicales de garde rurales.

Trois réunions de suivi de gestion ainsi qu'une réunion d'évaluation qualitative de l'activité du premier quadrimestre en octobre ont été organisées. L'évaluation montre un niveau d'activité inférieur aux prévisions, avec seulement 1,5 sortie en moyenne par nuit. Cependant les variations d'activité sont importantes selon les secteurs et selon les nuits. On peut penser que ce dispositif était encore insuffisamment connu lors des premiers mois, le printemps et l'été n'étant pas par ailleurs forcément les mois les plus actifs médicalement.

Les acteurs sont en général très satisfaits de la mise en œuvre de ce dispositif, tant pour les médecins y participant, que pour les élus, la préfecture et les établissements médico-sociaux recourant à ces médecins.

La Délégation territoriale assure le suivi mensuel des tableaux de remontées des gardes et astreintes effectuées dans les MMG, par les médecins mobiles et les régulateurs du centre 15. Elle procède à la vérification des données et à leur validation avant envoi pour paiement à la CPAM. Elle assure également un suivi des enveloppes financières (de nombreuses erreurs étaient constatées et rectifiées lors des premiers mois).

accompagnés par l'ARS dans leur démarche. La contractualisation a eu lieu en mars-avril 2011, et des réunions de suivi sont organisées périodiquement avec chaque site. Un premier bilan a permis de faire remonter plusieurs points positifs :

- l'expérimentation a aidé ces professionnels à structurer leurs projets, à les transformer en actions concrètes, à développer leur culture de l'écrit par la formalisation de leurs protocoles, de leurs compte-rendus, à améliorer leur concertation dans le cadre de réunion sur les dossiers de leurs patients ;
- la continuité des soins organisée au profit de leur patient est rendue plus lisible ;
- une dynamique d'éducation thérapeutique est également enclenchée grâce à la formation de professionnels du site ;
- la mise en œuvre de leur projet de santé devient plus active avec la mise en place d'actions directes (protocoles de suivi de certaines pathologies par exemple).

Les difficultés rencontrées ont surtout porté sur la mise en œuvre de la coordination interne et sur la mauvaise adaptation des systèmes d'information. On note un fort besoin d'accompagnement méthodologique.

Un appel à projet expérimental d'accompagnement adapté des jeunes handicapés de plus de 20 ans

Une enquête réalisée en novembre 2010 par l'ARS Pays de la Loire, avait permis d'établir que 421 jeunes âgés de plus de 20 ans étaient accueillis dans des établissements pour enfants handicapés de la région.

Afin d'assurer la continuité des parcours de ces jeunes handicapés en attente de place en établissement ou service pour adultes handicapés, l'Agence régionale de santé Pays de la Loire a lancé un appel à projets relatif à la création d'un dispositif expérimental et innovant d'accompagnement adapté pour les jeunes qui se trouvent dans la situation visée par l'amendement dit « Creton » (permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent). Les objectifs étaient de :

- préciser le projet d'orientation du jeune, en favorisant autant que possible un parcours d'insertion vers le milieu ordinaire ;
- soutenir l'autonomie sociale du jeune en termes d'accès à la citoyenneté, d'autonomie dans le logement, de déplacements et de vie sociale ;
- assurer la continuité et la pérennité du projet de soins.

Cette formule a suscité un fort intérêt ainsi qu'une dynamique de coopération régionale, deux projets ayant fait l'objet d'une candidature d'associations départementales réunies dans un cadre régional. Quinze projets ont ainsi été reçus, portant sur deux types de prestations :

- l'accompagnement des jeunes orientés en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ;

- l'accompagnement des jeunes orientés en maison d'accueil spécialisée (MAS).

Huit projets ont été autorisés en 2011. Ils se traduisent par des transformations de places d'établissements pour enfants handicapés en MAS (35 places) et par la mise en œuvre de dispositifs d'insertion socioprofessionnelle en faveur des jeunes orientés en ESAT (242 jeunes seront accompagnés dans ce cadre sur trois ans).

L'ARS a mobilisé des moyens à hauteur de 3,1 M€ en 2011 pour soutenir et accompagner ces projets sur trois ans.

Le développement d'un tableau de bord de pilotage pour le secteur médico-social

En lien avec l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP), l'ARS participe activement à l'expérimentation d'un tableau de bord pour les établissements et services accompagnant des personnes âgées ou handicapées. 104 établissements de la région, principalement en Maine-et-Loire et Vendée, participent à cette démarche. Ce tableau de bord est composé de quatre volets : un volet relatif aux objectifs de la structure, un volet ressources humaines et matérielles, un volet équilibre budgétaire et financier et enfin, le volet central des prestations de soins et d'accompagnement aux personnes.

L'enjeu est de doter les établissements d'un outil utilisé en interne par le management, mais aussi en externe dans les relations de la structure avec ses partenaires.

L'accompagnement des parcours de santé des personnes âgées

Avec l'appui de l'ANAP, l'ARS participe à l'expérimentation d'une démarche visant à assurer aux personnes âgées un parcours sans rupture ni redondance.

L'expérimentation se déroule à Nantes et en Mayenne. Elle s'appuie sur une étude démographique, épidémiologique, géographique et socio-économique de la population de plus de 75 ans et sur une cartographie du réseau des acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-social et ses modalités de coordination dans le territoire.

L'analyse est menée à partir de deux points de passage critiques :

- les urgences qui connaissent une surreprésentation des personnes âgées et des situations d'inadéquations ;
- l'utilisation des soins de suite et de réadaptation (SSR) notamment après un accident vasculaire cérébral.

Les parcours étudiés ont fait l'objet d'une analyse quantitative et qualitative. Tous les professionnels et les représentants des usagers se sont ensuite réunis dans le cadre d'ateliers pour critiquer et enrichir l'analyse afin d'aboutir à un diagnostic complet et partagé.

Les objectifs de cette expérimentation sont de :

- développer / organiser l'offre dans une logique de plateformes de services coordonnés ;
- améliorer et créer des modalités de coordination ;
- réduire les utilisations inadéquates de l'offre de santé (passages aux urgences, programmations, réponse au domicile de la personne, mesure de l'hospitalisation évitable des résidents en EHPAD...)

L'amélioration des parcours de santé, la recherche d'une qualité soignante et sociale globale constitue un enjeu central de la politique régionale de santé.

Le développement des systèmes d'information en santé

Le développement et la modernisation des systèmes d'information de santé sont un objectif pour l'ensemble de la politique régionale d'amélioration de l'organisation des soins et des accompagnements. Le Programme régional des systèmes d'information partagés et du développement de la télémédecine (PRSIT) a été publié le 16 décembre 2011 avec le PRS.

Durant cette année 2011, l'ARS s'est engagé dans divers projets :

LE GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS) E-SANTÉ PAYS DE LA LOIRE a ainsi été constitué le 7 juillet 2011 à Nantes au cours d'une première assemblée générale. Composé de 150 membres, il est représentatif de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et libéral de la région. Il est chargé d'assurer la maîtrise d'ouvrage régionale unique des Systèmes d'information partagés de santé (SIPS). Il est le relais opérationnel pour la mise en œuvre des programmes prioritaires de télémédecine, de e-santé et de systèmes d'information partagés.



Véritable succès, la journée DMP a accueilli

260
participants



LE DÉPLOIEMENT DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP) a été lancé en Pays de la Loire à l'occasion d'une journée d'information organisée conjointement par l'ARS et le GCS e-santé Pays de la Loire le 25 novembre 2011. Véritable succès, elle a regroupé 260 personnes.

La région a été retenue dans le cadre des appels à projets nationaux :

- le programme DMP en établissement, avec trois établissements ligériens retenus : la clinique Brétéché, le CHU Nantes et le CH LVO ;
- le programme DMP en région, avec deux territoires pilotes retenus : le Nord Vendée (Challans) et le Sud Mayenne. Il s'agit du déploiement et de l'usage du DMP pour l'ensemble des acteurs de ces deux territoires.

TÉLÉMÉDECINE

L'ARS Pays de la Loire s'est également engagée dans la télémédecine. En partenariat avec le Conseil régional, un appel à candidature a été lancé. Plusieurs projets se développent dont la première unité de dialyse médicalisée télésurveillée, mise en œuvre à l'initiative de l'association ECHO et inaugurée à Trélazé (Maine-et-Loire) le 30 novembre 2011. La sécurité des patients est assurée par l'usage de la télémédecine et la possibilité d'intervention rapide d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

Le Projet régional de santé des Pays de la Loire prévoit une forte augmentation du nombre de ces unités installées à proximité des patients hors des centres. Leur nombre devrait ainsi doubler d'ici la fin de la mise en œuvre du schéma régional d'organisation des soins, permettant de renforcer une offre de proximité efficiente et adaptée aux besoins des patients en insuffisance rénale chronique terminale.

« TRAJECTOIRE »

Afin de favoriser la fluidité des parcours des patients entre les établissements de santé, un outil informatisé et médicalisé d'aide à l'orientation des patients « Trajectoire » a été déployé dans la région des Pays de la Loire d'octobre 2010 à l'été 2011.

Pour les établissements de médecine chirurgie obstétrique (MCO), l'outil Trajectoire est une aide à l'orientation des patients nécessitant un transfert vers un établissement de soins de suite ou une structure d'hospitalisation à domicile (HAD). Il permet à l'établissement de court séjour un suivi de ces demandes d'admission et d'anticiper au mieux le transfert du patient.

Pour les établissements de soins de suite et les structures d'hospitalisation à domicile, il permet de répondre plus rapidement aux demandes des établissements de court séjour et de recevoir des patients en adéquation avec leurs missions.

Le respect du libre choix du patient et du prescripteur est préservé et la transparence et la fluidité des parcours de santé sont améliorées.

Au 31 décembre 2011, l'outil « Trajectoire » est déployé sur l'ensemble des acteurs de la région.

Développement d'une dynamique de contractualisation

Le troisième volet dans la conduite du changement, c'est le développement d'une dynamique de contractualisation avec les acteurs.

Le renforcement des partenariats dans le domaine de la prévention

Dans le domaine de la prévention, cette dynamique de contractualisation s'est construite autour de plusieurs partenaires et thématiques.

Une démarche a été consolidée auprès des acteurs de l'Éducation nationale, membres de la commission de coordination dans le domaine de la prévention. Une charte de partenariat va être signée avec le Rectorat et la même démarche, un peu allégée, est en cours avec l'enseignement catholique via l'URADEL (Association des directeurs diocésains des Pays de la Loire).

Les projets de contrat de partenariat prévoient notamment la mise en place d'un comité de pilotage régional (ARS, Rectorat, URADEL et Conseil régional) ainsi que des comités techniques départementaux. La nutrition et la prévention des conduites addictives devraient constituer deux des axes autour desquels s'articulera chaque contrat :

- sur le plan du surpoids et de l'obésité des jeunes enfants, les acteurs ligériens (collectivités territoriales, Éducation nationale) partagent l'objectif de mieux contribuer à la stabilisation de la prévalence, en cohérence avec les orientations communes du Plan national nutrition santé, du Plan obésité et du Programme national pour l'alimentation ;
- sur le plan de la lutte contre l'alcoolisation des jeunes, cette priorité régionale inscrite dans le PRS est portée, en parallèle, dans le cadre du Plan régional santé au travail (PRST).

Enfin, l'ARS a signé en 2011 un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) des Pays de la Loire. L'objectif de ce contrat est de fixer un cadre de travail de l'IREPS :

- au niveau de son centre de ressource pour tous les acteurs (documentation, formation, conseil méthodologique) ;
- au niveau de ses actions en direction de publics ciblés : communication sur les addictions dans les lycées, sur la nutrition dans les centres de loisirs ou sur le handicap et la sexualité dans les Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ; organisation d'ateliers pour personnes en situation de précarité auprès d'association de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) par exemple, d'ateliers santé seniors...

La régionalisation et l'harmonisation de la contractualisation dans le domaine médico-social

L'ARS a souhaité rénover et régionaliser le processus de contractualisation à l'œuvre dans le domaine médico-social en Pays de la Loire.

Des guides méthodologiques, des documents types de contractualisation, des outils de suivi ont ainsi été mis en place.

SECTEUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) dit de deuxième génération a été présenté aux fédérations régionales en avril 2011. Au 31 décembre 2011, sur les 124 organismes gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées recensés, 27 % ont signé un CPOM. Ces contrats portent sur 244 établissements et services médico-sociaux, soit 57 % des établissements recensés et 61 % des places installées.

SECTEUR PERSONNES ÂGÉES

À l'issue d'un travail collaboratif associant les cinq Conseils généraux de la région et l'ARS, une convention tripartite unifiée régionale a été validée par la Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine médico-social. Chaque convention, négociée à partir d'un rapport d'auto-évaluation interne, définit les engagements de l'EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en matière de prise en charge, d'efficacité, de qualité et de sécurité pour les personnes âgées accueillies.

Elle spécifie les conditions de fonctionnement de l'EHPAD, arrête les objectifs d'évolution de la structure et précise les modalités d'intervention financière de chacune des parties.

En 2011, 58 conventions tripartites ont été renégociées sur la région. L'ARS a mobilisé, cette année, une enveloppe de plus de 5 M€ pour le renforcement de la médicalisation des EHPAD.

-4,6 millions

Le déficit cumulé brut des établissements publics de santé est passé de -16,8 M€ en 2010 à -4,6 M€ au 31/12/2011

Le Contrat de retour à l'équilibre (CRE) du centre hospitalier de Saint-Nazaire

Les chantiers ciblés dans le cadre de ce CRE portent sur :

- l'amélioration de l'efficacité des organisations ;
- la maîtrise des dépenses ;
- le renforcement de l'attractivité et de la dynamique de coopération (l'établissement doit retrouver à la fin de l'année 2011 le niveau de l'activité constatée en 2009).



Des contrats de retour à l'équilibre pour améliorer la situation financière des établissements de santé

Pour accompagner l'amélioration de la situation financière de quelques établissements de santé de la région à retrouver un équilibre financier, l'ARS signe avec eux un Contrat de retour à l'équilibre (CRE). Il s'agit d'un engagement contractuel entre l'établissement et l'ARS qui a pour finalité l'équilibre financier de l'établissement de santé par la mise en œuvre d'un Plan de redressement et de modernisation (PREM).

Les établissements de santé en difficulté budgétaire et pour lesquels un contrat était en cours avec l'Agence régionale de santé Pays de la Loire sont le CHU de Nantes, le CH de Laval et le CH du Mans. Pour ces trois établissements, la situation s'est fortement améliorée. Tous ont tenu globalement leurs engagements. On notera plus particulièrement la bonne évolution de la situation du CHU de Nantes qui a atteint l'équilibre dès 2011. Cet établissement fait l'objet d'un contrat de performance associant l'ARS Pays de la Loire et l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP).

L'ARS Pays de la Loire a signé trois nouveaux contrats de retour à l'équilibre en 2011 : il s'agit du CH de Saint-Nazaire, du Pôle Jules-Verne et du CH des Sables d'Olonne. L'ARS suit attentivement l'évolution de leur situation et les accompagne dans la mise en place de chantiers visant à améliorer leur efficacité et le retour à l'équilibre budgétaire, par des crédits ponctuels lorsque la situation l'exige.

En 2011, l'ARS a ainsi accordé des aides à hauteur de 8,5 M€ (hors CHU de Nantes).

Dans le domaine de l'organisation et de l'évolution de l'offre de santé au niveau régional

Si l'année 2010 a permis de composer les cinq Unions régionales des professionnels de santé (URPS) « élues » (scrutin des 4 octobre et 21 décembre) et l'installation de l'URPS des médecins (fin novembre), 2011 a permis de compléter le processus de composition et d'installation des dix URPS. Celui-ci est pour autant encore inachevé :

- les sages-femmes : des contacts ont été pris pour proposer une aide technique voire logistique ;
- les orthoptistes : la démarche est en cours d'achèvement fin 2011 ;
- les biologistes responsables n'ont pas encore été désignés par arrêté ministériel.

