



| rapport d'activité 2012 |  
ARS Pays de la Loire





---

## Éditorial

« 2012, première année de mise en œuvre du PRS » par Marie-Sophie Desaulle, Directrice générale	5
--	---

---

## La politique de santé mise en œuvre dans les Pays de la Loire

Une politique de santé ancrée dans les territoires	7
Une politique de santé appliquée à des populations cibles	16
Une politique de santé orientée vers l'efficacité du système de santé	22

---

## Au cœur des métiers de l'ARS

La transversalité comme principe de fonctionnement interne et d'organisation	29
2012 : dans le droit fil de notre projet d'Agence	30
Les relations avec les usagers et les partenaires	32
La prévention et protection de la santé	36
L'accompagnement et les soins	38
L'efficacité de l'offre	45
L'action de l'ARS au cœur des territoires	52

---

## Conclusion

57

---

## Glossaire

59

---

## Organigramme de l'ARS

60



éditorial

# 2012, première année de mise en œuvre du PRS

Avec un Projet régional de santé adopté le 9 mars, 2012 marque la première année de sa mise en œuvre. Des feuilles de route annuelles par territoire, populations cibles et thématiques ont été arrêtées pour préciser les actions, leur financement et leur calendrier de déploiement. La création du Fonds d'intervention régional (FIR) a facilité la réalisation concrète des orientations arrêtées.

Parallèlement, dès cette année, cette étape d'adoption terminée, et dans un contexte financier particulièrement contraint pour l'ARS Pays de la Loire, une réorganisation de l'Agence deux ans après, a été menée à bien pour gagner en efficacité et en lisibilité.

C'est dans ce cadre qu'a été conduite une politique de santé ancrée dans les territoires, appliquée spécifiquement à des populations ciblées et orientée vers l'efficacité du système.

Je tiens à saluer l'engagement de l'ensemble des opérateurs de santé, qui tout en respectant les enveloppes allouées, ont su porter des projets, développer des partenariats avec la volonté constante d'adapter leur réponse aux besoins de santé de la population ligérienne.



**Marie-Sophie Desaulle**

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



# la politique de santé dans les Pays de la Loire

# Une politique de santé ancrée dans les territoires

*Les territoires sont divers : inter-région, région, territoire de santé, territoire de proximité.*

*La mise en œuvre du projet régional de santé a permis à l'ARS de déployer, sur les territoires de la région, les différentes briques constitutives d'une organisation territoriale des parcours de santé et les modalités de gouvernance des acteurs au sein des territoires de proximité.*

**Les parcours des personnes âgées, structurant pour une organisation intégrée du système de santé dans les territoires de proximité.**

Depuis la mise en place de l'ARS, des travaux concernant les parcours ont été réalisés sur ce thème et l'année 2012 a permis de concrétiser les premiers éléments préparant le déploiement de la démarche parcours. Aujourd'hui, des projets d'expérimentation article 70 sont mis en œuvre dans le territoire de santé de la Mayenne sur deux territoires de proximité, Craon-Renazé, avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), et Nord-Mayenne.

Ainsi, articulée avec le développement des maisons de santé pluri-professionnelles et l'élaboration des contrats locaux de santé, la construction des **parcours de santé des personnes âgées** a été en 2012 un axe structurant pour définir les territoires de santé de proximité.

Trois dynamiques synergiques sont mises en œuvre :

- une dynamique de territorialisation de la santé ;
- une dynamique d'évolution et d'intégration des opérateurs du système de santé en proximité (acteurs, services, établissements, dispositifs...);
- la mise en place d'une gouvernance qui permette à ces deux dynamiques de se réaliser sur les territoires de proximité.

## Une politique portée avec les représentants de la démocratie sanitaire

*Au-delà du travail réalisé avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les conférences de territoire, l'accent a été mis sur l'information et le partage d'expériences : déploiement des newsletters (une pour les opérateurs de santé, une pour les usagers), création d'un mini-site pour la CRSA et les conférences de territoires.*

Une attention particulière a été portée sur les échanges autour de la politique de l'ARS :

- des réunions stratégiques avec chaque Président de Conseil général et la Directrice générale de l'ARS ;
- une rencontre avec chaque député et sénateur faite par les Délégations territoriales ;
- des participations aux assemblées des maires par département ;
- un cadre de gouvernance, conçu dans une approche populationnelle et intégrant les gouvernances des dispositifs (type MAIA) et des Contrats locaux de santé (CLS). Il s'agit d'éviter la multiplication des instances au gré des thématiques. Le schéma de gouvernance est articulé autour de deux types d'instances sur chaque territoire de santé :

› le Comité stratégique Parcours de santé est l'instance décisionnelle — coprésidée par la Directrice générale de l'ARS et le Président du Conseil général — des acteurs en charge des politiques à l'échelon du territoire de santé. Ce comité regroupe les financeurs (ARS, CG, Assurance maladie, RG, RSI, MSA, CARSAT, complémentaires), les élus (les présidents des communautés de communes ayant un CLS avec l'ARS), et des représentants des structures favorisant la coordination des acteurs (MAIA, CLIC, DCA, réseaux de santé...). Il a été mis en place en Maine-et-Loire et en Sarthe, et est en cours en Mayenne. L'un des enjeux de ce comité est de traiter les conséquences sur les flux et transferts financiers de la rationalisation des parcours entre domicile, hôpital et secteur médico-social.

› le Comité d'intégration des acteurs et des projets locaux est l'instance opérationnelle à l'échelon du territoire de proximité. Il vise au pilotage de l'ensemble des projets locaux sur un territoire de projet cohérent. Il anime l'ensemble des acteurs du territoire de proximité

# 197

sites de baignade en eau douce et en eau de mer, surveillés par l'Agence régionale de santé, sont accessibles au public en Pays de la Loire.

pour coordonner leurs interventions. Il met autour de la table les différents professionnels de santé du premier recours, les acteurs de la prévention, les services d'accompagnement à domicile, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les structures sanitaires, les établissements médico-sociaux proposant hébergement temporaire et accueil de jour, les équipes d'adaptation réinsertion intervenant à domicile pour prévenir la perte d'autonomie ou faciliter le retour à domicile... Il s'agit, pour l'ensemble des acteurs et équipes d'acteurs ou de professionnels de santé du premier recours, d'établir, sur le territoire de proximité, les modalités de leur coopération, de leur saisine réciproque et de protocoliser leurs interventions,

par exemple au long du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est en Mayenne sur deux territoires de santé de proximité que ce dispositif est aujourd'hui le plus avancé. L'enjeu est d'atteindre une véritable intégration des acteurs, professionnels de santé, services et plateformes d'appui relevant de différents secteurs, sanitaire, médico-social ou social, à partir de l'existant, dans chacun des territoires de santé de proximité.

## Une politique orientée en fonction des territoires physiques

### Pour les départements côtiers

#### DES PROFILS DE BAINNADE EN COURS D'ACHÈVEMENT

La région Pays de la Loire se caractérise par des surfaces agricoles importantes, des zones humides et des espaces littoraux. Bordées par l'océan Atlantique sur 368 kilomètres, les côtes sont alternativement rocheuses ou sablonneuses. La région propose 210 kilomètres de plages et deux îles importantes : l'île de Noirmoutier et l'île d'Yeu. Elle est la cinquième région touristique française et accueille en moyenne 20 millions de touristes par an.

Le suivi régulier et réglementaire de la qualité des eaux de baignade permet de mettre en évidence les impacts de divers rejets situés à l'amont du site de baignade et de protéger la santé des baigneurs. Les connaissances ainsi acquises peuvent fournir une aide aux collectivités locales afin d'améliorer la maîtrise des causes de pollution engendrées notamment par une mauvaise gestion des eaux usées domestiques.

#### EN 2012, LA QUALITÉ SANITAIRE DES EAUX DE BAINNADE EN MER PEUT ÊTRE QUALIFIÉE DE TRÈS SATISFAISANTE.

96 % des plages sont en effet classées en catégorie A « Eau de bonne qualité ».

Le constat est plus nuancé pour les sites de baignade en eau douce puisque 42 % d'entre eux relèvent de la catégorie « B - Eaux de moyenne qualité ». La stabilité de la qualité des eaux de mer observée depuis plusieurs années est le résultat des efforts importants consentis par les collectivités en matière d'assainissement.



La directive européenne du 15 février 2006 a apporté des évolutions significatives dans le domaine de la gestion des eaux de baignade, d'application récente pour certaines ou prévue en 2013 pour d'autres. Elle a ainsi introduit de nouvelles normes de qualité, une modification des modalités de classement des eaux de baignade ou encore une responsabilité accrue des responsables de la baignade dans la mise en œuvre de mesures de gestion proactive.

#### LA GESTION DE LA QUALITÉ DES EAUX DE BAINNADE S'INSCRIT DONC DÉSORMAIS DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE INTÉGRÉE.

Elle comprend la mise en œuvre de plans d'actions visant à la reconquête ou au maintien de la qualité des eaux. Elle prévoit également le développement de protocoles d'intervention permettant d'anticiper un risque de pollution à court terme et de protéger les usagers des sites de baignade. L'objectif visé est d'éviter que la baignade intervienne dans une eau de qualité dégradée.

### **LA PRISE EN COMPTE DES NORMES RÉVISÉES ET L'APPLICATION DES NOUVELLES MODALITÉS DE CLASSEMENT INTERVIENDRONT À L'ISSUE DE LA SAISON ESTIVALE 2013.**

L'impact potentiel de ces nouvelles dispositions n'est pas neutre puisqu'il peut se traduire par un déclassement de certains sites voire une fermeture en cas de classements défavorables. Sur la base de projections de classement, seules quelques communes littorales seraient plus particulièrement impactées. Ces collectivités se sont toutes engagées dans des programmes d'amélioration de l'assainissement. Pour les autres sites de baignade (en eau douce ou en eau de mer), les évolutions de classement sont plutôt favorables.

La directive européenne de 2006 a renforcé le principe de la gestion des eaux de baignade par la personne responsable de l'eau de baignade (PREB) en introduisant l'obligation d'établir un profil des eaux de baignade. Ce profil correspond à une identification et à une qualification des sources de pollution pouvant affecter la qualité de la baignade.

Le profil réalisé par le PREB doit ainsi définir la vulnérabilité du site et les mesures à mettre en œuvre pour garantir en permanence la qualité de la baignade (assainissement des eaux de ruissellement du bassin-versant, modernisation des stations d'épuration, fiabilité des ouvrages de collecte des eaux usées...). Il vise également à faciliter la gestion préventive de la baignade par la définition d'indicateurs d'alerte conduisant à interdire la baignade le cas échéant. L'échéance pour la réalisation des profils de baignade était fixée au 1<sup>er</sup> février 2011.

73 % des sites de baignade en mer disposent d'un profil en Pays de la Loire. Ce chiffre mérite d'être mis en perspective avec un taux de réalisation national de 45 %. Pour les eaux douces, le taux d'achèvement est de près de 40 %. Ce moindre avancement est lié à une mise à disposition plus tardive du cahier des

charges national mais également aux financements limités octroyés par l'Agence de l'eau.

De nouvelles réunions seront organisées en 2013 avec les collectivités afin que les mesures de gestion et d'amélioration définies dans le cadre des profils soient affinées et mises en œuvre.

### **Pour deux métropoles, Nantes et Le Mans**

#### **UNE ÉTUDE D'IMPACT SUR LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE**

En déclinaison du Programme régional santé Environnement 2010-2014 (PRSE2), la poursuite des actions s'est notamment concentrée en 2012 sur la pollution atmosphérique et l'évaluation de la mortalité anticipée dans les grandes agglomérations que sont Nantes et Le Mans.

De même, un deuxième conseiller médical en environnement intérieur a été recruté pour l'est de la région.

### **Pour l'ensemble de la région, un travail important concernant les filières de traitement de l'eau**

#### **CONTRÔLE SANITAIRE DES PISCINES AVEC UNE RÉPONSE DANS LA JOURNÉE**

Pour optimiser la gestion des anomalies détectées dans le cadre du contrôle sanitaire des 788 piscines de la région, l'ARS a expérimenté au cours de la saison estivale 2012, l'instauration « d'un permanencier régional tournant ». Le principe : chaque jour et à tour de rôle, un technicien sanitaire de l'ARS a assuré, pour les cinq départements de la région, une réponse réactive et harmonisée à l'ensemble des signalements d'anomalies de terrain décelées par les préleveurs et les non-conformités analytiques détectées par les laboratoires. Celui-ci juge l'information transmise par les préleveurs et les laboratoires, et préconise des mesures de corrections pouvant aller jusqu'à la fermeture provisoire, en fonction de l'anomalie signalée.

En moyenne, chaque permanencier a reçu 22 appels par jour et jusqu'à 45 signalements d'anomalies.

En amont, un groupe de travail « eaux de loisirs » a défini des procédures et des protocoles de gestion des anomalies, largement informatisés.

Un numéro de téléphone unique pour la réception des anomalies a été mis en place. Chaque matin, un renvoi de ligne téléphonique est effectué vers le numéro de téléphone du technicien de permanence.

Une boîte de messagerie dédiée a également été créée pour la réception des anomalies signalées par les laboratoires. Cette expérimentation pensée dès le début de l'année 2012 et mise en place durant l'été, a mobilisé 13 techniciens sanitaires des 5 délégations territoriales et du Département de veille sanitaire.

Une harmonisation des pratiques, une mutualisation des outils largement informatisés, une organisation humaine ont permis la réussite de cette action à la satisfaction de l'ensemble des partenaires concernés. Cette action sera reconduite en 2013.

#### **UNE ÉTUDE DES SOUS-PRODUITS DE CHLORATION A PERMIS LA CLASSIFICATION DES SITES À RISQUE.**

Conformément à la réglementation, l'ARS exerce la surveillance et le contrôle sanitaire de la qualité des eaux distribuées. Les actions mises en œuvre en cas d'anomalies constatées comprennent un suivi analytique renforcé, complété si nécessaire d'une prescription de mesures correctives et d'un suivi de leur mise en œuvre.

Ses actions de maîtrise de la qualité de l'eau distribuée et de gestion des alertes sont fonction des risques sanitaires identifiés.

Pour les unités de distribution (UDI) de plus de 5 000 habitants, le bilan 2012 est positif puisqu'il ne fait apparaître aucune non-conformité récurrente, avec une résolution intervenue pour deux UDI encore concernées en 2011 par des dépassements en sélénium.

Pour les six UDI présentant une sensibilité particulière vis-à-vis du risque trihalométhane (THM, substance chimique provenant du chlore) les perspectives en matière de mise en œuvre de mesures pérennes se confirment avec des travaux achevés dans leur totalité d'ici 2016, certaines rénovations/restructurations de filières devant être effectives à une échéance plus proche, fin 2013, pour trois UDI.

## **Une politique adaptée à la sociologie des territoires**

### **Des actions concertées sur l'habitat indigne**

#### **UNE RENCONTRE RÉGIONALE DES CINQ PÔLES**

Avec un double portage ARS/DREAL, en cohérence avec les objectifs définis dans le PRSE2, la lutte contre l'habitat indigne est un objectif priorisé notamment au sein du PRS.

En 2012, le nombre de situations prises en charge au titre du code de la santé publique s'est maintenu, ce qui confirme l'impact de la structuration de la lutte contre l'habitat indigne. Depuis 2011, les 5 départements sont en effet dotés d'un pôle de lutte contre l'habitat indigne. L'année 2012 a vu une montée en charge des deux derniers pôles créés en Loire-Atlantique et en Vendée.

Le plan régional de lutte contre l'habitat indigne n'a pu aboutir en 2012 ; ceci est à mettre en perspective avec des organisations inter-services variables selon les départements, des historiques de fonctionnement différents et les difficultés liées à une approche régionale homogène dans un contexte de lutte contre l'habitat indigne avec un ancrage départemental marqué.

#### **DES ACTIONS D'INFORMATION DES PERSONNES POUVANT REPÉRER LES SITUATIONS**

La formation des intervenants à domicile a mobilisé 340 personnes. S'agissant du déploiement d'Ariane Habitat, 30 partenaires externes ont bénéficié d'une formation sur la région.