L'ARS a enclenché en 2011 un processus de contractualisation avec la plupart des URPS. De nombreuses réunions techniques ont été organisées tout au long de l'année pour préparer ces contrats sur la base d'un « socle commun » à l'ensemble des URPS.

Chacune des Unions doit s'engager sur un volet d'actions spécifiques qui contribueront à la déclinaison du Projet régional de santé.

Parmi les actions programmées, on mentionnera le développement de l'éducation thérapeutique, l'accompagnement de projets de maisons de santé par des « médecins facilitateurs », l'observation des conditions d'exercice des infirmiers et chirurgiens-dentistes, l'amélioration du parcours de soins ou la réalisation d'études sur le second recours (médecins spécialistes).

Une gestion du risque basée sur la contractualisation

AVEC LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Le réseau de l'Assurance maladie est l'opérateur historique de la gestion du risque (GDR), en particulier dans le cadre des soins ambulatoires. Les évolutions récentes de l'organisation du système de santé et de sa gouvernance impliquent un partenariat renforcé entre les ARS et les organismes et services de l'Assurance maladie.

La coordination entre l'ARS et l'Assurance maladie est assurée formellement au sein de la commission régionale de gestion du risque. Installée dès juin 2010, elle associe l'ARS, des représentants de chaque organisme d'assurance maladie (Régime général, Régime social des indépendants - RSI, Mutualité sociale agricole - MSA) ainsi qu'un représentant des organismes complémentaires.

Une commission restreinte ainsi que des rencontres mensuelles techniques entre l'ARS et le directeur coordinateur de la GDR de l'Assurance maladie ont également été organisées tout au long de l'année 2010 et 2011.

L'ensemble de ces travaux a abouti à :

- la signature de contrats avec les trois régimes d'assurance maladie au cours du second semestre 2011. Ce contrat, établi entre l'ARS et chaque organisme, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR) ;
- la validation du PRGDR 2012-2015 lors de la commission plénière gestion du risque du 2 décembre 2011.

AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DANS LE DOMAINE DES TRANSPORTS OU DE LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS EN VILLE

Un travail avec les établissements de santé a permis d'initier un travail sur des enjeux forts d'évolution des dépenses, notamment les transports sanitaires, les prescriptions hospitalières de délivrance de médicaments en ville ou encore les dépenses liées à la liste en sus (médicaments et dispositifs médicaux).

Neuf établissements sont ainsi entrés en 2011 dans une démarche d'accords de méthode signés conjointement avec l'Assurance maladie et définissant un plan d'actions détaillé et suivi.

La dialyse péritonéale au sein du PRGDR

L'ARS a tout d'abord réalisé un état des lieux sur l'Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec notamment un travail d'analyse sur la dialyse péritonéale et sur les freins à son développement.

Ceux-ci provenant surtout du manque de formation des professionnels de santé et d'information des patients, l'ARS a ciblé ses actions sur des opérations de sensibilisation :

- dans le cadre de ses rencontres QualitEfficience ;
- réunions plus ciblées avec les professionnels et plus particulièrement avec les néphrologues ;
- information auprès du public sur les différentes techniques de dialyse (projet de consultation d'annonce) et le déploiement de la télé-dialyse en lien avec l'association Echo.

Ont également été lancés un projet de téléconsultation et de suivi des patients greffés ainsi que plusieurs programmes d'éducation thérapeutiques IRCT incluant le développement de la dialyse péritonéale

La contractualisation dans le domaine de la formation initiale des professionnels de santé

CONVENTION MULTIPARTITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME LMD (LICENCE MASTER DOCTORAT) DES SOINS INFIRMIERS

La réforme des études en soins infirmiers s'appuie sur un référentiel de compétences et conduit à décliner un processus de formation qui confère aux titulaires du diplôme d'état le grade de licence.

En région des Pays de la Loire, sept Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) se sont engagés dans la mise en place de la nouvelle formation dès septembre 2009, les sept autres en septembre 2010.

En février 2011, un projet de convention a été approuvé en assemblée générale du groupement de coopération sanitaire des IFSI des Pays de la Loire. Ce projet de texte a été soumis à l'Institut régional de formation sanitaire et sociale de la Croix-Rouge française, à l'université et au Conseil régional.

Un rapport d'étape pédagogique a été réalisé en avril 2011.

La Commission spécialisée qui regroupe les acteurs du projet de convention s'est réunie jusqu'au 14 septembre 2011. Depuis, le Conseil régional a diligencé une étude afin d'évaluer l'impact financier de la réforme.

CONVENTIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DU 3^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

La réforme de l'organisation du 3^e cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie prévoit, par le biais d'un arrêté du 24 mai 2011, qu'une convention définit pour chaque établissement d'accueil, hospitalier ou extrahospitalier, le cadre et les conditions dans lesquels les internes effectuent leurs stages en dehors de leur CHU de rattachement. L'approbation de cette convention par l'établissement d'accueil, le directeur général de l'ARS concernée, le directeur de l'UFR (Unité de formation et de recherche) dont relèvent les internes et le directeur général du CHU de rattachement des

internes, est nécessaire pour l'accueil d'internes.

Cette convention d'accueil précise notamment :

- l'établissement en charge du versement des rémunérations des internes ;
- le contenu des éléments de rémunérations des internes ;
- les obligations assurantielles des différentes parties ;
- les conditions générales pédagogiques et statutaires auxquelles sont soumis les internes pendant la durée de leur stage.

CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC

Les actions directes sur le flux des formations médicales (action sur le numerus clausus) et sur la filiarisation (action sur les épreuves classantes nationales) ne permettent pas d'obtenir, à elles seules, une répartition équilibrée des professionnels de santé du fait notamment de la liberté d'installation.

Le contrat d'engagement de service public (CESP) est l'une des mesures incitatives pour favoriser l'installation future des étudiants et internes en médecine dans les zones géographiques en sous-densités médicales.

Le CESP est destiné aux étudiants admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement. Les étudiants bénéficiaires se voient verser une allocation mensuelle de 1 200 € bruts et imposables jusqu'à la fin de leurs études.

En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés par les ARS dans des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement est égale à celle correspondant au versement de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans. Ce dispositif est applicable depuis la rentrée universitaire 2010-2011, selon des modalités arrêtées par voie réglementaire.

Les candidatures sont examinées par une commission de sélection composée du directeur de l'UFR où le candidat poursuit ses études, du directeur général de l'ARS où la candidature est déposée, de représentants des médecins en exercice dans la région, d'étudiants et d'internes.

L'ARS a pour mission de recenser les lieux d'exercice prioritaires dans sa région, en vue d'une inscription dans la liste nationale.

Elle évalue les besoins et le type de postes qui seront proposés (salaire, libéral, mixte...). Ces postes sont inscrits sur une liste offerte aux bénéficiaires du CESP de toutes les régions qui finissent leurs études, ainsi qu'aux médecins en exercice qui sont en train de réaliser leur engagement.

En Pays de la Loire, un dispositif de contrat CESP a été mis en œuvre en lien avec les UFR de médecine 44 et 49 : campagne de communication par les UFR, courriel d'information aux internes 2011, rencontres individuelles et collectives. Sur les 23 CESP offerts, l'ARS a dénombré 11 candidatures, 8 ont abouti en CESP au 31/12/2011.

En effet, de nombreux freins limitent ce dispositif avec notamment des

réticences pour les étudiants à s'inscrire dans un engagement aussi long, un manque de lisibilité sur les futurs lieux d'exercice au moment de la sortie du cursus, le coût important de l'indemnité de rupture du contrat, l'incompatibilité entre l'allocation CESP et d'autres formes d'aides ou de bourses provenant de collectivités territoriales.

Contrats locaux de santé

Prévus par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les contrats locaux de santé constituent un dispositif innovant devant permettre d'améliorer l'état de santé de la population, en conjuguant au mieux les politiques de santé publique menées par l'Agence régionale de santé, les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale.

Ils sont conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales, afin de contribuer à réduire les inégalités de santé. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, l'accès aux soins et l'accompagnement médico-social, l'offre de soins et la médecine de premier recours. Ils doivent permettre de mieux répondre aux besoins de proximité de la population en mettant en œuvre le Projet régional de santé (PRS). Une fois définis, ils sont soumis pour avis aux conférences des territoires concernés.

Dans un objectif de réduction des inégalités de santé, la démarche a consisté d'abord à identifier des zones prioritaires en concertation avec les collectivités concernées.

En interne, cette mise en place s'appuie sur une articulation forte entre les Délégations territoriales et les Directions métiers, afin de transmettre un message cohérent vers les collectivités territoriales. Cette cohérence a nécessité de définir une méthodologie, de construire et expérimenter une procédure et des outils, d'identifier les financements mobilisables... Dans ce cadre, les Délégations territoriales négocient et élaborent les contrats avec les collectivités. La cellule d'appui méthodologique et ingénierie (CAMI) fournit un appui en interne aux différentes étapes du projet : identification des territoires cibles et des priorités, définition des objectifs. Elle assure ensuite un suivi et une évaluation.

Au 31/12/2011, trois contrats sont en passe de signature (lettre de cadrage signée avec Angers, deux CLS en cours de signature avec l'île d'Yeu et Craon-Renazé), une douzaine de démarches est engagée, et de nouveaux chantiers sont en prévision.

Le Contrat local de santé du Pays craonnais et Saint-Aignan—Renazé.

La Communauté de communes de Craon-Renazé est face à un risque de désertification médicale. Une réflexion a donc été menée, associant l'ensemble des professionnels de santé, les structures sanitaires et du médico-social afin de mettre à plat les difficultés rencontrées sur ce territoire et de déterminer les moyens à mettre en œuvre.

Sept objectifs prioritaires de santé ont ainsi été identifiés pour la période 2011-2015 visant à :

- > maintenir la permanence et la continuité des soins ;
- > améliorer l'attractivité de l'exercice professionnel et donc également l'attractivité du territoire ;
- > organiser la coordination et la concertation entre les acteurs de santé et développer la formation pluridisciplinaire liée aux besoins de la population ;
- > optimiser la prise en charge des patients ;
- > développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ;
- > approfondir et actualiser les connaissances sur les besoins de la population du territoire ;
- > organiser la gouvernance du projet de santé du sud-ouest mayennais.

Cela se traduit plus concrètement par l'ouverture d'une maison de santé adossée à l'hôpital local, de nouveaux modes de rémunération pour les médecins, de nouveaux moyens pour l'EHPAD, etc.

Pour cela, l'ARS apporte un appui technique et une aide financière d'un montant de 20 000 €, en plus des 108 000 € déjà versés, la participation de chaque collectivité s'élevant à 10 000 € annuels.

1200

euros est le montant de l'allocation mensuelle versée aux étudiants dans le cadre d'un Contrat d'engagement de service public

Développement d'une posture d'accompagnement des acteurs

Depuis juillet 2008, le Conseil général de la Vendée a consacré plus de **1,2 million d'euros** à la lutte contre l'habitat indigne ou énergivore. Cela a permis de réhabiliter ou rénover plus de **1 540 logements** dont 1 300 logements énergivores, 200 logements très dégradés et 40 logements insalubres.

Le pôle habitat indigne se veut une approche évolutive, fondée sur une démarche de formation des intervenants de terrain susceptibles de signaler les situations d'habitat indigne.

1,2 M

Sensibilisation du public en Pays de la Loire: de l'air pur dans mon logement

Projet piloté par l'Union régionale CLCV (Consommation, logement et cadre de vie) Pays de la Loire avec le soutien financier de l'ARS, de la DREAL et du Conseil régional des Pays de la Loire. Il consiste en des soirées débats en partenariat avec la Mutuelle ou les professionnels du bâtiment, des stands sur salons dédiés à l'habitat, des articles dans divers journaux,

des discussions avec les bailleurs sociaux sur l'entretien, la ventilation, les travaux d'étalement des portes, les produits d'entretien des parties communes...



L'Agence n'est pas uniquement dans une responsabilité d'autorisation et d'allocation de ressources; elle a également à cœur d'accompagner les acteurs.

Autour de la santé-environnement

Les équipes de santé-environnement ont des activités régaliennes mais ont aussi une forte démarche d'accompagnement des collectivités territoriales, des établissements recevant du public à travers notamment la mise en œuvre du Plan régional santé environnement 2010-2013 (PRSE2). Cette dynamique s'est accentuée depuis la création de l'ARS. Ceci a été particulièrement vrai pour l'habitat indigne en Loire-Atlantique ou pour la lutte contre le radon en Maine-et-Loire,

LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE

La lutte contre l'habitat indigne constitue un enjeu fondamental en termes de santé notamment pour le logement des personnes les plus défavorisées. Action prioritaire du PRSE2, elle nécessite une large mobilisation des acteurs pour repérer les personnes en mal logement et remédier à ces situations.

Des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne ont été mis en place dans les cinq départements de la région pour y parvenir. Les Délégations territoriales participent activement à l'animation et au fonctionnement de ces pôles.

Salubrité habitations	44	49	53	72	85
374 visites de logements (hors SCHS)	243	55	16	50	10
74 arrêtés d'insalubrité	55	3	6	4	6
107 logements ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité	64	3	23	7	10

Un réseau régional d'échanges est également animé conjointement par l'ARS et la DREAL (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement). Il permet une capitalisation et une mutualisation des expériences et s'inscrit dans une démarche globale de mobilisation des collectivités. Par ce biais notamment, l'accompagnement des collectivités ou groupements de communes peut être renforcé, pour une plus grande implication dans la prise en charge des signalements.

SENSIBILISATION ET CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

Nous passons plus de 90 % de notre temps à l'intérieur de bâtiments: la qualité de l'air intérieur peut donc avoir des effets sur notre confort et notre santé, depuis la simple gêne (odeurs, irritation des yeux...) jusqu'au développement de pathologies (allergies respiratoires par exemple).

Dans la région, plusieurs zones géographiques sont potentiellement à risque vis-à-vis du radon, un gaz radioactif naturel. Les personnes les plus sensibles sont particulièrement visées, en particulier les enfants. Deux tiers des ligériens déclarant ne jamais avoir entendu parler du radon, des opérations de sensibilisation sont organisées:

- actions d'éducation à la santé environnementale du public par le relais d'associations ou de collectivités;
- sensibilisation des professionnels du bâtiment pour une conception de bâtiments respectueux de la santé;
- campagnes expérimentales de mesures de la qualité de l'air intérieur pour les établissements scolaires et crèches, formation des personnels d'établissements scolaires aux règles d'hygiène et sécurité, repérage et diagnostic des bâtiments accueillant des enfants sur des sites potentiellement pollués.

	44	49	53	72	85
Monoxyde de carbone: 45 enquêtes environnementales (hors SCHS)	14	9	3	11	8
Radon: 131 contrôles	34	79	9	8	1

Dans le domaine de la prévention du suicide

Afin d'agir contre le suicide, l'ARS souhaite maintenir, voire développer, des actions de prévention, de repérage et d'accompagnement de la crise suicidaire, notamment sur les territoires et populations identifiés comme prioritaires.

La coordination des actions menées s'appuie sur une connaissance approfondie du suicide sur certains territoires et sur le suivi de la situation. Trois études ont ainsi été menées en Mayenne en 2010: évolution du suicide sur les cinquante dernières années en fonction de l'âge et du sexe, hospitalisations pour tentatives de suicide, distribution spatiale du suicide. Un travail sur des données infra-départementales sur les indicateurs de santé, dont le suicide, a également été mené avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) en octobre 2011.

Six sessions de formations au repérage de la crise suicidaire (dont une en milieu pénitentiaire) ont été organisées en 2011 afin de rapprocher des acteurs d'horizons différents (mise en réseau) et développer les bonnes pratiques.

L'appel à projets dans le domaine de la santé mentale a quant à lui permis de financer 57 actions pour un total de 513 889 €, recouvrant

des actions collectives d'information (soirées débat), d'accueil d'écoute et d'orientation au sein de différentes structures du secteur social (centres d'hébergement et de réinsertion sociale, accueils de jour), de centres de distribution alimentaire, de missions locales, de formation de bénévoles à l'écoute, d'ateliers santé, d'aide aux aidants, de lutte contre l'isolement ou contre les discriminations.

Autour de la création des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Les maisons de santé pluridisciplinaires constituent l'une des réponses possibles aux mutations du secteur ambulatoire et aux aspirations nouvelles des professionnels. C'est le regroupement de différents professionnels de santé: médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers... qui souhaitent travailler en coordination, sur un même lieu, avec pour finalité la prise en charge globale du patient.

En Pays de la Loire, près de 60 projets sont identifiés. Ce sont plus de 500 professionnels de santé libéraux qui s'investissent dans ces projets pour construire une offre de premier recours performante et attractive.

Les enjeux du développement des MSP sont forts:

- pérenniser l'accès aux soins sur le territoire;
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé;
- contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients par le partage d'expérience, la complémentarité des approches, la coordination des acteurs de santé du territoire;
- développer la prévention auprès de la population.

Pour la mise en œuvre du programme national « 250 MSP », un comité de sélection a été constitué en 2010 avec une coprésidence préfet de région et directrice générale de l'ARS. 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 et de favoriser une intervention concertée des différents financeurs autour de ces projets. Le comité a ainsi retenu 19 projets de MSP nécessitant un accompagnement en investissements.

L'ARS a un rôle d'aide et d'accompagnement des professionnels et des élus. Une organisation a ainsi été mise en place pour mieux répondre à ce besoin par l'intermédiaire :

- d'une structure de concertation régionale (CORECS);
- des guichets uniques dans les cinq départements (CATS);
- d'une plate-forme d'appui régionale chargée d'apporter un appui opérationnel aux CATS et de préparer les CORECS;
- d'outils d'accompagnement des projets d'exercice coordonné et de tableaux de bord. La construction de ce dispositif d'accompagnement et de concertation a nécessité un important investissement de l'ARS et notamment des Délégations territoriales. Les outils méthodologiques sont encore à approfondir notamment sur les plans juridiques et financiers pour améliorer la lisibilité sur les stratégies de finance-

ment Préfecture et Conseil régional. Des tableaux de bord en lien avec les Délégations territoriales sont également en cours de mise à jour pour prendre en compte les évolutions des projets de structures.

Fin 2011, on compte dans la région 8 maisons de santé constituées, 37 dont le projet est en cours de « construction » et 7 en début de réflexion.

Vers les établissements publics de santé

L'amélioration de la performance des établissements est une priorité stratégique de l'ARS.

L'objectif de l'ARS est d'accompagner au plus tôt les établissements à travers la mise en œuvre d'actions relatives à l'amélioration des organisations, d'analyses prospectives et structurelles des établissements, d'outils de pilotage macro-économiques.

RÉALISATION D'UN SCORING DES ÉTABLISSEMENTS

En lien étroit avec la Direction générale des finances publiques (DGFIP), l'ARS a lancé une démarche de *scoring* afin d'identifier les établissements en difficultés et instaurer un réseau d'alerte des établissements publics de santé dans la région des Pays de la Loire. L'étude porte sur les 25 centres hospitaliers. Le *scoring* est un indicateur synthétique de notation des établissements composé de 27 critères budgétaires, financiers ou relatifs à l'activité.

Un rapport final définit le réseau d'alerte des établissements publics de santé (EPS) de la région. La première partie de ce rapport est consacrée à la présentation du classement. Les établissements obtenant une note inférieure au seuil retenu figurent au réseau d'alerte régional des EPS en 2011. La deuxième partie porte spécifiquement sur ces établissements. Une synthèse met en évidence leurs principaux points forts et points faibles. Ce rapport a été présenté et a fait l'objet d'échanges avec l'ensemble des établissements.

PILOTAGE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER PAR L'ANALYSE DES PGFP

À l'heure actuelle, les établissements ne considèrent pas suffisamment leur plan global de financement pluriannuel (PGFP) comme un outil de pilotage. L'ARS Pays de la Loire souhaite les accompagner dans une logique de changement tendant à considérer l'outil PGFP comme une sorte de *business plan*. Un pilotage économique et financier par l'analyse des PGFP a tout d'abord été mis en œuvre afin d'assurer un suivi des investissements des établissements de la région chaque année et une meilleure programmation de ces investissements. En première instance, 64 % des PGFP ont fait l'objet d'un rejet. L'ARS a organisé de nombreux échanges avec ces établissements afin de les accompagner sur la mise en œuvre de leurs projets et la formalisation de leur PGFP.

En lien avec la Mission d'accompagnement régional pour la tarification à l'activité (MARTAA) et la Direction régionale des finances publiques

(DRFIP), l'ARS a également organisé une rencontre financière avec l'ensemble des établissements de la région des Pays de la Loire ainsi que les trésoriers et des représentants de la Chambre régionale des comptes afin de débattre sur trois thématiques :

- bâtir son PGFP avec deux exemples concrets et la présentation de l'expérience du CHU de Nantes;
- les emprunts structurés;
- la fiabilisation des comptes des établissements de santé.

Au-delà de la simple vision budgétaire, ces rencontres ARS/établissements permettent d'évoquer avec eux leur avenir, leurs projets et la traduction de ceux-ci sur le plan financier et ce, de façon pluriannuelle.

ACCOMPAGNER L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS

Plusieurs établissements de la région ont bénéficié d'un diagnostic performantiel. Ce travail commun établissements et ARS permet d'identifier les axes majeurs de vigilance et d'arrêter un programme de modernisation des établissements en difficulté.

Parallèlement, l'ARS a lancé en 2011 plusieurs actions relatives à l'efficacité des organisations, et notamment :

- un *benchmark* de fonctionnement des blocs opératoires, des salles de surveillance post-interventionnelle et des actes de chirurgie ambulatoire. 72 % des établissements ayant une activité chirurgicale (soit 80 % des plateaux techniques ligériens) ont participé à la démarche;
- un travail spécifique d'appui au développement de la chirurgie ambulatoire en région. Le programme d'action a été présenté aux acteurs lors d'une rencontre le 11 juin 2011. Fin 2011, la région atteint un taux global de chirurgie ambulatoire de 40 % et rattrape ainsi progressivement son retard par rapport au national;
- les enjeux relatifs au traitement de l'information médicale, aux circuits de facturation et au recouvrement ont été analysés lors d'une rencontre le 4 février 2011;
- un état des lieux de l'organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Pays de la Loire a été conduit. Cette étude a été partagée avec les professionnels lors d'une rencontre le 4 mai 2011, réunion au cours de laquelle l'organisation de la dialyse péritonéale dans d'autres régions a été présentée.

En mission d'appui du médico-social

À l'instar de la MARTAA qui accompagne la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers, l'ARS a pour objectif de créer une mission d'appui régional pour le secteur médico-social. L'objectif est d'aider les établissements médico-sociaux sur des thématiques de contrôle de gestion en commençant par le secteur personnes âgées.

Expérimentation d'un dossier unique de pré-admission en EHPAD en Sarthe

Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Pays du Mans et du Pays de la vallée du Loir, soit 39 EHPAD, ont participé à l'expérimentation du dossier de pré-admission qui s'est déroulée du lundi 21 novembre jusqu'à la fin janvier 2012.

Le questionnaire de satisfaction a été mis en ligne sur le portail internet de l'ARS des Pays de la Loire, sur celui de l'URPS et sur celui du Conseil général de la Sarthe à compter du 21 novembre 2011. Les adresses ont été communiquées aux participants.

Le dossier de demande d'admission en EHPAD a été élaboré par une commission nationale puis présenté et remis aux directeurs d'établissements, coordonnateurs de Centre local d'information et de coordination, médecins coordonnateurs et médecins libéraux à l'occasion de deux rencontres territoriales.

L'objectif est que, pendant la période de test, les EHPAD concernés remettent systématiquement le dossier unique de demande d'admission, sous format papier ou par messagerie, aux personnes âgées (ou leur famille) sollicitant une admission en EHPAD ainsi qu'aux médecins les sollicitant.

Parallèlement mais en étroite articulation avec l'expérimentation, deux groupes de travail poursuivent leurs travaux relatifs à la gestion des listes d'attente et au dossier unique d'admission mis en place dans le cadre des schémas médico-sociaux départementaux.

14

établissements sont inscrits au **réseau d'alerte régional** en 2011 : **10 en zone d'alerte (note sur 20 inférieure à 8) et 4 en zone de pré-alerte (note sur 20 comprise entre 8 et 10).**

La situation générale des centres hospitaliers ne s'améliore pas : à l'augmentation du nombre d'établissements recensés (14 contre 11 l'année passée) s'ajoutent une prépondérance de ceux figurant en zone d'alerte (10 contre 4 l'année passée) et une diminution générale des notes obtenues.

La mission est un lieu d'échanges contractuels et un lieu de veille réglementaire et technique. Concernant les systèmes d'information, la mission interviendra en complémentarité avec le Groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé mandaté par ailleurs par l'ARS pour accompagner les établissements.

Une réunion a eu lieu avec les fédérations en décembre 2011 pour élaborer le protocole d'accord. Celui-ci prévoit notamment 200 K€ de crédits non reconductibles pour un recrutement de postes par un établissement pivot.

La gouvernance de la mission sera assurée par les fédérations avec une présidence tournante.

Autour des réseaux de santé

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins et la coordination des acteurs en prenant en compte les secteurs sanitaire, médico-social et social. Ces réseaux peuvent être spécifiques à certaines populations (personnes âgées par exemple) ou à des pathologies (diabète par exemple), mais il y a lieu d'aller vers une organisation plurithématique pour les dispositifs de proximité. Les réseaux peuvent bénéficier d'un financement au titre du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), désormais du FIR (Fonds d'intervention régional), en soutien aux missions faisant l'objet d'une contractualisation avec l'ARS.

Les orientations stratégiques du PRS mettent l'accent sur la continuité du parcours de santé et affirment la place de la personne au cœur du système de santé pour une prise en charge globale et graduée. Dans ce domaine, la coordination des acteurs de santé est essentielle. Des évolutions ont été proposées aux réseaux lors d'une rencontre régionale le 29 septembre 2011. Les échanges se sont déroulés autour de trois approches :

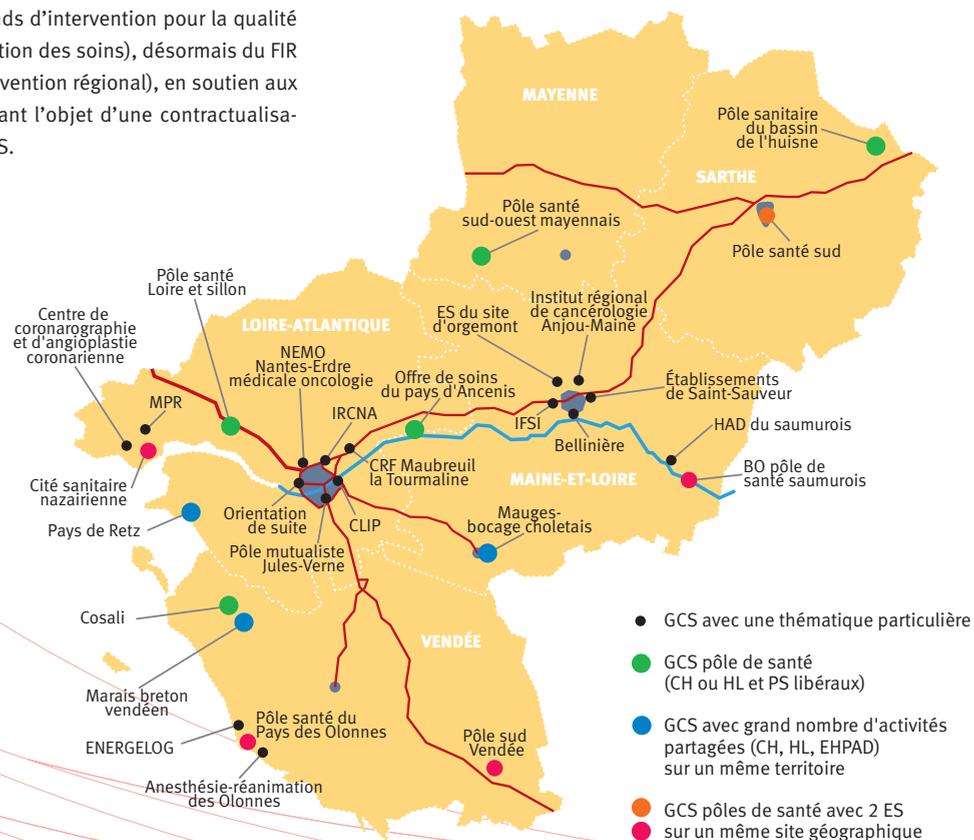
- réseaux et soins de premier recours ;
- réseaux et mutualisation d'activités ;
- coordination et modalités d'amélioration des parcours patients/usagers.

Dans les coopérations hospitalières de territoire

La loi HPST a renforcé les outils favorisant les coopérations afin d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes en décloisonnant l'action des acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux et en recomposant l'offre de soins. Elle a ainsi créé la Communauté hospitalière de territoire (CHT). Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions. Les établissements médico-sociaux peuvent y être associés.

La CHT représente un avantage pour les parties qui conservent leur pleine indépendance et autonomie. Elle permet d'organiser le transfert de moyens ou d'activités entre établissements publics de santé membres mais ne permet pas la mutualisation de moyens ou d'activités.

Les GCS dans les Pays de la Loire



La convention est soumise à approbation du directeur général de l'ARS. L'objectif est de mettre en œuvre une stratégie commune à travers un projet médical de territoire. Tout au long de l'année 2011, plusieurs réunions ont été organisées par l'ARS avec les Centres hospitaliers afin d'accompagner la démarche et sensibiliser les acteurs.

L'objectif cible du PRS retient pour principe que tous les établissements de la région devront à terme être intégrés dans une CHT : une pour la Loire-Atlantique, une pour le Maine-et-Loire et la Mayenne, une pour la Sarthe et une pour la Vendée.

La loi a donné par ailleurs au GCS (Groupement de coopération sanitaire) une assise beaucoup plus large que les « cliniques ouvertes », les CET (communautés d'établissements) et SIH (Syndicat inter-hospitalier) qui disparaissent. Il existe 29 GCS, créés entre 2004 et 2010, en Pays de la Loire. Outre le GCS e-santé Pays de la Loire constitué le 7 juillet 2011, trois GCS sont en cours de projet en 2011 :

- un GCS de santé mentale en Vendée ;
- un GCS de cancérologie ICO-2 CHU ;
- un GCS médico-technique aux Sables d'Olonne, en vue de régler les prestations croisées.

Par ailleurs, au sein des GCS existants, des adaptations sont à opérer, soit d'actualisation, soit de refonte.

À travers les rencontres « Qualitefficience »

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

À chaque rencontre est présentée 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.

Quatorze rencontres ont eu lieu en 2011 sur des thématiques très diverses (efficience en EHPAD, Pôle d'activités et de soins adaptés et Unité d'hébergement renforcé (PASA-UHR), insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), blocs opératoires et chirurgie ambulatoire, sécurité des patients...) rassemblant près de 700 participants.

les rencontres qualitefficience

Benchmark sur l'étude du fonctionnement des secteurs opératoires et du parcours des patients en chirurgie

Lors de la rencontre Qualitefficience du 5 octobre 2011, l'ARS Pays de la Loire a lancé une démarche de *benchmark* des blocs opératoires et des unités de chirurgie ambulatoire des établissements de santé de la région Pays de la Loire. Quarante établissements ligériens y sont associés, soit 72 % des établissements ayant une activité chirurgicale inscrits dans la démarche et 80 % des plateaux techniques ligériens.

À travers cette analyse comparative, les blocs opératoires pourront alors identifier leurs potentiels d'amélioration, bénéficier d'éléments objectifs d'aide à la décision pour la priorisation de leurs actions d'amélioration et ainsi définir, pour ces actions, des objectifs réalistes. Identifier les blocs opératoires performants offre également la possibilité de formaliser des bonnes pratiques organisationnelles.