En ce qui concerne les sessions de formation des collectivités, elles sont programmées en 2013 en Vendée et en Loire-Atlantique. Pour ce dernier département, plus particulièrement concerné par un nombre significatif de signalements pris en charge par l'ARS (y compris ceux relevant du Règlement Sanitaire Départemental), sans intervention des collectivités, le principe d'un désengagement progressif de l'ARS a été retenu, au profit d'un recentrage sur les situations relevant de l'insalubrité.

#### **Onze Contrats locaux de santé en cours ou négociés**

La démarche des contrats locaux de santé est lancée dans chaque territoire de santé dès 2011. Le tout premier CLS ligérien (Trélazé) est signé le 2 mai 2012. Des lettres de cadrage / lettres d'engagements ont également été signées, dans l'objectif de préparer l'élaboration de CLS : Mayenne ; Le Mans, Allonnes, Coulaines ; Saint-Herblain ; Angers.

Les CLS élaborés au cours de l'année 2012 proposent des plans d'actions infra-territoriaux innovants tant dans leurs objectifs que dans les modalités de travail. On peut citer par exemple :

- pour la Ville de Nantes : le renforcement d'une dynamique de type Ac-

# 5

**CLS ont été finalisés en 2012 : Trélazé, signé en mai ; Sud-ouest mayennais, signé en juillet ; Nantes, signé en novembre ; l'île d'Yeu, signature en janvier 2013 ; La Roche-sur-Yon, signature en janvier 2013.**



tions de santé sur les quartiers (ASV), avec un appel à projet dédié ARS-Commune (financement ARS sur FIR de 100 000 € dédié spécifiquement à cet appel à projets) ;

- pour les communautés de commune de Saint-Aignan – Renazé et du Pays craonnais : un projet autour de l'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées, suite au diagnostic effectuée par l'ANAP ;
- pour l'île d'Yeu : priorité aux axes prévention, mais aussi accès aux soins. Notamment l'accès aux soins spécialisés est sécurisé, par le biais d'une aide apportée au CH Challans pour compenser les temps dévolus aux consultations spécialisées réalisées en proximité (contrainte de temps / déplacement compte tenu de la situation de l'île) ;
- pour la Ville d'Angers : projet portant sur la santé mentale et la vie dans la cité ;
- pour la Ville de La Roche-sur-Yon : axe fort sur la prévention, mais également actions pour l'accès aux soins et la santé mentale.

Pour les autres CLS au stade de la lettre de cadrage : les démarches engagées avec les collectivités portent essentiellement sur la réalisation des diagnostics partagés, qui permettront de définir objectifs et plans d'actions des futurs CLS. Quand cela s'avère nécessaire, ces diagnostics peuvent faire l'objet d'un appui financier de l'Agence.

L'ARS souhaite que les CLS s'inscrivent dans une dynamique forte sur les parcours de santé et qu'ils ne portent pas uniquement sur des axes de prévention. Une attention accrue sera portée dans ce sens en 2013.

## **Le déploiement de la PDSA et la réorganisation de la PDSSE**

En Pays de la Loire, le processus d'élaboration du document s'est inscrit dans une large concertation où l'ensemble des acteurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ont été mobilisés pendant plusieurs mois.

### **LE SCHÉMA CIBLE RETENU S'APPUIE SUR LES PRINCIPES SUIVANTS :**

- la mise en place d'un système d'information adapté aux besoins des organisations départementales de PDSA ;
- le renforcement de la régulation médicale des appels, comme premier niveau de réponse aux demandes de soins non programmés hors Aide médicale urgente ;
- une réorganisation des secteurs de garde autour de points fixes de consultation ;
- l'amélioration de l'articulation entre la permanence des soins en médecine générale et les autres systèmes de garde (pharmaceutique, odontologie, kinésithérapie, ambulancière).

## **2012 : MISE EN PLACE DE LA RÉORGANISATION DE LA PDSA EN SARTHE ET EN VENDÉE :**

- depuis septembre 2012, la Vendée a adopté le même fonctionnement en nuit profonde que la Loire-Atlantique en découpant son territoire en trois à quatre secteurs, en fonction des saisons, dorénavant couvert par un médecin mobile ;
- depuis octobre 2012, la Sarthe s'est réorganisée en découpant son territoire en dix secteurs de garde, chacun étant adossé à une Maison Médicale de Garde (MMG) géré par l'ADOPS 72.

## **UN SCHEMA DE LA PDSSES REVU EN FONCTION DES BESOINS DE LA POPULATION.**

L'ARS des Pays de la Loire a défini l'organisation qui permettra de répondre aux besoins de permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) pour l'ensemble de la région. La permanence des soins en établissements de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés le soir à partir de 18 h 30, la nuit, le samedi après-midi et le dimanche.

La permanence des soins est à distinguer de la continuité des soins qui concerne les patients déjà hospitalisés des « nouveaux patients ». Pour la permanence des soins on parle en « ligne » d'astreinte, de garde et on distingue les astreintes complètes de celles qui ne couvrent que le début de nuit ou que le week-end. Ainsi, un praticien mobilisé pour une ligne de PDSSES, d'astreinte ou de garde, répondra aux appels aussi bien pour un patient venant de l'extérieur que pour un patient hospitalisé.

L'ARS, en lien avec les représentants des fédérations hospitalières, des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux, s'est basée pour mettre en place sa permanence des soins sur :

- l'existant déclaré et financé ;
- l'évaluation des besoins ;
- les dires d'expert qui ont permis de retenir les spécialités véritablement mobilisées pour la prise en charge des « nouveaux patients » sur les heures de permanence des soins.



**territoires mènent une expérimentation au titre de la PDSA : Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Vendée**



# Une politique pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins

*La stratégie de déploiement des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) s'est poursuivie avec six nouvelles ouvertures et de nombreux projets lancés. Dans le cadre du FIR, il a été décidé de contractualiser avec onze structures regroupées sur des objectifs de prévention et de coordination. Il a été également décidé d'accompagner les structures ambulatoires pluri-professionnelles qui le souhaitent dans l'installation d'un système d'information adapté.*

*Il reste à construire un recours à l'expertise pour ces MSP, notamment dans les départements où la démographie de spécialistes est particulièrement faible.*

L'exploitation régionale de l'enquête ES 2010 par le Département observation et analyse de l'ARS sur des situations de handicap spécifiques (autisme et troubles envahissants du développement [TED], handicap psychique, déficiences sensorielles). Les données relatives aux personnes souffrant d'autisme ou de TED sont disponibles sur le site de l'ARS.

## **UNE ORIENTATION DES HÔPITAUX LOCAUX COMME PLATEFORME D'APPUI AU PREMIER RECOURS**

Du fait de la forte densité des hôpitaux locaux, une orientation de leur part comme plateforme d'appui au premier recours a été développée : développement des consultations avancées, localisation des maisons médicales de garde, création d'équipes d'appui d'adaptation et réadaptation au premier recours pour la vie à domicile. Ceci s'est accompagné du regroupement de lits de médecine et de Soins de suite et de réadaptation (SSR) pour certains sites, d'une transformation d'un hôpital en établissement médico-social, d'une fusion au sein d'un CH et d'une demande de transformation en CH en cours au sein de la DGOS.

## **Une recomposition médico-sociale infra-régionale et infra-territoriale**

La politique menée par l'Agence se traduit par un ciblage des mesures nouvelles vers les territoires déficitaires dans le cadre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et du programme pluriannuel d'appels à projets : 80 % des mesures nouvelles à destination des personnes en situation de handicap ont été ciblées en Vendée et en Loire-Atlantique. Cela permettra de réduire significativement les écarts interdépartementaux d'équipement

dans le secteur des personnes handicapées, l'objectif étant une réduction de l'écart type de 50 % à horizon 2016.

Ceci se traduit également par :

- des redéploiements interdépartementaux : ainsi en est-il par exemple du travail de redéploiement de places d'Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de la Mayenne vers d'autres départements (processus qui s'étalera sur plusieurs années) ;
- des redéploiements infra-départementaux : un plan cible de rééquilibrage territorial d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au sein du département du Maine-et-Loire a été validé dans les principes avec le Conseil général et permettra le renforcement du nombre de places sur le territoire du saumurois. La même stratégie de redéploiement infra-départemental de places d'EHPAD est conduite dans la Sarthe (en vue d'un appel à projet au Mans) et en Vendée (en vue d'un appel à projet sur le territoire de Challans).

Ce qui est recherché également, c'est une adaptation de l'offre : une analyse approfondie de l'offre à un niveau infra-départemental réalisée en 2011/2012 a permis d'éclairer les priorités d'adaptation de l'offre.

Une version allégée de cette étude est disponible sur internet en direction du grand public

Cette adaptation revêt plusieurs formes :

- le redéploiement de places du secteur enfance vers le secteur adulte ;
- la transformation de places d'internat en places de semi-internat ;
- la transformation de places en institution en places de services ;
- la requalification de places, notamment pour des personnes autistes.

**En Mayenne, création par redéploiement d'un dispositif médico-social innovant pour une alternative à un accompagnement de type SESSAD (GEIST). Ses bénéficiaires sont des familles avec des enfants en attente de place en Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD).**

**L'objectif est d'offrir aux familles un étayage par un accompagnateur unique pour les aider à développer leur capacité à faire des choix, et à agir. Les soins sont quant à eux réalisés par les professionnels de santé libéraux (contrairement au SESSAD classique qui dispose d'une équipe pluridisciplinaire pour assurer les soins liés au handicap). Ce projet s'inscrit donc dans une logique d'inclusion en s'appuyant sur les acteurs de droit commun, le médecin traitant devient l'interlocuteur du gestionnaire-accompagnateur.**

# Une politique de santé appliquée à des populations cibles

## Une contractualisation avec les opérateurs

---

*La dynamique de contractualisation intègre la logique de priorisation des actions en direction de telle ou telle population cible. Ainsi, des actions de sensibilisation des élus des communes et des travailleurs sociaux, de l'ADMR, de certaines CLICs, des ligues contre le cancer ont-elles été menées, notamment en vue de former des personnes relais chargées d'aller vers les personnes éloignées du système de santé.*

Ces actions ne seront pas uniquement orientées vers les publics en situation de précarité mais également vers des populations qui pour des raisons culturelles n'ont pas le souci de faire des démarches de prévention. Il a été demandé aux opérateurs de prévention, ANPA, IREPS, de cibler prioritairement leurs actions en direction des publics précaires, personnes sous main de justice ou de populations ciblées dans le cadre des Contrats locaux de santé.

Avec l'IREPS, pour démultiplier l'impact des actions proposées, un catalogue d'outils pédagogiques sur la santé environnement et le développement durable a été élaboré conjointement par les réseaux ressources éducation pour la santé et éducation à l'environnement. Il est diffusé dans quatorze centres documentaires.

Par ailleurs, l'ARS Pays de la Loire, accompagnée par les CPAM de la région, conduit depuis deux ans une démarche de rationalisation des moyens affectés au fonctionnement des structures de gestion du dépistage des cancers, tout d'abord sous l'angle budgétaire, ensuite sous l'angle de la mutualisation des moyens.

Une première démarche a été menée en 2011 afin d'harmoniser et continger les masses salariales de ces structures, lesquelles constataient une augmentation non compatible avec les moyens financiers alloués par l'ARS et l'assurance maladie. Cette démarche s'appuyait sur la définition d'une enveloppe budgétaire dédiée à la masse salariale, à l'intérieur de laquelle les associations gestionnaires avaient la possibilité de conduire la politique salariale de leur choix.

La deuxième démarche tend à la mutualisation des moyens des structures de gestion. Sans avoir pour objectif la régionalisation des structures de gestion, dont l'action territoriale et le nécessaire travail de proximité justifient le maintien d'une implantation au niveau de chaque département, une incitation forte au regroupement des moyens est amorcée depuis 2012 :

- fusion des postes de responsables administratifs et des postes médicaux sur la base de deux héli-régions, tendant à ne voir reconnaître

à terme que deux responsables administratifs pour cinq structures. Ce choix, voulu par l'ARS, permet de faciliter l'harmonisation des pratiques et la rationalisation des moyens matériels et humains, et s'accompagne d'un renforcement qualitatif des organigrammes de chaque structure ;

- incitation à la conclusion de marchés partagés au niveau régional (visant les prestations administratives, informatiques, assurantielles...). Cette démarche a été très récemment initiée au sein d'un groupe de travail associant l'ARS, les CPAM et les associations gestionnaires. Elle ne portera ses fruits que progressivement.

## Par une structuration de l'expertise

2012 a été une année importante pour l'autisme désignée « grande cause nationale 2012 » avec un important plan de communication national décliné en région et la publication de nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sur les interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.

Ces recommandations ont fait l'objet d'un véritable débat et de questionnements sur les modalités d'appropriation (militantisme de certains acteurs, freins...) impactant la réorganisation du centre de ressources autisme.

L'ARS s'est employée à fédérer les acteurs autour de l'appropriation des nouvelles recommandations. Elles ont par ailleurs suscité beaucoup d'interrogations et une forte attente du rôle de l'ARS en tant que coordonnateur et accompagnateur.



*Dans le cadre de la politique d'évolution des réseaux thématiques et des demandes d'appui multiples de la part des acteurs, l'ARS a défini une démarche de structure régionale d'appui et d'expertise.*

Deux sujets ont d'ores et déjà été organisés de cette manière : l'autisme et le handicap psychique. Pour le premier, l'opportunité est venue de la crise entre les acteurs. Un Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) a permis de résoudre la difficulté de gouvernance et de remobiliser le Centre de ressources autisme (CRA) sur les enjeux d'information et de formation en laissant aux territoires de santé les questions de coordination de la réponse et aux secteurs pédopsychiatriques la réduction des délais de diagnostic. Pour le second, le CRE Psy a vocation à fédérer les acteurs autour des questions d'évaluation du handicap psychique, de l'harmonisation des réponses, de l'information et de la formation.

Deux réseaux, réseau périnatalité et réseau ONCOPL correspondent déjà à cette dynamique.

Le réseau santé sexuelle a été créé autour du COREVIH et des centres de planning familial, etc. et mobilise l'ensemble des acteurs concernés.

Un réseau nutrition-obésité est en cours de création. C'est la recherche d'une meilleure anticipation et d'une plus grande pertinence qui a conduit l'action de l'Agence en la matière.

L'ARS a également poursuivi sa dynamique partenariale en faveur de la coordination des parcours à travers la commission de coordination des politiques publiques, ses actions avec le centre de ressources, les présentations des études...

## Par la création de réponses adaptées

En termes de prévention : les jeunes sont sensibilisés aux risques auditifs avec des actions déployées dans les écoles de musique de tous les départements. Seize discothèques ont été inspectées cette année.

Concernant les réponses à destination des jeunes en situation de handicap : l'appel à projet « Amendement Creton » a permis la mise en œuvre de dispositifs expérimentaux pour les jeunes maintenus en Institut médico-éducatif (IME). Les projets autorisés vont concerner 242 jeunes en file active sur trois années. Concrètement, les jeunes concernés sortent physiquement de l'IME ou du SESSAD, pour bénéficier d'un accompagnement axé sur le développement de leur autonomie, la continuité du projet de soin et l'entrée dans une période d'observation durant laquelle ils vont pouvoir découvrir des ESAT, des entreprises, des formations et confirmer ainsi leur projet d'orientation. Cette action a commencé à porter ses fruits : 148 jeunes ont pu entrer dans un projet spécifique libérant autant de places en IME pour des enfants en attente. De plus, ce dispositif a permis de faire évoluer le positionnement des acteurs et des partenaires. Ceux-ci font preuve d'une forte capacité d'innovation, et d'impulsion d'une dynamique de partenariat qui dépasse le champ médico-social (en direction notamment du logement, des centres de formation, d'insertion dans l'entreprise, de citoyenneté...), entraînant par là un nouveau regard des professionnels des structures pour jeunes adolescents sur leurs pratiques. Ce dispositif a déclenché le versement de fonds européens. Deux appels à projet SESSAD et deux Foyers d'accueil médicalisés (FAM) sont en cours.

De plus, en septembre, a ouvert à Sablé-sur-Sarthe le Centre soins-études qui permet d'accueillir cent jeunes de la région Ouest présentant des troubles psychiatriques.