Plus de 120 professionnels ont ainsi été formés aux outils de recueil en octobre 2011. Le recueil des données et l'accompagnement des établissements par une *hotline* ARS se sont déroulés en novembre et décembre 2011. Une restitution est prévue au cours du premier trimestre 2012.

Recherche d'une efficacité en interne

Une maîtrise des risques par la mise en place du contrôle interne

Le contrôle interne est l'ensemble des mesures prises pour fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs dans les domaines de :

- la fiabilité des opérations financières ;
- la conformité aux lois et règlements en vigueur ;
- l'efficacité et l'efficience des activités de l'agence.

Il vise également à l'identification et la maîtrise des risques impactant la réalisation des objectifs de l'Agence.

L'article 1432 du décret de création des ARS prévoit la mise en place d'un contrôle interne comptable et financier garantissant la maîtrise des activités financières et comptables.

Un comité de gouvernance composé de la directrice générale, du chef des services financiers et des directeurs a été créé dès novembre 2010 afin de recenser et hiérarchiser les risques et mettre en place des procédures formalisées et évolutives garantissant la sécurité et l'efficience des opérations financières et comptables.

Le dispositif de contrôle interne comptable s'appuie sur trois leviers : l'organisation, la documentation et la traçabilité. Défini en concertation avec le DGFiP, le plan d'actions local sur la mise en place du contrôle interne comptable a été réalisé à 88 % en 2011 autour de thématiques retenues au niveau national (dépenses de personnel, baux, commande publique, recettes, crédits d'intervention, trésorerie).

Tout au long de l'année 2011, l'accent a été mis sur l'accompagnement des acteurs des directions concernées par cette démarche ainsi que sur la construction d'une cartographie des risques, d'organigrammes fonctionnels nominatifs, de procédures et de deux tableaux de bord. Au 31/12/2011, le taux de réalisation du plan de contrôle interne comptable est de 87 %.

L'ARS Pays de la Loire a souhaité aller plus loin dans sa démarche par la mise en place d'un contrôle interne ordonnateur. Dans le cadre d'une logique de construction de l'Agence qui s'est voulue très transversale, il s'appuie sur un important travail de formalisation des processus métiers (gestion des plaintes, conventions tripartites, allocations de ressources, appel à projets...) afin de clarifier le rôle de l'ensemble des acteurs. À terme, l'objectif est d'intégrer également de manière cohérente une démarche qualité et des outils de contrôle de gestion.

En 2011, le comité de gouvernance a été élargi afin d'être présent sur l'ensemble du périmètre de contrôle interne.

Un Schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) pour une meilleure efficacité des systèmes d'information de l'ARS.

L'ARS a mis en œuvre une réflexion sur un SDSI local complémentaire au SDSI national chargé de faciliter et optimiser le pilotage interne et une meilleure circulation de l'information. Une enquête en direction de l'ensemble du personnel de l'ARS a permis de recenser et d'analyser les besoins en termes de systèmes d'information. Des objectifs stratégiques et quatre projets prioritaires ont ainsi été définis dès 2011.

La recherche d'une optimisation des crédits

Grâce à la mise en place conjointe d'une comptabilité d'engagement dans le logiciel budgétaire et comptable SIBC et du contrôle interne comptable, l'Agence a pu maîtriser de manière satisfaisante son budget de fonctionnement (exécuté à 97,4 %).

En 2011, l'ARS a également entrepris une régionalisation et une renégociation des contrats et des marchés afin de rationaliser les dépenses. 30 marchés ont ainsi été traités et ont généré 177 000 € d'économies en 2011 (soit 4 % du budget de fonctionnement).

L'optimisation et la sécurisation des astreintes

La mission d'intérêt général dévolue à l'ARS au service de la santé de la population impose que celle-ci soit en mesure de répondre à tout moment aux menaces et aux situations d'urgences sanitaires.

En dehors des jours et heures ouvrés, la continuité est assurée grâce à un dispositif d'astreintes. Un important travail des équipes de santé environnement a été réalisé sur le projet de restructuration des astreintes. L'objectif était de réaliser une régionalisation fonctionnant sur le volontariat tout en permettant une garantie de permanence et une plus grande technicité des permanenciers. Des outils ont été élaborés et mis en ligne sur un espace collaboratif dédié accessible via Internet (mallette d'astreinte).

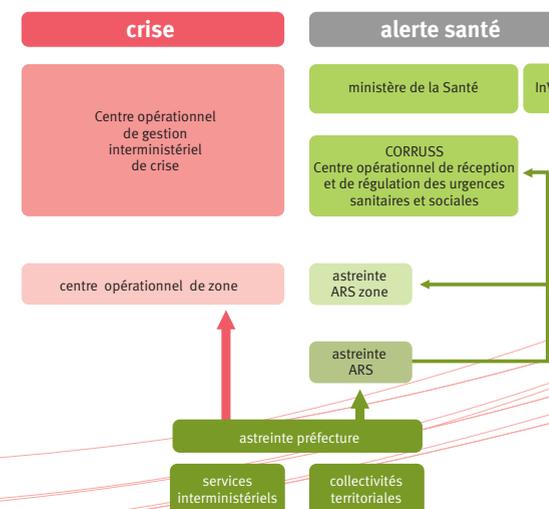
De nombreuses formations ont également été réalisées :

- 63 personnes en formation avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- 53 personnes en interne grâce à des « formations flash » ;
- 79 personnes sur des formations spécifiques métiers (comme par exemple sur les hospitalisations sans consentement).

Le schéma d'astreinte est basé sur :

- une astreinte de direction ;
- deux astreintes administratives de premier niveau bi-régionalisées ;
- une astreinte technique en santé environnementale ;
- une astreinte médicale.

L'astreinte administrative est le premier niveau dans ce dispositif et réceptionne donc tous les appels pour ensuite les traiter et mobiliser, en tant que de besoin, les astreintes de second niveau que sont les médecins, ingénieurs et directeurs. Le lancement du nouveau dispositif d'astreinte a été réalisé comme prévu le 3 janvier 2011.



Sollicitation de l'astreinte

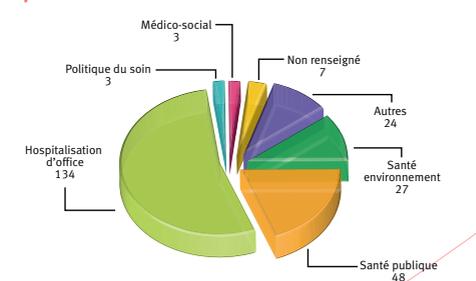
Après un premier semestre plutôt stable (entre 10 et 15 interventions par mois), les sollicitations de l'astreinte de l'ARS Pays de la Loire ont fortement augmenté à partir de juillet, et surtout août, en partie du fait de la mise en place de la nouvelle loi sur les Hospitalisations sans consentement (HSC) et de la saison estivale sur le littoral. Ces paramètres font monter la moyenne à 29 interventions par mois lors du second semestre 2011. Par ailleurs, un pic apparaît au mois de novembre, dû aux deux week-ends prolongés des 1^{er} et 11 novembre.

246

interventions ont eu lieu sans incident majeur

Domaines d'intervention

80 % des interventions sont réparties en trois domaines : les hospitalisations sans consentement (administratif) pour 54 %, la santé publique (veille sanitaire et médicale) pour 20 % et la santé environnementale (ingénieurs) pour 11 %.



NB : environ 10 % des compte-rendus administratifs n'indiquent pas le domaine de l'intervention réalisée.



au cœur des métiers de l'ARS

La transversalité comme principe de fonctionnement interne et d'organisation

L'un des enjeux de la réforme portée par la loi HPST est de rendre le système sanitaire et social plus efficient, en développant notamment une approche plus globale, partagée et intégrée de la réponse qu'il apporte aux besoins de santé publique et de préservation des risques majeurs.

Un organigramme adapté à nos missions

La régulation, la complémentarité et la coopération que l'Agence réclame de ses différents acteurs doivent s'appliquer de la même manière en interne. C'est pourquoi le décloisonnement et la transversalité ont constitué, ensemble, un principe clef d'organisation et d'action pour l'Agence. L'organigramme a ainsi été construit sur ces principes.

› voir schéma page 59

La mise en place d'un comité de coordination des projets transversaux

Parmi les modalités mises en œuvre pour inscrire la transversalité dans la réalité du fonctionnement de l'Agence figure la mise en place de neuf projets transversaux structurés autour de populations approchées par grande thématique :

- personnes atteintes de cancer ;
- personnes atteintes d'un handicap ou d'un trouble psychique ;
- personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
- personnes confrontées à une addiction ;
- PRSE (Plan régional santé environnement) ;
- personnes souffrant de problèmes de nutrition ou d'obésité ;
- personnes sous main de justice ;
- personnes souffrant de maladies chroniques (dont AVC) ;
- personnes en situation de précarité.

Un comité de coordination veille à la cohérence des axes stratégiques

et des actions propres développées par les groupes projets transversaux avec les orientations stratégiques du Projet régional de santé. Il associe la représentation métier (ligne managériale et filière d'expertise), des responsables de missions transversales (direction du Projet régional de santé, cellule de continuité des parcours) et les décideurs (Comité exécutif) afin de garantir le partage de la vision des enjeux de transversalité.

Se réunissant plusieurs fois dans l'année, son secrétariat est assuré par la direction du PRS et confié à un coordinateur des projets stratégiques transversaux.

Un projet social souhaitant valoriser les ressources humaines

L'accompagnement des équipes

Dans le contexte de création et de rapprochement de structures de cultures différentes, la montée en charge des organisations de l'ARS ainsi que la création d'une identité professionnelle était une priorité de l'année 2011.

L'accompagnement des équipes de l'ARS implique la réussite des changements de métiers qui s'imposent, le développement des compétences et les changements de posture. Il s'est traduit par :

- le développement des compétences à travers :
 - › l'élaboration des fiches de poste,
 - › un accompagnement mobilité carrière,
 - › la mise en place d'un plan de formation 2011 qui a principalement porté sur l'adaptation aux nouveaux métiers,
 - › la préparation d'une note d'orientation pour le plan de formation 2012 afin de poursuivre le renforcement des compétences de base dans les métiers mais aussi de développer des compétences en lien avec le projet d'agence, les projets de services et le PRS ;
 - la mise en place d'un partenariat avec le CHU pour la médecine du travail ;
 - des formations « sauvetage secourisme du travail » pour l'ensemble du personnel et « risque psycho-social » pour les managers. Un document unique d'évaluation des risques professionnels est également en phase d'élaboration ;
 - un groupe de travail qui se réunit chaque trimestre sur tous les sites pour prévenir les risques locaux et un dispositif de veille et de mobilisation en cas d'identification d'une personne en souffrance ;
 - la mise en place de formations ANAP sur la gestion de projet ;
 - un accompagnement managérial : séminaires d'information RH auprès des managers (3/an), séminaires managériaux (5 par an), formation et coaching des managers...
- Le management des équipes s'est construit autour de projets de services élaborés selon un mode participatif et qui fixent les missions, les objectifs et les activités des équipes, ainsi que leurs modes d'organisation. L'ensemble de ces projets a permis d'aboutir à un projet d'agence (dont fait partie le projet social), constituant une feuille de route stratégique et collective avec pour ambition partagée d'organiser un système de santé centré sur le besoin des usagers.
- En lien avec un cabinet d'études, deux actions ont, par ailleurs, été initiées en 2011 et vont se poursuivre en 2012 :
- l'élaboration d'un référentiel « emplois » spécifique à l'ARS ;
 - la réflexion sur l'articulation entre managers et experts de l'Agence.

485

agents au 31 décembre 2011

Concrètement, l'ARS Pays de la Loire en 2011, c'est aussi :

- 51 notes internes diffusées ;
- 5 000 demandes d'interventions DIB (informatique et téléphonie) ;
- 40 enquêtes SOLEN réalisées ;
- 875 bons de commandes ;
- 1 661 « services faits » ;
- 1 301 billets de trains commandés ;
- 431 892 copies effectuées au service Re-prographie ;
- 1 009 896 km parcourus par les véhicules de services.

Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Nombre de mouvements internes 2011	23
Entrées / sorties des agents (y compris les personnes mises à disposition et les vacataires d'été)	57 entrées
	58 sorties
Nombre de jours de formations	1 544

Gestion du personnel

Nombre d'agents de l'État dont le taux de prime a progressé	18 agents cat. B 11 agents cat. C
Nombre d'avancements - Fonction publique	18
Réductions d'ancienneté - Fonction publique	240 bénéficiaires
Développement professionnel et promotions Assurance maladie	29 bénéficiaires
Nombre de décisions et arrêtés (toutes natures confondues)	578
Nombre de contrats de travail et d'avenants signés (y compris fins de contrats)	65

L'instauration d'un dialogue social dense et fructueux

L'Agence privilégie le dialogue social, l'objectif étant de définir des règles communes de « vivre ensemble ». La mise en place des instances (CA, DS, DP, CHSCT) s'est déroulée dans une ambiance sereine.

Un accord de méthode a été signé, mi 2011, avec trois des quatre organisations syndicales, afin de faire évoluer ensemble le fonctionnement interne de l'Agence. On compte 37 réunions avec les partenaires dont 12 avec les délégués syndicaux. 2 accords ont été signés sur le droit syndical et sur les jours de fermeture de l'ARS (ponts des jours fériés) en 2011. La réflexion sur la gestion du temps de travail, amorcée en 2011 et en lien avec les partenaires sociaux, permettra d'aboutir en 2012 à des règles communes de vie au travail.

Plus globalement et suite aux élections professionnelles, l'animation soutenue du dialogue social sur de multiples négociations en cours (rémunération, mobilité, déplacements, restauration...) participe à l'installation progressive d'une identité professionnelle et d'une culture commune propre à l'Agence.

Nombre de réunions avec les partenaires sociaux	37
Comité d'agence	8
Délégués du personnel	9
CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail)	6
Délégués syndicaux	12
ITDS (Instance transitoire de dialogue social)	2

Appui juridique et documentation

Outre l'accompagnement RH, il est à noter l'appui juridique apporté par le service des ressources humaines et des moyens aux autres directions de l'Agence. Une procédure de suivi des contentieux a été mise en place avec la désignation de correspondants juridiques par thématiques.

De plus, une recherche juridique est effective à travers la messagerie fonctionnelle Appui juridique sous forme de questions-réponses.

343

réponses juridiques en 2011

Les relations avec les usagers et les partenaires

Tout au long de l'année 2011, l'ARS a voulu associer l'ensemble de ses partenaires à son actualité, à ses thématiques stratégiques et à l'élaboration du PRS :

- le Conseil de surveillance : réunis à trois occasions, ses membres ont bénéficié d'une journée de formation sur leur rôle et sur les missions de l'ARS ;
- la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) : par ses avis, elle concourt à la politique régionale de santé. Elle organise ses travaux au sein d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées : la commission spécialisée de la prévention, la commission spécialisée de l'organisation des soins, la commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social, la commission des droits des usagers du système de santé.
- les Conférences de territoires présentes dans les cinq territoires et animées par les délégations territoriales ;
- les Commissions de coordination des politiques publiques de santé : associant au plus près les acteurs institutionnels (représentants de l'État, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale...) ayant un rôle déterminant dans la définition des politiques de santé (dans leur acception la plus large). Les membres de la commission en charge de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ont adopté cinq thématiques relatives aux déterminants de santé : addictions, santé mentale, nutrition, sexualité et santé environnementale. Pour la commission en charge des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, les travaux ont porté sur le maintien à domicile et le parcours coordonné de santé des personnes âgées ainsi que sur le dépistage et la prise en charge des troubles spécifiques d'apprentissage chez les enfants.

Nombre de réunions

Conseil de surveillance	3
Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et commissions spécialisées	
conférence plénière	3
commission permanente	3
commission spécialisée prévention	6
commission spécialisée organisation des soins	9
commission spécialisée médico-sociale	7
commission spécialisée droits des usagers	5
Commissions de coordination des politiques publiques de santé	
dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile	3
dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux	4

Organisation d'un séminaire de formation pour tous les membres de la CRSA

Un séminaire de formation a été organisé en juillet 2011 en direction de tous les membres de la CRSA. À cette occasion, les thématiques suivantes ont été présentées :

- les enjeux du PRS et la feuille de route 2011 ;
- le rôle et le fonctionnement des instances de démocratie sanitaire ;
- les enjeux financiers de l'accompagnement et du soin en Pays de la Loire
- les nouveaux outils de régulation ;
- les leviers d'actions de l'ARS : la gestion du risque, la contractualisation, la qualité ;
- la politique de prévention.

54 membres de la CRSA ont participé à cette journée.



Les usagers au cœur du système de santé

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers élabore chaque année un rapport relatif au droit des usagers 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.

Élaboré à partir d'une circulaire annuelle du ministère et de la synthèse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC) des établissements, il comporte des recommandations qui font l'objet d'un suivi particulier chaque année.

L'ARS Pays de la Loire et la CRSA ont organisé une journée régionale des représentants des usagers du système de santé en novembre 2011.

Cette troisième journée « usagers » a remporté un franc succès puisque, plus de 150 personnes ont participé et assisté aux présentations et à la table ronde, centrées sur les thématiques de la place des représentants des usagers dans le système de santé et de la bientraitance.

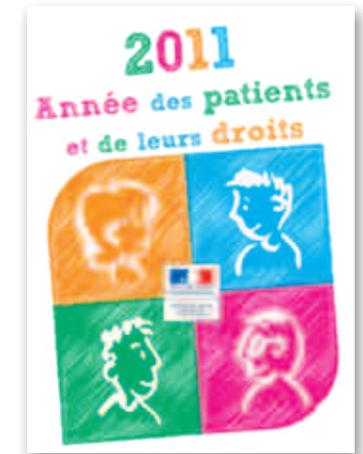
Les discussions, en interaction avec la salle, ont permis d'informer, de partager des constats, d'échanger sur les bonnes pratiques. 89,19 % des personnes ayant répondu à une enquête de satisfaction ont déclaré être « satisfait » ou « très satisfait » de cette journée.

nombre de CRUQPC dans les établissements de santé	123	99,19 %
nombre de rapports d'activité CRUQPC des établissements de santé réceptionnés dans le cadre de la synthèse régionale CRUQPC	121	98 %
nombre de désignations ou renouvellements effectués depuis le 01/01/2011 de représentants des usagers au sein de cette instance	218	

Une communication organisée en direction de la presse

Nouvel acteur dans le paysage institutionnel, l'ARS est fréquemment sollicitée par les médias en réponse à des situations de crise (légionelloses, intoxications, Arochim...), des tensions au sein d'établissements de santé, ou des craintes exprimées par les usagers sur une décision de l'Agence. Elle adresse également régulièrement des messages de prévention en direction du grand public (prévention contre le monoxyde de carbone, informations sur la qualité des eaux de baignade ou des coquillages...).

Au-delà de la réponse ponctuelle aux sollicitations, une série de rencontres a été organisée avec les médias autour d'un événement particulier (Colloques dépendance, Train Alzheimer...). De façon plus régulière, en plus des conférences de presse traditionnelles, c'est également la tenue de « petits-déjeuners presse » qui a permis de tisser des liens avec les représentants locaux des médias.



2011, année des patients et de leurs droits

Le label « 2011, année des patients et de leurs droits » vise à identifier les expériences traduisant un engagement dans la promotion des droits des patients.

Dans ce cadre, l'ARS Pays de la Loire a lancé un appel à projets afin d'attribuer ce label aux initiatives et innovations privilégiant :

- les actions visant à dynamiser l'exercice de la démocratie sanitaire, et à favoriser la participation des usagers à la définition des politiques de santé ;
- les actions visant à garantir le respect des droits des patients dans le cadre des nouveaux modes de prises en charge ;
- l'implication des professionnels de santé dans la promotion des droits des patients,
- les dispositifs incitant à promouvoir la bientraitance et la qualité de service dans les établissements de santé ;
- les actions visant à promouvoir la transparence de l'offre de soins.

L'ARS Pays de la Loire a réceptionné 19 demandes de labellisation, 12 projets ont reçu un avis favorable et ont été labellisés.

La régionalisation de la gestion des interventions et des réclamations

Les 382 réclamations reçues ont donné lieu à 13 inspections ou contrôles ciblés (dont 2 ont concerné des établissements de santé) qui ont été réalisés par la cellule Inspection-contrôle-audit en lien avec les délégations territoriales. Certaines de ces inspections étaient programmées au titre du Programme régional d'inspection-contrôle-audit (PRICA) 2011 « repérage des risques de maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux ».

Les autres réclamations ont fait l'objet soit d'une réorientation sur l'organisme compétent, soit d'une réponse par l'ARS. 82 % des réclamations reçues au cours de l'année 2011 sont clôturées à la date du 1^{er} février 2012. Le délai moyen de traitement des réclamations reçues au cours de l'année 2011 et clôturées au 1^{er} février 2012 était de :

- 65 jours entre la date de la réclamation et la date de clôture ;
- 40 jours entre la date d'arrivée à l'ARS et la date de clôture (de nombreuses réclamations transitant par les cabinets ministériels, la préfecture, etc.).

Typologie des réclamations

Les réclamations concernant les établissements de santé (près d'une réclamation sur trois) portent sur la prise en charge (66 %) et particulièrement sur la prise en charge médicale (43 %) : passivité et manque d'empathie du personnel, défaut ou qualité de l'information donnée au patient ou à la famille, traitement médical y compris médicamenteux, erreurs de transmission d'informations entre services, gestion des fins de vie.

Parmi les réclamations relatives au secteur des personnes âgées (1 réclamation sur 4), les motifs avancés par les plaignants ont trait pour l'essentiel à la qualité de la prise en charge des résidents (51 %) ainsi qu'au fonctionnement-management des EHPAD (31 %) : passivité, manque d'empathie et de respect du personnel, retard dans les soins et l'hospitalisation, hygiène, circuit du médicament (erreurs de distribution et d'administration), chutes liées à un défaut de surveillance.

Dans le secteur des personnes handicapées,

les demandes de place représentent la moitié des motifs de réclamation, l'autre moitié concernant le fonctionnement-management des structures, la prise en charge, ainsi que les phénomènes de violence entre jeunes dans les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Concernant le secteur ambulatoire, le manque de médecins, la qualité des prises en charge et le refus de soins infirmiers constituent les principaux motifs des réclamations.

Les réclamations concernant les SAMU-Centres 15 ont trait aux délais d'intervention et à la prise en charge.

Les autres réclamations (1 réclamation sur 5), concentrées en Loire-Atlantique, relèvent de la compétence d'autres services comme les organismes de sécurité sociale (plus d'une vingtaine de réclamations).

Réclamations et signalements reçus au cours de l'année et examinés en commission régionale

	Établissements de santé	Ambulatoire	Secours d'urgence	Personnes âgées	Personnes handicapées	Autres	Total
Loire-Atlantique	39	13	1	50	23	53	179
Maine-et-Loire	14	6	0	15	6	8	49
Mayenne	10	0	0	5	3	2	20
Sarthe	29	2	2	6	9	8	56
Vendée	20	7	9	21	12	9	78
Total réclamations	112	28	12	97	53	80	382
Signalements (dont évènements indésirables graves)	22	1	1	24	9	7	64

La gestion des avis médicaux relatifs aux étrangers malades

Les préfets adressent à l'ARS des demandes d'avis médical sur les dossiers des étrangers malades ne domiciliant pas en France et demandant un titre de séjour temporaire pour raison médicale.

Le médecin de l'ARS est chargé de donner un avis sur dossier sur l'état de santé et sur l'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine. Il est le garant de la régularité de la procédure et en particulier du respect des droits de la personne malade, au premier rang desquels figure le droit au respect du secret médical.

Répartition des dossiers d'étrangers malades étudiés

Hommes	Femmes	Enfants
616	628	34 garçons / 33 filles

Répartition des pathologies rencontrées (%)

Psychiatrie	21,59
VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)	11,06
Diabète (1 et 2)	9,3
Hépatites	8,08
Cardiologie et appareil vasculaire	7,93
Appareil locomoteur rhumatologie, orthopédie	6,18
Neurologie	4,96
Cancers et hémopathies malignes	4,35
Néphrologie	3,81
Pneumologie	3,2

Origines géographiques des patients (les 10 pays les plus représentés)

Pays	Nombre de malades	%
Congo	218	16,63
Guinée	146	11,14
Algérie	135	10,29
Cameroun	86	6,56
Arménie	56	4,50
Fédération russe	59	4,50
République centrafricaine	55	4,19
Angola	50	3,81
Maroc	48	3,66
Kosovo	43	3,28

1311

dossiers d'étrangers malades étudiés dans les Pays de la Loire en 2011

La promotion de la prévention et de la protection de la santé

La prévention et la protection de la santé des populations de la région des Pays de la Loire sont un enjeu fort de l'Agence régionale de santé.

Son approche est populationnelle et sa vocation est d'agir sur les déterminants de santé. Dans ce cadre, elle se situe sur plusieurs champs d'intervention.

L'organisation et le déploiement des moyens permettant d'améliorer l'état de santé des ligériens

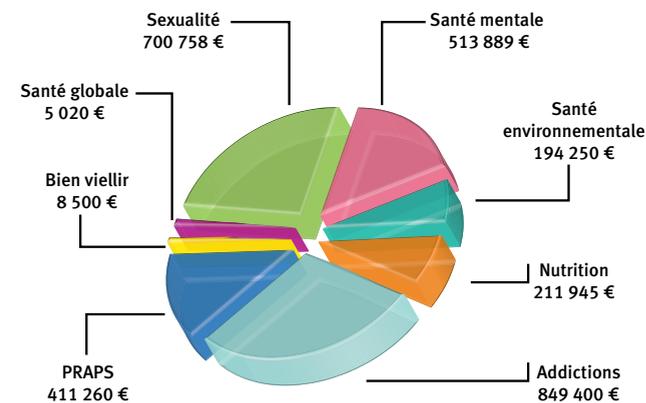
La démarche se structure à travers :

- des actions de prévention et de promotion de la santé dans le cadre d'une politique globale de santé définie dans le Projet régional de santé, en lien avec les partenaires de l'Agence au sein notamment de la commission de coordination des politiques publiques en matière de Prévention (Conseil régional, Conseils généraux, DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), Assurance maladie...);
- l'animation du réseau de partenaires participant aux actions de prévention et de promotion de la santé.

L'appel à projets en prévention et promotion de la santé, un outil revisité

L'année 2011 est une année charnière pour la stratégie de financement des actions de prévention et de promotion de la santé : attente de l'adoption des grandes orientations du PRS d'une part, perspective de la structuration du fonds d'intervention régional prévue pour 2012 d'autre part.

La répartition des financements traduit les thématiques privilégiées.



514 K€

pour le financement de 57 actions retenues suite à l'appel à projets lancé dans le domaine de la **santé mentale**

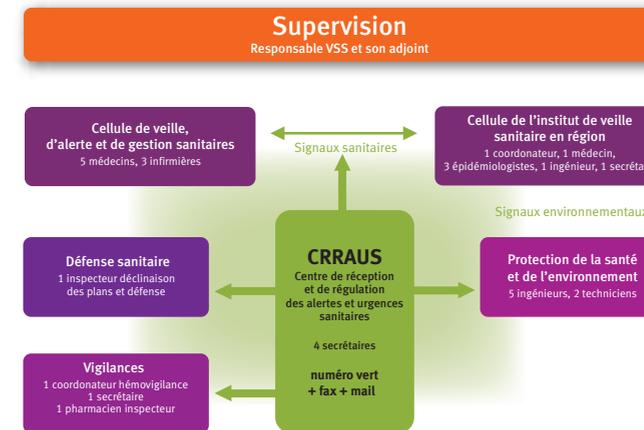
La gestion de la veille sanitaire et l'ajustement des réponses aux besoins de la population

Cette gestion est assurée en :

- anticipant les situations de crise par la planification des situations exceptionnelles, par l'élaboration de protocoles et de conduite à tenir;
- coordonnant dans le champ de la sécurité sanitaire environnementale, les programmes de surveillance sanitaire des milieux, les contrôles/inspections (hors établissements sanitaires et médico-sociaux), les avis sanitaires, et l'instruction des procédures administratives effectuées dans le cadre de compétences déléguées par les préfets;
- améliorant l'efficacité de la veille et des urgences sanitaires en renforçant la qualité de réception et de traitement des signaux.

UN DISPOSITIF DE VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE BASÉ SUR LA PLATEFORME RÉGIONALE DE VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE

L'ARS a en charge une veille permanente sur les alertes sanitaires. Elle centralise ainsi toutes les alertes concernant les pollutions et est informée en cas de survenue d'une maladie à déclaration obligatoire. Elle organise la mise en œuvre des mesures de prophylaxie et de maîtrise des risques de diffusion d'épidémies ou encore prépare les prises de décisions concernant les hospitalisations sans consentement en psychiatrie. Cette veille est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En période ouverte, les signalements de pathologies ou de pollutions sont centralisés au niveau régional par le CRR AUS (centre de réception et de régulation des alertes et urgences sanitaires). Hors période ouverte, l'ARS organise des astreintes administratives, médicales et techniques.



Journée Veille et sécurité sanitaire

Le 14 octobre 2011, l'ARS et la Cire ont organisé, en collaboration, la deuxième Journée régionale de veille sanitaire des Pays de la Loire. Cette journée réunissait les acteurs régionaux de la veille sanitaire pour partager leurs expériences et encourager le développement de nouveaux partenariats. La journée s'est articulée autour de quatre thématiques :

- la nouvelle organisation régionale de la veille sanitaire;
- des présentations de systèmes de surveillance d'événements sanitaires : infections respiratoires aiguës et gastro-entérites aiguës en EHPAD, gripes en service de réanimation, conséquences psychologiques de la tempête Xynthia et les intoxications au monoxyde de carbone;
- des exemples de gestion sanitaire : épisodes d'infections à méningocoques et épisodes de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC);
- la gestion des événements indésirables liés aux soins : résultats des expérimentations de surveillance de quatre régions puis un exemple de gestion dans un établissement hospitalier des Pays de la Loire.

Parmi les 173 participants, 60 % ont répondu à l'enquête d'évaluation de la journée. L'appréciation globale de journée était positive et des pistes d'amélioration et des sujets pour une prochaine journée ont été proposés.



862 600

habitants, soit 24,18 % de la population régionale, résident dans des communes s'étant engagées dans l'étude d'un Contrat local de santé

La surveillance sanitaire des eaux potables et des eaux de loisirs

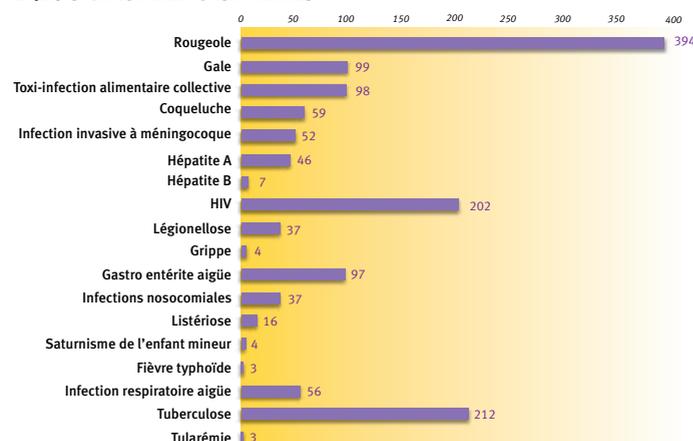
Cette surveillance s'exerce par un suivi régulier de la qualité bactériologique et chimique des eaux. Les prélèvements et les analyses sont réalisés par des laboratoires agréés sélectionnés à l'issue d'une procédure de marché public. Ces marchés revêtent une importance essentielle puisqu'ils permettent de fixer les principes et règles en matière de surveillance sanitaire en définissant le niveau de prestations exigé des laboratoires.