Concernant le secteur hospitalier, pour la psychiatrie, de nouvelles mesures ont fait l'objet d'un financement permettant de :

- développer la psychiatrie de liaison par le renforcement et la création de dispositifs mobiles ;
- renforcer l'offre en matière d'accueil familial thérapeutique infanto-juvéniles et adultes ;
- créer un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- renforcer les temps médicaux et la participation aux maisons de santé pluridisciplinaires.

Le soin de suite et de réadaptation (SRR) a pu également voir ses activités se développer en 2012 grâce notamment au renforcement, à l'exten-

Pour les personnes âgées, ont été installées 428 places d'EHPAD, 89 places d'accueil de jour, 39 places d'hébergement temporaire et 125 places d'équipes spécialisées Alzheimer.

sion, mais aussi à la création de capacités de SSR dans les domaines polyopathologie, endocrinologie, en SSR cardiaque et locomoteur et en addictologie.

Dans le domaine des missions d'intérêt général (MIG), outre le renforcement du calibrage financier lié à l'évolution de l'activité, certaines MIG de santé publique ont été renforcées afin de permettre l'intervention de leurs actions sur d'autres sites hospitaliers ou en établissement médico-social.

Ainsi, certains établissements mettant en œuvre les MIG addictologie (équipe hospitalière de liaison en addictologie et les consultations hospitalières d'addictologie), la MIG équipe mobile de soins palliatifs, la MIG équipe mobile de gériatrie, la MIG consultations mémoires et la MIG structures d'études et de traitement de la douleur chronique ont profité d'un financement permettant de renforcer leurs équipes en vue d'intervenir sur d'autres structures hospitalières ou en EHPAD.

Par ailleurs, un établissement vendéen a pu bénéficier d'une création d'une nouvelle équipe hospitalière de liaison en addictologie.

# 193

places de SESSAD et de FAM ont été ouvertes en 2012

## Par l'expérimentation de la logique parcours

*La qualité du parcours de santé est souvent déterminée par la façon dont l'information a été réalisée lors de l'entrée dans la maladie chronique. C'est pourquoi dans le cadre du FIR, neuf dispositifs d'annonces sont déployés, six pour l'insuffisance rénale chronique et trois pour la sclérose en plaques. Une évaluation de l'impact est d'ores et déjà prévue.*



### **Le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans**

Concernant le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans, l'Agence est très mobilisée sur l'expérimentation. L'accès à la santé et aux services de santé en proximité dans les territoires représente un enjeu important dans un contexte de fragilisation de la démographie médicale et des territoires. La qualité des parcours de santé des personnes sur les territoires où ils vivent est majeure en raison du vieillissement de la population, de l'importance des maladies chroniques et des risques de perte d'autonomie qui en résultent. L'ARS s'est mobilisée pour répondre à ces enjeux afin d'améliorer des parcours de santé coordonnés.

Concernant les personnes victimes d'AVC, le choix a été fait d'une organisation en deux hémi-régions avec une attention portée sur le médico-social.

Aujourd'hui, des projets d'expérimentation « article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale » sont mis en œuvre dans le territoire de santé de la Mayenne sur deux territoires de proximité (Craon-Renazé et Nord-Mayenne) avec l'appui de l'ANAP. Un diagnostic approfondi des parcours personnes âgées a été réalisé dans ce cadre. Ces territoires constituent un terrain fertile pour le déploiement des prototypes. L'ARS envisage d'étendre la démarche dans deux autres territoires de santé. Le ministère souhaite déployer des prototypes prévus par la loi de financement de la Sécurité sociale dès l'année 2013. Il s'agit d'optimiser les parcours des « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA). Le département de la Mayenne est prêt à déployer ce prototype.

### **Une palette d'offre au service des parcours**

Une palette d'offre de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social coordonnés couvrant l'ensemble des besoins en prestations de proximité et organisant leur coordination doit être proposée dans chaque territoire de santé de proximité. L'enjeu est celui de prévenir les hospitalisations évitables (prévention des chutes, de la dénutrition, de l'iatrogénie et de la dépression), de prévenir l'institutionnalisation en favorisant et soutenant la qualité de vie à domicile (pour prévenir le risque de perte d'autonomie) et de faciliter le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Cette palette comprend un ensemble de « briques » constituées d'offres de soins et de dispositifs de coordination :

- L'ARS a favorisé le regroupement des professionnels du soin dans des maisons de santé pluriprofessionnelle en apportant un appui au développement de ces projets à travers des comités d'appui aux territoires de santé (CATS) de premier recours animés par les délégations territoriales appuyées par les directions métiers. Ils constituent le creuset de l'équipe de coordination clinique de proximité. Le déploiement de ces projets est articulé avec le déploiement des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) qui permettent de financer du temps de coordination pour les professionnels de santé libéraux et avec des actions de prévention, financées par le FIR, tel que le projet de nutrition et soins bucco-dentaires dans les EHPAD.

#### TRADUCTION DE CES ORIENTATIONS, L'ARS A LANCÉ :

- un appel à candidature pour l'installation-labellisation de plateformes de services qui fédèrent en proximité des services existants, tels que des accueils de jour, des hébergements temporaires, des SSIAD ou encore des Services polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), dans une logique de soutien à la qualité de vie à domicile. L'ARS poursuit par ailleurs le développement des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire grâce à la mobilisation des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), après inscription des projets au PRIAC ;
- un appel à candidature visant le déploiement des équipes d'appui en « adaptation-réinsertion » ayant vocation à venir en appui des professionnels du premier recours et du SSR, pour prévenir la perte d'autonomie. Équipes pluridisciplinaires (ergothérapeute, assistante sociale, psychologue, diététicienne), elles se constituent à partir de l'existant : CLICs, hôpitaux locaux ou réseaux en évolution. Elles proposent et organisent les relais nécessaires à la mise en œuvre d'un plan d'action individualisé ;
- un appel à projet pour la mise en œuvre de soins de psychiatrie à domicile de particulière intensité, alternative à l'hospitalisation complète, afin de prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie des personnes ;
- un appel à candidature pour le déploiement dans chacun des cinq territoires de santé de dispositifs de coordination d'aval (DCA) du court séjour hospitalier. Ce nouveau dispositif devra prendre appui sur l'expérience acquise par les dispositifs d'orientation mis en place en 2008 et dont les missions évoluent vers une mission d'appui aux acteurs en aval du court séjour, facilitant l'accord sur les pratiques, protocoles, et vers la résolution des situations bloquantes.

L'ARS poursuit également le déploiement des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) sur l'ensemble des territoires de santé dans une logique d'intégration de l'offre existante sur laquelle elles s'appuient.

Enfin l'ARS a lancé un travail d'accompagnement de l'évolution des réseaux de santé dits de proximité (réseaux gérontologiques, réseaux soins

**Neuf équipes d'appui en adaptation et réadaptation vont être déployées dans les cinq territoires de santé permettant de couvrir une part représentative de la population (théoriquement plus de 1 million d'habitants).**

#### Les projets retenus :

- réseau personnes âgées *De la Loire à la vie* (44-85)
- HI Sèvre et Loire & CLIC Atout Age (44)
- Les capucins – PassAge – Mutualité (49)
- CH Nord Mayenne (53)
- CH Haut Anjou – HLSOM (53)
- Fédération G. Coulon (72)
- Pôle géronto. Nord Sarthe (PGNS) (72)
- UDAMAD (85)
- Chimotaie – Montaigu – Clic (85)

**33 projets ont été reçus.**

palliatifs...) afin d'éviter l'empilement de dispositifs qui appellent à assurer les coordinations. La cohérence d'ensemble de ce dispositif a vocation à améliorer les parcours des personnes âgées en perte d'autonomie. Cela nécessite un fonctionnement coordonné entre tous ces éléments constitutifs d'un parcours efficient. Ce fonctionnement coordonné dépend du degré d'intégration des acteurs sur le territoire de santé de proximité. La réalisation de cette intégration passe par la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée.

# Une politique de santé orientée vers l'efficacité du système de santé

*C'est la recherche d'une meilleure anticipation et d'une plus grande pertinence qui a conduit l'action de l'Agence en la matière.*

## Par une gestion des risques plus professionnelle

L'objectif est de renforcer une culture partagée dans ce domaine. Concernant la sécurité sanitaire, un retour d'exercice sur l'épidémie de bronchiolite à Nantes a été organisé.

La méthode choisie a été la réalisation d'un retour d'expérience afin de :

- capitaliser les bonnes pratiques (les points positifs) ;
- comprendre les dysfonctionnements ;
- apporter des améliorations opérationnelles.

Le secteur libéral, les urgentistes et associations de permanence des soins ont participé au Comité de pilotage de cette étude. Le retour d'expériences s'est déroulé de mars à juin 2012, sous forme d'entretiens semi-directifs (22 ont été menés au CHU, 19 auprès de l'ARS et des autres partenaires).

En parallèle, la collégiale des urgences et des soins non programmés a été informée.

Les résultats de cette étude : une analyse des caractéristiques épidémiologiques de l'épidémie de bronchiolite effectuée par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE).

Les axes prioritaires qui ont été identifiés par le Comité de pilotage consistaient à :

- adapter le dispositif hospitalier aux situations de tension ;
- mettre en place une information des jeunes mamans pendant leur séjour en maternité ;

- développer la communication vers le public, l'information entre les acteurs du système de santé ;
- améliorer la surveillance et l'anticipation.

Le plan d'actions adopté par le CHU de Nantes :

- une procédure générale « hôpital en tension » validée par les instances (CME-et Conseil de surveillance en octobre 2012) dont un plan spécifique « hôpital pédiatrique en tension » ;
- la définition des indicateurs et des seuils d'alertes ainsi que leur utilisation ;
- la production de supports de communication interne vers les parents (affiche et fiche au sein du CHU) et externe par la presse locale ;
- la formation continue des professionnels médecins : réalisée par le CHU en octobre et décembre 2012.

Le plan d'actions de l'ARS :

- une optimisation du dispositif d'anticipation et de gestion en période hivernale (points de situation avec les établissements de santé plus interactifs, urgentiste invité aux réunions téléphoniques hebdomadaires...);
- une organisation d'un plan de communication comprenant les messages grand public sur le bon usage de l'offre de soins ;
- l'approfondissement de la notion de tension hospitalière, précision des critères d'hôpital en tension et expérimentation d'une surveillance et gestion d'un territoire en tension.

Une harmonisation est en cours sur la gestion des risques dans le secteur médico-social au-delà du seul risque canicule. Un plan type et une convention type avec les établissements de santé sont proposés à toutes les structures. Les Conseils généraux sont associés à cette démarche. Parallèlement, un groupe « structure de plans blancs élargis » a été mis en place au niveau régional pour qu'ils puissent être ensuite adaptés au niveau départemental en lien avec les préfetures.

Dans la gouvernance de la sécurité sanitaire, une restructuration régionale a été réalisée :

- par le regroupement des réseaux qualité ;
- par le repositionnement de l'Association régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) ;
- par la création d'un Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) étendu au médico-social et au premier recours.

**L'ARS et le CHU de Nantes ont décidé, début 2012, de mener une analyse commune des dysfonctionnements liés à l'épisode de tension survenue au CHU de Nantes au cours de l'épidémie de bronchiolite de l'hiver 2011-2012.**

**La finalité de cette analyse était de se prémunir des tensions hospitalières et territoriales dans une démarche de prévention continue de leurs risques.**

**L'objectif général était d'identifier des pistes d'amélioration sur la problématique des tensions hospitalières et de territoire quelle qu'en soit l'origine.**

**L'objectif spécifique à cette épidémie de bronchiolite était d'améliorer le dispositif territorial de prise en charge globale de la bronchiolite en contexte épidémique par des mesures d'anticipation, d'organisation, de gestion, et de coordination de tous les acteurs au travers d'un plan d'actions commun.**

## Par une gestion du risque garante de la soutenabilité de l'ONDAM

*Le pilotage de l'activité des établissements de santé sanitaires a évolué d'une logique de planification des moyens (gestion des lits et des équipements, via la carte sanitaire) vers une logique de planification de la production (objectifs quantifiés en volume), pour aujourd'hui s'orienter vers l'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population à partir des données de consommation de soins (calcul des taux de recours standardisés).*

L'enjeu est d'assurer l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de santé, tout en garantissant la qualité et la sécurité des actes et des pratiques, ainsi que la soutenabilité de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

### Les constats

Les analyses menées au niveau national ont mis à jour certaines atypies en termes de consommation de soins, que ce soit au niveau régional ou infra-régional (territoires de santé). Ce constat a conduit à mener une réflexion sur la délivrance éventuelle de soins non pertinents ou sur l'existence de zones géographiques déficitaires en termes d'offre de soins ou d'accessibilité, qu'elle soit financière ou géographique.

Concrètement, un groupe de dialogue avec les acteurs a été installé, associant les fédérations hospitalières, et permettant un partage du diagnostic avec les acteurs régionaux de santé, et une concertation sur le programme d'action. Les travaux du groupe s'articulent avec le suivi annuel des contrats (CPOM, CBUM, OMEDIT) et le programme régional de gestion du risque (PRGDR). Les 170 CPOM signés avec les établissements de santé intègrent une annexe spécifique dédiée à la pertinence des soins. Quatre aspects de la pertinence sont déclinés dans les contrats.

### PERTINENCE DES SÉJOURS ET DES MODES DE PRISE EN CHARGE : CHIRURGIE

Dès 2011, la région des Pays de la Loire a conduit une réflexion, à partir des taux de recours publiés par l'Agence technique de l'information de l'hospitalisation (ATIH), afin d'analyser la situation régionale. Cette première approche a été menée plus spécifiquement sur l'activité de chirurgie.

La région affiche un taux de recours significativement supérieur au taux national. Une approche par segment d'activité a été effectuée afin d'iden-

# 170

**CPOM signés avec les établissements de santé**

tifier les atypies en termes de consommation mais également en termes de modes de prises en charge (ambulatoire *versus* hospitalisation complète). Les premiers résultats ont été communiqués aux établissements de santé lors des « journées qualité-efficience » afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs à cette nouvelle approche de l'analyse des besoins.

Des actions coordonnées et complémentaires ont été mises en œuvre :

- poursuite des mises sous accord préalable (MSAP) afin d'inciter les établissements à développer la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de jour en SSR (programme GDR) ;
- réalisation d'un *benchmark* des blocs, afin de comparer les organisations régionales et de partager les expériences ;
- contractualisation, avec les principaux effecteurs des spécialités ciblées, sur la mise en œuvre d'une analyse des pratiques en interne. Le résultat de ces actions sera évalué lors des revues annuelles de contrat ;
- accompagnement par l'ANAP de deux établissements présentant des potentiels de développement. L'ARS est associée aux réunions des comités de pilotage ;
- accompagnement financier des établissements volontaires qui disposent d'un potentiel de développement significatif. Huit établissements se sont engagés sur un développement de leur taux de chirurgie ambulatoire de + 10 points en deux ans ;
- les taux de chirurgie ambulatoire par établissement sont publiés semestriellement sur le site Internet de l'ARS afin de permettre à chaque établissement de se situer et d'apprécier sa dynamique de progression.

#### **PERTINENCE DES ACTES ET DES PRATIQUES : INDICATION DE LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE À TERME**

Le réseau Sécurité naissance des Pays de La Loire a publié, en décembre 2011, un comparatif régional sur les taux de césariennes programmées à terme. Les établissements ayant un taux atypique ont été sensibilisés lors des réunions de contractualisation (objectif spécifique intégré à l'annexe pertinence).

En fin d'année 2012, la DGOS a publié un appel à candidature pour expérimenter un programme d'amélioration des pratiques qui s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS.

L'ARS et le réseau « Sécurité naissance » ont demandé à l'ensemble des maternités de la région de s'inscrire dans cette dynamique. Une liste des établissements volontaires et une méthodologie ont été adoptées.

#### **PERTINENCE DE L'UTILISATION DES PRODUITS DE SANTÉ : LE CONTRAT DE BON USAGE DU MÉDICAMENT**

Le contrat de bon usage du médicament (CBUM), annexé au CPOM, couvre les actions sur le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux : dispositifs médicaux de la liste en sus, médicaments dans



la prise en charge de l'infarctus du myocarde, de l'accident vasculaire cérébral, des patients dialysés, des antibiotiques, des médicaments anticancéreux, des médicaments chez le sujet âgé. Il s'articule avec le CPOM construit en lien avec l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) autour d'un programme d'actions annuel sur des thématiques identifiées : endoprothèses coronaires, antibiotiques... Une action de gestion du risque sur l'utilisation des « stents actifs » a été menée afin de tendre vers une harmonisation des pratiques par une série de contrôles aux dossiers.