Les marchés arrivant à échéance dans les départements de la région, la procédure a été relancée en 2011. Sa conduite relevant désormais de la compétence exclusive de l'ARS, le marché a été régionalisé avec le maintien d'un allotissement par département mais avec une évolution vers un seul lot regroupant les eaux potables et les eaux de loisirs. Les offres ont été examinées en prenant en compte plusieurs critères : la qualité technique, les délais d'intervention et de restitution des résultats et les prix. La procédure a été conduite à son terme ; les marchés, conclus pour une durée de quatre ans, ont été attribués à cinq laboratoires (Loire-Atlantique : Institut départemental d'analyses et de conseils (IDAC), Maine-et-Loire et Sarthe : Anjou laboratoire ; Mayenne : laboratoire de l'École des Hautes-études en santé publique de Rennes (LERES) ; Vendée : Laboratoire de l'environnement et de l'alimentation de la Vendée (LEAV).

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

- nombre de fiches d'actions de santé saisies dans la base de données OSCARS (observations et suivi cartographique des actions régionales de santé) : **263 fiches** ;
- nombre de personnes formées au repérage de la crise suicidaire : **81 personnes** (professionnels de santé, du social, de l'éducation nationale, de l'administration pénitentiaire, bénévoles associatifs) ;
- nombre d'actions de santé financées dans le cadre de l'appel à projets régional en prévention et promotion de la santé : **249, soit 57,5 %** des dossiers déposés ;
- coût moyen par action : **11 626 €** ;
- nombre de signaux médicaux évalués et traités dans le cadre de la veille sanitaire : **1 426** ;
- nombre d'interventions traitées en astreinte (hors jours et heures d'ouverture) : **246, soit 5 par semaines**.

1 426 SIGNAUX MÉDICAUX TRAITÉS



L'accompagnement et les soins

L'ARS souhaite mettre en œuvre une organisation de l'offre des soins hospitaliers et de services médico-sociaux adaptée à une logique de continuité des parcours.

Dans ce cadre, la direction de l'accompagnement et des soins met en œuvre le plan d'action définie par le Projet régional de santé. Elle assure notamment l'allocation de ressources, la régulation budgétaire et la gestion des autorisations. Elle a également pour mission l'organisation des soins de premier recours (notamment la permanence des soins), la promotion de l'éducation thérapeutique du patient, le dialogue social dans les établissements et la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) des professionnels de santé.

L'accompagnement médico-social

Afin de permettre un rééquilibrage territorial de l'offre, l'Agence a basé son Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) sur :

- la programmation ciblée de places nouvelles exclusivement sur les zones déficitaires (programme pluriannuel d'appel à projets) ;
- l'adaptation de l'offre par redéploiement géographique et transformation de l'offre existante : 359 places transformées en 2010 sur le secteur du handicap, poursuite des transformations en 2011-2013 (90 places au 30 juin 2011).

Le département de l'accompagnement médico-social a également pour objectif la diversification de l'offre de service par le développement :

- des structures d'accompagnement en milieu ordinaire ;
- des structures de répit pour les aidants ;
- des prises en charge adaptées aux publics spécifiques (Alzheimer, autisme...).

Un programme pluriannuel d'appel à projets a ainsi été construit et fait l'objet d'une concertation importante avec les différents partenaires, notamment les Conseils généraux, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), le rectorat dans le cadre d'échanges avec la Direction générale de l'ARS et la Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine médico-social.

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

- **1 262** décisions tarifaires ;
- **1 200** comptes administratifs étudiés ;
- **169** arrêtés d'autorisation ;
- **7** appels à projets, **60** dossiers instruits dans ce cadre.

Étude sur l'état des lieux de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Cette étude réalisée en 2011 par le Département observations et analyses de l'Agence fait le point de l'offre existante pour les trois périodes de la vie : enfants, adultes, personnes âgées. Elle met en parallèle la croissance démographique de la région pour ces grandes catégories d'âges avec l'offre en établissements et services pour les personnes en situation de handicap. Cet état des lieux apporte par ailleurs un éclairage sur les disparités entre les différents territoires de la région et constitue ainsi un outil d'aide à la décision pour cibler les actions à entreprendre, dans le cadre du Projet régional de santé et du schéma régional médicosocial.



Prise en charge des personnes âgées	
Enveloppe régionale en 2011	571 845 607 €, soit + 4.54 % par rapport à 2010
Ouvertures de nouvelles places en 2011	475 places en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
	22 places d'accueil de jour
	72 places d'hébergement temporaire
	277 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
Plan Alzheimer	8 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) autorisées

Prise en charge des personnes handicapées	
Enveloppe régionale en 2011	466 184 744 €, soit + 3,63 % par rapport à 2010
Installation de places nouvelles Secteur enfance en 2011	5 places d'Institut éducatif, thérapeutique et pédagogiques (ITEP)
	92 places de service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) dont 33 par redéploiement
	diminution de 23 places d'Institut médico-éducatif (IME) redéployées sur secteur adulte et SESSAD
	1 antenne Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP).
Installation de places nouvelles Secteur adulte en 2011	111 places de Maison d'accueil spécialisée (MAS) dont 17 places par redéploiement du Secteur enfance
	77 places de Foyer d'accueil médicalisé (FAM) dont 1 par redéploiement du secteur enfance

L'accès aux soins hospitaliers

La réduction des déficits des établissements de santé et plus généralement l'amélioration de leur performance est une priorité stratégique de l'ARS. L'objectif est tout d'abord de détecter au plus tôt les établissements en difficultés ou qui rencontrent des dysfonctionnements à travers l'analyse et le suivi global et régional de la situation des établissements.

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

Allocation de ressources (budget)

Établissements publics et ESPIC (Établissements de santé privés d'intérêt collectif)	84
PGFP (plans globaux de financement pluriannuel) étudiés	84 dont 64 % refus
EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses) étudiés	84
RIA (rapports infra-annuels) étudiés	252
Comptes financiers	84
Décisions modificatives	83

Le plan autisme en Pays de la Loire

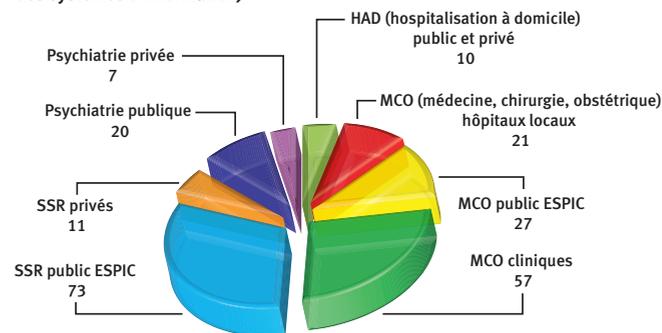
L'ARS a tout d'abord fait un état des lieux régional des places consacrées spécifiquement aux personnes autistes ou souffrant de troubles envahissants du développement (TED) et identifié les besoins prioritaires en terme de planification. L'offre existante a ainsi été adaptée pour renforcer l'accompagnement des IME (instituts médico-éducatifs) en faveur de ce public et de nouvelles places ont également fait l'objet d'appels à projets.

En parallèle, les actions de l'ARS sont basées sur une forte dynamique partenariale en faveur de la coordination des parcours :

- réunions du Comité régional autisme ;
- sensibilisation des membres de la commission de coordination des politiques publiques sur le déploiement de la mesure 5 du plan autisme ;
- étude menée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et le Centre régional d'études et des ressources pour l'autisme (CRERA) sur les parcours scolaires des enfants et adolescents avec autisme et troubles envahissants du développement ;
- actions avec le CRERA.

Établissements privés	45
Étude financière régionale	45
Tarifs SSR (soins de suite et de réadaptation) et psychiatrie	18 avenants CPOM
Gestion enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et DAF (dotation annuelle de financement)	1 168 907 815 €
Notifications	387

Établissements privés : activité PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)



Autorisations et coopérations

Traitement administratif des autorisations	128
Nouvelles demandes d'autorisation	60
Renouvellements d'autorisations	37
PUI (pharmacies à usage intérieur)	19
Lieux de recherche	6
Prélèvements d'organes, lactarium, chirurgie esthétique	6

Traitement administratif des visites	82
Visites de conformité	26
Contrôle des normes	63 (47 en cancérologie et 16 en urgences)

Instruction d'avis sur les coopérations	
CHT (communautés hospitalières de territoire)	3
GCS (groupements de coopération sanitaire) + transformations de SIH (syndicats inter-hospitaliers)	6

Médecine légale et auteurs de violences sexuelles (AVS)

Instructions protocoles médecine légale	4
Gestion enveloppe AVS	285 892 €

572 millions
d'euros ont été alloués à la prise en charge des personnes âgées en Pays de la Loire en 2011

24

établissements de la région ont signé en 2011 un **Contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT)**

L'accès aux soins de premiers recours

Les principaux enjeux dans ce domaine sont de :

- garantir l'accessibilité de l'offre de soins sur les territoires, en réponse aux besoins de santé de la population, notamment par le biais de la permanence des soins ;
- structurer le secteur ambulatoire par une meilleure coordination entre les professionnels de santé ;
- adopter une démarche d'optimisation des différents parcours de soins, dans une recherche d'amélioration de la qualité et de maîtrise des coûts et contribuer au développement de coopérations avec les secteurs hospitalier et médico-social ;
- promouvoir les pôles et les maisons de santé pluridisciplinaires ;
- organiser et suivre les relations avec les Unions régionales des professionnels de santé et leur fédération ;
- assurer la régulation des officines de pharmacie et des laboratoires de biologie médicale (dispensation d'oxygène, etc.).

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

Nombre d'arrêtés rédigés par le Département de l'accès aux soins de premier recours (DASPR) soit à en-tête du Préfet ou de l'ARS du 01/01/11 au 31/12/11

Officines de pharmacies	
de transfert	35
de fermeture	5
décisions (par courrier)	9
Oxygène à domicile - Autorisation	3
Laboratoires de biologie médicale - ouverture/fermeture/fusion-absorption/changement d'associés/ changement d'adresse	85
Total	137

Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires

constituées	8
en cours de construction	37
en cours de réflexion	7

Le pilotage des emplois et des compétences

Le pilotage des emplois et des compétences des professionnels de santé est un enjeu important afin de :

- favoriser le renouvellement des ressources humaines du système de santé pour réduire ou anticiper les inégalités territoriales d'accès aux soins ;
- promouvoir les formations initiales et continues des acteurs de santé, en cohérence avec les besoins de santé et les nouveaux modes d'exercice.

L'ARS accompagne également la gestion des carrières et les établissements de santé dans leur gestion des ressources humaines. Enfin, elle contrôle les autorisations d'exercice.

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

Contractualisation

Convention multipartite pour la mise en œuvre de la réforme LMD des soins infirmiers (en cours)	1
Conventions multipartites (ARS-CHU-UFR-établissements d'accueil) pour l'accueil d'internes	98
Signature de CESP (Contrats d'engagement de service public) pour l'installation future de médecins dans les zones en sous-densité	8

Autorisations

Décisions d'agrément de services hospitaliers et extrahospitaliers pour l'accueil d'internes	282
Autorisations accordées pour l'usage du titre de psychothérapeute	360
Avis donnés sur les agréments des instituts de formation	55
Avis donnés sur les agréments des directeurs d'instituts de formation	15
Arrêtés de composition des conseils techniques, pédagogiques et disciplinaires	25

Accompagnement des acteurs

Établissements publics de santé et médico-sociaux accompagnés pour le déroulement des élections professionnelles de la fonction publique hospitalière	181 (27 948 votants, taux de participation de 49,53 %)
Mesure 2 du plan Alzheimer « formation des aidants familiaux » section IV de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	17 dossiers retenus 67 actions financées 80 K€
Financement par le FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés)	2 établissements 275 K€
Appel à projets CLACT (Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail)	24 dossiers retenus 477 K€
Affectations d'internes	1 700 affectations 12,4 M€
Conseils techniques et pédagogiques animés et présidés par le conseiller pédagogique régional	18

DÉVELOPPEMENT D'UNE GPMC DES MÉTIERS DE SANTÉ

En 2011, l'ARS a lancé une démarche régionale pour accompagner tous les établissements des Pays de la Loire dans la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), afin d'adapter les ressources humaines en santé aux enjeux actuels et futurs que représentent l'évolution des besoins en santé et celle de la démographie des professionnels.

Une journée de lancement de cette démarche a été organisée le 18 mars 2011, en liaison avec les organismes paritaires collecteurs agréés des

Les Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT)

L'amélioration des conditions de travail, de la santé et la sécurité au travail représente un enjeu essentiel de la politique des ressources humaines et du dialogue social. À cet égard, les CLACT constituent un levier important pour contribuer à cette amélioration dans la fonction publique hospitalière et jouent un rôle moteur pour accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention.

L'ARS Pays de la Loire a lancé un appel à projets relatif à la mise en œuvre des CLACT et mobilisé des crédits spécifiques pour le secteur sanitaire dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

24 dossiers ont été retenus : CHU Nantes, CH Saint-Nazaire, CHS Montbert, HL Sèvre-et-Loire, CH Ancenis, HL Nozay, HL Clisson, HL Pays de Retz, CHS Blain, HL Corcoué, HL Chalonnes, CHU Angers, CH Saumur, CH Pouancé, CH Cholet, HL Saint-Georges, HL Beaugeois-Vallée, CHNM, CHHA, HL Hernée, CH Le Mans, CHLVO, CH Les Sables d'Olonne, CHD Vendée.

Les projets portent sur les priorités régionales suivantes :

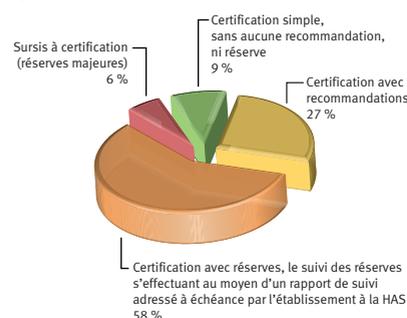
- mutualisation des projets entre établissements ;
- projets innovants ;
- développement d'une politique de lutte contre les risques professionnels, l'amélioration des rythmes de travail et l'accompagnement des mobilités.

La certification des établissements de santé, au cœur de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins

La certification, introduite par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, est une procédure d'évaluation externe du fonctionnement global d'un établissement de santé. Ce sont des professionnels exerçant eux-mêmes en établissement de santé, mandatés par la Haute-Autorité en santé (HAS), qui réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel de référence. Plusieurs cycles de certification se sont succédé : accréditation V1, certification V2, certification V2007 et aujourd'hui certification V2010. Le niveau d'exigence s'est élevé lors de chaque nouvelle procédure.

À fin 2011, sur les 130 établissements ligériens éligibles à la certification, 33 structures avaient passé la certification V2010.

Établissements certifiés V2010



Les thématiques identifiées au niveau des réserves et recommandations sont :

- la sécurisation du circuit du médicament ;
- la gestion des risques au sein de l'établissement (organisation et évaluation des risques a priori) ;
- l'information du patient ;
- l'identification du patient.

Les réserves majeures des deux établissements ligériens portent sur les champs suivants : la maîtrise du risque transfusionnel et la sécurisation du circuit du médicament.

trois secteurs (public, ESPIC et privé) : l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), le Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (UNIFAF) et l'OPCA des établissements de l'hospitalisation privée (FORMA-HP). Cette manifestation, qui a connu un vif succès, a permis de sensibiliser les établissements à la problématique de la GPMC. Elle s'est poursuivie tout au long de l'année par un travail avec un groupe projet de directeurs d'établissements sanitaires et sociaux de la région, d'horizons différents, afin de mettre en place les bases méthodologiques nécessaires à la construction d'une cartographie des métiers utiles aux établissements et à l'ARS, dans le cadre des orientations stratégiques à définir pour la région.

La continuité des parcours

Le parcours de santé est un des éléments essentiels du Projet régional de santé. Il s'agit de concourir à une bonne coordination entre les soins de premier recours, l'hospitalier et le médico-social dans une logique de complémentarité.

Dans ce cadre, les actions de l'ARS passent notamment par un travail d'amélioration de la coordination des acteurs, une animation des réseaux de santé, la mise place des maisons de santé professionnelles, la conception et la mise en œuvre de parcours.

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

- réseaux suivis : **37** ;
- réseaux en évaluation triennale : **15**.

L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une action de prévention collective pour les malades atteints de pathologies chroniques, visant à les rendre plus autonomes face à leur maladie. Dans le cadre de la procédure d'autorisation, l'ARS Pays de la Loire a décidé la création d'un Comité technique réunissant les acteurs de l'éducation thérapeutique. Installé le 14 décembre 2010, il a pour principale mission de faire des propositions pour élaborer un schéma d'organisation de l'éducation thérapeutique du patient dans les Pays de la Loire.

En 2011, 35 programmes ont été autorisés. Aucun refus n'a été opposé. Quatre programmes sont restés en attente de complément d'information. Les 35 programmes autorisés émanent de 14 établissements de soins, 3 réseaux de santé, 1 association de professionnels libéraux et 2 maisons de santé pluridisciplinaires. Ils concernent principalement le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires.

La qualité et l'efficacité

L'ARS est garante d'une politique visant à assurer à la population des soins et un accompagnement de qualité réalisés en toute sécurité. Elle veille également à l'accès et au bon usage des produits de santé.

La Direction de la qualité et de l'efficacité s'assure de l'efficacité de l'offre par la performance des acteurs de santé et par leurs dynamiques de coopération et de coordination, recherchant une organisation permettant la meilleure utilisation possible des crédits alloués.

Secteur hospitalier

L'amélioration de la performance des établissements de santé est une priorité stratégique de l'ARS.

L'action de l'ARS commence tout d'abord par le suivi des résultats des démarches de certification, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements, des signalements, des réclamations mais aussi les conclusions des missions d'inspection et d'audit. La performance des établissements est également analysée à travers des outils de suivi de l'activité (recours, OQOSE), de contrôle de gestion et de pilotage (HospiDiag...) ainsi qu'à travers des démarches de *benchmark*.

Le département hospitalier de la Direction de la qualité et de l'efficacité est ensuite chargé de la démarche de contractualisation avec les établissements hospitaliers : négociation de l'ensemble des contrats, suivi de leur réalisation (indicateurs...) et animation des dialogues annuels de gestion avec chaque établissement.

Ainsi, 2011 a été l'année de conduite du bilan des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) 2007-2012. Une réunion de synthèse s'est tenue entre l'ARS et chaque établissement. Les conclusions de chaque bilan seront utilisées dans le cadre de la négociation du prochain CPOM. Par ailleurs, au cours de l'année, 420 avenants contractuels ont été négociés et rédigés concernant diverses thématiques : reconnaissances contractuelles (addictologie, unité cognitivo-comportementale, unité neurovasculaire, lits de soins palliatifs, financement FMESPP...).

En lien avec l'OMEDIT (Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique), le bilan annuel des contrats de bon usage des médicaments (CBUM) a été conduit avec un travail spécifique sur la dynamique d'informatisation du circuit du médicament. Des réunions territoriales ont permis de partager les principaux enseignements de la réalisation des objectifs 2011 des CBUM.

Des plateformes d'accompagnement et de répit pour les proches des malades Alzheimer

L'un des axes majeurs du Plan Alzheimer est le soutien et l'accompagnement aux aidants. Intégrées dans les dispositifs de prise en charge des personnes souffrant de la maladie Alzheimer (consultations mémoires, MAIA, Centre local d'information et de coordination (CLIC)), les plateformes d'accompagnement et de répit prennent appui sur des accueils de jour et permettent aux aidants de s'informer, d'être écoutés, conseillés, de «souffler» grâce aux activités proposées. En élargissant les missions d'un accueil de jour, elles peuvent ainsi permettre le maintien à domicile des malades. La *Maison des aidants*, une plateforme qui avait été créée en 2010 à titre expérimental en Loire-Atlantique, s'est vue reconduite dans cette mission.

Un appel à candidatures a été lancé par l'ARS Pays de la Loire en juillet 2011 pour étendre le dispositif de plateformes d'accompagnement et de répit. Suite à cet appel, 9 dossiers ont été déposés : 2 en Loire-Atlantique, 4 dans le Maine-et-Loire, 1 en Sarthe et 2 en Vendée. Une répartition territoriale équilibrée ainsi que la qualité du dossier produit ont guidé le choix de l'ARS en lien avec les Conseils généraux. Les trois sites sélectionnés pour 2011 sont :

- AL 'FA REPIT 44, qui couvrira le nord ouest de la Loire-Atlantique ;
- l'association La Reposeance, au Mans ;
- l'association d'entraide Anne-de-Melun, à Baugé.

Les plateformes retenues se sont vues allouer une dotation forfaitaire d'un montant maximum de 100 000 € par année pleine.

Plateformes de répit : 9 dossiers étudiés, 3 visites de labellisation.

Labellisation des structures d'Unités d'hébergement renforcées (UHR) et des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Un plan d'action volontariste a été présenté à la commission de coordination des politiques publiques des 26 janvier 2011 et 9 juin 2011 :

- homogénéisation des procédures de gestion dans tous les départements en lien avec les DT et les Conseils généraux;
- sensibilisation des acteurs : avec notamment une rencontre QualitEfficience, en avril 2011, sur le plan Alzheimer et notamment les unités d'accueil adaptées PASA & UHR;
- mise en place d'un calendrier annuel avec les Conseils généraux sur la période de dépôt de dossier, d'instruction conjointe et de programmation des visites...

Le processus de sélection conjoint ARS-CG des PASA et UHR 2011 a ainsi été finalisé en juin 2011, les visites de labellisation se poursuivant jusque début 2012. L'objectif pour la région Pays de la Loire est de 88 PASA et 17 UHR sur la période 2008-2012. L'objectif est de disposer de plus de 1000 places en EHPAD dotées d'un projet spécifique en Pays de la Loire, adaptées à la gravité des troubles du comportement.

En 2011, 30 PASA ont été identifiés par l'ARS pour une labellisation. Ils proposent des activités sociales et thérapeutiques pour les résidents ayant des troubles du comportement modérés.

Les UHR proposent, dans un même lieu l'hébergement, des soins ainsi que des activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. En 2011, 6 UHR (quatre médico-sociales et 2 sanitaires) ont ainsi été sélectionnées pour une labellisation; 19 établissements dont 15 PASA et 4 UHR ont commencé à fonctionner et ont obtenu des crédits en 2011.

Labellisation PASA-UHR : 100 dossiers étudiés, 34 visites de labellisation.

UNE ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE RÉGIONALE DES STRUCTURES D'APPUI 'QUALITÉ'

Après un bilan du fonctionnement et en lien avec les réflexions stratégiques de la politique régionale, une nouvelle gouvernance des structures d'appui sur la qualité et la gestion des risques a été conduite en 2011. Deux réseaux hémi-régionaux sont aujourd'hui définis et des contrats d'engagement ont été signés, en novembre, précisant les orientations. On notera notamment un développement des activités des réseaux qualité auprès des acteurs du secteur médico-social en appui à leur démarche d'évaluation, le renforcement de la culture de gestion des risques et l'optimisation du recueil et de l'utilisation des données de surveillance.

Secteur médico-social

La qualité des accompagnements et des soins au sein des établissements et services médico-sociaux est une forte préoccupation de l'ARS Pays de la Loire. À ce titre, le département médico-social s'assure du développement des pratiques d'évaluation et de la culture de la bien-traitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables (âgées, handicapées, enfants et adolescents en danger et personnes en situation d'exclusion). Il mesure et analyse la performance des établissements et services à travers le développement d'outils de suivi notamment en lien avec l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP) et les accompagne dans ce cadre. Il pilote le processus de négociation des contrats et accompagne les dynamiques de coopération entre les acteurs, en étroite relation avec les Délégations territoriales.

les Plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

Instaurées par la loi HPST du 21 juillet 2009, les PAPS ont pour objectif d'informer et de faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière.

Les vingt-six sites internet régionaux, qui constituent un des volets du dispositif, ont ouvert le 1^{er} juillet 2011.

La PAPS Pays de la Loire est consultable sur <http://www.paysdelaloire.paps.sante.fr/>



Secteur libéral

Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins et des prestations rendues aux patients et usagers, le département libéral s'assure du respect des droits des usagers, de leur satisfaction et de la bonne information du public afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. En lien avec la HAS (Haute-Autorité de santé) et les agences nationales, il effectue une veille sur les bonnes pratiques (recommandations, protocoles...) et participe à leur diffusion auprès des professionnels et à leur déploiement. Le développement des coopérations interprofessionnelles dans le secteur ambulatoire en s'appuyant sur les structures d'exercice regroupé et des expérimentations de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels de santé de proximité est un axe important d'amélioration des soins et prestations aux patients.

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

Suivi des professionnels : demande d'expertise médicale

Transmissions aux conseils régionaux des Ordres professionnels pour demande d'expertise médicale	3
Demandes de suspensions temporaires d'exercice	2
Rédaction de procédures de traitement des dossiers : relations avec les Ordres, nominations des assesseurs, exercice illégal, tatouage-piercing, suspensions temporaires d'exercice	5

L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

L'ARS a accompagné et suivi deux promoteurs dans la rédaction de protocoles de coopération professionnelle :

- protocole en charge des examens radiologiques par un manipulateur radio sous contrôle du radiologue;
- protocole de consultation coordonnée entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste.

Les inspections et contrôles

L'Agence régionale de santé a pour mission de veiller, en procédant à des contrôles, « à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux ». Un Programme régional d'inspection-contrôle-audit (PRICA) est élaboré chaque année en fonction des priorités définies au niveau national et des orientations stratégiques de la Directrice générale de l'ARS. En 2011, le PRICA a été réalisé à 92 %.

D'autres activités d'inspection et de contrôle, déclenchées suite à une réclamation, un signalement ou une demande d'intervention du ministère, sont également réalisées hors programme (14 % de l'activité d'inspection en 2011).

Une « porte d'entrée unique » pour les malades d'Alzheimer : les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

Le dispositif MAIA permet, à partir d'une structure existante, de construire un lieu de coordination des partenaires institutionnels et des professionnels des secteurs médico-social et sanitaire. « Porte d'entrée unique » pour les malades et leur famille, les MAIA doivent permettre de faciliter l'accès au soin et à l'accompagnement.

Un premier projet pilote de MAIA a été installé en Sarthe en 2009.

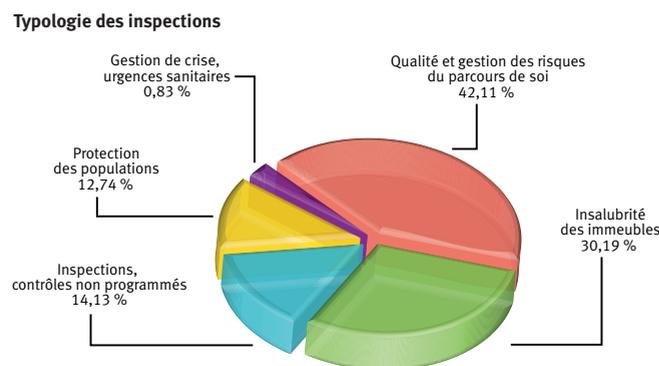
L'ARS Pays de la Loire a organisé un appel à candidatures pour la création de deux MAIA supplémentaires dans la région. La commission régionale consultative, réunie le vendredi 29 avril 2011, a sélectionné les projets de Cholet et Nantes.

Sur le plan financier, l'ARS versera en 2011 160 000 € à chaque MAIA : 100 000 € pour le financement du pilotage et du fonctionnement (sur une année) et 60 000 € pour le financement de chaque poste de gestionnaire de cas (sur 4 mois).

MAIA : 5 dossiers étudiés, 3 visites de labellisation.

310

inspections programmées
réalisées



L'activité d'inspection contrôle repose sur une mutualisation des ressources au sein de l'Agence. La réalisation du PRICA mobilise les personnels des corps d'inspection ainsi que des inspecteurs et contrôleurs dûment désignés au sein de l'ensemble des Directions métiers et des Délégations territoriales de l'ARS.

La cellule Inspection-contrôle-audit de la Direction de la qualité et de l'efficacité de l'ARS coordonne l'élaboration du programme régional d'inspections, veille à la réalisation du programme, à la qualité des inspections et à leur suivi.

PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS COMMUNIQUÉS

- nombre d'inspections programmées réalisées : 310 ;
- nombre d'inspections non programmées réalisées : 51, dont 27 présentant un caractère d'urgence ;
- nombre de jours mobilisés pour conduire l'activité d'inspection contrôle (programmée et non programmée) : 2 039.

21-25 novembre : première semaine de la sécurité du patient

Dans le cadre de la semaine nationale de la sécurité du patient, l'ARS a organisé deux journées régionales autour de trois thématiques prioritaires :

- le bon usage du médicament et notamment les enjeux de l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, en lien avec l'OMEDIT ;
- l'action sur les situations à risques et notamment la maîtrise des risques associés aux soins en lien avec l'ARLIN (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales) ;
- le partage des résultats des indicateurs d'évaluation de la qualité des prises en charge et des accompagnements.



L'action de l'ARS au cœur des territoires

Régionaliser la politique sanitaire et médico-sociale ne peut efficacement se faire qu'à la condition de conforter – d'accentuer même – la relation de proximité que l'Agence entretient avec les usagers, ses partenaires et les opérateurs des différents territoires de vie et de santé que la région englobe.

Pour cela, l'Agence s'appuie d'abord sur ses cinq Délégations territoriales (DT) qui sont, dans l'organisation qu'elle a mise en place, ses points naturels et privilégiés d'entrée.

Elles ont, d'une part, une fonction initiale de « premier contact » entre l'Agence et les différents acteurs de terrain ou institutionnels impliqués, directement ou indirectement, dans les problématiques de santé publique de leur territoire.

Faire du territoire une réalité pour la mise en œuvre de la politique de santé régionale

Les DT pilotent et animent la politique territoriale de l'Agence en prenant en compte les spécificités et la cohérence de chaque territoire pour en accentuer l'efficacité et lui donner une dynamique de terrain notamment à travers :

- l'animation des conférences de territoire ;
- la déclinaison des objectifs du Projet régional de santé en Programmes territoriaux de santé ;
- le développement de la coopération et des partenariats locaux notamment au travers des contrats locaux de santé ;
- la restructuration de l'offre sanitaire et médico-sociale : notamment en appui des directions métiers dans leurs actions et leurs projets (déclinaison des campagnes régionales, des plans de santé publics ou des programmes régionaux Alzheimer, cancer, autisme, bientraitance...), à travers la sensibilisation des acteurs (Conseils généraux, collectivités, établissements...), par l'accompagnement des établissements (réunions, participation aux conseils d'administration ou aux conseils de surveillance...), en appui des démarches de coopération et de mutualisation ;
- l'organisation de la permanence des soins à travers leur participation aux expérimentations ;
- l'accompagnement des professionnels de premier recours.

ADELI (système d'information Automatisation des Listes)

Les professionnels de santé doivent s'inscrire au répertoire national ADELI afin de disposer de leur carte professionnelle. Contenant des informations d'état civil, de situation professionnelle et d'activités exercées, le n° ADELI sert de référence aux praticiens. L'enregistrement doit être effectué dans le mois suivant la prise de fonction.

Une vingtaine de professions sont concernées, allant de l'infirmier à l'assistant de service social, en passant par le diététicien et l'opticien. La liste des professions évolue, de nouvelles professions faisant l'objet d'enregistrement. En 2011, les professions de dentistes et de médecins ont migré du répertoire ADELI vers le RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé).

Les fiches de situation des professionnels de santé sont envoyées par l'ARS à la CPAM après enregistrement.