#### **PERTINENCE DES SOINS : UN ENJEU IMPORTANT POUR L'ARS PAYS DE LA LOIRE**

L'ARS Pays de la Loire s'est fortement engagée sur le thème de la pertinence des soins. Au niveau national, l'agence a contribué à l'élaboration du guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins qui a fait l'objet d'une instruction DGOS du 4 février 2013. Elle participe activement au groupe de travail national sur ce sujet. En région, l'ARS a installé un groupe de dialogue régional associant l'assurance maladie, les représentants des fédérations hospitalières et certaines unions régionales des professionnels de santé (médecins libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers). Une démarche régionale qui fait de l'association des acteurs de santé une force de proposition, d'orientation et une force de changement. Ce groupe animé par l'agence se réunit au moins trois fois par an.

# Par une politique d'incitation financière et d'évaluation

## Une politique financière intégrant l'arrivée du FIR

L'Agence a été très mobilisée sur l'accompagnement des établissements de santé en difficulté pour des raisons budgétaires ou de trésorerie. L'ouverture réussie de la Cité sanitaire de Saint-Nazaire a nécessité une présence forte. Les liens de confiance avec la Direction régionale des finances publiques (DRFIP), la Caisse des dépôts et les banques ont permis de résoudre la majeure partie des problèmes.

Dès parution du décret et diffusion des éléments d'organisation du FIR, l'ARS Pays de la Loire s'est rapidement organisée pour structurer le pilotage autour des enjeux de déploiement du PRS. Cette étape de démarrage, concrétisée par l'élaboration de l'EPRD dès mai 2012, s'est réalisée en préparant la première année de mise en œuvre du PRS avec une priorité accordée aux six thématiques régionales adaptées à cette mise en œuvre :

Développement de parcours de santé efficaces autour de la personne	6 369 954 €
Accompagnement de la PDSA	12 369 919 €
Accès aux soins spécialisés et à l'innovation	2 676 290 €
Accompagnement de la PDSSES	30 026 944 €
Accompagnement de l'évolution du système de santé	3 664 194 €
Prévention, promotion et éducation de la santé, veille et sécurité sanitaire	13 420 989 €
<b>Total</b>	<b>68 528 290 €</b>

L'élaboration de l'EPRD a été réalisée en associant les différentes directions. Cette collaboration a été essentielle pour gérer la complexité tenant à la répartition des reliquats d'enveloppes et à l'attribution de nouveaux engagements financiers en logique de déploiement du PRS.

Le financement des actions du PRS par le FIR 2012 a conduit à engager 97 % des dépenses du budget (en incluant les provisions de charges à payer). Concernant les 3 % restant, les projets concernent le financement des actions, prévu dans un appel à projet, lancé en 2012, concernant les équipes d'appui et de réadaptation (pour un montant de 255 000 €) ainsi que la dotation de 600 000 € destinée au financement des projets de télémédecine.

L'orientation des dépenses du FIR s'est concrétisée par une réduction des moyens alloués pour la PDSSES et un redéploiement de moyens nouveaux, en particulier au profit de la prévention, de l'accompagnement au développement des parcours de santé efficaces, de l'accompagnement à l'évolution du système de santé.

Voici quelques mesures significatives :

- demande de fongibilité asymétrique au profit de la prévention pour un montant de 220 000 € (dépistage en MSP, études auprès du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAL) et financement de plateformes) ;
- déploiement du dispositif d'annonce au profit des personnes en situation de maladies chroniques (neuf projets retenus concernant les personnes en Insuffisance rénale chronique (IRC) et les personnes atteintes de sclérose en plaque (SEP) pour un montant de 135 000 €) ;
- financement des travaux menés dans le cadre du *benchmark* concernant les blocs opératoires et pour l'accompagnement au développement de la chirurgie ambulatoire ;
- lancement d'un appel à projet pour le développement de la télémédecine ;
- accompagnement, en plus des sites retenus sur le plan national, des projets d'expérimentation des parcours de santé pour les personnes âgées sur deux sites (Challans en Vendée et Saumur en Maine-et-Loire) pour un montant de 200 000 € ;
- accompagnement des parcours dans le cadre de projets d'expérimentation en MSP (11 contractualisations avec les MSP) ;
- appui aux recompositions hospitalières notamment au titre des mesures RH et GPEC (Cité sanitaire de Saint-Nazaire) pour un montant de 870 000 € ;
- développement des systèmes d'informations interconnectés entre SAMU pour une plus grande homogénéité des interconnexions sur la région (pour un montant de 450 000 €),
- financement des Contrats locaux de santé pour un montant de 250 000 € ;

- développement des structures régionales d'appui et d'expertise sur des enjeux de prévention (une plateforme santé sexuelle, une plateforme nutrition);
- expérimentation de la PDSA.

### **Une évaluation expérimentale sur le suicide**

Une politique régionale de lutte contre le suicide a été reconduite au fil des années en Pays de la Loire sur le constat d'une mortalité élevée due au suicide. Ce constat positionne la France parmi les pays mal classés en Europe et la région des Pays de la Loire parmi les régions françaises mal classées.

Bien qu'elle ait été portée par les autorités sanitaires successives, au travers de divers plans, programmes et schémas régionaux, cette politique n'a jamais donné lieu à une évaluation de ses résultats,

À sa création, en 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire s'est intéressée à cette politique. Elle s'est également dotée dès son installation d'un département d'évaluation des politiques de santé. Il est alors apparu tout à fait pertinent de porter les premiers travaux d'évaluation sur cette politique de santé publique, en tant que priorité ancienne et reconnue de la région.

Trois champs de cette politique ont ainsi été évalués par l'ARS :

- la prévention;
- la prise en charge;
- l'observation/analyse.

Un référentiel spécifique sur des critères identifiés a été construit pour sérier les investigations à mener.

Au-delà des études publiées et analysées sur le sujet, la conduite d'entretiens avec les différents acteurs de cette politique a permis de dresser une dizaine de constats. À l'issue de ces constats, la mission d'évaluation de l'ARS Pays de la Loire a proposé quinze recommandations stratégiques sur la politique suicide, reliées aux objectifs du PRS et déclinés sur le territoire. Parmi ces recommandations, on peut citer :

- mieux préciser les actions vis-à-vis des jeunes de moins de 25 ans;
- positionner le niveau régional comme niveau de pilotage intersectoriel et de planification;
- poursuivre le développement des formations actuelles au repérage de la crise suicidaire, en renforçant leur visibilité, en coordonnant et en pilotant leur répliation;
- organiser des rencontres annuelles sur le suicide entre professionnels ainsi qu'entre professionnels et usagers, etc.

À la suite de cette évaluation, la direction générale de l'ARS a missionné un groupe-projet transversal pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions de lutte contre le suicide, en s'appuyant sur les conclusions du

# 15

**Nombre de recommandations stratégiques sur la politique suicide proposées par la mission d'évaluation de l'ARS.**



rapport d'évaluation, mais aussi en valorisant les expériences déjà déployées sur le terrain et en favorisant le développement d'actions innovantes.

Les travaux de ce groupe-projet s'inscriront dans la feuille de route annuelle du groupe transversal de l'ARS intitulé « Personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ». Cette feuille de route (programme prévisionnel d'actions, bilan) a été présentée à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Au niveau de l'ARS, ce projet a permis de :

- partager des enjeux sur une politique;
- contribuer à l'appropriation du PRS;
- partager des outils sur l'évaluation;
- développer une culture commune pour l'optimisation des pratiques.





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.*

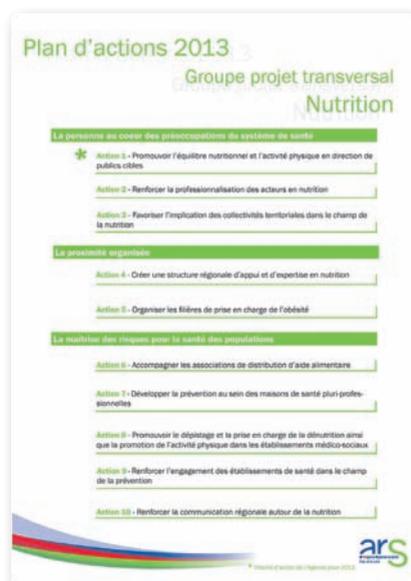
La régulation, la complémentarité et la coopération que l'Agence réclame de ses différents acteurs doivent s'appliquer de la même manière en interne. C'est pourquoi le décloisonnement et la transversalité ont constitué, ensemble, un principe clef d'organisation et d'action pour l'Agence.

Pour consolider cette organisation transversale, dans le cadre d'une réorganisation de ses activités, l'Agence a mis en place en fin d'année, un Département pilotage de la transversalité interne. Rattaché à la Direction générale, il a pour mission de faciliter le fonctionnement transversal par l'appui au pilotage stratégique et la coordination des groupes projets transversaux. Il coordonne les travaux d'efficacité des processus d'activités, par différentes méthodes et outils : simplification et optimisation, sécurisation, systèmes d'informations.

## Huit projets transversaux structurés autour de populations

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

- personnes atteintes d'un handicap ou d'un trouble psychique ;
- personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 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 des groupes initialement prévu (personnes atteintes du cancer) n'a pas pu se mettre en place en 2012.

Chacun de ces groupes a été élaboré, suivi et rendu compte de travaux autour d'une feuille de route dédiée à la population ciblée et déclinant les modalités de mise en œuvre du Projet régional de santé. Un échange avec l'environnement des partenaires et usagers a été mis en place pour chaque thématique, autour d'une table ronde, permettant le débat sur des expériences et projets concrets.

Le comité de coordination des projets transversaux a permis de suivre et faciliter l'organisation générale de ces groupes, en assurant notamment le *reporting* d'ensemble et la régulation pour ajuster leur fonctionnement (appels à candidature pour le recrutement de nouveaux chefs de projets, validation des outils de pilotage...).

L'évolution du rôle et la place du comité de coordination des groupes projets devraient évoluer suite avec la mise en place du Département pilotage de la transversalité interne.

**Concrètement, l'ARS Pays de la Loire en 2012, c'est aussi :**

- 51 notes internes diffusées.

**Département Informatique et bureautique**

- migration vers le serveur national de 560 boîtes aux lettres électroniques ;
- mise en place d'un nouveau système d'impression sur tous les sites ;
- mise en place d'un nouveau système de gestion du temps sur tous les sites ;
- déploiement de la suite Office 2007 ;
- migration des serveurs locaux vers un seul serveur régional ;
- 30 enquêtes SOLEN réalisées ;
- 60 visio-conférences.

**Département Immobilier et gestion logistique**

**Activité transport :**

- 1 370 billets SNCF commandés ;
- 984 tickets TAN distribués ;
- 701 tickets de métro distribués ;
- 893 579 km parcourus par les véhicules de services.

**Activité commandes :**

- 715 bons de commande établis par le DIGL ;
- 127 « services faits » établis par le DIGL.

**Activité reprographie :**

- 392 115 pages imprimées.

**462**

**agents au 31 décembre 2012**

## 2012 : dans le droit fil de notre projet d'Agence

### Un organigramme adapté à nos missions

Une réorganisation de l'ARS Pays de la Loire a été lancée sur 2012 pour mieux répondre aux problématiques de déploiement de notre PRS et du pilotage de la transversalité. Des réunions avec l'encadrement, l'équipe de direction et les partenaires sociaux ont permis d'effectuer un diagnostic et d'ajuster notre organisation. Des dispositifs d'accompagnement du personnel ont été mis en place.

### L'encadrement des professionnels comme clé de la réussite

Les séminaires managériaux et de direction ont porté sur l'analyse de nos fonctionnements, sur le partage de nos bilans et orientations afin le plus possible de partager des informations claires sur la stratégie de l'Agence. Les rendez-vous « Une heure, un thème », chaque quinzaine, ont contribué à la démarche de partage et d'adhésion aux objectifs stratégiques. Les réunions territoriales favorisent désormais la transversalité entre les délégations territoriales et les directions métiers. Un référentiel managérial a été rédigé suite à un travail collectif. Les réunions des managers sur les questions de ressources humaines se sont poursuivies chaque trimestre en 2012.

### Un projet social souhaitant valoriser les ressources humaines

2012 a été l'année de finalisation de notre cartographie des emplois. Les fiches de poste sont actuellement harmonisées et rédigées dans ce cadre. Cette démarche a également contribué à favoriser des collectifs de travail et à améliorer notre dispositif d'évaluation.

Une cartographie des connaissances techniques a été élaborée afin de mettre en place, sur 2013, un véritable pilotage de celles-ci, notamment pour suivre la contribution de chacun dans le cadre des nombreux projets transversaux.

L'accord sur le temps de travail a été signé et mis en œuvre au travers de la montée en charge d'un nouveau logiciel de gestion du temps.

Une négociation a été initiée avec les partenaires sociaux sur la diversité et plus spécifiquement sur la question des seniors, les plus de 55 ans représentant près du tiers des effectifs de l'ARS Pays de la Loire.

Des règles de gestion sur la politique de rémunération ont été harmonisées en respectant les dispositifs respectifs de la fonction publique et de l'Assurance maladie ; il en va de même sur la mise en œuvre de la réglementation relative à la CDIisation des contractuels de droit public ou à la Déclaration publique d'intérêt.

L'ARS, avec le CHSCT, a poursuivi ses travaux sur la prévention des

risques psychosociaux: des formations auprès de l'encadrement, la mise en place d'un groupe projet et le lancement de la démarche avec un consultant expert, l'élaboration d'un baromètre social sont autant d'actions qui témoignent de notre volonté de mener une politique durable et volontariste de prévention des risques professionnels. Notons également que le Document unique d'évaluation des risques professionnels a été validé ainsi que les plans d'actions.

La Direction ressources humaines et moyens (DRHM) a également contribué à la mise en œuvre de l'effort collectif demandé dans le cadre du contexte budgétaire contraint de cet exercice 2012 : élaboration d'une procédure de suivi budgétaire et de pilotage de la masse salariale, finalisation de marchés et mise en place de nouveaux outils ou procédures plus économiques tels que le système d'impression, la téléphonie mobile ou la webconférence, l'inventaire physique et la gestion du parc automobile

Enfin, la Direction relations avec les usagers et les partenaires (DRUP) et la DRHM ont institué le pilotage de la communication interne par des rencontres hebdomadaires de suivi. Le site intranet est désormais largement alimenté des informations utiles aux agents et aux responsables.

#### Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Nombre de mouvements internes 2012	47 (dont 14 en lien avec la réorganisation)
Entrées / sorties des agents (dont personnes mises à disposition et les vacataires d'été)	27 entrées
	47 sorties
Nombre de jours de formations	1914,50

#### Gestion du personnel

Nombre d'agents de l'État dont le taux de prime a progressé	7 agents cat. A 12 agents cat. B 6 agents cat. C
Nombre d'avancements - Fonction publique	20
Réductions d'ancienneté - Fonction publique	187 bénéficiaires
Développement professionnel et promotions Assurance maladie	29 bénéficiaires
Nombre de décisions et arrêtés (toutes natures confondues)	694
Nombre de contrats de travail et d'avenants signés (y compris fins de contrats)	35

## L'instauration d'un dialogue social dense et fructueux

<b>Nombre de réunions avec les partenaires sociaux</b>	<b>42</b>
Comité d'agence	10
Délégués du personnel	12
CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail)	10
Délégués syndicaux	10

### Appui juridique et documentation

Outre l'accompagnement RH, il est à noter l'appui juridique apporté par la Direction ressources humaines et moyens aux autres directions de l'Agence.

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

- 32 nouveaux dossiers contentieux traités en 2012 ;
- 456 réponses juridiques en 2012.

### QUELQUES CHIFFRES SIGNIFICATIFS

- le centre de documentation :
  - › 315 recherches documentaires.
- prestations documentaires :
  - › le panorama de presse: diffusion à 50 exemplaires, et près de 3 250 articles sélectionnés ;
  - › la veille juridique: 45 bulletins et 870 textes signalés ;
  - › la veille spécialisée: 11 veilles thématiques diffusées régulièrement auprès des directions métiers.
- archives :
  - › 381 boîtes en 19 lots transférées au local d'archives à Carquefou avec l'aide du DIGL.

# Les relations avec les usagers et les partenaires

Tout au long de l'année 2012, l'ARS a voulu associer l'ensemble de ses partenaires à son actualité, à ses thématiques stratégiques et à l'élaboration du PRS :

## Nombre de réunions

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

## Réalisation du premier rapport d'activité de la CRSA

Ce premier rapport fait état de l'ensemble des actions, de ses réunions, de ses contacts, et des avis produits. Il est consultable sur le site internet de l'ARS.

Un espace dédié à la CRSA, avec connexion sécurisée pour l'ensemble des membres, a été ouvert en 2012. Il reprend les éléments courants de fonctionnement : textes réglementaires, arrêtés de composition, ordres du jour, compte-rendus, rapports, contributions, etc. Il s'agit d'une base de référence du fonctionnement de la CRSA.



- le Conseil de surveillance s'est réuni à trois occasions ;
- la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), par ses avis, 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. En outre, la CRSA a créé trois groupes de travail sur les thèmes suivants : « psychiatrie et santé mentale », « personnes qualifiées dans le domaine médico-social » et « conseil à la vie sociale » ;
- 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 acceptation la plus large). Les travaux 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 porté notamment sur la gale en Pays de la Loire, la prévention de la santé bucco-dentaire et la dénutrition dans les établissements médico-sociaux et la prévention et la réduction des risques en milieu festif. Pour la commission en charge des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, les travaux ont porté sur le PRIAC, le plan Alzheimer, les dynamiques de parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, la mise en place des MAIA.

## 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 de l'arrêté du 5 avril 2012 portant sur le cahier des charges et de la synthèse des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé, il est rédigé en fonction des orientations et des objectifs suivants :

- promouvoir et faire respecter des droits des usagers ;
- renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ;
- conforter la représentation des usagers du système de santé ;
- renforcer la démocratie sanitaire.

Le rapport émet des recommandations qui font l'objet d'un suivi particulier chaque année. Adopté en séance plénière de la CRSA du 18 février 2013, le rapport est transmis à la directrice générale de l'ARS et à la Conférence Nationale de santé. Le rapport relatif aux droits des usagers du système de santé 2012 est consultable sur l'espace internet de l'ARS Pays de la Loire.

nombre de CRUQPC dans les établissements de santé	125	99,19 %
nombre de rapports d'activité CRUQPC des établissements de santé réceptionnés dans le cadre de la synthèse régionale CRUQPC	118	98 %
nombre de désignations ou renouvellements effectués depuis le 01/01/2011 de représentants des usagers au sein de cette instance	80	

### **Le développement de notre communication interne**

L'année 2012 a été marquée par le lancement des rencontres « Une heure, un thème ». Une heure, un thème c'est :

- des thèmes retenus en comité de direction en fonction de l'actualité de l'ARS pour en définir la ligne stratégique (les contrats locaux de santé, la politique d'évaluation de l'ARS, les structures régionales d'appui et d'expertise...);
- une note de problématique préparée avec les « experts ARS » du sujet ;
- une discussion approfondie en comité thématique : directeurs métiers et leurs adjoints et « experts » ;
- une note stratégique mise en ligne sur l'Intranet ;
- un échange ouvert à tous « Une heure, un thème ».



### **Le label « Droits des usagers de la santé »**

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

Le bilan 2011 s'étant avéré très positif, il a été décidé de renouveler l'expérience de labellisation en 2012.

Afin d'attribuer ce label, cinq axes thématiques ont été privilégiés :

- faire converger les droits des usagers des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des usagers et par des outils adaptés pour l'activité libérale ou pour les soins à domicile ;
- renforcer la mesure de l'effectivité des droits des usagers par la mise en place d'indicateurs qualité et d'outils favorisant le traitement et l'analyse systématique des réclamations et des plaintes ;
- mobiliser les professionnels de santé dans la promotion des droits des patients ;
- accompagner les évolutions du système de santé dans le respect des droits des usagers, notamment le déploiement de la télémédecine, les nouvelles formes d'exercice professionnel regroupé ;
- renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous par une information adaptée, y compris pour les soins de santé transfrontaliers.

L'ARS Pays de la Loire a réceptionné seize demandes de labellisation, les douze projets ayant reçu un avis favorable au label ont été mis en ligne sur le site internet et valorisé sur l'espace du ministère (<http://www.sante.gouv.fr/pays-de-la-loire,1659.html?ssrub=true>).

Parmi les projets labellisés en Pays de la Loire, deux projets ont été soumis au concours droits des usagers de la santé.

En 2013, le dispositif de labellisation ainsi que le concours droits des usagers de la santé seront reconduits.

## La régionalisation de la gestion des interventions et des réclamations

Les 341 réclamations reçues ont donné lieu à 12 inspections ou contrôles ciblés qui ont été réalisés par le département Qualité-sécurité-inspection en lien avec les délégations territoriales. Certaines de ces inspections étaient programmées au titre du Programme régional d'inspection-contrôle-audit (PRICA) 2012 « 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. 73 % des réclamations reçues au cours de l'année 2012 sont clôturées à la date du 4 février 2013.

Le délai moyen de traitement des réclamations reçues au cours de l'année 2012 et clôturées au 4 février 2013 était de :

- 58 jours entre la date de la réclamation et la date de clôture ;
- 43 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.).

### 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	41	10	2	38	27	23	141
Maine-et-Loire	21	6	0	10	9	12	58
Mayenne	23	3	0	11	3	4	44
Sarthe	14	2	2	12	4	4	38
Vendée	12	6	3	21	7	11	60
<b>Total réclamations</b>	<b>112</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>91</b>	<b>50</b>	<b>54</b>	<b>341</b>
<b>Signalements</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>38</b>

### Typologie des réclamations

Les réclamations concernant les établissements de santé (près d'une réclamation sur trois) portent sur la prise en charge (56 %) et particulièrement sur la prise en charge médicale (38 %) : 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, gestion des fins de vie, accès au dossier médical et réorganisation de l'offre des établissements.

Parmi les réclamations relatives au secteur des personnes âgées (plus d'une réclamation sur quatre), les motifs avancés par les plaignants ont trait pour l'essentiel au fonctionnement-management des EHPAD (55 %) ainsi qu'à la qualité de la prise en charge des résidents (28 %) : 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, manque d'activités et d'animation.

Dans le secteur des personnes handicapées, les demandes de place représentent près de la moitié des motifs de réclamation, l'autre moitié concernant la qualité de la prise en charge, ainsi que les problèmes de fonctionnement (restructurations, conditions de travail).

Concernant le secteur ambulatoire, le fonctionnement des pharmacies, la recherche d'infirmiers libéraux, la qualité des prises en charge et la facturation 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 (une réclamation sur six), portent sur des problèmes divers ou relèvent de la compétence d'autres services comme les organismes de sécurité sociale ou les Conseils généraux.

## 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
895	778	41 garçons / 34 filles

### Répartition des pathologies rencontrées (%)

Psychiatrie	28,55
VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)	9,27
Diabète (1 et 2)	8,69
Hépatites	8,29
Cardiologie et appareil vasculaire	7,61
Appareil locomoteur rhumatologie, orthopédie	6,23
Neurologie	5,20
Cancers et hémopathies malignes	4,69
Néphrologie	3,37
Pneumologie	2,69

# 1748

dossiers d'étrangers malades étudiés dans les Pays de la Loire en 2012.

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

Pays	Nombre de malades	%
Congo	288	16,47
Guinée	231	13,21
Algérie	162	9,27
Arménie	107	6,12
Fédération Russe	107	6,12
Cameroun	86	4,92
Kosovo	75	4,29
Maroc	66	3,77
Angola	53	3,03
Côte d'Ivoire	46	2,63

# La prévention et protection de la santé

*En 2012, la politique de promotion de la santé prévention s'est structurée autour de quatre axes.*

## LE RENFORCEMENT DES LIENS TRANSVERSAUX AVEC LES PARTENAIRES EN PRÉVENTION

- définition d'une feuille de route avec les membres de la commission de coordination des politiques publiques en prévention (dont les collectivités locales, assurance maladie, services de l'État, Mutualité française, santé scolaire et universitaire, protections judiciaires de la jeunesse) notamment axée vers les jeunes et les personnes en situation de vulnérabilité sociale;
- contrat de partenariat avec le Rectorat sur sept thématiques prioritaires
- organisation de cinq réunions départementales avec les opérateurs de prévention pour promouvoir l'outil d'observation et de suivi cartographique régional des actions régionales de santé (OSCARS).

## LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONTRACTUALISATION PLURIANNUELLE

avec les opérateurs ressources notamment l'ANPAA et la Fédération addictions.

## LE RENFORCEMENT DE L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION

dans la contractualisation avec les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

## LA PROMOTION DES THÉMATIQUES PRIORITAIRES DE PRÉVENTION

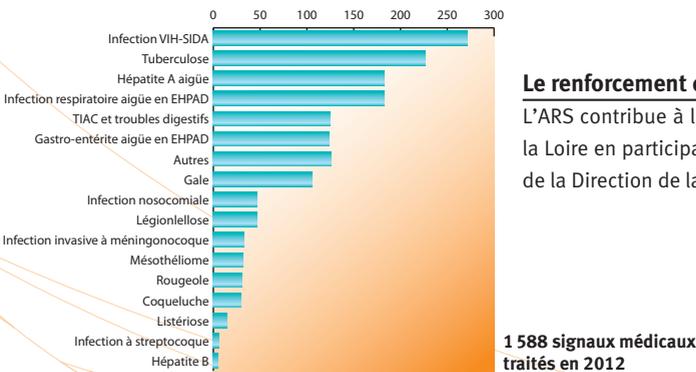
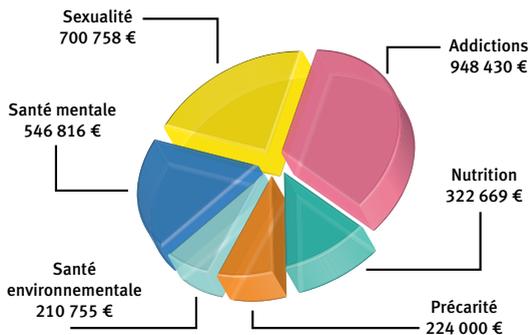
dans une dynamique d'appels à projet en ciblant les actions vers des publics cibles et territoires concernés par des enjeux de santé. Ainsi en 2012, l'appel à projet a permis de financer des actions pour un montant global de 2 857 000 € (voir graphique ci-contre pour la répartition entre les thématiques). Par ailleurs, une analyse régionale a permis d'identifier les territoires et publics prioritaires pour mener des actions de promotion du dépistage du cancer du sein et du côlon rectum vers les personnes éloignées du système de santé.

En 2012, l'ARS a contribué à éclairer le débat public et la démocratie sanitaire en participant à la connaissance chiffrée de la santé publique des Pays de la Loire. Cette contribution s'est structurée autour de trois axes.

## Le renforcement de la qualité des sources d'observation

L'ARS contribue à l'observation de la santé dans la région des Pays de la Loire en participant à l'édification des bases de données statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statis-

Appel à projets 2012 : répartition des financements par thématiques



tiques (DRESS). Les enquêtes statistiques annuelles des établissements, établissements d'hébergement pour personnes âgées sont réalisées selon un protocole garantissant une qualité en adéquation avec une utilisation locale pour l'aide à la décision.

#### LA RÉALISATION D'ÉTUDES SUR LES PROBLÉMATIQUES DU PRS

En 2012, deux études phares ont été publiées :

- Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030 en partenariat avec l'Insee ;
- l'accompagnement médico-social des personnes souffrant d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement.

#### Le plan régional santé environnement 2010-2013 (PRSE2), porté par l'ARS, le Préfet et le Conseil régional, identifie dix priorités d'actions.

Le 10 février 2012, la journée de bilan intermédiaire à Nantes a réuni 150 personnes autour de témoignages des réalisations concrètes du PRSE2. Plusieurs acteurs ont témoigné de l'avancée des actions du PRSE2 :

- édition d'un catalogue d'outils pédagogiques santé environnement et développement durable en ligne élaboré par l'ARS et les centres de ressources de l'éducation à la santé (EPS) et de l'éducation à l'environnement pour un développement durable (EEDD) pour inciter des associations à développer des actions d'éducation sur le champ santé environnement : [www.irepspd.org/catalogueSE](http://www.irepspd.org/catalogueSE) ;
- installation du pôle de lutte contre l'habitat indigne et la précarité énergétique de Vendée. Les cinq départements bénéficient ainsi de structures de coopération des acteurs pour un meilleur repérage et un traitement amélioré des situations d'habitat insalubre, inapproprié, dangereux, etc. ;
- réduction des rejets de composés organiques volatils « toxiques » dans l'air, réalisée par un industriel sous l'impulsion de la Dreal ;
- élaboration d'un plan de prévention du bruit lié aux transports sur une ville.

L'après-midi était dédiée à la qualité de l'air intérieur. Les intervenants ont présenté les actions qu'ils mènent auprès du public : ateliers d'information par des associations de consommateurs, mesures de radon dans l'habitat conduites par la Ville de Nantes, mesures de la qualité de l'air dans les écoles ; ou encore des actions de mobilisation des professionnels pour que les bâtiments soient adaptés pour une bonne gestion de la qualité de l'air intérieur. Un guide spécifique dédié à la qualité des bâtiments accueillant des enfants, élaboré par l'ARS et ses partenaires, rassemble des fiches thématiques sur les bonnes pratiques à développer en matière de conception et de maintenance de ces bâtiments : amiante, radon, eau, etc. [www.ars.paysdelaloire.sante.fr](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr) > votre santé > votre environnement > bâtiments accueillant des enfants



#### L'OBSERVATION DES DYNAMIQUES TERRITORIALES DANS LES TERRITOIRES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ

L'ARS a réalisé un diagnostic de la fragilité démographique des territoires de santé de proximité qui a servi de support de discussion entre les professionnels de santé, les représentants des usagers et les élus locaux dans le cadre des conférences de territoires.

#### Journée thématique sur les toxi-infections alimentaires collectives (Tiac)

La première journée régionale d'échanges sur les Tiac s'est tenue le 23 octobre 2012 à Nantes.

Cette journée, co-organisée par la Cire et l'Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire, avait pour objectif d'échanger et de partager entre institutions sur les missions et les pratiques au travers d'expériences.

La matinée a été consacrée tout d'abord à la présentation des services de la Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS, des Directions départementales de la protection des populations (DDPP) de Vendée et de Sarthe, de l'Ifremer et de la Cire des Pays de la Loire. La matinée s'est poursuivie par deux présentations sur la surveillance des Tiac en France et sur les méthodes d'analyses microbiologiques des aliments.

L'après-midi a été consacrée à plusieurs retours d'expériences d'investigations de Tiac récentes dans la région puis l'Ifremer a présenté les risques d'infection à norovirus liée à la consommation de coquillages suivi d'un exposé sur les critères de différenciation entre les Tiac et gastro-entérites aiguës (GEA) en collectivités de personnes âgées. Pour finir, une table ronde a été proposée, suivie d'une synthèse de cette journée réalisée par les deux modérateurs de sessions.

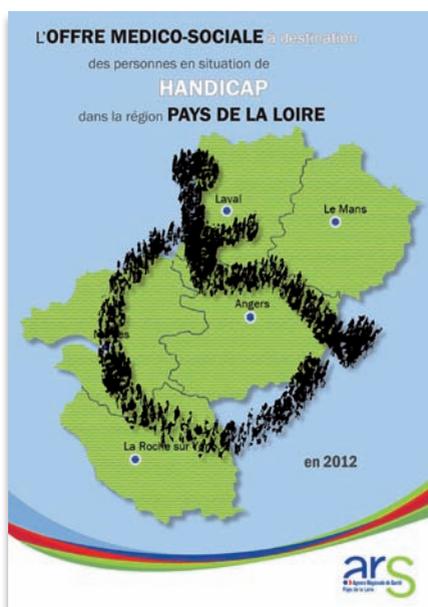
Les 67 participants venaient principalement de Loire-Atlantique (62 %), mais tous les départements de la région étaient représentés : Vendée (7 %), Sarthe (6 %), Maine-et-Loire (6 %) et Mayenne (3 %). Alors que cette journée était à vocation régionale, 16 % des participants provenaient de départements extérieurs (Finistère, Loiret, Paris et région parisienne).

## L'accompagnement et les soins

### Analyse infra-départementale de l'offre d'accompagnement aux personnes en situation de handicap

Cette étude réalisée en 2012 par le Département accompagnement médico-social de la Direction de l'accompagnement et des soins a été publiée en fin d'année sur le site internet de l'ARS.

Cet état des lieux apporte 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 médico-social.



### L'ARS souhaite mettre en œuvre une organisation de l'offre des soins hospitaliers et de services médico-sociaux adaptés 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 défini 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

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

- **1 228** décisions tarifaires ;
- **1 200** comptes administratifs étudiés ;
- **220** arrêtés d'autorisation.

Prise en charge des personnes âgées	
Enveloppe régionale en 2012	590 492 135 € soit + 3,26 % par rapport à 2011
Ouvertures de nouvelles places en 2012	428 places en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
	89 places d'accueil de jour
	39 places d'hébergement temporaire
Plan Alzheimer	125 places équipées spécialisées Alzheimer (ESA) autorisées

Prise en charge des personnes handicapées	
Enveloppe régionale en 2012	471 260 908 € soit + 1,16 % par rapport à 2011
Installation de places nouvelles Secteur enfance en 2012	5 places d'Institut éducatif, thérapeutique et pédagogiques (ITEP)
	69 places de service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) dont 33 par redéploiement
	36 places en Institut médico-éducatif (IME)
Installation de places nouvelles Secteur adulte en 2012	6 places d'accueil temporaire
	15 places de Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
	26 places de Maison d'accueil spécialisé (MAS)
	41 places de Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

### L'accès aux soins de recours

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)	89
PGFP (plans globaux de financement pluriannuel) étudiés	106 dont 17 rejetés
EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses) étudiés	99 dont 10 rejetés
RIA (rapports infra-annuels) étudiés	253
Comptes financiers	89
Décisions modificatives	148
Retraitements comptables	85

**472**  
**millions**  
d'euros ont été alloués à la prise en charge des **personnes handicapées** en Pays de la Loire en 2012

# 12

**maisons de santé pluridisciplinaires se sont constituées dans la région en 2012**

Établissements privés	
Étude financière régionale	47
Tarifs SSR (soins de suite et de réadaptation) et psychiatrie	18 avenants CPOM
Ensemble des établissements	
Gestion enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et DAF (dotation annuelle de financement)	1 144 370 380 € (dont 33 732 000 € au titre du FIR)
Notifications	617
Résultat régional consolidé	+ 24,1 M€ (+ 6,4 M€ par rapport à 2011)

## Autorisations et coopérations

Traitement administratif des autorisations	
Nouvelles demandes d'autorisation	68 (32 activités de soins et 36 EML)
Nouvelles demandes d'installation d'IRM	14
Renouvellements d'autorisations	108
Demandes d'autorisations d'emprunts	16 établissements publics assujettis 8 demandes traitées
PUI (pharmacies à usage intérieur)	21
Lieux de recherche	2
Prélèvements d'organes, lactarium, chirurgie esthétique	10

Traitement administratif des visites	
Visites de conformité	21
Contrôle des normes	62 (12 cancéro, 1 SSR et 49 divers)

Instruction d'avis sur les coopérations	
GCS (groupements de coopération sanitaire)	1

Eu égard au décret du 11 décembre 2011 qui encadre les autorisations de crédit, quinze établissements de la région, soit 26%, sont assujettis à l'autorisation de la DGARS pour le recours à l'emprunt.

Nous pouvons noter la nette amélioration du résultat consolidé régional en 2012 (soit + 6,4M€) à 19,3 M€ sur 2012. Cette amélioration d'ensemble traduit les efforts d'efficacité entrepris par les établissements de santé de la région. L'Agence, en collaboration étroite avec la DRFIP, a également renforcé ses dispositifs (comité de veille active de la trésorerie, *scoring*, accompagnement à la fiabilisation des comptes, formation emprunts structurés...) afin de prévenir et d'accompagner les difficultés financières des établissements.

## L'accès aux soins de proximité

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 01/01/12 au 31/12/12

Officines de pharmacies : de transfert + regroupement	28
Officines de pharmacies : de fermeture/ gérance après décès	11
Officines de pharmacies : décisions (par courrier)	14
Oxygène à domicile - Autorisation	5
Laboratoires de biologie médicale - ouverture/ fermeture/fusion-absorption/changement d'associés/ changement d'adresse	54
<b>Total</b>	<b>112</b>

### Nombre de maisons de santé pluridisciplinaires

constituées	12
en cours de construction	19
en cours de réflexion	21

## Les ressources humaines du système de santé

Le Département des ressources humaines du système de santé a pour mission d'accompagner les dispositifs visant à optimiser les moyens humains consacrés à la santé dans la région, tant sur le plan quantitatif que qualitatif : analyse de la démographie des professionnels de santé, mesures d'incitation à l'installation des jeunes médecins, formation des internes en médecine, pharmacie et odontologie, formations paramédicales, développement professionnel continu, coopérations professionnelles, gestion des carrières des chefs d'établissement et des praticiens hospitaliers, gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, amélioration des conditions de travail, aides à l'emploi...

### PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS

#### Contractualisation

Convention multipartite pour la mise en œuvre de la réforme LMD des soins infirmiers (en cours)	1 (accord décembre, signature effective début 2013)
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	10

### Dynamique régionale en formation paramédicale

- relance de la Commission Spécialisée: GCS IFSI, universités, établissements de santé, étudiants (juin 2012)
- réunion annuelle des directeurs de soins: 13 juin 2012, amorce du travail sur la gestion des stages; présentation PRS; réflexion partagée sur les problématiques démographiques
- réunions des directeurs d'Instituts: régulièrement rencontrés selon un échéancier lié aux priorités de chaque formation
- refonte des procédures d'organisation des concours paramédicaux: soixante procédures supervisées
- avis donnés sur le déploiement des quotas
- participation à l'évaluation de la réforme en soins infirmiers
- accompagnement de la réforme pour les manipulateurs en électroradiologie médicale, les infirmiers anesthésistes, et les pédicures podologues
- lancement d'une politique de qualité de la formation



### Autorisations

Décisions d'agrément de services hospitaliers et extrahospitaliers pour l'accueil d'internes	282
Autorisations accordées pour l'usage du titre de psychothérapeute	39 (relance de la commission d'autorisation)
Avis donnés sur les agréments des instituts de formation	55 et 3 nouveaux
Avis donnés sur les agréments des directeurs d'instituts de formation	13
Arrêtés de composition des conseils techniques, pédagogiques et disciplinaires	20

### Accompagnement des acteurs

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)	20 établissements 600 K€
Affectations d'internes	1 700 affectations 12,4 M€
Conseils techniques et pédagogiques animés et présidés par le conseiller pédagogique régional	18

### Développement des coopérations professionnelles

Cette priorité de l'Agence est inscrite dans les missions du département Ressources humaines du système de santé depuis octobre 2012.

Les priorités:

- promouvoir les protocoles validés par la HAS; en région ils porteront essentiellement sur les prises en charge en cancérologie, sur l'échographie, dans la mesure où l'accès au diagnostic est facilité et enfin sur certaines pratiques en ophtalmologie;
- privilégier l'émergence de projets en lien avec le PRS: maladies chroniques, psychiatrie, addictions.

Un premier protocole a été autorisé (addictologie, CH d'Ancenis). L'objectif est d'en autoriser sept en 2013 avec un déploiement pour de nombreuses équipes, notamment en ophtalmologie où la région a pour ambition d'être moteur au niveau national.

## 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.

La première étape de cette démarche consiste en la réalisation d'une cartographie des métiers. L'ARS a élaboré une méthodologie de recueil d'information basée sur un outil commun de cartographie proposé à l'ensemble des établissements de la région, publics et privés, sanitaires et médico-sociaux. Pour accompagner cette démarche, une mission RH composée de deux personnes a été créée en lien avec le CH LVO.

Le 22 novembre 2012, un colloque a été organisé afin de présenter l'outil de cartographie aux établissements sanitaires, qui sont les premiers à rentrer dans le dispositif.

Dans le même temps, un groupe de travail a été lancé avec un groupe d'établissements médico-sociaux afin de préparer le colloque de mai 2013 qui sera destiné aux établissements de ce secteur.

## 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.

En 2012, vingt établissements de la région ont signé un Contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT), pour un montant global de 600 000 € : Nouvelles Cliniques Nantaises, Institut de Cancérologie de l'Ouest,

Hôpital Loire-et-Sillon (Savenay), Hôpital intercommunal Sèvre-et-Loire (Vertou), Fondation G-Coulon (Le Grand Lucé), Établissements de santé Baugeois-Vallée, CHU de Nantes, CHU d'Angers, CHS de Blain, CHD Vendée, CH Georges-Mazurelle (CHS), CH de Doué-la-Fontaine, CH d'Ernée, CH de Saint-Nazaire, CH de Cholet, CH Côte de Lumière (Les Sables d'Olonne), Centre hospitalier intercommunal LYS HYROME, Centre hospitalier de Fontenay-le-Comte, Centre de SSR Le Bodio, Centre de l'Arche (Saint-Saturnin).

Les actions mutualisées ont été privilégiées dans les domaines suivants :

- prévention des troubles musculo-squelettiques ;
- prévention des risques psycho-sociaux ;
- processus expérimentaux d'organisation du travail ;
- accompagnement et soutien des mobilités fonctionnelles et professionnelles.

## L'efficience de l'offre

*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.*

### **2012 a été l'année de contractualisation d'un nouveau CPOM (CPOM 2012-2017)**

Cette contractualisation a concerné 130 établissements de santé et 30 structures privées « Équipement matériel lourd ».

Huit réunions de présentation de la démarche contractuelle ont été tenues (trois auprès des fédérations hospitalières et cinq en Délégations territoriales avec les établissements de santé). 290 réunions de négociations ont été conduites auprès des établissements.

Par ailleurs, au cours de l'année, 120 avenants contractuels ont été négociés et rédigés concernant diverses thématiques au titre notamment des financements FMESPP et FIR...

### **La démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient**

Les réserves majeures des cinq établissements ligériens portent sur les champs suivants : et la sécurisation du circuit du médicament, l'identification du patient, les systèmes d'information, la gestion des risques, la prise en charge médicamenteuse du patient, l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des événements indésirables.

La Direction de l'efficience de l'offre s'assure de la performance des acteurs de santé et des dynamiques de coopération et de coordination offrant des parcours de santé fluides et optimisés. La DEO recherche une organisation du système de santé 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. À ce titre, il suit les résultats des démarches de certification, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements et mesure et analyse la performance des établissements. L'action de l'ARS porte sur 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 (Hospi-Diag...) ainsi qu'à travers des démarches de benchmark.

Outre la contractualisation avec l'ensemble des établissements hospitaliers (cf. focus), le département a contribué à :

- la labellisation des consultations mémoires hospitalières : sur 22 dossiers reçus 16 consultations mémoires ont été labellisées. Consultations mémoire hospitalières :
  - 44 : CH Châteaubriant / CHU Nantes (2 sites) / CH Saint-Nazaire
  - 49 : CH Cholet / CHU Angers / CH Saumur
  - 53 : CH Haut Anjou / CH Laval / CH Nord Mayenne
  - 72 : CH Le Mans / PSSL
  - 85 : CH LVO / CHD La Roche / CH Les Sables / CH Fontenay
- l'identification de 8 consultations mémoires libérales : 6 en Loire-Atlantique et 2 dans le Maine-et-Loire sur les 10 dossiers adressés à l'ARS (7 pour la Loire-Atlantique et 3 pour le Maine-et-Loire).

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. Un contrat d'engagement a été également négocié et conclu pour la période 2012-2017 avec cette Structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE). Les travaux de l'OMEDIT ont porté notamment sur :

- l'analyse globale des dépenses en sus (médicaments et Dispositifs médicaux) ;
- la sécurisation du circuit du médicament MCO : analyse et synthèse d'une enquête sur le développement de l'informatisation en région pays de la Loire dans les établissements MCO, travaux sur la réalisation d'une grille d'audit et recommandations sur le circuit du médicament

dans les EHPAD sans PUI et à destination des médecins libéraux;

- la mise en place d'un groupe de travail relatif au système de management de qualité du circuit du médicament;
- le suivi annuel des consommations des antibiotiques, l'élaboration d'EPP sur la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h;
- sur le bon usage des stents coronaires;
- la pharmacologie en EHPAD: en lien avec le Gérotopôle des Pays de la Loire, travail sur le recueil de données relatives à l'insuffisance rénale, les médicaments inappropriés et les anti vitamines K chez les personnes âgées afin de sensibiliser les professionnels sur les risques iatrogènes chez leur patient.

L'observatoire du cancer s'est mobilisé notamment sur:

- l'évaluation de l'usage des molécules onéreuses anticancéreuses et recommandations (Avastin, vectibix, alimta, javlor, yondélis, herceptin);
- les risques liés à l'iatrogénie informatique;
- l'étude d'évaluation bénéfice / risque du Vectibix;
- la pertinence de l'ultime chimiothérapie (Palliachim): 150 patients inclus, 10 % des prescriptions ont changé avec le score pronostic.

Deux réseaux hémis-régionaux sont aujourd'hui définis et les contrats d'engagement, précisent les orientations et actions 2012 à conduire. 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.

## PERFORMANCE HOSPITALIÈRE

Les actions « Efficience » conduites en 2012 ont porté sur les thématiques suivantes:

- amélioration de la performance organisationnelle:
  - › de la gestion des lits... à l'ordonnancement: réunion qualité Efficience du 24 janvier 2012
  - › *benchmark* bloc opératoire – SSPI-UCA: réunion qualité Efficience du 27 mars 2012 et accompagnement de treize établissements pour l'élaboration de plans d'actions
  - › organiser un circuit court - chirurgie: lancement d'un groupe de travail avec dix-huit établissements et formalisation d'outils mutualisés
- développement de l'activité de chirurgie ambulatoire:
  - › suivi périodique du tableau de bord régional: à fin 2012, le taux global de chirurgie ambulatoire est de 41,1 %, soit une progression de +1,1 point
  - › accompagnement par l'ANAP de trois établissements
  - › accompagnement régional de sept établissements ciblés
- performance des achats hospitaliers – programme PHARE
  - › état des lieux: réunion qualité Efficience du 28 septembre 2012. Cet état des lieux a permis d'identifier les principaux segments de dépenses (hors investissements) au sein des établissements de santé publics régionaux, à savoir: produits à caractère médical ou pharmaceutique (381 M€, soit 46,5 % des dépenses); achats généraux (186 M€, soit 22,7 % des dépenses); hôtellerie (102 M€, soit 12,5 % des dépenses); bâtiments (83 M€, soit 10 % des dé-

## 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.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2012, sur les 130 établissements ligériens éligibles à la certification, 61 structures avaient passé la certification V2010.

Les thématiques identifiées au niveau des réserves et recommandations portent prioritairement sur les champs suivants:

- la sécurisation du circuit du médicament;
- la gestion des risques liés aux soins et le management de la sécurité au sein de l'établissement (organisation et évaluation des risques a priori);
- l'information du patient;
- l'identification du patient et la gestion du dossier patient

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

**Un plan d'action volontariste avait été présenté lors de deux commissions de coordination des politiques publiques en 2011.**

**Un bilan de la mise en œuvre du dispositif a été présenté en 2012 devant cette même instance ainsi que devant celle de la CRSA MS.**

- **poursuite du cadre de travail conjoint (ajustement des procédures de gestion de ces dispositifs) dans tous les départements en lien avec les DT et les Conseils généraux ;**
- **poursuite de la sensibilisation des acteurs sur le plan Alzheimer et notamment les unités d'accueil adaptées PASA & UHR.**

**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 1 000 places en EHPAD dotées d'un projet spécifique en Pays de la Loire, adaptées à la gravité des troubles du comportement.**

**En 2012, 34 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 2012, cinq UHR (deux médico-sociales et trois sanitaires) ont ainsi été sélectionnées pour une labellisation.**

**Labellisation PASA-UHR : 120 dossiers étudiés, 35 décisions de labellisation.**

penses) ; services à caractère médical (48 M€ soit 5,9 % des dépenses) ; équipements médicaux (18 M€, soit 2 % des dépenses). Les dix plus gros établissements de la région des Pays de la Loire concentrent entre 90 % et 70 % de la dépense des segments suivants : 90 % pour les dépenses de produits caractère médical et pharmaceutique (dont 70 % dépensés par les deux CHU et le CH du Mans) ; 60 % pour les achats généraux ; 70 % pour les services à caractère médical. En revanche les segments d'achats ayant un poids plus important pour les CHS et ex-hôpitaux locaux sont les segments achats généraux, hôtellerie et bâtiments (tout particulièrement pour les CHS dont le poids de la dépense représente près de 30 %) ;

› restitution vague - ARMEN – novembre 2012.

### **Secteur médico-social**

La qualité des accompagnements et des soins au sein des établissements et services médico-sociaux est une préoccupation majeure 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 bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables (notamment âgées, handicapées enfants, adolescents et adultes). 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.

L'année 2012 a permis de suivre le premier exercice de l'expérimentation ANAP au travers des dialogues de gestion des CPOM du secteur PH et de préparer la deuxième expérimentation pour 2013 se traduisant pour la région d'un doublement des structures expérimentatrices, prélude au déploiement national en 2014.

Le Département médico-social pilote la démarche de contractualisation avec les ESMS (établissements et services médico-sociaux) négociation des contrats, suivi via l'animation de ceux-ci au travers des dialogues annuels de gestion avec chaque association gestionnaire signataires d'un CPOM. Il participe activement aux travaux nationaux concernant l'élaboration d'un système d'information appelé SI-GESTION DES CONTRATS, véritable outil de suivi de la contractualisation (tout secteur S/MS voire ambulatoire) en ARS.

Concernant le secteur des personnes âgées, il négocie les conventions tripartites élaborées entre l'établissement, le Conseil général et l'ARS. En termes quantitatifs cela correspond sur le secteur personnes handicapées à 7 contrats signés (5 nouveaux + 2 renouvellements) soit 60 ESMS et à 21 dialogues de gestion.

L'analyse conduite au travers des dialogues de gestion nous permet de tirer les enseignements suivants :

- un suivi en file active des usagers est encore perfectible même si la notion de parcours institutionnel de l'usager, de l'enfance à l'âge adulte, et jusqu'à la fin de vie, est prévalente dans les ESMS ayant contractualisé;
- une plus grande prise en compte de l'importance de procédure de recueil et de traitement des évènements indésirables même s'il peut être noté une faible prise en compte de la thématique de la sécurisation du médicament.

Concernant le secteur des personnes âgées, ce sont 97 conventions tripartites renouvelées dont 62 signées et 35 négociées en 2012 dont la signature est attendue début 2013. Le détail des CTP par département donne les chiffres suivants : Loire-Atlantique, 34 ; Maine-et-Loire, 27 ; Mayenne, 4 ; Sarthe, 12 ; Vendée, 20. L'enveloppe de médicalisation 2012 s'est élevée à 8,4 M€. Dans le cadre du dialogue régulier qu'entretient l'ARS avec les EHPAD, une enquête ciblée relative à 17 indicateurs de pilotage a été lancée auprès de tous les EHPAD de la région et a permis une photographie des progrès accomplis par les EHPAD et des axes prioritaires d'amélioration.

- sur l'évaluation externe, seuls 8 EHPAD l'ont réalisée. 53,18 % des EHPAD ont programmé la démarche pour fin 2014, soit à la toute fin de la possibilité réglementaire donnée;
- le taux médian de résidents bénéficiant d'un projet de vie personnalisé est de 35 %;
- 41,94 % des EHPAD ont conduit l'autoévaluation du diagnostic de sécurisation du circuit du médicament. L'outil est toujours disponible sur le site de l'Agence. Pour autant, 63 % des EHPAD n'ont pas de liste préférentielle des médicaments validée par le médecin coordonnateur. On notera également que cette analyse met en lumière un taux régional de 16 % de nouveaux résidents en EHPAD en 2012 avec un GIR 5 ou 6. Par ailleurs, le département accompagne les dynamiques de restructuration entre les acteurs, en étroite relation avec les Délégations territoriales.

Concernant plus particulièrement la mise en œuvre du plan Alzheimer en région Pays de la Loire, le DMS s'est mobilisé sur trois mesures emblématiques du plan :

#### **AU TITRE DE LA RÉ-ORGANISATION DE L'OFFRE**

La labellisation des structures d'Unités d'hébergement renforcées (UHR) et des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) a permis un renforcement des moyens conséquents pour les structures recevant des personnes, touchées par la maladie d'Alzheimer (cf. encart) ;

#### **AU TITRE DU SOUTIEN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT AUX AIDANTS**

La mise en œuvre de 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.

Un appel à candidatures a été lancé par l'ARS Pays de la Loire en juillet 2012 pour étendre le dispositif de plateformes d'accompagnement et de répit. Suite à cet appel, 12 dossiers ont été déposés pour un droit de tirage de 3 sites sélectionnés. Les plateformes retenues (Les Montcellières au Fresne-sur-Loire; association Relais et Présence à Cholet; CCAS d'Angers au travers de l'EHPAD César-Geoffroy) se sont vues allouer une dotation forfaitaire d'un montant maximum de 100 000 € par année pleine.

#### **AU TITRE DES PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES**

Issu du plan national Alzheimer, le dispositif MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) vise à développer un processus d'intégration des acteurs qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les services et l'accompagnement des personnes.

Contrairement à leur dénomination, les MAIA ne sont pas des lieux d'accueil type guichet unique mais une nouvelle forme d'organisation de l'existant visant à fluidifier les parcours.

L'ARS Pays de la Loire a organisé un appel à candidatures pour la création de trois MAIA supplémentaires dans la région. La commission régionale consultative, réunie au printemps 2012, a sélectionné les projets des départements de Mayenne, dont le porteur est le Conseil général de Mayenne, de Vendée, projet porté par le CLIC Littoral de Vendée, de Loire-Atlantique, porté par le Conseil général déployant une nouvelle MAIA sur le secteur de Saint-Nazaire.

Au final tous les départements de la région bénéficient du dispositif MAIA.

Sur le plan financier, l'ARS versera en 2012 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 quatre mois).

MAIA: 5 dossiers étudiés, 3 retenus.

### **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 2012, le PRICA a été réalisé à 95 %.

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 (12 % de l'activité d'inspection en 2012).

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.

Des bilans par thématiques, réalisés à partir d'une analyse qualitative des principaux constats repérés et des préconisations émises, ont permis une meilleure connaissance des acteurs et de leurs problématiques.

### **PRINCIPAUX CHIFFRES-CLÉS COMMUNIQUÉS**

- nombre d'inspections programmées réalisées: 319;
- nombre d'inspections non programmées réalisées: 36, dont 19 présentant un caractère d'urgence;
- nombre de jours mobilisés pour conduire l'activité d'inspection contrôle (programmée et non programmée): 1978.

### **L'évaluation de politiques de santé**

Construction d'une démarche d'évaluation des politiques de santé au sein de l'ARS: la conception d'un PRS porteur de changements sur l'organisation et l'offre en santé crée un besoin particulier d'évaluer la politique et les dispositifs mis en œuvre. L'ARS s'est engagée dans cette démarche en définissant une stratégie d'évaluation.

Il est apparu pertinent de porter les premiers travaux d'évaluation sur la politique régionale de lutte contre le suicide, politique de santé publique représentant une priorité ancienne et reconnue de la région.

Cette expérimentation a aidé à la construction d'une démarche d'évaluation adaptable au PRS. Elle a montré l'intérêt d'associer les acteurs de la politique évaluée en interne et externe ARS, pour l'appropriation des résultats. Elle a permis sur le plan méthodologique d'identifier clairement les étapes clés et de construire des outils adaptés à chaque phase. La démarche suit celle de l'évaluation de politiques publiques.

Quatre étapes pour préparer l'évaluation de politiques de santé :

- le lancement qui comprend la rédaction du mandat, du cahier des charges et la mise en place des instances. C'est à ce stade que sont posées les questions évaluatives;
- la réalisation qui comprend la mise à plat de la politique évaluée (arbre des objectifs, identification des acteurs...), la structuration de la démarche d'évaluation (référentiel d'évaluation, bilan informationnel, programme d'investigation et d'étude), la conduite des investigations, l'analyse des données collectées et la rédaction des constats dans le rapport;
- les conclusions et recommandations formulées dans le rapport d'évaluation final;
- la communication.

Une gouvernance d'évaluation participative a été mise en place. Un comité de pilotage est constitué pour chaque évaluation de politique. La CRSA est consultée en tant qu'instance d'évaluation. Le département

**319**  
inspections programmées  
réalisées

évaluation des politiques de santé et des dispositifs est l'équipe projet qui les réalise. Ce département a été rapproché du département parcours à la direction métier de l'efficience de l'offre.

L'évaluation est développée au sein de l'ARS comme outil stratégique d'aide à la décision et pour le partage d'outils au service de l'ensemble des évaluations de l'ARS. L'intégration de l'évaluation et des questions évaluatives dans tout projet est ainsi favorisée. Un « groupe Eval », pérenne transversal à l'ARS, a été mis en place pour partager des expériences et échanger sur les outils d'évaluation.

Le chapitre sur les orientations stratégiques du PRS comprend les cinq questions évaluatives pour l'évaluation finale. Les questions sont posées sur les registres de la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et l'utilité. Il définit des thématiques d'évaluation intermédiaire du PRS. Six thématiques populationnelles à évaluer pendant les cinq ans :

- la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou trouble psychique ;
- la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer ;
- le bien être des jeunes de moins de 20 ans ;
- la santé des populations en grande vulnérabilité ;
- la participation individuelle et collective des usagers.

Un premier bilan des évaluations thématiques est réalisé en 2012 :

- expérimentation méthodologique : évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide (population vivant avec un handicap ou un trouble psychique) ;
- construction d'un cadre méthodologique et mise en place de la gouvernance ;
- conduite de l'évaluation par l'équipe projet ;
- quinze recommandations déclinées en plan d'actions, qui ont alimenté les feuilles de route 2013.

## RÉSULTATS

Différentes techniques ont été expérimentées pour développer ces travaux. Elles servent de base à la construction d'outils d'évaluation au sein de l'ARS.

Le département évaluation des politiques de santé et des dispositifs (DEPS) interviendra ainsi à compter de 2013 sur trois types d'évaluation à mettre en œuvre : les évaluations de politiques sur six thématiques ciblées du PRS, les évaluations de dispositifs qui contribuent à la stratégie de mise en œuvre du PRS et, en appui méthodologique, les évaluations de fonctionnement de dispositifs, l'ensemble au service de l'évaluation finale du PRS.

## CONSTRUCTION D'OUTILS DE SUIVI DU PRS

En 2012, le DEPS, en coopération avec le département observation et

# 151

**C'est le nombre total de programmes d'éducation thérapeutique autorisés au 31 décembre 2012. Ils portent majoritairement sur le diabète, la cardiologie et l'insuffisance respiratoire.**

**Le département accompagne le développement de la télémédecine au sein de la région.**

**Dans le cadre de l'appel à projet, trois projets ont été retenus en 2012, portant sur la prise en charge des patients diabétiques, de patients insuffisants cardiaques et sur l'électroencéphalogramme des enfants.**

**Le département pilote la démarche de contractualisation : en 2012, il a mis à disposition des établissements un contrat type et a défini le processus de contractualisation.**

**Il accompagne les professionnels pour la mise en œuvre de la permanence des soins en imagerie par téléimagerie. Il anime les COPILS régionaux (8 en 2012) et participe aux travaux nationaux dans ce cadre.**

analyses, a construit des outils de suivi des indicateurs des orientations stratégiques et des schémas du PRS : fiches d'indicateurs, maquette de tableau de bord. Des mesures d'indicateurs constituant un état des lieux à T0 du PRS 2012-2016 ont été produites en fin d'année.

## La gestion du risque assurantiel

Le département de Gestion du risque (Gdr) assurantiel a en charge la mise en œuvre de son programme régional inscrit au Programme régional de santé, en partenariat avec les organismes d'Assurance maladie. La Gdr se définit comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût ». Ces actions concernent la prévention et l'information des Ligériens, l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux.

En 2012, dans le cadre contraint de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam), le département a poursuivi et renforcé sa démarche de sensibilisation et de contractualisation auprès des acteurs sur la maîtrise de l'évolution des dépenses portant, d'une part, sur les transports sanitaires ainsi que les médicaments / produits de la liste des produits et prestations (lpp) prescrits à l'hôpital et délivrés sur l'enveloppe des soins de ville et, d'autre part, les produits de la liste en sus. Cela s'est traduit par la signature d'accords de méthode – programme d'actions avec les établissements de santé (cinq pour les transports sanitaires, six pour les médicaments / lpp) et de contrats pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (trois pour les transports et six pour les médicaments/lpp). Ces actions complétées par celles de l'Assurance maladie ont contribué à limiter la progression des dépenses.

Pour les produits de la liste en sus, des analyses conjointes ARS / Assurance maladie ont été menées en lien avec l'OMEDIT sur le respect des référentiels de bon usage de certaines molécules et certains dispositifs médicaux de la liste en sus. Elles ont abouti à la signature d'un plan d'actions avec un établissement de santé dans un objectif de pertinence des actes et pratiques et de respect du référentiel du bon usage des dispositifs médicaux.

Sur le thème du médicament, des actions ont par ailleurs été réalisées dans le secteur médico-social sous forme de réunions départementales qualité efficacité auxquelles chaque EHPAD a été invité. Les cinq rencontres ont permis d'échanger autour du circuit du médicament en Ehpad et des référentiels sur la prescription de benzodiazépines et de neuroleptiques, notamment chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Un retour sur l'enquête « Iatrogénie médicamenteuse » réalisée par l'OMEDIT, ainsi que la promotion du programme Nutrition-hygiène-suivi bucco-dentaire en EHPAD, ont également été présentés à cette occasion.

Sur l'aspect efficacité de l'organisation de l'offre de santé, les actions menées par l'ARS pour le développement de la chirurgie ambulatoire (accompagnement des établissements de santé, procédure de mise sous accord préalable) ont permis d'accroître le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire en région de + 4,5 points en deux ans dépassant le taux national.

Concernant la prise en charge la plus efficace possible de l'Insuffisance rénale chronique terminale (Irct), la région s'inscrit dans les axes de recommandations nationales avec : la mise en place d'un dispositif spécifique pour l'annonce de la maladie, le développement des unités de dialyse médicalisée en proximité de prise en charge dans des conditions de sécurité et de la télé dialyse et, le renforcement de la greffe rénale, domaine dans lequel les Pays de la Loire affichent la part la plus importante en France de recours à la greffe chez les patients Irct.

Un premier bilan du suivi stratégique en 2012 est réalisé : construction d'indicateurs reliés aux objectifs du PRS et recueil de valeurs à T0. Il comprend 25 indicateurs d'impact, traceurs ou de synthèse, qui illustrent chacune des orientations stratégiques. Au total 80 indicateurs des orientations stratégiques et des schémas du PRS ont été construits.

Exemples d'indicateurs clés :

- pourcentage des personnes suivies en établissement médico-social bénéficiant d'un projet personnalisé (démarche centrée sur la personne) : 23,88 % au 31/12/2011 dans le champ des personnes âgées ; 97,6 % au 31/12/2011 dans le champ des personnes vivant avec un handicap ;
- taux d'hospitalisation sans passage aux urgences des plus de 75 ans (coordination des acteurs pour des parcours efficaces) : 42 % au 31/12/2011 ;
- taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour 38 gestes marqueurs : 71,90 % au 31/12/2011 (accès assuré aux services spécialisés).

Fin 2012, les missions du département se sont élargies au suivi des dépenses de santé et de leurs évolutions au niveau régional et infrarégional en comparaison des évolutions nationales et de l'ONDAM. Plus précisément, le département réalise l'analyse de ces dépenses tant sur le champ

des soins de ville, que sur celui sanitaire ou médico-social et la recherche des déterminants expliquant leurs évolutions (ex. : modifications réglementaires, démographiques, médicales).

### **Les systèmes d'information partagés et la télémédecine**

Le département a pour objectif de coordonner l'ensemble des acteurs dans la mise en œuvre du programme régional des systèmes d'information et de télémédecine. Il en assure la gouvernance stratégique et opérationnelle régionale.

Le département a en charge le suivi des projets d'investissements SI. Il conduit, en lien avec l'ANAP et la DGOS, les revues de projet H 2012, formalise son avis sur les projets avant les notifications.

En 2012 la déclinaison du plan hôpital numérique s'est effectuée par des réunions de présentation et d'explication du programme au sein de chaque territoire, par l'information et le soutien à l'utilisation des outils nationaux de recueil d'information sur la maturité des systèmes d'information.

Trois projets de télémédecine ont été retenus dans le cadre de l'Appel à projet 2012 : surveillance des patients insuffisants cardiaques par les professionnels libéraux et hospitaliers du Nord Mayenne ; prise en charge des patients diabétiques traités par pompe sous-cutanée patients (CHU Nantes) ; fonctionnement et le déploiement d'une plate-forme d'interprétation à distance des EEG des nouveau-nés (CHU Angers).

Les travaux 2012 devant aboutir en 2013 ont porté sur la mise en place d'un cadre d'urbanisation à destination du secteur sanitaire, un portail informatique à destination des usagers, un portail à destination des professionnels et la détermination du schéma directeur régional des systèmes d'information des établissements médico-sociaux.

### **Les coopérations et les parcours de santé**

Le poids croissant des maladies chroniques, l'allongement de l'espérance de vie, la prise en compte des attentes en termes de qualité de vie sont autant d'éléments qui obligent à penser différemment l'organisation du système de santé. Les difficultés liées aux ruptures dans les parcours de soins, de santé et plus globalement de vie sont causes d'inadéquations, de non-qualité et de coûts non justifiés.

Département crée en décembre 2012, il a pour vocation de porter l'évolution et le développement des dispositifs spécifiques de coordination des acteurs autour de la personne, l'organisation des filières (AVC, périnat., etc.) et la reconnaissance des programmes d'éducation thérapeutique. Son champ s'étend également à l'accompagnement du développement des contrats locaux de santé, les dynamiques de coopération des acteurs (CHT, GCS, GCSMS...) sur les territoires en appui à l'animation territoriale.

### **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 2012, 20 programmes ont été autorisés. Aucun refus n'a été opposé. Quatre programmes sont restés en attente de complément d'information. Les 16 programmes autorisés émanent de 9 établissements de soins, 1 réseau de santé, 1 maison de santé pluridisciplinaire. La moitié concerne la cardiologie, l'obésité, la rhumatologie et le cancer.**

**151 : nombre total de programmes d'éducation thérapeutique autorisés au 31 décembre 2012. Ils portent majoritairement sur le diabète, la cardiologie et l'insuffisance respiratoire.**



Le Département coopérations et parcours de santé est en charge d'organiser et de coordonner les travaux relatifs à l'optimisation des parcours de santé dans une approche populationnelle (démarche PAERPA, etc.).

## L'action de l'ARS au cœur des territoires

---

*Interface entre son territoire et l'ARS, la Délégation territoriale a pour mission principale de contribuer à élaborer et mettre en œuvre l'action territoriale tant en matière de santé environnementale que d'organisation de la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement des habitants du territoire, au moyen du projet de santé du territoire et du développement des coopérations et partenariats entre divers acteurs et établissements du territoire.*

Son action se fonde sur une approche décloisonnée de l'ensemble des secteurs, afin de favoriser la prise en compte de la dimension « santé » par l'action collective locale ainsi que des spécificités du territoire pour améliorer l'état de santé de la population et augmenter l'efficacité des actions et acteurs qui y contribuent.

La Délégation territoriale constitue donc l'interface avec les partenaires locaux, professionnels de santé, associations, établissements et plus largement le conseil général, les communes et communautés de communes, la préfecture et ses directions départementales.

Thématique	Indicateur	44	49	53	72	85
Conférences de territoire	Réunions de la conférence de territoire et de ses groupes de travail	4	4	3	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	110	37	34	32	36
Premier recours	Nombre de réunions du CATS (Comité d'accompagnement territorial des soins de premier recours)	4	6	3	4	5
	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	5	1	2	3	1
	Préleveurs sanguins : nombre de stages organisés	8	20	10	1	8
	Instruction dossiers équivalences de diplômés extra-communautaires : nombre de dossiers	4	11	2	12	3
	ADELI : nombre de rendez-vous	2 469	1 383	353	448	650
	Autorisation de remplacement IDE (infirmier diplômé d'état) libérales : nombre de dossiers	218	133	74	76	90
Activités diverses	Certificats de décès	10 375	6 669	2 624	4 602	5 443

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

Thématique	Indicateur	44	49	53	72	85	Région
Eau et coquillages	Eau potable : nombre de contrôles (nombre de prélèvements)	4 041	2 902	1 829	2 667	1 815	13 254
	Eau potable : nombre d'inspections (périmètre de protection)	2	4	5	2	3	16
	Eaux de loisirs : nombre de contrôles de piscines	1 222	1 003	387	875	1 321	4 808
	Eaux de loisirs : nombre de contrôles de baignades en eau douce et en eau de mer	871	137	51	69	863	1 991
	Coquillages : nombre de contrôles de gisements naturels	273	/	/	/	217	490

Habitat et espaces clos (ERP)	Légionelles : nombre d'inspections d'établissements	6	3	0	2	2	13
	Salubrité habitations : nombre de visites de logements (hors Service communal d'hygiène et de santé)	248	78	22	50	68	466
	Salubrité habitations : nombre d'arrêtés d'insalubrité	67	10	3	4	3	87
	Salubrité habitations : nombre de logements ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité	67	10	6	9	3	95
	Monoxyde de carbone : nombre d'enquêtes environnementales (hors Service communal d'hygiène et de santé)	13	9	5	5	9	41
	Saturisme : nombre de CREP (constats de risque d'exposition au plomb) traités	94	112	9	79	41	335
	Bruit : nombre d'inspections établissements musique amplifiée	3	4	3	4	4	18
	Bruit : nombre de plaintes traitées	27	7	9	10	12	65
	Radon : nombre de contrôles	3	51	15	/	1	70

## Soins sans consentement

	44	49	53	72	85	Région
Nombre total de dossiers préparés pour audience JLD (juge des libertés et de la détention)	247	92	57	112	72	580
Nombre total de mesures de SDRE (soins sur décision du représentant de l'État)	954	122	238	752	51	2 117
Nombre total de mesures de soins à la demande d'un tiers traitées	1 158	868	339	354	1 174	3 893

## **La qualité des eaux destinées à la consommation humaine**

Assurer à la population de la région la consommation d'une eau en permanence de qualité constitue une priorité. La mise en place de périmètres de protection des captages d'eau mais aussi la surveillance de la qualité des eaux participent à sécuriser l'alimentation en eau.

Le bilan 2011 de la qualité des eaux met en évidence une qualité très satisfaisante : sur les 10 365 prélèvements réalisés dans le cadre du contrôle sanitaire organisé par l'ARS, 99 % d'entre eux satisfont en effet aux normes de qualité. Les non-conformités observées ont concerné des dépassements de norme de durée en général limitée. Aucune situation n'a justifié des mesures de restriction des usages de l'eau.

En début 2013, un seul réseau d'eau, en Mayenne, est encore concerné par des teneurs en nitrates excédant la norme de qualité. Il s'agit de la seule dérogation encore en vigueur dans la région ; cette situation sera résolue fin 2013.

Le niveau de protection des captages d'eau est également satisfaisant puisque 87 % d'entre eux bénéficient de périmètres de protection, leur finalité étant de protéger ces zones sensibles contre les pollutions accidentelles ponctuelles. Au plan national, ce chiffre est de 63 %.

Cette situation favorable a été obtenue grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs concernés par les enjeux de protection des ressources en eau. Elle est également la traduction de programmes ambitieux de construction et de modernisation des filières de traitement de l'eau. De nombreuses usines ont fait l'objet de récents travaux et d'importants chantiers sont en cours ou programmés à court terme (Cholet, Nantes, Saumur notamment). Ces différentes actions sont confortées par le Plan régional santé-environnement (bilan 2011 accessible sur le site Internet de l'Agence).

## **Pollution au polychlorobiphényles (PCB)**

Une pollution aux PCB a été mise en évidence en janvier 2011 à proximité de l'entreprise APROCHIM (Grez-en-Bouère - Mayenne) dont les activités portent sur le traitement des transformateurs. Des riverains ainsi que des associations locales ont demandé que soit pris en compte l'impact éventuel de celle-ci sur les personnes vivant dans ce secteur. L'ARS a proposé la réalisation de dosages biologiques afin de mesurer les taux de polychlorobiphényles (PCB) dans le sang.

Les PCB s'accumulent en effet dans l'organisme et s'éliminent très lentement ; les niveaux mesurés dans le sang sont donc des marqueurs de l'exposition actuelle et passée aux PCB. Cette démarche a été mise en œuvre afin d'apporter une réponse sur des niveaux individuels d'imprégnation en PCB et non de réaliser une étude collective. Vingt-quatre



personnes, volontaires, vivant dans un périmètre proche d'APROCHIM, notamment des agriculteurs dont l'exploitation a été impactée, ainsi que quelques personnes vivant dans les bourgs voisins, ont été concernées par ce dosage sanguin. Il n'existe pas de norme d'imprégnation en PCB.

C'est la raison pour laquelle les résultats des dosages ont été comparés aux taux de la population générale adulte française. L'ensemble des résultats des dosages ne témoigne pas d'un impact marqué sur les personnes concernées par les dosages. Des niveaux d'imprégnation supérieurs à ceux observés chez 95 % de la population générale française ont été détectés chez six personnes résidant à proximité de l'entreprise. Les dépassements restent toutefois modérés. Pour toutes les autres (vingt-deux), les taux mesurés sont très en dessous de ces valeurs.

Cette démarche, inédite au plan national, s'inscrit dans une volonté de prise en compte par l'ARS des attentes des riverains. Elle s'inscrit en complément des recommandations sanitaires pour réduire les expositions aux PCB qui sont majoritairement liées à la consommation d'aliments, plus particulièrement d'origine animale.



conclusion

# En

2013, l'ARS s'inscrit résolument dans la stratégie nationale de santé portée par le ministère de la Santé.

L'accent continuera d'être mis sur la promotion et la prévention, premier axe qui, sur le long terme, assurera une meilleure espérance de vie sans incapacité des Ligériens.

Le pacte territoire santé sera déployé avec une attention particulière pour les espaces d'équipes de soins fragiles du fait de la démographie des professionnels.

Enfin, l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et plus généralement des personnes avec des maladies chroniques constituera l'axe structurant des coordinations et des partenariats qui doivent continuer à s'inscrire dans les territoires. C'est la condition pour pouvoir garantir que la personne est au bon endroit au bon moment et donc pour assurer la soutenabilité de notre système solidaire.

**Marie-Sophie Desaulle**

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



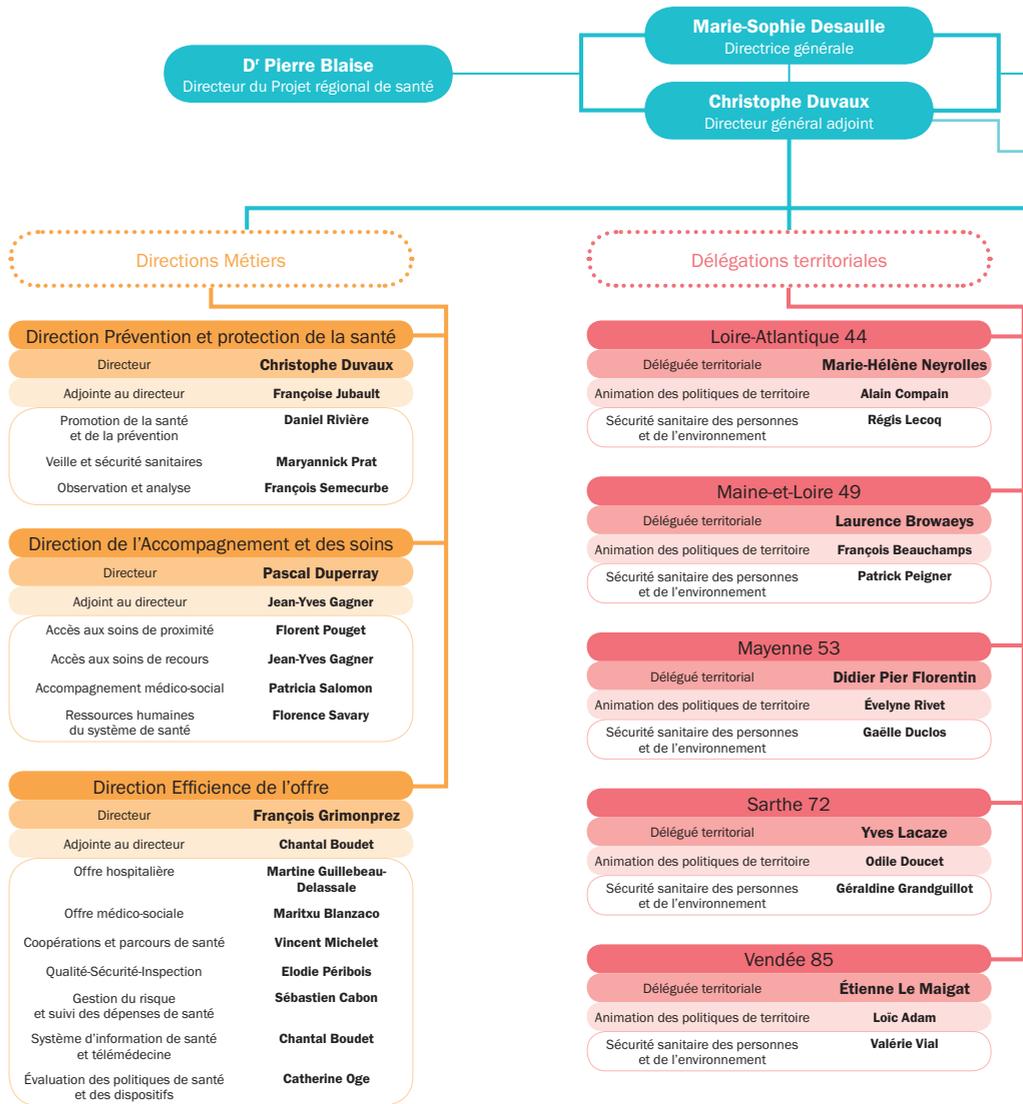
---

glossaire

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

# L'organigramme de l'ARS



**Direction relations avec les usagers et les partenaires**  
Annie Le Guével, Directrice

**Pilotage de la transversalité interne**  
Anne-Lise Serazin

Directions Supports

**Direction Ressources humaines et moyens**

Directrice **Julie Campain**

Adjoint au directeur **Benoit James**

Gestion des personnels **Xavier Botheron**

GPEC et dialogue social **Benoit James**

Immobilier et gestion logistique **Pascal Le Lièvre**

Informatique et bureautique **Bernadette Blanchard**

Appui juridique et documentation **Nicolas Blayo**

**Direction Financière et comptable**

Directeur **Patrick Chauvet**

Adjoint au directeur **Freddy Gullet**





**Vous êtes confronté à  
un événement indésirable grave ?**

Informez le service Alerte de  
l'Agence régionale de santé Pays de la Loire :  
[ars44-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars44-alerte@ars.sante.fr)

**Un problème de santé pendant  
les heures de fermeture de votre médecin ?**

Avant de vous déplacer aux urgences,  
téléphonez !

**Pour préserver votre capital santé,**  
pratiquez au moins 30 minutes d'activité physique par jour.

**Agence régionale de santé Pays de la Loire**

CS 56233

44262 Nantes cedex 2

**T 0249 10 40 00**

édition mai 2013