Thématique	Indicateur	44	49	53	72	85
Conférences de territoire	Réunions de la conférence de territoire et de ses groupes de travail	5	4	5	5	5
Prévention et promotion de la santé	Nombre de dossiers instruits dans le cadre de l'appel à projets en prévention et promotion de la santé	127	68	41	60	44
Premier recours	Nombre de réunions du CATS (Comité d'accompagnement territorial des soins de premier recours)	7	5	5	6	8
	Nombre de réunions du CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins) + nombre de réunions des sous-comités médical et transports sanitaires	4	1	1	3	1
	Préleveurs sanguins : nombre de stages organisés	11	27	15	1	12 ²³
	Instruction dossiers équivalences de diplômés extra-communautaires : nombre de dossiers	39	11	3	12	1
	ADELI : nombre de rendez-vous	1704	816	225 ²⁵	448	625 ²⁵
	Autorisation de remplacement IDE (infirmier diplômé d'état) libérales : nombre de dossiers	196	130	68	76	85 ²⁵
Activités diverses	Certificats de décès	9497	5362	2590	5102	5443

Protéger la santé de la population du territoire en lien avec leur environnement

Le département de sécurité sanitaire des personnes et de l'environnement (SSPE) de chaque Délégation territoriale intervient dans les domaines de la santé environnementale, des alertes et urgences sanitaires et de la santé mentale.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

- surveillance des milieux à travers du contrôle sanitaire ;
- prévention des situations à risque via les inspections et contrôles programmés ;
- planification et programmation par des plans pluriannuels inter-institutionnels dont le PRSE2 (Plan régional santé environnement 2010/13) ;
- actions de sensibilisation/information/éducation à la santé.

Ces activités concernent plus particulièrement les eaux potables et de loisirs, les coquillages, l'habitat et les espaces clos (lutte contre l'habitat indigne, prévention du risque saturnisme, qualité de l'air intérieur...), la qualité de l'environnement extérieur (urbanisme, établissements industriels, lutte contre les nuisibles...).

Dans le cadre de ses missions, le département participe également à de nombreux comités et plans d'action départementaux : Comité départemental de l'environnement, des risques sanitaires et technologiques (CODERST), Missions inter-services de l'eau (MISE), Plan départemental

Thématique	Indicateur	44	49	53	72	85	Région
Eau et coquillages	Eau potable : nombre de contrôles (nombre de prélèvements)	3873	2949	2227	2540	1911	13500
	Eau potable : nombre d'inspections (périmètre de protection)	1	4	5	1	2	13
	Eaux de loisirs : nombre de contrôles de piscines	1437	913	420	587	1800	5157
	Eaux de loisirs : nombre de contrôles de baignades en eau douce et en eau de mer	878	145	92	84	930	2129
	Coquillages : nombre de contrôles de gisements naturels	267	/	/	/	213	480
	Habitat et espaces clos (ERP)	Légionelles : nombre d'inspections d'établissements	2	2	2	2	0
Salubrité habitations : nombre de visites de logements (hors Service communal d'hygiène et de santé)		243	55	16	50	10	374
Salubrité habitations : nombre d'arrêtés d'insalubrité		55	3	6	4	6	74
Salubrité habitations : nombre de logements ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité		64	3	23	7	10	107
Monoxyde de carbone : nombre d'enquêtes environnementales (hors Service communal d'hygiène et de santé)		14	9	3	11	8	45
Saturnisme : nombre de CREP (constats de risque d'exposition au plomb) traités		110	68	16	96	36	326
Bruit : nombre d'inspections établissements musique amplifiée		3	4	3	3	2	15
Bruit : nombre de plaintes traitées		28	15	8	10	25	71
Radon : nombre de contrôles		34	79	9	8	1	131

13500

prélèvements réalisés dans les Pays de la Loire en 2011 pour le contrôle de l'eau potable

d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), Comité départemental de lutte contre l'habitat indigne, suivi du Plan d'élimination des déchets ménagers et assimilés (PEDMA), etc.

GESTION DES ALERTES SANITAIRES OU ENVIRONNEMENTALES ET DES SITUATIONS D'URGENCE

- élaboration et suivi des plans de sécurité sanitaire et de défense en lien étroit avec les préfetures (protocole Préfet/ARS);
- gestion des signaux et alerte sanitaires;
- participation aux exercices de préparation, comportant un volet sanitaire ainsi qu'au retour d'expérience;
- participation à la gestion de crise ou situation d'urgence sur le plan local.

SANTÉ MENTALE

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a réformé profondément les procédures de soins sans consentement depuis le 1^{er} août 2011. Elle permet une intervention du juge des libertés et de la détention pour le maintien d'une personne en hospitalisation sans son consentement pour une période de plus de quinze jours et les renouvellements d'hospitalisation complète à six mois.

L'ARS est chargée, dans le cadre du protocole Préfet/ARS :

- d'instruire et de proposer à la signature du Préfet les décisions circonstanciées sept jours sur sept;
- d'assurer le secrétariat de Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

2011 a particulièrement été marquée par cette réforme : les services de l'ARS ont eu un travail important d'organisation interne et externe sur cette mission.

Pour accompagner cette mise en œuvre, un groupe de travail régional, en lien avec le Département veille et sécurité sanitaires et le service juridique a été mis en place. Les délégations territoriales ont également participé à plusieurs réunions départementales réunissant l'ensemble des parties prenantes. Ces nouvelles dispositions induisent un suivi encore plus précis des dossiers en raison de nombreuses échéances réglementaires, en particulier concernant les saisines du juge des libertés et de la détention (JLD).

Soins sans consentement

	44	49	53	72	85	Région
Nombre total de dossiers préparés pour audience JLD (juge des libertés et de la détention)	68	25	17	37	32	179
Nombre total de mesures de SDRE (soins sur décision du représentant de l'État)	1 278	86	29	55	55	1 561
Nombre total de mesures de soins à la demande d'un tiers traitées	1 009	788	187	727	727	3 069

Lutte contre le bruit

Au service de la lutte contre le bruit, les délégations territoriales de l'ARS sont susceptibles d'agir au titre d'assistance technique à la demande des mairies, en matière de traitement des plaintes, rédaction de procès-verbaux, réalisation de mesures sonométriques et d'inspections en établissements diffusant de la musique amplifiée.

En parallèle, d'autres types d'actions sont mis en œuvre au niveau territorial, parmi lesquelles on peut citer :

- des actions de sensibilisation des scolaires, grâce à :
 - › la tenue de groupes de travail (établissements scolaires, lieux d'enseignement et de diffusion de la musique),
 - › la mise à disposition de « têtes acoustiques » qui ont reçu un prix décerné par le

Conseil national du bruit (Décibel d'or). Cet outil est conçu pour mesurer les niveaux sonores tels qu'on peut les enregistrer au niveau du tympan en écoutant de la musique avec des équipements individuels tels que les baladeurs;

- la mise en place d'un programme de prévention des risques auditifs auprès des adolescents et jeunes adultes;
- la formation d'agents municipaux (par exemple à La Baule) sur le traitement des plaintes avec mesures sonométriques;
- la réalisation d'une enquête auprès des communes de plus de 10 000 habitants sur leur capacité de réponse technique au niveau local;
- la vérification des mesures de prévention prises pour le public des 24 heures du Mans.



conclusion

L'année 2012, première année de mise en œuvre du Projet régional de santé, s'inscrit dans une dynamique de continuité en déployant un dispositif pour donner une réalité aux orientations, objectifs et actions inscrits dans le PRS.

Au titre de la volonté de mettre la personne au cœur des préoccupations du système de santé, des feuilles de route par populations (jeunes de moins de 20 ans, personnes vivant avec un handicap psychique, une maladie chronique, personnes âgées de plus de 75 ans...) vont être définies parallèlement à des feuilles de route territoriales pour caractériser des actions précises dès 2012. De la même façon, un état des lieux sur l'offre de santé disponible sera réalisé, le déploiement du Dossier médical personnel assuré et l'accompagnement des aidants naturels poursuivi.

Pour répondre à l'enjeu d'une proximité organisée, le déploiement des Maisons de santé pluridisciplinaires, la redéfinition de la permanence des soins ambulatoires et en établissement de santé, la contractualisation sur tous les champs, seront privilégiés. Une expérimentation sur les parcours de santé sera réalisée. Parallèlement, le ciblage des actions de prévention et le développement des coopérations seront poursuivis.

Concernant la maîtrise des risques en santé, le travail en partenariat avec les collectivités territoriales, les autres porteurs de politiques publiques, les organismes d'Assurance maladie doit permettre de progresser sur l'analyse partagée, sur les réponses coordonnées apportées.

Enfin, l'organisation de l'ARS sera adaptée, sur la base d'un diagnostic partagé, pour prendre en compte le fonctionnement depuis deux ans, la donnée nouvelle que constitue l'adoption du PRS et un contexte financier durablement contraint.

Au final, l'année 2012 s'annonce encore une fois riche d'évolution et implique dès lors la mobilisation de tous.

Merci de votre engagement.

Marie-Sophie Desaulle

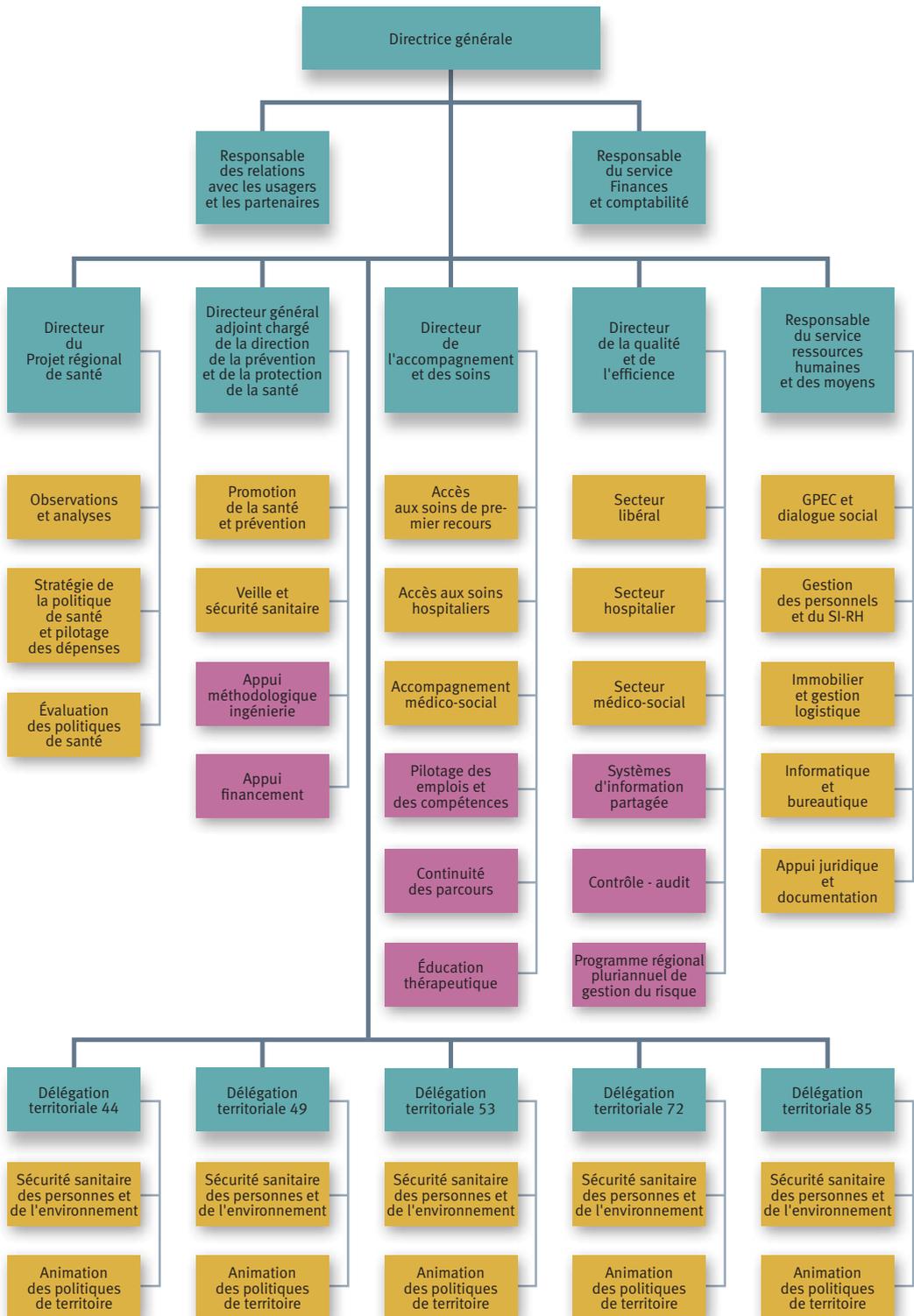
Directrice générale de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire



glossaire

ADELI : Automatisation DES Listes	ITDS : Instance Transitoire de Dialogue Social
ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins	ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	JLD – Juge des Libertés et de la Détention
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 53	LMD (réforme) – Licence - Master - Doctorat
APSF : Association des Pollinariums Sentinelles de France	MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
AVC : Accident Vasculaire Cérébral	MARTAA : Mission d'Accompagnement Régionale à la Tarification À l'Activité
AVS : Auteurs de Violences Sexuelles	MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
CAMI : Cellule d'Appui Méthodologique et Ingénierie	MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
CATS : Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours	MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
CBUM : Contrats de Bon Usage des Médicaments	MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques	MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public	MMG : Maison Médicale de Garde
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire	MSA : Mutualité Sociale Agricole
Cire : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région	MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail	OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
CLCV : Consommation Logement et Cadre de Vie	ORS : Observatoire Régional de la Santé
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination	PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
CLS : Contrat Local de Santé	PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique	PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins	PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CORECS : Comité Régional de Concertation des Soins	PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PREM : Plan de Redressement Et de Modernisation
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	PRGDR : Programme Régional de Gestion Du Risque
CRE : Contrat de Retour à l'Équilibre	PRIAC : PProgramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
CREP : Constats de Risque d'Exposition au Plomb	PRICA : Programme Régional d'Inspection - Contrôle - Audit
CRERA : Centre Régional d'Études et des Ressources pour l'Autisme des Pays de la Loire	PRS : Projet Régional de Santé
CRRAUS : Centre de Réception et de Régulation des Alertes et Urgences Sanitaires	PRSE2 : Plan Régional Santé Environnement 2
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie	PRFIT / PRSIPT : Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés et du développement de la Télémédecine
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge	PRST : Plan Régional Santé au Travail
DAF : Dotation Annuelle de Financement	PTS : Programme Territorial de Santé
DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques	PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
DMP : Dossier Médical Personnel	RIA : Rapport Infra-Annuel
DQE : Direction Qualité Efficience	RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement	RSI : Régime Social des Indépendants
DRFIP : Direction Régionale des Finances Publiques	SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	SDRE : Soins sur Décision du Représentant de l'État
DT : Délégation Territoriale	SDSI : Schéma Directeur des Systèmes d'Information
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique	SESSAD : Service d'Éducation Spécial et de Soins A Domicile
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	SIH : Syndicat Inter Hospitalier
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses	SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico Social
EPS : Établissement Public de Santé	SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer	SRP : Schéma Régional de Prévention
ESAT - Établissement et Services d'Aide par le Travail	SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux	SSPE : Sécurité Sanitaire des Personnes et de l'Environnement
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif	SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
ETP : Education Thérapeutique du Patient	TED : Troubles Envahissants du Développement
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé	Tiac : Toxi-Infection Alimentaire collective
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins	UFR : Unité de Formation et de Recherche
FIR : Fonds d'Intervention Régional	UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés	URADEL : Association des Directeurs Diocésains des Pays de la Loire
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale	URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
GDR : Gestion Du Risque	
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences	
HAD : Hospitalisation À Domicile	
HAS - Haute Autorité de Santé	
HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires	
HSC : Hospitalisations Sans Consentement	
IDE : Infirmier Diplômé d'État	
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers	
IME : Institut Médico-Éducatif	
IRA-GEA : Infections Respiratoires Aiguës et Gastro-Entérites Aiguës	
IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale	
IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé	

L'organigramme de l'ARS



Agence régionale de santé Pays de la Loire

CS 56233

44262 Nantes cedex 2

T 0249 10 40 00

édition mai 2012



ars
● Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire