



| rapport d'activité **2013** |
ARS Pays de la Loire



La promotion de la santé est confortée

L'appel à projets	7
Le Plan sport santé bien-être	8
Le dépistage de la surdité	9
La prévention des chutes	10
Le Plan régional santé environnement	10

Les bases de l'organisation territoriale en proximité sont posées

Définition zonage et territoire de proximité	13
Indicateurs et diagnostics flashes	14
Coopération entre les professionnels du premier recours	14
Les travaux sur la démographie des spécialistes	16
Les Contrats locaux de santé : la synergie des politiques publiques sur les territoires de proximité	16

De nombreuses actions initiées autour des parcours de santé des populations

Parcours santé des aînés	18
Création et déploiement de plateformes de services afin d'améliorer le parcours des personnes âgées	19
Suivi des recommandations de l'évaluation Suicide	20
Psychiatrie : réponses aux situations de particulière intensité	21
Personnes en situation de vulnérabilité	22
Personnes confrontées à une addiction	23
Personnes vivant avec autisme ou troubles du comportement	23

Les coopérations entre établissements et restructurations se poursuivent

Schéma de la biologie	24
Schéma régional d'investissement	25
Principaux investissements 2013	26
Permanence des soins : ne vous déplacez pas, téléphonez !	27

L'action de l'ARS au cœur des territoires

Renforcement de la transversalité	29
Projet social	31
Relations avec les usagers et les partenaires	33
Promotion de la prévention et de la protection de la santé	38
Accompagnement et soins	46
Efficiences de l'offre	54

Conclusion 57**Glossaire** 59**Organigramme de l'ARS** 60



introduction

C

ette année 2013 a permis de conforter notre organisation territoriale. L'établissement des différents zonages, qui avaient commencé avec celui des médecins généralistes, est désormais achevé pour l'ensemble des professions. Nous avons défini les contours des territoires de santé de proximité (TSP) et, dans ces territoires, le chantier de réalisation des « diagnostics flashes » a été mené à son terme.

Outils mis à disposition des équipes et de nos partenaires, cette batterie d'indicateurs constitue un point d'appui pour guider nos réflexions et nos priorités. Cette étape franchie, nous sommes désormais mieux préparés pour accompagner les équipes de soins de premiers recours dans les espaces fragiles notamment, et pour réfléchir aux modalités de déploiement du service territorial de santé, proposé dans le pacte de confiance, et composante de la stratégie nationale de santé.

De nombreuses actions ont été mises en œuvre pour renforcer les services de santé de premier recours et accompagner le regroupement des professionnels de santé. Les mesures du pacte territoire santé qui en font partie ont été partagées dans nos instances avec nos partenaires. Les efforts restent à poursuivre pour multiplier les contrats d'engagement de service public et de praticiens territoriaux de médecine générale.

Nous avons poursuivi notre engagement pour proposer aux personnes avec des maladies chroniques ou une perte d'autonomie un projet individualisé élaboré avec la personne concernée, et coordonné entre les professionnels : déploiement de dispositifs d'annonce, de plateformes de services, d'équipes d'appui, adaptation, réadaptation, d'éducation thérapeutique...

Pour la population ligérienne, des actions en faveur de la nutrition, de la pratique physique, de la qualité de l'eau potable et des eaux de baignade se sont déployées, car c'est la mobilisation autour de ces projets qui aura le plus grand impact à moyen terme sur l'espérance de vie sans incapacité des Ligériens.

La situation de la région en matière de santé peut se résumer ainsi :

- une espérance de vie sans incapacité et un taux de mortalité évitable en Pays de la Loire plutôt meilleurs qu'en France à conserver au moyen d'une politique de promotion de la santé et de prévention associant de nombreux acteurs ;
- une réponse en santé qui maille très correctement le territoire : les bases de l'organisation territoriale en proximité sont posées avec un enjeu de renouvellement des professionnels dont la démographie peut être préoccupante ;
- un travail approfondi autour des parcours de santé ;
- des restructurations confortées et des organisations renforcées par les coopérations.

Notre système de santé évolue. Il gagne en transparence et en qualité. Il doit cependant encore s'adapter du fait des attentes de participation et de proximité de nos concitoyens et des nécessaires économies à faire pour rétablir l'équilibre des comptes sociaux.

C'est ensemble, représentants des collectivités territoriales, des usagers et des opérateurs de santé que nous parviendrons à relever ce défi.



Marie-Sophie Desaulle

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



partie 1

La promotion de la santé est confortée

L'appel à projets

L'Agence régionale de santé a lancé un appel à projets dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention pour l'année 2013. Conformément aux orientations du Projet régional de santé, cet appel à projets a porté sur cinq thématiques prioritaires :

- les conduites addictives ;
- l'alimentation et les activités physiques et sportives ;
- la santé mentale et le suicide ;
- les relations affectives et sexuelles ;
- la santé environnementale.

Établi en concertation avec d'autres services de l'État en région (DRAAF, DRJSCS, DREAL), il cible plus particulièrement les populations suivantes :

- les enfants et adolescents ;
- les personnes en situation de vulnérabilité : personnes en situation de précarité économique et sociale, personnes en perte d'autonomie ;
- les personnes connaissant des périodes de rupture : ruptures familiales et professionnelles, entrée en institution et deuil...

S'agissant des territoires, les projets ont visé prioritairement ceux concernés par un Contrat local de santé (Angers, Trélazé, Ville de Mayenne, Communauté de communes de Craon-Renazé, Le Mans, Coulaines, Allonnes, Sablé-sur-Sarthe, île d'Yeu, La Roche-sur-Yon) et/ou par des indicateurs de santé défavorables.

En 2013, dans le cadre de cet appel à projets, l'ARS soutient 237 actions pour un montant de 2 192 794 €.

« Manger, bouger, les cinq sens en éveil » par l'AESA et l'IREPS Maine-et-Loire

Promouvoir l'éducation nutritionnelle et l'activité physique auprès des élèves de classes primaires de Maine-et-Loire, tel est le défi que l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et l'association Anjou emploi sport animation (AESA) se sont fixé. Le programme proposé aux écoles primaires revêt un double objectif. D'une part, il s'agit de permettre aux enseignants d'engager une réflexion et/ou un projet d'éducation nutritionnelle et sensorielle dans leur classe, ou leur école. D'autre part, les enfants de cycle 3 et leurs parents sont sollicités afin de maintenir, développer ou renforcer leurs connaissances et compétences en termes d'alimentation, d'activité physique et d'éveil sensoriel. Des jeux physiques, des ateliers sensoriels et l'organisation de dégustations, offrent aux élèves un apprentissage basé sur l'expérimentation, les rendant ainsi acteurs de leur santé.

Le plan Sport santé bien-être

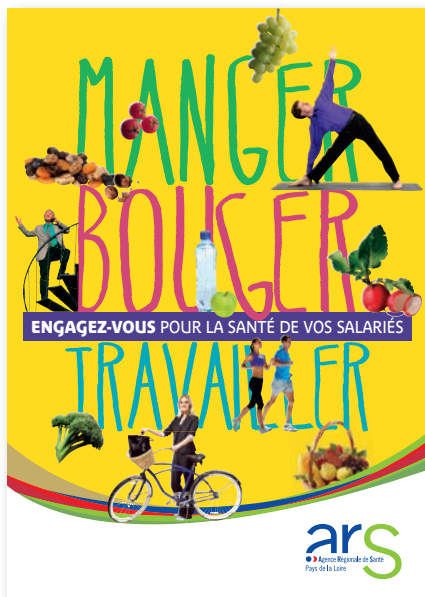


L'ARS et la DRJSCS ont élaboré un plan régional « Sport santé bien-être » visant à développer la pratique de l'activité physique :

- pour le plus grand nombre : les femmes, les jeunes scolarisés, les jeunes adultes, les seniors à domicile et les salariés ;
- mais aussi pour les populations spécifiques :
 - › personnes en situation de précarité sociale et financière ;
 - › personnes âgées dépendantes ;
 - › personnes sous main de justice ;
 - › personnes en situation de déficiences intellectuelles, handicap psychique, moteur et sensoriel accueillies dans les établissements et services médico-sociaux ;
 - › personnes souffrant de maladies chroniques.

L'ARS et la DRJSCS s'associent de manière privilégiée à trois partenaires : le Conseil régional, le Comité régional olympique et sportif (CROS) et le Centre de ressources, d'expertise et de performances sportives (CREPS). Ces trois partenaires ont signé ce plan lors d'une conférence de presse le 17 juin 2013.

Ce plan prévoit notamment la formation des professionnels et la labellisation des clubs sportifs. L'idée est de favoriser, d'une part la prescription des activités physiques par les médecins, et, d'autre part, améliorer au sein des associations sportives l'accueil des publics prioritaires ciblés par le plan. Ces temps de formation généreront la labellisation des clubs déclarés aptes à accueillir ces publics.



Par ailleurs, le plan prévoit également la signature de chartes « Entreprises actives du plan national Nutrition santé » avec des établissements s'engageant à mettre en place trois actions par an autour de l'alimentation et l'activité physique.

Le dépistage de la surdité

L'évaluation néonatale systématique de l'audition, rendue obligatoire par un arrêté ministériel du 23 avril 2012, constitue un programme de santé au sens de l'article L 1411-6 du code de la santé publique qui prévoit que « des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté [...] » et que « dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage ».

Ce programme constitue une action de prévention d'envergure à plusieurs titres : cette action est une action de prévention à effet immédiat ; elle aboutit scientifiquement et de façon automatique à une réussite de prise en charge par la précocité de cette dernière ; le systématisme de cette action est un facteur d'égalité d'accès aux soins et à la prévention, à quelque point du territoire que ce soit, et elle ouvre un avenir de meilleure intégration dans la société aux très jeunes enfants. Cette action s'aligne sur la pratique de très nombreux pays.

Compte tenu de l'importance de l'enjeu de ce projet, l'ARS Pays de la Loire a décidé une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2014 sur le fondement d'un cahier des charges régional élaboré en 2013, doublée de mesures de déploiement du dispositif.

L'ARS s'est entourée du savoir et de l'expérience de nombreux professionnels de la région (ORL, pédiatres, personnels soignants des maternités et du domaine des troubles de l'audition, directeurs des établissements de santé) et de représentants des usagers.

L'adhésion de ces partenaires au projet a été immédiate.

Trois groupes de travail ont été mis en place en mars 2013 pour l'élaboration du cahier des charges :

- une équipe projet composée du pilote de la mission ARS, de deux PU/PH : ORL et pédiatre - néonatalogiste et du pédiatre coordonnateur du Réseau sécurité naissance ;
- un comité de pilotage comprenant des représentants d'établissements de santé et de CAMSP, des représentants des usagers, des ORL, et des pédiatres de l'ensemble de la région.
- un groupe d'expertise de professionnels (ORL, pédiatres, personnels soignants des maternités, psychologues, orthophonistes) chargé de définir le cadre conceptuel scientifique et organisationnel.

L'investissement important des partenaires a permis de respecter le calendrier des travaux qui avait été défini. Le cahier des charges régional a été achevé en novembre 2013 et transmis aux établissements de santé le 18 décembre 2013.

Le démarrage de l'application du programme est suivi par l'équipe projet de l'ARS et le réseau sécurité naissance. Ce suivi consistera en

un état des lieux de l'achat des appareils, de l'organisation au sein de la maternité (réfèrent audition) et de l'organisation de l'examen de contrôle spécialisé (ORL référents) en 2014. Par ailleurs le contrôle et l'évaluation du dispositif sont confiés au Réseau sécurité naissance.



Prévention des risques auditifs

Dans le cadre du PRSE 2, les délégations territoriales, en lien avec la Direction prévention et protection de la santé (DPPS) ont conduit avec cinq écoles de musique volontaires (une par département) une campagne de prévention des risques auditifs en école de musique qui avait pour objectifs, entre autres, de sensibiliser les responsables, le personnel et les élèves aux risques auditifs et aux mesures préventives liés à cette exposition sonore, d'encourager la mise en œuvre de mesures de protection individuelles et collectives dans les écoles de musique et les espaces de pratiques, d'amener les écoles de musiques à inclure la prévention des risques auditifs dans leurs pratiques pédagogiques. Les résultats sont disponibles auprès de la DPPS et des cinq délégations territoriales. Cette expérimentation se poursuivra sur d'autres établissements en 2014.



La prévention des chutes

Depuis 2013, l'ARS a mis en place un partenariat avec le Gérontopôle des Pays de la Loire. Le travail mené dans ce cadre consiste à établir un programme de prévention des chutes en direction des personnes âgées, qu'elles soient à domicile, en EHPAD ou à l'hôpital. Le comité de pilotage de ce programme constitué de professionnels de l'ARS et du Gérontopôle se réunit à intervalles réguliers (tous les mois) ; il veille à la bonne avancée des travaux, ainsi qu'au respect du cahier des charges établi par l'ARS.

Parallèlement au programme proprement dit, deux actions de recherche sont menées au CHU d'Angers afin d'adapter en temps réel le programme.

Le programme sera déployé d'ici 2015.



Plan régional santé environnement

En 2013, le Plan régional santé environnement 2010-2013 (PRSE2) entre dans sa phase finale avant une année consacrée à son évaluation. L'animation territoriale constitue à la fois un pilier et un axe fort du Plan.

Parmi les avancées du plan, plusieurs productions peuvent être soulignées en 2013 :

- la mise en place d'un dispositif de surveillance régionale d'organismes nuisibles : végétaux (ambrosie...), insectes (chenilles urticantes...), mammifères (ragondins porteurs de zoonoses...) pour anticiper les éventuels risques pour la santé des habitants, par un partenariat ARS-FREDON ;
- l'édition de cahiers des charges types pour la sécurité sanitaire des réseaux d'eau intérieurs lors de leur conception et de leur maintenance, présentés aux gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées par l'ARS et le CSTB en novembre 2013 à Angers et à La Roche-sur-Yon ;
- la diffusion d'une communication à destination du public sur la prise en compte de l'amiante lors de travaux de rénovation, par l'ARS, la DIRECCTE, la CARSAT, les organisations professionnelles du bâtiment et les chambres consulaires ;
- l'organisation d'un séminaire autour de la prise en compte du radon dans l'habitat en Pays de la Loire en novembre 2013, conduit par l'École des mines de Nantes, le CEPN et l'IRSN, avec le soutien financier de l'ARS et de la DREAL ;
- la formation de nombreux intervenants à domicile au repérage de l'habitat indigne, portée par les délégations territoriales de l'ARS et les directions départementales du territoire (DDT) ;
- la réalisation d'une étude sur la perception du gain sanitaire associé à une opération de résorption de l'exposition au bruit des transports, portée par le CNRS et l'ARS ;
- la conduite d'un programme expérimental de prévention des risques auditifs dans l'enseignement musical avec cinq écoles de musique volontaires, animé par l'ARS et le pôle de coopération des acteurs pour les musiques actuelles en Pays de la Loire ;
- la journée d'échange autour des initiatives des collectivités territoriales dans le champ de la santé environnementale le 28 mai dernier à Angers ;
- 28 projets ont été soutenus dans le cadre de l'appel à projets concerté ARS-DREAL et par le fonds régional de santé publique du Conseil régional.

Trois actions décidées dans le cadre du PRSE 2 ont été achevées en fin d'année 2013 et vont faire l'objet d'une diffusion auprès des acteurs concernés :

- un document définissant les préconisations à intégrer dans les études menées par les collectivités en charge de la production et la distribution en eau en vue de garantir la sécurité sanitaire de l'alimentation en eau. Ce document a, après négociation, été validé par l'ARS de Bassin, c'est-à-dire toutes les ARS du Bassin Loire-Bretagne et il a été intégré dans le cahier des charges des études patrimoniales que finance l'Agence de l'eau Loire-Bretagne.
- l'élaboration et la diffusion d'un guide à l'ensemble des entreprises de la région posant des canalisations d'eau afin que l'incorporation de ces réseaux neufs se fasse dans le respect des exigences sanitaires.
- la finalisation d'une étude destinée à proposer des actions concrètes de réduction de la formation des sous-produits de désinfection de l'eau (trihalométhanes, bromates). Certaines de ces molécules sont en effet considérées comme cancérogènes.



La journée collectivités et santé environnement de mai 2013

L'Agence régionale de santé s'est intéressée aux actions portées par la collectivité dans le domaine de la santé environnementale dans le cadre du Plan régional santé environnement 2010-2013 (PRSE2).



Pour ce faire, l'ARS s'est appuyée sur un comité de pilotage rassemblant des collectivités territoriales et des acteurs de l'éducation à l'environnement, de l'éducation à la santé, des associations de consommateurs et des représentants de l'administration.

Plusieurs initiatives portées par des collectivités ont été identifiées dans la région et décrites dans un recueil édité pour la journée d'échanges du 28 mai 2013 qui s'est déroulée à Angers. Elles

sont également intégrées à l'outil en ligne sur l'outil d'observation des actions régionales de santé : <http://www.oscarsante.org>.

126 personnes ont participé à cette journée d'échange, majoritairement des collectivités conformément à l'objectif de la journée (près de 60 %). Cette rencontre couvrait plusieurs approches de la santé environnementale avec de nombreux témoignages locaux :

- intégrer la santé environnementale dans les outils de planification :

projet d'aménagement d'urbanisme intégrant la santé, Agenda 21 et santé, plan local santé environnement ;

- informer, sensibiliser, éduquer : sur l'occupation des logements, à la qualité de l'air intérieur en milieu scolaire ou encore au jardin ;
- prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé dans l'action publique en intégrant la réduction des inégalités de santé : lutte contre l'habitat indigne, bâtiment accueillant des enfants intégrant les enjeux de santé, plan de prévention du bruit dans l'environnement ;
- gérer des sujets complexes : démarche d'association de la population, charte d'implantation des antennes relais de téléphonie mobile, concertation autour de la vie nocturne en ville, etc.

Toutes les interventions sur www.ars.sante.fr > Votre santé > Votre environnement > Plans santé-environnement > PRSE 2 (2010-2013) > Suivi des actions du PRSE2.

Prévention des risques de légionellose

L'ARS Pays de Loire a souhaité fournir, dans le cadre de l'action 3 du PRSE 2010-2013 - améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs, un appui technique aux établissements de santé et médico-sociaux de la région confrontés à des dysfonctionnements récurrents des réseaux, y compris pour des bâtiments neufs ou récemment livrés. À ce titre, des documents opérationnels pour les établissements sanitaires et médico-sociaux en vue d'améliorer la qualité des eaux distribuées par les réseaux intérieurs ont été rédigés par un groupe de travail rassemblant des professionnels (sociétés de maintenance, bureau d'architecture et d'études, services techniques et directions d'établissement) sous l'égide du Centre scientifique et technique du bâtiment.

Ils ont pour objectifs de :

- maîtriser la qualité sanitaire de l'eau (chimique et microbiologique) des installations intérieures de distribution ;
- sécuriser et protéger le maître d'ouvrage dans son projet de rénovation ou de construction ;
- identifier la responsabilité des acteurs ;
- améliorer les pratiques des professionnels (maintenance, conception et mise en œuvre).

Foulées du Tram 2013

Comme chaque année, l'ARS Pays de la Loire participe aux Foulées du tram, une course de plus de 15 km au cœur de l'agglomération nantaise. Une particularité de taille puisque l'équipe se compose cette année d'agents de l'ARS mais également de la DRJSCS ! Une équipe mixte qui valorise et incarne le Plan Sport santé Bien être signé en octobre 2013. Une rencontre avec Marie-Sophie Desaulle et Thierry Péridy, directeur de la DRJSCS Pays de la Loire, s'est tenue pour présenter l'équipe et le parcours.



Pollution atmosphérique

En Sarthe, l'étude réalisée par la cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (CIRE) relative à l'impact sur la santé de la pollution atmosphérique sur l'agglomération mancelle a été publiée. L'objectif de cette étude est d'objectiver l'intérêt, sur le plan sanitaire, de mettre en œuvre des politiques publiques en faveur de la réduction de la pollution atmosphérique.

Les bases de l'organisation territoriale de proximité sont posées

Définition zonage et territoire de proximité

Les travaux de définition des territoires initiés en 2012 se sont concrétisés en 2013. Il s'agissait de définir, au sein des cinq territoires de santé de la région, des territoires d'action, de projet et d'animation, afin de soutenir une offre de santé de proximité (TSP) entre la population, les services et les professionnels de santé. Territoires ni trop grands pour rester proches, ni trop petits pour regrouper un nombre suffisant de services et d'acteurs locaux dans le domaine de la santé afin de permettre un travail en commun et une bonne intégration entre les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social.

Au nombre de cinquante-six, les territoires de santé de proximité sont le lieu d'animation des projets, à l'échelle de laquelle il est possible de structurer une offre complète et adéquate de services de

proximité et d'organiser localement les parcours de santé, afin de réduire les inégalités d'accès aux soins de proximité, grâce à une organisation territoriale adaptée. Les territoires de santé de proximité servent également à l'analyse des besoins et de l'offre de santé pour l'orientation des actions mises en œuvre par l'Agence.

Parallèlement ont été également définis les territoires sur lesquels vont se concentrer les mesures visant à renforcer l'offre de soins de premier recours. D'une part, des zones conventionnelles pluri-professionnelles et par profession de santé ont été élaborées, complétant les travaux réalisés pour les médecins généralistes en 2012. D'autre part, des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance ont été définis, afin d'élargir les zones sur lesquelles les mesures d'aides aux professionnels de santé doivent se déployer. C'est à cette échelle qu'est mise en place la coordination des acteurs de premier recours. L'objectif est de garantir sur chaque espace une offre de soins comprenant médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Les territoires ainsi définis ont été intégrés dans le Projet régional de santé lors de son actualisation annuelle arrêtée le 10 mars 2014.

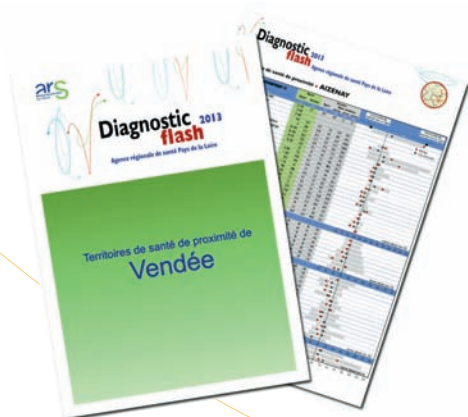


Indicateurs et diagnostics flash

Les diagnostics flash fournissent un ensemble de données statistiques sur les territoires de santé de proximité (TSP), dans l'objectif d'apporter des instruments d'aide à la décision aux différents acteurs de la politique de santé. Un catalogue de données a ainsi été défini, de façon à illustrer différents axes, soit directement sur les données de santé, soit sur des thématiques connexes populationnelles.

Ils s'inscrivent dans la suite des actions décidées par l'Agence dans le courant 2012 pour outiller les Délégations territoriales d'éléments objectifs afin de faciliter le déploiement de projets de déclinaison infra-territoriale du PRS pouvant faire l'objet de Contrats locaux de santé. Ils sont composés de blocs d'indicateurs offrant une vision globale des problématiques de santé dans un TSP :

- caractéristiques sociodémographiques ;
- santé des populations ;
- problèmes de santé ;
- déterminants de santé ;
- offre de soins de premier recours ;
- recours aux soins hospitaliers ;
- participation aux dépistages organisés des cancers ;
- périnatalité ;
- offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap ;
- offre d'accompagnement des personnes âgées.



Coopération entre les professionnels du premier recours

En 2013, l'ARS a mis en œuvre le Pacte territoire santé lancé fin 2012 qui s'adresse aux professionnels de santé du premier recours.

Les trois axes du Pacte territoire santé sont :

- changer la formation et faciliter l'installation des professionnels de santé ;
- transformer les conditions d'exercice ;
- promouvoir des investissements spécifiques dans les territoires isolés.

En Mayenne

Dans le cadre du Pacte territoire santé en 2013, plusieurs actions ont été menées en Mayenne :

- la définition de dix espaces d'équipes de soin (EES) dont cinq sont considérés comme fragiles au vu de leur démographie pluri-professionnelle et de leur accessibilité potentielle localisée. Des plans d'action ont été élaborés pour trois des cinq EES fragiles afin de garantir une offre de soins comprenant médecin généraliste/pharmacien/chirurgien-dentiste/infirmier/kinésithérapeute sur chaque espace. Le travail sera poursuivi en 2014 avec l'élaboration des deux plans d'action restants et la mise en œuvre des mesures d'amélioration définies ;
- la signature de deux contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) sur la commune de Vaisges. Il s'agit de deux jeunes femmes, médecins généralistes, qui se sont installées en Mayenne en 2013. D'autres jeunes médecins, qui comme elles ont effectué leurs stages en Mayenne auprès de médecins généralistes, devraient s'installer prochainement dans le département. Ces contrats de PTMG sont notamment susceptibles d'intéresser les jeunes professionnels titulaires d'un contrat d'engagement de service public (CESP) ;
- le développement du travail en équipe : la maison de santé pluri-professionnelle (MSP) de Meslay du Maine a contractualisé avec l'ARS pour améliorer la prise en charge des personnes âgées (dépendance à domicile, troubles de la nutrition). Les actions menées dans le cadre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération sur les trois sites retenus en 2010 (Pays de Mayenne, Sud-Ouest mayennais et Montsûrs) se sont poursuivies et ont intégré la dimension Parcours de santé des aînés. En effet, le travail en équipe pluri-professionnelle nécessite de dépasser le financement à l'acte. Quatre nouveaux projets de MSP ont vu le jour en 2013, et quatre autres projets se sont poursuivis, ce qui a nécessité un accompagnement du Comité d'accompagnement territorial des soins (CATS). L'aboutissement de tous ces projets devrait permettre un maillage presque complet du territoire mayennais.

Ils se déclinent en plusieurs actions telles que :

- l'intégration au sein du projet régional de santé d'espaces d'équipes de soins fragiles ayant permis d'analyser la fragilité des territoires d'un point de vue pluriprofessionnel et d'identifier les zones sur lesquelles l'Agence doit agir prioritairement ;
- la signature avec cinq médecins de contrats de praticien territorial de médecine générale ;
- la mise en place du plan d'action de recrutement pour développer des maîtres de stage en médecine générale dans les zones fragiles ;
- la signature avec onze maisons de santé de contrats visant au développement d'actions de prévention, de coordination et d'éducation thérapeutique du patient (86 % des maisons de santé de la région ont signé des CPOM) ;
- onze maisons de santé ont été accompagnées par le GCS e-santé en vue de l'acquisition de systèmes d'information pluriprofessionnels ;
- la mise en place de modules de formation sur l'installation au sein des facultés de médecine (déploiement en cours au sein des facultés d'odontologie et de pharmacie.

Le secteur ambulatoire et l'accès aux soins de premier recours sont également le lieu d'une forte mobilisation et d'animation territoriale. C'est au contact direct des professionnels libéraux que se construisent effectivement sur le terrain les actions destinées à garantir :

- l'accès aux soins, avec l'accompagnement et l'instruction des projets de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou la signature de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) pour maintenir une offre médicale de proximité ;
- l'organisation de l'accès aux soins médicaux urgents en infra-territorial avec la recherche de médecins correspondants du SAMU ;
- la déclinaison du bon usage des soins avec les campagnes de communication par territoire sur la Permanence des soins ambulatoire et l'usage du « 15 ».

Les comités d'accompagnement territoriaux de santé (CATS) constituent un outil majeur pour susciter, valider, accompagner de nombreux projets. L'ARS co-anime également, avec le préfet du département, le Comité départemental de d'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMUPS) et ses sous-commissions. Ces comités sont des lieux d'échange et de discussion avec les acteurs locaux, médecins, services d'urgence, transporteurs sanitaires et services de l'État, notamment sur le suivi et l'évaluation de la permanence des soins ambulatoires.



Le PTMG en Pays de la Loire

Parmi les engagements du pacte territoire santé lancé fin 2012 par le ministère des Affaires sociales et de la santé, le dispositif des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) vise à encourager l'installation de professionnels de santé dans les zones fragiles conventionnelles pluriprofessionnelles ou les futurs espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance. L'objectif est de garantir l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

Les bénéficiaires de ce dispositif sont les jeunes médecins généralistes, non encore installés ou installés depuis moins d'un an. Le contrat est prévu pour une durée maximale de deux ans (d'une durée d'un an renouvelable une fois).

Le PTMG signe un contrat avec son Agence régionale de santé, par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire identifié comme fragile ou sous vigilance par l'ARS du fait du manque de professionnels de santé.

Le signataire du contrat doit pratiquer les tarifs du secteur 1 de la Sécurité sociale et justifier d'une activité minimale fixée à 165 actes par mois. Le contrat prévoit également des engagements en termes de permanence des soins, d'actions de prévention, de dépistage, etc.

En contrepartie, le PTMG se voit garantir un complément de rémunération, calculé par différence entre un chiffre d'affaires mensuel fixé à 6 900 €/mois et le montant des honoraires qu'il aura réellement perçus compte tenu de son activité. Le montant maximum versé est de 3 105 €/mois. Il bénéficie également d'avantages en matière de protection sociale, notamment en cas de maladie et de maternité.

Un second HELISMUR sur le littoral pour la période estivale

Dorénavant, celui-ci sera maintenu sur quatre mois d'été et sera basé le reste de l'année sur Angers.

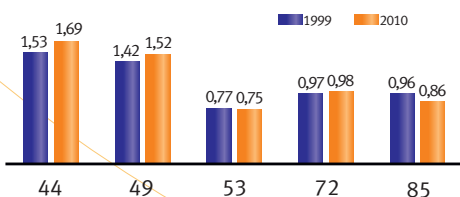
Les travaux sur la démographie des spécialistes

Suite aux travaux menés en 2012 avec les professionnels de santé sur la pédiatrie, la radiologie et l'anesthésie, l'ARS a réalisé une étude sur l'évolution et la répartition géographique des lieux d'exercice des médecins spécialistes pour huit spécialités : pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie, cardiologie, dermatologie, psychiatrie, radiologie et anesthésie.

Cette étude a permis de montrer que le nombre de médecins spécialistes a augmenté plus rapidement ces dix dernières années que la population, confortant ainsi l'offre de soins spécialisés dans notre région. En revanche, cette amélioration régionale globale masque d'importantes disparités infra-régionales, comme pour la population et les activités économiques, par une concentration dans les plus grandes villes et notamment les métropoles régionales (Nantes et Angers).

Forte de ce constat, une seconde partie de l'étude, démarrée fin 2013, porte sur l'analyse des flux de recours aux soins spécialisés de la population, de manière à mieux connaître localement les pratiques des habitants. L'objectif est de mieux articuler l'offre de soins primaires et spécialisés et d'engager les réflexions avec les acteurs sur l'accès aux soins spécialisés. Dans une logique de proximité des soins, cette analyse a permis à l'Agence de favoriser les consultations avancées de médecins spécialistes dans les maisons de santé pluriprofessionnelles majoritairement rurales.

Nombre de médecins spécialistes pour 1 000 habitants



Les Contrats locaux de santé : la synergie des politiques publiques sur les territoires de proximité

Les délégations territoriales sont en première ligne pour plaider auprès des élus et des acteurs de santé la pertinence de mener des actions ciblées sur chacun des territoires.

Sur la base des diagnostics flashs, de nombreuses réunions ont été conduites pour rencontrer collectivement territoriales, professionnels de santé ou associations, mettant en avant :

- la pertinence d'une approche globale de la santé : des impacts de l'environnement ou de certains comportements sur celle-ci, jusqu'à la prise en charge d'une pathologie, l'accompagnement d'une dépendance ;
- la nécessité de lancer des diagnostics approfondis sur le territoire défini pour partager des constats et cibler les priorités d'actions et de déterminer des plans d'action pour coordonner les acteurs vers des objectifs concrets ;
- l'intérêt de contractualiser pour s'engager sur des moyens et assurer un suivi dans le temps.

CLS on line!

Le site internet de l'ARS Pays de la Loire propose une page dédiée au suivi des signatures de CLS. Chaque fiche synthèses et contrats locaux sont mis en ligne et permettent aux usagers de suivre l'actualité des signatures. Un rappel des engagements de chaque signataire ainsi que les lettres de cadrage sont également à disposition.



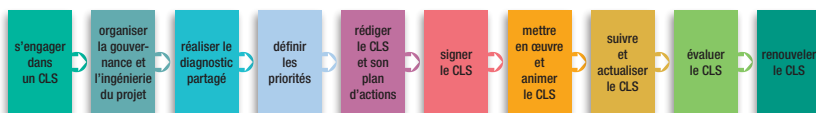
Cinq nouveaux Contrats locaux de santé (CLS) ont été signés en 2013, ce qui porte à huit le nombre total de CLS signés en Pays de la Loire : Trélazé (signé en mai 2012), Saint-Aignan (juillet 2012), Renazé-Pays craonnais (juillet 2012), Nantes (novembre 2012), Mayenne (janvier 2013), île d'Yeu (janvier 2013), La Roche-sur-Yon (avril 2013), Angers (septembre 2013), Allonnes-Coulaines-Le Mans (décembre 2013).

De nouvelles lettres de cadrage ont également été signées cette année : Baugé, Redon, Sablé-sur-Sarthe, Saint-Nazaire et Saumur. Les lettres de cadrage des territoires de Cholet et Laval sont quant à elles finalisées et feront l'objet d'une signature en début d'année 2014.

Pour les CLS en préparation, une aide importante a été apportée en 2013 afin de financer la réalisation des diagnostics partagés et d'accompagner l'avancement des projets. Dix territoires ont été retenus pour bénéficier de cet accompagnement par un prestataire extérieur :

- Ancenis (44) ;
- Saint-Nazaire (44) ;
- Baugé (49) ;
- Cholet (49) ;
- Saumur (49) ;
- Laval (53) ;
- Sablé-sur-Sarthe (72) ;
- Saint-Calais (72) ;
- La Châtaigneraie (85) ;
- Fontenay-le-Comte, Vendée-Sèvre-Autise, L'Herminault (85).

Le processus interne de la mise en œuvre d'un CLS a été formalisé et validé. La démarche s'organise autour du synoptique suivant :



Un des objectifs pour 2014 sera de décliner ce processus sous la forme d'un kit méthodologique, outil pragmatique et opérationnel ayant pour vocation d'aider les acteurs à avancer dans chaque étape de la démarche. Autre évolution pour 2013 : l'ARS a retenu trois thématiques « socles », qui doivent faire l'objet d'une négociation dans chaque projet de CLS. Ces thématiques sont :

- la prévention, la promotion de la santé et la santé-environnement ;
- l'accès aux soins, l'offre de santé, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- le parcours des personnes âgées ou des publics spécifiques.

Enfin, à compter de 2014, chaque CLS signé sera révisé annuellement, donnant lieu à la signature d'un avenant. Cet avenant aura notamment vocation à étendre le champ des CLS à ces trois thématiques socles.



Le CLS de Nantes

Le CLS de Nantes a servi de cadre en 2013 à un premier appel à projet conjoint entre l'ARS et la Ville de Nantes, d'un montant de 100 000 € pour chacun, donnant une vraie visibilité à la synergie des actions portées, ceci pour trois années consécutives. Sur la vingtaine d'actions retenues, 50 % relèvent de la nutrition, 25 % des addictions et 25 % de l'accès aux droits et aux soins.

La mise en place d'une coordination santé-précarité et d'un Conseil local de santé mentale, actions prévues à ce contrat, a été lancée fin 2013. Son élargissement à de nouvelles thématiques est en cours d'étude pour 2014.

De nombreuses actions initiées autour des parcours de santé des populations

Parcours santé des aînés

Zoom sur le département de la Mayenne

Le territoire de la santé de la Mayenne figure, avec sept autres sites, parmi les territoires retenus pour la mise en place du projet « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » autorisé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

2013 a permis de réaliser un diagnostic approfondi du territoire et de structurer les aspects de gouvernance et le partage des enjeux avec les acteurs et les partenaires.

La double rupture épidémiologique que nous vivons — le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population — impose de faire évoluer l'organisation de notre système de santé.

Partant des constats des acteurs de la santé et des données objectivées sur les ruptures des parcours de santé, l'ARS a œuvré tout au long de 2013 afin que notre système de santé soit en mesure de répondre aux nouveaux besoins de la population.

D'ici 2030, 33 000 nouvelles personnes dépendantes vivront en Pays de la Loire. En complément de l'adaptation des réponses existantes, l'ARS mène une politique d'innovation afin de préserver l'autonomie des personnes et de respecter leurs choix de vie en favorisant notamment la vie à domicile.

Tout au long de l'année écoulée, l'ARS a mis en place avec ses partenaires, Conseils généraux et Assurance maladie, une nouvelle gouvernance permettant de partager les enjeux relatifs aux parcours de santé des aînés.

En complément de la charte de gouvernance signée fin 2012 avec le Conseil général du Maine-et-Loire, trois nouvelles chartes « Parcours santé des aînés » ont pu être signées avec le Conseil général de la Mayenne, celui de la Sarthe et celui de la Vendée.

Sur les territoires infra-départementaux, se déploient des comités d'intégration des acteurs et des projets (CIAP) qui vont permettre aux professionnels de définir collégialement les règles de bonne conduite pour éviter les ruptures dans le parcours de la personne.

Cette approche « parcours » est également au centre de l'analyse et du déploiement de l'offre de soins et d'accompagnement dans les travaux

conduits par les délégations territoriales avec leurs partenaires institutionnels et les gestionnaires de structures ou les professionnels de santé. Ainsi, les schémas des structures d'accueil de jour pour les personnes âgées ont été finalisés en 2013 avec les Conseils généraux.

C'est également le fil conducteur de la déclinaison des schémas de structure à destination des personnes en situation de handicap, ou de l'accompagnement de la restructuration de certains établissements médico-sociaux.

Les délégations territoriales sont les interlocuteurs de proximité des établissements, et sont tout particulièrement mobilisées dans des situations complexes ou de crise, qu'elle qu'en soit la nature.

Création et déploiement de plateformes de services afin d'améliorer le parcours des personnes âgées

Les plateformes de services s'inscrivent dans l'action conduite par l'ARS en matière de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : il s'agit ainsi de passer d'une organisation centrée sur les pathologies ou des opérateurs de santé à une organisation transversale du système de santé.

L'objectif est d'optimiser la coordination des services d'accompagnement tout en améliorant le service rendu.

Reposant sur des gestionnaires de dispositifs médico-sociaux d'aide à domicile :

- accueil de jour (AJ) ;
- hébergement temporaire (HT) ;
- services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- équipes spécialisées Alzheimer (ESA) ;
- services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ;
- plateformes de répit (PFR).

Les plateformes de service ont pour objectif, sur un territoire de proximité, de :

- faciliter l'adaptation des réponses aux besoins évolutifs de la personne (passage d'un type d'accompagnement à un autre) ;
- favoriser un suivi individuel et un accompagnement personnalisé

Une évaluation d'acteurs : les Équipes mobiles de gériatrie (EMG)

Au premier trimestre 2013, une évaluation des EMG a été pilotée par l'ARS Pays de la Loire, afin de définir des orientations visant à optimiser la place et le rôle des EMG dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire régional.

Une enquête globale a été réalisée auprès des seize EMG de la région et de leurs partenaires hospitaliers et extra-hospitaliers, soit près de 400 personnes contactées avec un taux de réponse supérieur à 30 %. Des investigations de terrain ont également été menées, avec notamment des groupes de travail pluriprofessionnels organisés autour de cinq bassins de soins : Angers, Le Mans, Nord Mayenne, Fontenay-le-Comte et Saint-Nazaire.

Le travail évaluatif a permis de déterminer que si, malgré leur hétérogénéité, les apports de ces équipes sont globalement reconnus, leur potentiel n'est aujourd'hui pas totalement exploité. Le développement de la maturité des EMG est donc prioritaire.

Leur principal défi est de poursuivre leur développement en consolidant l'offre intra-hospitalière et en concentrant leurs efforts sur une approche centrée sur une expertise à haute valeur ajoutée. Ce n'est qu'une fois cette maturité acquise que son ouverture vers l'extra-hospitalier est à valoriser, dans la logique de la Stratégie nationale de santé et du Projet régional de santé de positionnement des établissements de santé en second recours. Elle devra se faire à travers une diffusion de la culture gérologique vers la ville et une meilleure visibilité de leur expertise gériatrique au bénéfice de la fluidité du parcours des personnes âgées.

(rendu possible par l'existence d'un dossier unique par personne accompagnée);

- favoriser la souplesse et la réactivité de la réponse;
- assurer la continuité des parcours en garantissant une meilleure coordination entre les interventions et les acteurs ainsi qu'en identifiant les points de rupture et en pointant les situations d'inadéquation entre les besoins et les réponses apportées;
- assurer une meilleure lisibilité au niveau local;
- participer au déroulement fluide du parcours;
- prévenir les hospitalisations inutiles ou faciliter un retour précoce au domicile;
- participer à l'accompagnement des aidants.

Elles comportent *a minima* 60 places (dont au moins 6 places d'accueil de jour, 30 places de SSIAD ou SPASAD et 10 places d'hébergement temporaire) et doivent reposer sur un partenariat local large (MAIA, CLIC, structures sanitaires, médico-sociales et sociales, équipes mobiles d'adaptation-réinsertion...).

L'ARS a accompagné le déploiement de ces plateformes de service au niveau financier et méthodologique

Dans le cadre de l'appel à candidature lancé par l'ARS, 19 dossiers de candidature ont été déposés:

- 8 dossiers ont été acceptés;
- 5 dossiers ont été refusés;
- 6 dossiers vont être accompagnés en vue d'une labellisation.

Suivi des recommandations de l'évaluation sur le suicide

Le risque de suicide est un enjeu fort pour les Pays de la Loire. Les réflexions et travaux menés montrent l'intérêt de renforcer la coordination, les échanges et les partenariats transversaux sur le sujet. Un colloque a été organisé en février 2013 autour de la lutte contre le suicide.

Faire le point sur ce qu'il faut faire ensemble, sur la manière de le faire, sur l'efficacité des actions déjà conduites, constitue un axe important de travail à prioriser rapidement pour rendre concrètes les actions à mener. Un colloque, prévu en 2014, a été préparé en 2013 sur les Parcours de santé. Un partenariat avec la DRJCS est initialisé sur les questions de logements des personnes vivant avec un handicap psychique.

Suite à l'évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide réalisée en 2012, quinze pistes d'améliorations (recommandations et préconisations qui en découlent) ont été retenues pour constituer le plan d'action de lutte contre le suicide de l'ARS Pays de Loire durant la durée du PRS.

En 2013, il a été choisi de prioriser, dans le volet « maîtrise des risques », les recommandations relatives aux formations des acteurs, dans le volet « la proximité organisée », les recommandations relatives au développement de la politique d'animation départementale: coordination des bénévoles associatifs et professionnels de santé, articulation des professionnels du secteur public et du secteur privé, intégration de la thématique dans les Contrats locaux de santé et amélioration de la coordination des politiques publiques au niveau régional.

Des actions spécifiques sont planifiées avec les acteurs de terrain sur les territoires de la Loire-Atlantique, de la Vendée, de la Sarthe et de la Mayenne.

Les articulations entre les secteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux sont facilitées par les rencontres entre des professionnels issus de champs complémentaires.



Psychiatrie : réponses aux situations de particulière intensité et développement des Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Dans le domaine de la santé mentale, le Projet régional de santé insistait sur la mise en place de filières à même de faciliter l'accès à l'expertise et de fluidifier les parcours. La graduation des réponses passe par l'offre de différentes prises en charge sans hébergement à développer sur la région, y compris des réponses expérimentales.

Le dispositif de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile apparaît comme une nouvelle modalité de soins sans hébergement, au plus proche de l'environnement sociétal de la personne, en coordination avec l'ensemble des acteurs autour de celle-ci. Il vise à proposer, lorsque c'est possible, une alternative à une hospitalisation à temps complet lors d'un épisode de la maladie psychiatrique nécessitant des soins hospitaliers de particulière intensité (en référence à la circulaire DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile). Ce dispositif se distingue des soins ou d'accompagnements à domicile qui s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge de la maladie et qui n'ont pas un caractère hospitalier, ni l'intensité prévue par cet appel à projet.

Un appel à projet a été lancé à la fin de l'année 2012, avec comme objectif la mise en place, sur le territoire régional, d'une modalité expérimentale de soins, en réponse à des besoins identifiés par des professionnels et s'appuyant sur un cahier des charges. Le cahier des charges précisait les éléments de cadrage des projets : les objectifs attendus, le public (adulte ou dyade mère-enfant), les modalités d'intervention et les équipes.

Cinq établissements, situés dans trois territoires de santé, ont adressé leurs projets. Après un rééquilibrage des aspects financiers, quatre d'entre eux ont pu être retenus :

- Césame (Maine-et-Loire) ;
- CHS de Blain (Loire-Atlantique) ;
- CHU de Nantes (Loire-Atlantique) ;
- CHS de Mazurelle (Vendée), avec la spécificité pour ce dernier d'un suivi mère-bébé.

Au total, le financement consacré par l'ARS à cette expérimentation s'élève à 910 646 €. La mise en place du dispositif a commencé en 2013 et une évaluation est prévue par la suite.

Les GEM

Le GEM peut se définir comme un collectif de personnes animées d'un projet d'entraide et doit permettre aux personnes qui le fréquentent de retrouver une vie sociale satisfaisante et le cas échéant de recourir à un accompagnement adapté. C'est une association d'usagers adhérents, dont l'objectif est de favoriser des temps d'échanges d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide entre les adhérents. Les personnes susceptibles de fréquenter un GEM sont des adultes que des troubles de santé mettent en situation de fragilité.

L'autonomisation des adhérents et la rupture des situations d'isolement sont des objectifs prioritaires à atteindre. Les adhérents doivent pouvoir participer activement au fonctionnement du GEM.

Les partenariats avec l'environnement institutionnel et socio-économique sont essentiels pour favoriser une réintégration des personnes dans la cité. Des partenariats sont souvent développés avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, les acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement, le milieu associatif, avec les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle et le secteur du logement.

En termes de financement, l'ARS verse une subvention pour permettre aux GEM notamment de recruter et de rémunérer les animateurs. L'enveloppe de moyens dédiée par l'ARS pour un fonctionnement année pleine s'élève à 1 648 000 € en 2013.

Le développement des GEM

En 2012, la région disposait de 18 GEM. Un appel à candidature lancé fin 2013 a permis la création de 5 nouveaux GEM (pour 11 candidatures reçues). Sur 23 GEM subventionnés, 19 accueillent des usagers présentant un handicap psychique et 4 accueillent des personnes cérébro-lésées. La subvention accordée à chaque nouveau GEM de la part de l'ARS est en moyenne de 75 000 €.

Le GEM dispose d'un Conseil d'administration composé de ses adhérents. Les activités peuvent être proposées aussi bien par les animateurs que par les usagers eux-mêmes.

Outre l'ARS, les financements de ces groupes peuvent également provenir des communes et des conseils généraux.

Cinq questions évaluatives

- 1) La politique régionale de santé permet-elle une prise en compte de la grande vulnérabilité dans les actions, les programmes, les politiques et *in fine* dans les éventuels dispositifs de santé chez les partenaires de l'ARS ?**
- 2) Comment la politique régionale de santé favorise-t-elle la mise en place d'outils de recueil et de valorisation de la parole des personnes en grande vulnérabilité ?**
- 3) La politique régionale de santé apporte-t-elle les outils adéquats pour éviter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de grande vulnérabilité identifiées lors de l'élaboration du PRS ?**
- 4) Comment la politique régionale de santé pourra-t-elle contribuer à améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de grande vulnérabilité ?**
- 5) La politique régionale de santé peut-elle permettre aux acteurs, promoteurs et établissements de mettre en œuvre la démarche « d'aller vers » ?**

Personnes en situation de vulnérabilité

Le Projet régional de santé prévoit, outre son évaluation finale, la réalisation de six évaluations intermédiaires assises sur des thématiques populationnelles, ayant vocation à permettre un ajustement du PRS en cours de mise en œuvre si cela est nécessaire, d'une part, et à en préparer l'évaluation finale, d'autre part.

Lancée en avril 2013, l'évaluation de la politique de santé en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité s'inscrit dans ce cadre. En répondant à cinq questions évaluatives (voir encadré), cette évaluation a vocation à mesurer les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS sur les populations cumulant des problèmes de santé et de précarité. Elle doit aboutir à l'émission de recommandations pour la conduite de cette politique. Le pilotage de la démarche a été confié au Directeur du Projet régional de santé, et la réalisation à une équipe d'évaluation composée de deux cadres du Département d'évaluation des politiques de santé et dispositifs.

Une démarche participative

Le pilotage d'une évaluation repose sur la participation des différentes parties prenantes de la politique évaluée, aussi le comité de pilotage de cette évaluation est-il transversal (trois directions de l'ARS y sont représentées), intersectoriel (la DRJSCS et l'Assurance maladie y sont représentées), et ouvert sur la société civile (la moitié des membres, désignée par la CRSA, représente les opérateurs, les usagers et un expert).

Un programme d'investigations très diversifié

L'ampleur de la politique évaluée et le champ large ouvert par les questions évaluatives ont amené à la réalisation d'un programme d'investigation ambitieux : outre un travail de recherche et d'analyse documentaires, 83 entretiens individuels ou collectifs ont été menés (158 personnes concernées), deux enquêtes par questionnaire dématérialisé et une enquête téléphonique ont été réalisées, et deux investigations, enfin, ont été confiées à des opérateurs extérieurs sous pilotage de l'équipe d'évaluation.

La remise du rapport d'évaluation à la Direction générale de l'ARS doit intervenir fin mars 2014. Un avis sera demandé à la CRSA sur ce rapport. Les recommandations qui seront retenues alimenteront la feuille de route de l'ARS sur les personnes en situation de précarité.

Personnes confrontées à une addiction

L'amélioration du parcours des personnes confrontées à une addiction est une priorité de l'ARS. La réflexion s'inscrit dans le cadre des orientations stratégiques du Projet régional de santé et des enjeux de la Stratégie nationale de santé.

La volonté de l'ARS est de constituer une offre de santé intégrant ses diverses composantes (dépistage, prévention, accompagnement, soins), plus lisible, plus accessible pour faciliter le parcours des personnes et l'articulation entre les acteurs professionnels.

Un large travail d'évaluation des six réseaux départementaux addiction des Pays de la Loire, a été mené en concertation très étroite avec les acteurs concernés. Ces travaux concluent à la nécessité de modifier l'organisation de l'offre de santé en addictologie.

Les premières mesures ont été mises en œuvre.

La création d'une structure régionale d'appui et de recours à l'expertise (SRAE)

L'appel à candidature pour créer une structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) en addictologie a été publié fin octobre 2013 par le département coopération et parcours de santé de la DEO. L'Union régionale de réseaux et d'associations en addictologie des Pays de la Loire (URRAA) s'est portée candidate. Une réunion se tiendra le 2 avril 2014 à l'ARS pour affiner les priorités et modalités de mise en œuvre concrète dès 2014.

La réorganisation des CSAPA et des réseaux départementaux

Une réunion des opérateurs réseaux et CSAPA, animée par le responsable de la délégation territoriale, s'est tenue dans chaque département pour évoquer les enjeux et l'impact au niveau territorial. Il s'agira, pour donner plus de force aux actions des différents professionnels, de :

- déterminer les territoires d'action des CSAPA sur lesquels n'intervient qu'un seul opérateur. Le soutien d'un cabinet conseil dans les territoires où interviennent plusieurs opérateurs a été financé par l'ARS pour leur apporter un soutien méthodologique ;
- identifier les compétences à renforcer pour que chaque CSAPA soit en capacité de couvrir l'intégralité des addictions, notamment sur les problématiques émergentes ;
- structurer l'animation et l'articulation des acteurs de proximité.

Personnes vivant avec autisme ou troubles du comportement

Trois avancées régionales méritent d'être soulignées :

- la mise en place du nouveau Centre de ressources autisme (CRA) et de sa gouvernance. Un groupement de coopération social et médico-social a été créé : composé d'une cinquantaine de membres fondateurs, il constitue un espace d'échanges et de concertation spécifiquement dédié aux problématiques de l'autisme entre les représentants des familles, des professionnels et du CRA ;
- le renforcement de l'offre médico-sociale ;
- une offre « diagnostic » territoriale structurée et graduée :
 - > les diagnostics simples réalisés en proximité par les CAMSP, les centres médico-psychologiques (seize secteurs en région Pays de la Loire) et les services de psychiatrie des établissements de santé, six d'entre eux ayant été financés pour constituer des équipes dédiées autisme/TED (deux en Loire-Atlantique, une dans chacun des autres départements),
 - > les diagnostics complexes réalisés par les équipes spécialisées du CRA.

Les coopérations entre établissements et les restructurations se poursuivent

Schéma de la biologie

Le champ de la biologie médicale a fait l'objet d'une réforme de grande ampleur initiée par l'ordonnance du 13 janvier 2010 et ratifiée par la loi du 30 mai 2013.

Des travaux ont été menés au sein d'un groupe de travail piloté par l'ARS en lien avec la FHF, l'URPS biologistes et une représentation des usagers de la CRSA. Parallèlement, la FHF a conduit une réflexion sur les réorganisations de la biologie hospitalière qui devraient aboutir en 2014.

La modification du PRS sur ce champ était nécessaire afin de rendre opérationnel les mécanismes de régulation de l'offre de biologie définis par le code de la santé publique.

Aujourd'hui, le PRS intègre :

- une définition des besoins en biologie médicale de la population ligérienne exprimés en nombre d'examens par territoire de santé, qui fait apparaître la nécessité de renforcer l'offre de biologie en Vendée et Mayenne et de limiter la création de nouveaux laboratoires en Maine-et-Loire et en Sarthe :
 - › un état des lieux des regroupements de laboratoire mentionnant que le processus de recomposition de l'offre de biologie doit être poursuivi plus spécifiquement dans le secteur public et que les opérations de fusion ne devront pas dégrader les conditions d'accessibilité à l'offre de prélèvement,
 - › des objectifs en matière de qualité et de pertinence des soins en biologie médicale incitant les biologistes et cliniciens à mener des réflexions sur les pratiques et se traduisant notamment par un suivi du processus d'accréditation, la nécessité de prendre en compte les spécificités de la biologie hospitalière, d'optimiser les plateaux techniques et d'améliorer les systèmes de management de la qualité.
- un état des lieux de l'organisation de la permanence des soins en biologie médicale.

Schéma régional d'investissement

Le pacte de confiance pour l'hôpital prévoit de déployer une nouvelle stratégie d'investissements sur le secteur de la santé.

Afin d'assurer la mobilisation la plus efficiente des ressources, de soutenir le Projet régional de santé, l'ARS s'est engagée dans l'élaboration d'un Programme régional d'investissement en santé couvrant l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire, médico-social et des soins en ville (MSP, centre de santé...).

Cette démarche stratégique et transversale a pour objectif prioritaire de promouvoir la qualité, la pertinence et l'articulation des investissements portés par l'ensemble des acteurs de l'offre de santé au cours des dix prochaines années dans le domaine de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information.

Elle rompt avec la logique de plan menée ces dernières années et leurs effets négatifs (mobilisation massive, surdimensionnement, surendettement, logique d'opportunité, logique d'acteur...). Il conviendra d'assurer une plus grande régularité des investissements et une plus grande sélectivité dans les choix au niveau local.

L'objectif prioritaire est de garantir la cohérence des investissements à l'échelle d'un territoire prévus à court et moyen terme, sur l'ensemble des champs de prise en charge, pour répondre aux besoins actuels et futurs. La première pierre de cette démarche a été réalisée en mettant en avant les problématiques propres à la région en matière d'investissement et les grands axes prioritaires de la politique d'investissement en fonction des orientations stratégiques du PRS.

Pour illustrer la démarche, certains projets ont été jugés prioritaires en matière d'investissement tels que :

- le projet Île-de-Nantes - création d'un hôpital universitaire du ^{xxi}e siècle : reconstruction sur l'île de Nantes de la totalité du court séjour adulte (phase 1) et transfert des activités Femme, Mère et Enfant, du SAMU-SMUR-CESU (phase 2) ;
- le territoire numérique au service des parcours de santé (Mayenne, Vendée) : projet de système d'information ayant pour objet la prévention de l'hospitalisation, le maintien à domicile et le suivi du parcours des personnes âgées ;
- le système d'information des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : accompagnement de trente-six MSP dans l'acquisition d'un logiciel interprofessionnel ;
- la reconstruction de l'Institut des Hauts-Thébaudières (Loire-Atlantique) ; restructuration de l'institut (locaux inadaptés, vétustes) et recentrage d'une partie de l'activité sur l'accueil de jeunes présentant des troubles envahissants du développement.

Pour mener cette démarche, l'ARS s'appuiera notamment sur un groupe de travail (membres de l'ARS, membres de la CRSA dont les représentants des fédérations). Cela conduira à mener un inventaire du patrimoine existant et à développer des outils d'analyse (rapport d'évaluation préalable des investissements).

Par ailleurs, la région des Pays de la Loire sera pilote au niveau national pour déployer un outil d'inventaire et de gestion du patrimoine. Cet outil permettra d'accompagner les établissements dans la modernisation de la gestion de leur patrimoine immobilier. Une bonne connaissance du patrimoine est en effet un préalable indispensable à une gestion active. Il s'agit aussi de disposer d'outils et de tableaux de bord pour aider les établissements à piloter leurs coûts immobiliers, d'identifier les situations à risque, de sécuriser les arbitrages et d'objectiver la programmation des opérations immobilières.

Principaux investissements 2013

Le projet de reconstruction du CHU de Nantes a été validé au niveau national

L'année 2013 a été marquée par la validation par le Comité de la performance d'offre de soins (COPERMO) du projet de reconstruction du CHU de Nantes sur l'Île-de-Nantes et la création d'un hôpital universitaire du XXI^e siècle.

Ce Comité interministériel a été mis en place en 2013 pour conduire une démarche globale visant à fixer à tous les projets d'investissement des objectifs ambitieux ainsi que des critères de qualité exigeants, garantissant à la fois pertinence du projet, insertion des opérations dans la politique régionale de l'offre de soins et la maîtrise de la dépense publique. Sur la base d'un dossier d'évaluation et une contre expertise indépendante, le Comité a émis un avis favorable sur cet investissement jugé exemplaire et ambitieux. Parallèlement, le conseil de l'immobilier de l'État a confirmé cette évaluation dans son avis sur la stratégie immobilière du CHU de Nantes.

Le projet, d'un montant 867 M€ TTC, fait l'objet d'un accompagnement important de l'État à hauteur de 225 M€, soit 26 % du projet. La livraison de la première tranche est prévue au plus tard en 2022. La mise en œuvre du projet fera l'objet d'un suivi rapproché de l'Agence afin que les engagements pris soient respectés.

Une dynamique d'investissement en santé soutenue par l'ARS

DU CÔTÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dans la continuité de la démarche du Schéma régional d'investissement, les investissements suivants, jugés prioritaires, ont été accompagnés financièrement pour un montant total supérieur à 27 M€ (mesures nouvelles sur la partie sanitaire) dans leur mise en œuvre : reconstruction du site hospitalier du Loroux-Bottereau (44), regroupement des cliniques Saint-Augustin et Jeanne-d'Arc sur le site de la polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain (44), regroupement sur un même site de la capacité sanitaire des hôpitaux Chalonnes-sur-Loire et Saint-Georges-sur-Loire (49), construction d'un CMP par le CHS de Daumezon (44), création d'un bâtiment ambulatoire au CH du Mans (72), hôpital local du Lude (72), CH Loire-Vendée-Océan (85), CH de Laval (53).

DU CÔTÉ DES SOINS DE VILLE

L'accent a été mis sur l'accompagnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans l'acquisition d'un logiciel interprofessionnel afin d'assurer un meilleur suivi du patient et dans l'assistantat à la maîtrise d'ouvrage (choix technique...). Une dizaine de projets est accompagnée chaque année.

Permanence des soins : ne vous déplacez pas, téléphonez !

En 2013, L'ARS lance une campagne de communication dans toute la région, pour inciter les usagers à recourir à l'appel téléphonique en cas de problème de santé en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux :

« **Besoin d'un médecin ? Téléphonez !** »

Aux heures de permanence des soins (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés), les personnes rencontrant un problème de santé peuvent être conseillées par un médecin, sans avoir à se déplacer aux urgences. Un simple appel permet de bénéficier d'une prise en charge adaptée en fonction du diagnostic réalisé par téléphone.

Selon la gravité du problème de santé identifié, plusieurs cas de figure sont possibles :

- conseil téléphonique (médicament à prendre, gestes à adopter...);
- prise de rendez-vous à la maison médicale de garde;
- déplacement du médecin;
- déplacement de la personne malade aux urgences.

La permanence des soins est organisée dans chaque département par les ADOPS (Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins) et le SAMU, qui se coordonnent pour assurer la régulation des appels. Dans les agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire, SOS Médecins participe également au dispositif de permanence des soins.

La campagne s'appuie sur différents vecteurs de communication

UNE AFFICHE ET DES CARTES PETIT FORMAT

Ces documents ont été adressés par courrier la première quinzaine d'octobre aux médecins et pharmaciens de la région par le service communication. Il leur a été donné la possibilité de commander des exemplaires supplémentaires pour les diffuser à leurs patients.

Un e-mailing à l'ensemble de nos partenaires a offert également la possibilité de commander des affiches et des cartes pour diffusion dans les lieux d'accueil du public.

UNE CAMPAGNE RADIO

Un message de trente secondes a également été diffusé sur les ondes régionales entre le 14 et le 27 octobre 2013. Le message donnait le numéro correspondant à chaque département.



UNE CAMPAGNE PRESSE

Une conférence de presse a été organisée dans chaque département de la région, dans les locaux de l'ARS, pour présenter aux médias le dispositif mis en place localement. Les ADOPS et SAMU de chaque département (et SOS Médecins à Nantes et Saint-Nazaire), furent associés à ces conférences de presse. Les médias furent des relais précieux pour informer le grand public sur l'utilité de recourir à l'appel téléphonique pendant les heures de permanence des soins et pour préciser le numéro à contacter.



l'action de l'ARS
au cœur
des territoires

Renforcement de la transversalité

L'action de l'ARS 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 ainsi que des spécificités des territoires pour améliorer l'état de santé de la population et augmenter l'efficacité des actions et acteurs qui y contribuent.

Ceci implique en premier lieu que l'ARS elle-même soit organisée sur un mode transversal permettant cette approche et accorde, dans son projet d'Agence, une attention particulière aux compétences nécessaires pour cela. Volonté forte du législateur, la démocratie sanitaire et les relations avec les usagers sont au cœur des missions de l'ARS : l'ensemble des acteurs de santé - patients, usagers, professionnels, élus sont les partenaires du système de santé dans sa globalité, sur le territoire régional et dans les territoires de santé.

Appuyée sur une forte structuration régionale et territoriale, la promotion de la prévention et de la protection de la santé porte un enjeu majeur de mobilisation et d'association des partenaires, dans la durée comme en situation de crise.

En 2013, avec la poursuite de la structuration de l'organisation du premier recours dans les territoires et la mise en œuvre opérationnelle du Pacte territoire santé, cet enjeu territorial s'est fortement accru.

L'approche « parcours » est au centre de l'analyse et du déploiement de l'offre de soins et d'accompagnement de l'efficacité de l'offre. Elle est aussi au cœur de l'action dans les travaux conduits par les délégations territoriales avec leurs partenaires institutionnels et les gestionnaires de structures ou les professionnels de santé.

Dans cette organisation, directions « métiers » et délégations territoriales se complètent et se confortent pour garantir un niveau d'expertise élevé au plus près des besoins des acteurs et partenaires de toutes dimensions.

Les délégations territoriales sont les interlocuteurs de proximité des établissements, l'interface avec les partenaires au niveau des territoires de santé - de niveau infra-régional, professionnels de santé, associations, établissements et plus largement les conseils généraux, les communes et communautés de communes, la préfecture et ses directions départementales.

Renforcement de la transversalité

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 constituent ensemble un principe clef d'organisation et d'action pour l'Agence.

Le Département Pilotage de la transversalité interne, créé en décembre 2012 et rattaché à la Direction générale, assure la réponse aux besoins de la coordination transversale et de la conduite du pilotage interne. Il contribue au développement des outils, méthodes et moyens, à la recherche de l'efficacité et de la performance interne, à la maîtrise des risques dans le cadre de l'exercice des missions, activités et processus. Il coordonne la mise en place des systèmes d'information, les travaux d'efficacité et performance des processus d'activités et le fonctionnement des projets transversaux.

Au cours de cette première année, deux axes de travail ont été priorités : la mise en place et consolidation des outils de pilotage et le renforcement de la coordination sur les projets transversaux et les travaux sur les processus.

La mise en place et consolidation des outils de pilotage stratégique de l'Agence

Avec la construction et la mise en service des trois outils de pilotage pour permettre une meilleure visibilité dans la conduite stratégique des activités sur l'année :

- un calendrier pour le suivi du pilotage annuel des onze activités stratégiques :
 - › l'élaboration des actions prioritaires et des feuilles de route pour la mise en œuvre annuelle du PRS,
 - › l'actualisation annuelle du PRS,
 - › la gestion du Fonds d'intervention régional (FIR),
 - › l'organisation du *reporting* stratégique pour le dialogue de gestion CPOM État/ARS,
 - › les allocations ressources et suivis budgétaires,
 - › la contractualisation avec les établissements de santé,
 - › le suivi des appels à projets dans le cadre de l'organisation de l'offre,
 - › l'observation et l'analyse,
 - › le suivi de la qualité de l'offre en santé : inspections, contrôle, audit,
 - › le développement des compétences internes à l'ARS,
 - › le suivi des dépenses de santé,
- un tableau de bord pour le pilotage des actions annuelles prioritaires pour l'Agence et des feuilles de route pour le suivi du PRS et la consolidation de la pratique de *reporting* et de bilan d'activités ;

- un tableau de bord de pilotage des indicateurs stratégiques annuels et infra-annuels.

Le renforcement de la coordination sur les projets transversaux et les travaux sur les processus

Avec la mise en place d'un pilotage interne intégré aux missions du Département Pilotage de la transversalité interne, pour faciliter le déploiement des projets et la recherche de résultats efficaces :

- projets s'inscrivant dans le cadre de la mise en place des systèmes d'information avec pour ciblage cette année le projet national HAPI, SI élargi à tous les champs d'allocations des ressources et le projet local à l'étude pour l'acquisition d'un outil de pilotage pour le suivi du PRS. L'ingénierie de pilotage de la gouvernance des systèmes d'information sera mise en place l'année prochaine ;
- processus travaillés cette année et s'inscrivant dans le cadre de la recherche de performance et d'efficacité internes sur les processus : avis sanitaires, circuit courrier, délégations de signature, circuit d'autorisation pour les pharmacies à usage interne...

Par un accompagnement continu des groupes transversaux structuré autour de populations ou thématiques santé, pour consolider la pratique d'élaboration et de suivi de leur feuille de route annuelle.

Projet social de l'Agence

Ressources humaines

Accompagnement de la vie professionnelle des agents

2013 a été une année de continuité et de renforcement de la politique sociale de l'ARS. Concernant les ressources humaines, trois faits marquants sont à noter :

- suite à une négociation avec les partenaires sociaux, un accord-cadre sur la diversité et un accord sur la diversité des âges ont été signés. Ces accords ont pour objectif de prévenir tout risque de discrimination et de promouvoir la diversité au sein de l'Agence. Ils se basent sur le respect, la reconnaissance et l'enrichissement interpersonnel de tout à chacun ;
- la mise en œuvre effective de la réglementation sur la CDIisation des contractuels de droit public a permis de diminuer le nombre de situations précaires au sein de l'Agence. Une douzaine de contractuels se sont vus ainsi proposer un CDI. De plus, dans le cadre du dispositif « Sauvadet » de titularisation, quatre agents ont réussi leur concours en 2013 ;
- l'ARS Pays de la Loire est une des quatre ARS pilotes dans la mise en œuvre du logiciel GRH, nouvel outil de paie pour les agents sous conventions collectives UCANSS. Permettant une professionnalisation de la fonction paie, cet outil est effectif depuis le 1^{er} janvier 2014.

29

**mouvements internes,
44 départs et 46 arrivées,
1 616 jours de formation**

Logistique

- diversification de l'offre de restauration collective des agents du site nantais : un accord a été passé avec deux nouveaux restaurants, ce qui a permis de diversifier l'offre de restauration collective des agents du site nantais et de porter à trois le nombre de restaurants qui leur sont ouverts. Ainsi le RIA de la MAN et de l'INSEE reçoit régulièrement soixante agents de l'ARS.
- travaux, aménagements et déménagements : trois sites sont à considérer dans le cadre de ces opérations. Le site de la Roche-sur-Yon a libéré quelques bureaux occasionnant des déménagements. Sur le site d'Angers, les agents ont été regroupés sur un seul bâtiment. Cette opération qui a duré deux mois a nécessité un budget de 32 638 €. Enfin la réorganisation des services de l'ARS, effective depuis décembre 2012, s'est traduite par une réorganisation immobilière au sein des locaux du site nantais. Dans ce cadre, de nombreux travaux de cloisonnement ont été menés. Cent trente-trois agents ont ainsi déménagé. Cette opération qui a duré un mois a nécessité un budget de 47 375 €, dont 7 900 € pour l'achat et l'aménagement du nouveau mobilier.



Informatique

Le Département Informatique et bureautique s'inscrit pleinement dans la recherche de qualité et d'efficacité.

Le renouvellement des postes informatiques s'est poursuivi, l'utilisation des outils d'accès distant s'est développée.

En 2013, quatre domaines ont particulièrement mobilisé le service :

- côté réseau, pour les Délégations territoriales de Maine-et-Loire, de Mayenne et de Vendée, les plans d'adressage ont été refondus et les matériels actifs renouvelés. En 2014 l'ARS se dotera du nouveau RIE (Réseau interministériel de l'État) ;
- les serveurs bureautiques de chaque site ont été remplacés par un serveur régional plus puissant et à l'état de ART, avec reprise intégrale des données ;
- côté applicatif, l'outil de réservation des ressources GRR a été ouvert ;
- côté organisation, la révision de l'organigramme général de l'ARS a fortement impacté l'arborescence des fichiers et des droits, l'annuaire d'authentification et l'installation physique des agents et de leurs matériels.

Enfin, des jalons sont posés sur deux chantiers qui aboutiront en 2014 : le déménagement de la Délégation territoriale de la Sarthe vers le site PAIXHANS et la réorganisation du Département.

Département Appui juridique et documentation

CELLULE JURIDIQUE

- 26 nouveaux contentieux traités ;
- 40 mémoires rédigés (incluant les 26 nouveaux contentieux + mémoires en réplique) ;
- 457 réponses juridiques sur la BAL.

CELLULE DOCUMENTAIRE

- panorama de presse : 3 527 articles sélectionnés en 252 panoramas ;
- veille réglementaire : 776 textes (lois, décrets, arrêtés, circulaires, instructions) signalés et résumés ;

- Actudocnet : 23 numéros signalant et résumant 698 informations web (rapports, études, articles...) ;
- 7 veilles documentaires spécialisées adressées mensuellement ;
- 245 recherches documentaires réalisées ;
- achat de 121 ouvrages ;
- gestion de 154 abonnements ;
- prêt de 242 ouvrages et revues.

ARCHIVES

- Tri et archivage dossiers DDASS 49 : 497 boîtes d'archives réalisées, inventoriées et classées ;
- 8 rencontres avec les services pour préparation des versements ;
- 29 lots d'archives déposés représentant 741 boîtes ;
- 5 472 boîtes d'archives entreposées et inventoriées en décembre 2013.

Prévention - santé au travail

ÉTABLISSEMENT DU PREMIER BAROMÈTRE SOCIAL

- 12 questions ;
- 220 réponses.

DÉMARRAGE DE L'ÉTUDE SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) ET L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'objectif est de prendre en compte les RPS et de les prévenir en :

- identifiant les facteurs de risques et les populations plus particulièrement exposées au sein de l'ARS ;
- identifiant les conséquences des RPS ;
- élaborant un plan d'actions pour améliorer la qualité de vie au travail ;
- créant et maintenant une dynamique humaine et positive par la mise en place d'une démarche participative, mobilisante et préventive.

Cette étude a été en partie réalisée en 2013 à travers la mise en place d'un groupe projet et la réalisation d'un questionnaire : 60 % de répondants. Le projet conduit avec la société Initiatives Préventions se poursuit sur 2014.

Les relations avec les usagers et les partenaires

Tout au long de l'année 2013, l'ARS a voulu associer l'ensemble de ses partenaires à son actualité, à ses thématiques stratégiques et à l'actualisation du PRS.

Les instances de démocratie sanitaire

CONSEIL DE SURVEILLANCE

Il s'est réuni à trois occasions.

CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)

Par ses avis, elle concourt à la politique régionale de santé. Elle organise ses travaux au sein d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées : la commission spécialisée de la prévention, la commission spécialisée de l'organisation des soins, la commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social, la commission des droits des usagers du système de santé.

CONFÉRENCES DE TERRITOIRES

Présentes dans les cinq territoires et animées par les Délégations territoriales, elles sont associées à la mise en œuvre des feuilles de route annuelles qui déclinent les projets de santé territoriaux. Elles missionnent des groupes de travail, en charge de thématiques spécifiques ; ces groupes rendent compte à la Conférence de territoire et proposent des actions.

Réunions de la CRSA

Conférence plénière : 4 ; Commission permanente : 4 ; Commission spécialisée prévention : 6 ; Commission spécialisée organisation des soins : 6 ; Commission spécialisée médico-sociale : 5 ; Commission spécialisée droits des usagers : 3.

Chaque bureau et conférence plénière se réunit deux à trois fois par an en moyenne.

Conférences de territoire

En Maine-et-Loire, un groupe de travail a fonctionné toute l'année sur le parcours de l'enfant et de l'adolescent en santé mentale.

En Loire-Atlantique, la Conférence de territoire a mis en place cinq groupes de travail :

- dépistage précoce du handicap ;
- accès aux soins de premier recours pour les personnes en situation de handicap ;
- accès aux soins de premier recours ;
- problématique de l'hyper alcoolisation chez les jeunes.

Le groupe de travail « santé mentale et handicap psychique » décline dans le 44 et le 49 le groupe de travail régional mis en place par la CRSA.

Ces groupes contribuent à l'appropriation des sujets par les acteurs du territoire, à l'enrichissement de la réflexion et à la définition des actions à conduire dans les territoires

Nombre de réunions de la conférence de territoire et de ses groupes de travail

- Loire-Atlantique : 3 ;
- Maine-et-Loire : 9 ;
- Mayenne : 3 ;
- Sarthe : 12 ;
- Vendée : 15.



Les débats publics

La CRSA et les conférences de territoire ont organisé, en 2013, trois débats publics, à Nantes, à Angers, et au Mans sur le thème « Vivre autonome à domicile ».

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, chaque territoire a également porté un ou plusieurs débats sur les axes de cette stratégie.

Les Conférences de territoire animent aussi des débats (par exemple en Sarthe sur les directives anticipées) à un niveau infra-territorial.

Les instances de coordination

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...), elles ont un rôle déterminant dans la définition des politiques de santé (dans leur acceptation la plus large).

Formation des membres des instances de démocratie sanitaire

Deux sessions de formation d'une journée, l'une à Angers, l'autre à Nantes, ont été organisées en 2013 à destination des membres de la CRSA et des conférences de territoire. À cette occasion, un kit de formation a été réalisé et distribué aux participants.

Ce kit de formation comprend un guide pratique afin de mieux connaître et comprendre notre système de santé, une clé USB incluant une synthèse interactive mais également un certain nombre de documents complémentaires tels que les arrêtés de nomination des instances, la déclaration publique d'intérêt, etc.



Réunions des Commissions de coordination des politiques publiques de santé :

- dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile : 3 ;
- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux : 4.

Les usagers au cœur du système de santé

La commission spécialisée de la CRSA 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, l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social. Élaboré à partir d'un décret 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, il comporte des recommandations qui font l'objet d'un suivi particulier chaque année.

L'ARS Pays de la Loire et la CRSA ont organisé une journée régionale des représentants des usagers du système de santé en novembre 2013 à Angers. Cette quatrième journée régionale a rassemblé un panel d'acteurs du secteur sanitaire et médico-social. Plus de 190 personnes ont assisté aux tables rondes axées sur les labels « Droits des usagers ».

La promotion des droits individuels et collectifs des usagers se décline également au niveau territorial et infra-territorial avec la mise en place des personnalités qualifiées. L'objectif est d'une part de permettre aux usagers de mieux connaître leurs droits et d'autre part de développer une dynamique de médiation.

Les personnes qualifiées étant désignées désormais dans les cinq départements de la région Pays de la Loire, une rencontre régionale s'est tenue le 5 décembre 2013.

Le suivi et la réponse aux réclamations des usagers

La Direction des relations avec les usagers et les partenaires (DRUP) a reçu et traité 448 réclamations en 2013, soit une centaine de plus qu'en 2012.

Examinées chaque semaine au sein d'une commission animée par la DRUP et réunissant des représentants de la Direction effieience de l'offre (DEO), département qualité et sécurité inspection, et de la Délégation territoriale 44, les réclamations ont fait l'objet en majorité d'une réponse par l'ARS, ou d'une réorientation vers l'organisme compétent.

Le délai moyen de traitement des réclamations reçues au cours de l'année 2013 et clôturées au 30 janvier 2014 était de :

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

Typologie des réclamations

Les réclamations concernant les établissements de santé (près d'un tiers des réclamations) portent sur la prise en charge (66 %) et particulièrement sur la prise en charge médicale : 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 offre des établissements.

Parmi les réclamations relatives au secteur des personnes âgées (près d'un tiers des réclamations reçues), les motifs avancés par les plaignants

ont trait pour l'essentiel au fonctionnement-management des EHPAD (24 %) ainsi qu'à la qualité de la prise en charge des résidents (35 %) : 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 en situation de handicap, les demandes de place représentent 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, information des familles).

Concernant le secteur ambulatoire, le fonctionnement des pharmacies, la recherche de professionnels 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 (12 % des réclamations reçues), portent sur des problèmes ou relèvent de la compétence d'autres services comme les organismes de Sécurité sociale ou les Conseils généraux.

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	45	10	2	61	22	24	162
Maine-et-Loire	26	5	0	31	16	6	86
Mayenne	19	2	2	16	9	4	51
Sarthe	27	9	1	12	4	8	62
Vendée	33	13	2	14	13	12	87
Total réclamations	150	39	7	134	64	54	448
Signalements	5	0	0	10	9	0	24

La gestion des avis médicaux relatifs aux étrangers malades

Les préfets adressent à l'ARS (DRUP) 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
1 103	921	31 garçons / 36 filles

Répartition des pathologies rencontrées (%)

Psychiatrie	32,60
VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)	8,15
Diabète (1 et 2)	8,15
Hépatites	9,61
Cardiologie et appareil vasculaire	6,64
Appareil locomoteur rhumatologie, orthopédie	6,10
Neurologie	5,76
Cancers et hémopathies malignes	4,05
Néphrologie	2,59
Pneumologie	3,02

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

Pays	Nombre de malades	%
Congo	337	16,11
Guinée	292	13,96
Algérie	202	9,66
Arménie	156	7,46
Fédération Russe	152	7,27
Cameroun	79	3,78
Maroc	68	3,25
Kosovo	65	3,11
Côte d'Ivoire	59	2,82
Angola	57	2,72

Légende du tableau ???

	nombre de demandes d'avis	nombre d'avis favorables	nombre d'avis défavorables	nombre de premières demandes	nombre de renouvellements
Loire-Atlantique	1 003	1 000	3	306	697
Maine-et-Loire	344	324	20	150	194
Mayenne	114	112	2	54	60
Sarthe	522	509	13	142	380
Vendée	108	104	4	52	56
Total	2 091	2 049	42	704	1 387

Les soins psychiatriques sans consentement

Conformément au protocole DGARS-Préfet, la gestion des soins psychiatriques sans consentement est assurée par la Délégation territoriale pour le compte du Préfet.

En 2013, la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est entrée en vigueur. Elle se traduit notamment par une simplification du suivi administratif des personnes en soins psychiatriques sans consentement : introduction des autorisations de sortie non accompagnées de moins de 48 heures, simplification des dossiers de saisine du juge de la liberté et de la détention (JLD) et a donc nécessité une adaptation de l'organisation du travail avec les différents partenaires impliqués (centres hospitaliers spécialisés, juges...). Cette évolution réglementaire n'est pas achevée.

Au-delà de la gestion individuelle des dossiers, cette mission comporte une dimension d'animation et de suivi territorial, en étroite partenariat avec les juges des libertés, les présidents des TGI et les services du Procureur, la préfecture et les centres hospitaliers spécialisés.

Quelques autres missions sont également gérées dans les territoires, en lien avec des partenaires institutionnels le plus souvent : suivi socio-judiciaires, ivresses publiques manifestes, etc.

Les soins psychiatriques sans consentement en Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	Région
Nombre total de dossiers préparés pour audience JLD (juge des libertés et de la détention)	227	104	51	112	60	554
Nombre total d'actes sur décision de SDRE (soins sur décision du représentant de l'État)	996	625	252	541	248	2 662
Nombre d'arrêtés d'admission (SDRE)	160	130	38	83	38	449
Nombre total de mesures (admission, levée, psp) en soins à la demande d'un tiers (SDT)	2 300 *	1 682	402	652	1 262	6 298

* 1 142 admissions et 1 158 levées

Promotion de la prévention et de la protection de la santé

En 2013, la politique de promotion de la santé prévention s'est structurée autour de trois axes.

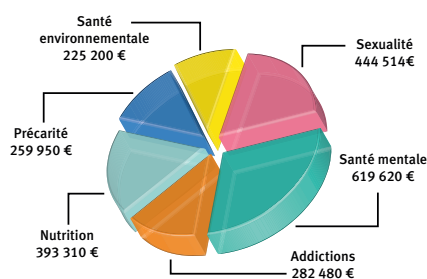
LE RENFORCEMENT DES LIENS TRANSVERSAUX AVEC LES PARTENAIRES EN PRÉVENTION

Ainsi la 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, protection judiciaire de la jeunesse) a été mise à jour et axée notamment vers les jeunes et les personnes en situation de vulnérabilité sociale :

- création du réseau régional de santé sexuelle;
- signature du plan régional sport santé bien être avec la DRJSCS, le Conseil régional, le CROS et le CREPS;
- poursuite du développement de la contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs ressources, notamment Air Pays de la Loire, la Fédération régionale de lutttes contre les organismes nuisibles et l'association Musa'zik.

Appel à projets 2013 : répartition des financements par thématiques



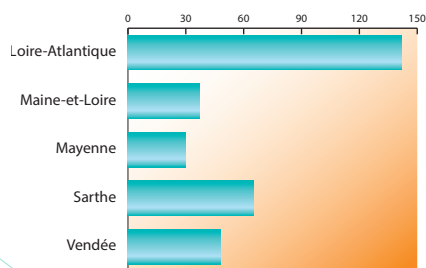
LE RENFORCEMENT DE L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION

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

LA PROMOTION DES THÉMATIQUES PRIORITAIRES DE PRÉVENTION,

dans une dynamique d'appels à projets en ciblant les actions vers des publics cibles et les territoires concernés par des enjeux de santé. Ainsi en 2013, l'appel à projet a permis de financer des actions pour un montant global de 2 192 794 € (voir graphique ci contre pour la répartition entre les thématiques). Par ailleurs, l'ARS a financé la poursuite de l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Maine-et-Loire.

À noter enfin le lancement d'un appel à projets spécifique pour financer la formation des professionnels des organisations sportives et des professionnels de santé dans le cadre du plan régional sport santé bien être.



Nombre de dossiers instruits dans le cadre de l'appel à projets en prévention et promotion de la santé

La plateforme de veille et sécurité sanitaire en 2013

Au niveau de la plateforme de veille, 3 074 signaux ont été reçus (2 637 en 2012), soit une moyenne de 256 signaux par mois.

Ces signaux représentent :

- 847 maladies à déclaration obligatoire ;
- 691 autres maladies, principalement infectieuses ;
- 289 signaux environnementaux ;
- pour les autres, des alertes de la direction générale de la santé, de la Préfecture des alertes météo.

Pour la cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), les points forts de 2013 ont été :

- pour les maladies à déclaration obligatoire :
 - > infections invasives à méningocoques IIM: 43 cas (33 en 2012), 3 décès, Incidence 1,2 cas pour 10 000 habitants,
 - > hépatite A: 81 (stable),
 - > légionellose: 68 cas (49 en 2012), dont 15 chez des personnes demeurant hors région mais ayant été contaminées dans la région. À noter: 2 cas groupés,

La Journée régionale de veille sanitaire

Le 5 décembre 2013, la Cire organisait, en collaboration avec l'ARS, la troisième Journée régionale de veille sanitaire (JRVS) des Pays de la Loire à Nantes. Cette journée réunissait les acteurs régionaux impliqués dans la veille et l'alerte sanitaires tant dans le domaine de la production et du traitement des signaux sanitaires que dans le domaine de la gestion des situations d'alerte.

La journée s'est articulée autour de six thématiques : les infections invasives à méningocoque (IIM), les bronchiolites, les hépatites virales A, les syndromes de choc toxique, la santé-environnement (pollution industrielle par des PCB) et les syndromes collectifs inexpliqués.



Cette journée, riche en échanges et en informations, a remporté un réel succès auprès des 105 participants et a permis de poursuivre les partenariats entrepris depuis de nombreuses années dans le domaine de la veille sanitaire.

> TIAC: 142 signalements de troubles digestifs mis en lien avec un repas. Une intoxication alimentaire collective a été identifiée dans 43 cas. Dans les autres cas, il s'est agi plutôt de gastro-entérite, l'intoxication n'a pas pu être mise en évidence ;

- pour les autres pathologies qui ont nécessité la mise en place de mesures par l'ARS:

> gale: déclaration non obligatoire, mais 84 cas ont été rapportés, le plus souvent parce qu'ils touchent une collectivité et qu'ils sont complexes. Ce chiffre reste stable mais préoccupant. Une plaquette a été réalisée et mise en ligne sur le site de l'ARS, destinée à expliquer la conduite à tenir,

> infections nosocomiales: 3 épisodes d'épidémies de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRE) dans 2 établissements de la région,

> depuis début 2013 la CVA réceptionne et réalise une analyse de premier niveau des événements indésirables, 87 survenant dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux,

> à noter: 1 rougeole.

Cellule régionale d'hémovigilance

Récapitulatif des réunions du Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance pour l'année 2013 par site transfusionnel.

Nombre de CSTH par département

44	49	53	72	85	total
42	17	5	25	23	112

Les inspections des dépôts de sang sont faites par l'inspecteur de santé publique de la DEO, la Cellule régionale d'hémovigilance en tant qu'expert. Pour l'année 2013, trois inspections réglementaires ont été réalisées : une dans le 44, une dans le 49 et une dans le 85.

La prévention dans les territoires de l'impact de l'environnement sur notre santé

La santé environnementale et la sécurité sanitaire constituent un domaine majeur de l'action de l'ARS au cœur des territoires.

Prévention et promotion de la santé dans ces domaines nécessitent en effet de :

- renforcer l'information des usagers en développant les moyens et supports de communication notamment sur l'accès aux résultats du contrôle sanitaire des eaux de loisirs ;
- mobiliser les partenaires et les collectivités par des actions de sensibilisation et la mise en place d'outils d'accompagnement ;
- prévenir les risques environnementaux sur la santé humaine en apportant notre éclairage sanitaire sur les dossiers, en développant des programmes de prévention des risques par exemple dans le domaine de l'eau potable ;

Où aller se baigner ou pêcher ses coquillages ?

Se connecter au site de l'ARS :

<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Eaux.159507.0.html>



- renforcer la sécurité sanitaire par la révision des plans blancs élargis et la sensibilisation des établissements médico-sociaux sur les plans bleus.

Ces actions comportent très souvent également une dimension de gestion de la surveillance de l'environnement et du contrôle de normes, indissociable de l'animation et la mobilisation des acteurs et partenaires, en lien avec la protection et de la prévention de la santé.

Les eaux de loisirs : en 2013, un renforcement de l'information du public et des partenaires

L'ARS assure le contrôle sanitaire de plus de 880 piscines (environ 655 saisonnières entre juin et août et 225 permanentes), privées ou publiques, recevant du public.

Afin d'améliorer l'information du public sur la qualité des eaux des piscines, un bulletin sanitaire, harmonisé régionalement, est adressé par les équipes territoriales à chaque exploitant, afin que ces derniers les communiquent aux usagers par voie d'affichage. En complément, depuis juillet 2013, l'ARS met en ligne sur son site internet des résultats de ce contrôle sanitaire. L'information de cette action a été relayée localement auprès des services de la Préfecture, des offices du tourisme, des campings, etc.

La nouvelle directive européenne sur les eaux de baignade prévoit un renforcement des dispositions relatives à l'information du public à proximité des sites de baignade et par Internet. Les données relatives à la qualité des quelque 200 zones de baignade en eau de mer (~160) et en eau douce (~48) suivies par l'ARS sont disponibles sur le site internet de l'ARS avec une actualisation renforcée en saison estivale.

Elle conduit également à une modification des modalités d'évaluation et de classement de la qualité des eaux de baignade. L'année 2013 a été marquée par l'établissement d'un nouveau classement de la qualité des eaux de baignade selon une méthode statistique sur la base des résultats recueillis pendant les 4 saisons balnéaires précédentes. La Délégation territoriale 44 et la Délégation territoriale 85 ont renforcé leur accompagnement auprès des collectivités par des réunions d'information. Sont également disponibles sur le site internet de l'ARS le bilan de la qualité de l'eau potable et les données relatives aux 40 sites de pêche à pieds de loisirs du 44-85 suivis par l'ARS.

La lutte contre l'habitat indigne

La lutte contre l'habitat indigne est une priorité nationale à laquelle contribue l'ARS par la participation aux pôles départementaux, l'instruction des procédures administratives afférentes et le déploiement d'actions de sensibilisation ou d'accompagnement des acteurs de terrain et des collectivités. Ces actions visent à favoriser le repérage des situations d'habitat indigne et/ou à informer notamment les élus sur leurs rôles et les outils à leur disposition. Elles sont définies annuellement avec les

membres des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne, réunissant la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), les Directions départementales des territoires et de la mer (DDTM), les Conseils généraux, la Caisse d'allocation familiale (CAF), la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'ARS.

En 2013, les actions réalisées dans les territoires ont principalement concerné l'accompagnement des élus :

- en Loire-Atlantique : accompagnement des élus dans la gestion des situations relevant du règlement sanitaire départemental ;
- en Mayenne : sensibilisation d'élus référents, qui assurent ensuite un rôle de relais et d'appui des autres collectivités et des communes connaissant le plus de signalements ;
- en Vendée : organisation de cinq sessions de sensibilisation des maires en vue de les aider à mieux appréhender les critères d'habitat indigne et les actions relevant de leur compétence. Elles ont regroupé 150 participants, une centaine de collectivités. Une session de formation des membres du SIAO (Système intégré d'accueil et d'orientation) a également été organisée sur la régulation des demandes d'hébergement d'urgence pour faciliter le repérage.

L'ARS participe également, au sein des pôles départementaux, à l'optimisation des procédures :

- en Maine-et-Loire : Intégration dans le nouveau Plan départemental approuvé en 2013 d'actions visant à assurer une meilleure prise en compte des enjeux en santé dans la lutte contre l'habitat indigne. Par ailleurs, afin d'améliorer les procédures départementales, la Délégation territoriale a participé à l'écriture d'un protocole entre le Procureur de la République, le département, le préfet et l'ARS ;
- en Sarthe : dans le cadre du nouveau PDALPD (Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées), engagement de l'évaluation du dispositif départemental actuel (PDLHI : Pôle départemental de lutte contre l'habitat Indigne) intégrant la mise en place d'un « guichet unique » pour optimiser le traitement des plaintes des usagers relatives à l'habitat indigne et la création d'une ADIL (Association départementale d'information sur le logement), pour faciliter l'accès à l'information pour les usagers, sur toutes les problématiques liées au logement.

Travail au sein du PDLHI afin de développer la prise en compte des travaux d'office et de l'hébergement d'office dans le cadre des procédures CSP.

Dans tous les départements, les Délégations territoriales ont organisé le déploiement et le partage de l'application « ARIANE – Habitat » permettant de gérer les procédures et d'alimenter une base de données partagée par les membres des PDLHI.

En 2013, une journée de formation régionale « Habitat - Santé »

Une journée de formation destinée à améliorer l'évaluation par les opérateurs de la lutte contre l'habitat indigne des risques sanitaires dans leurs diagnostics techniques et à améliorer leurs prescriptions techniques a été organisée par DVSS et les cinq Délégations territoriales à Angers le 21 juin (quarante participants). Il s'agit de la première session de journée inscrite dans une programmation pluri-annuelle de session visant à améliorer la prise en compte des problématiques de santé liées à l'habitat (monoxyde de carbone, air intérieur, plomb, etc.) par les opérateurs techniques.

La qualité de l'air intérieur

L'année 2013 a été marquée par le recrutement d'un conseiller en environnement intérieur (CEI) par le CHU d'Angers pour intervenir dans les départements de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Le CEI intervient exclusivement à la demande d'un médecin, pour aider les personnes souffrant d'asthme, rhinite, eczéma, toux, etc. à identifier le ou les polluants de l'environnement intérieur ou le mode de vie à l'intérieur d'un logement pouvant en être à l'origine. Une articulation entre ses missions et le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne a été engagée à titre expérimental dans le Maine-et-Loire.

Ce poste, créé à l'initiative de l'ARS qui en assure le financement, vient compléter le dispositif existant déjà au niveau des départements littoraux.

L'ARS apporte son expertise technique sur les problématiques de qualité de l'air intérieur dans des établissements dits sensibles comme les écoles. Ce fut le cas en Mayenne, avec la gestion d'anomalies de la qualité de l'air intérieur dans deux écoles situées sur des sites d'anciennes activités industrielles et commerciales dans le cadre de la surveillance nationale des sols pollués et des sites sensibles.

Impact sanitaire

Les investigations dans le cadre de la gestion de la pollution aux PCB de l'usine d'Aprochim à Grez-en-Bouère, en Mayenne, se sont poursuivies en 2013. Elles se sont traduites par la réalisation de campagnes complémentaires d'analyses des œufs et de légumes en août et septembre 2013.

La qualité des eaux potables

Assurer à la population de la région la consommation d'une eau en permanence de qualité constitue une priorité de l'ARS. Les actions dans les territoires se déclinent de la ressource en eau jusqu'au robinet du consommateur.

En délégation territoriale, les départements de sécurité sanitaire des personnes et de l'environnement, œuvrent à la préservation de la ressource en eau par la mise en place, en lien avec les collectivités responsables de la production de l'eau potable, des périmètres de protection des captages (PPC) contre les pollutions accidentelles et ponctuelles et leurs contrôles. Le taux d'avancement des PPC à l'échelle de la région est de 86 %. Dix-sept inspections ont été conduites pour s'assurer de la conformité aux prescriptions des arrêtés préfectoraux définissant les PPC et les servitudes (agricoles, aménagement, etc.) associées.

L'ARS a engagé une campagne pluriannuelle de repérage et de mesurage des CVM dans l'eau distribuée. Les canalisations en PVC antérieures à 1980 peuvent avoir potentiellement une teneur en CVM (chlorure de vinyle monomère) résiduel élevée et peuvent ainsi induire une migration de CVM dans l'eau qui augmente notamment avec le temps de séjour de l'eau dans ces tronçons. Ces situations se rencontrent essentiellement dans les canalisations desservant les habitats dispersés des réseaux ruraux.

En outre, en Loire-Atlantique et en Sarthe, des campagnes analytiques ont d'ores et déjà été mises en œuvre en 2013. Ces résultats mettent en évidence des zones problématiques dans lesquelles des analyses ont révélé un dépassement confirmé de la limite de potabilité. Afin de rétablir la qualité de l'eau sur le long terme et éviter les pertes d'eau, les solutions envisagées par les collectivités portent sur le remplacement des canalisations qui relarguent du CVM dans l'eau distribuée.

Plusieurs actions complémentaires ont été conduites pour prévenir le risque de légionellose dans les établissements médico-sociaux et sanitaires telles que :

- la sensibilisation des maisons de retraite aux risques légionelle et brûlure, via deux demi-journées d'échanges inscrites dans le cadre des rencontres qualité efficacité, ayant réuni une centaine de participants ;
- la conduite de quatorze inspections d'établissements de santé spécifiques au risque légionelle.

La révision des plans de gestion de crise

Une des priorités de l'Agence en 2013 portait sur la révision des cinq Plans blancs élargis (PBE) départementaux. Le PBE a vocation à construire, au niveau de chaque département, une coordination de l'ensemble des moyens du système de santé en vue de la gestion d'un événement à caractère exceptionnel qu'un seul établissement hospitalier ne peut maîtriser, même après déclenchement de son Plan blanc interne. Pour ce faire, les Délégations territoriales, sur la base des travaux de cadrage et d'accompagnement réalisés par un groupe technique régional, ont organisé la concertation avec les acteurs locaux que sont les établissements sanitaires, les SAMU, les préfetures, le SDIS. Ces réunions visaient à présenter la démarche, à dresser un état des lieux des capacités de réponse de chacun et à intégrer dans le PBE les spécificités locales. L'objectif a été atteint, puisque chaque Délégation territoriale a présenté avant la fin de l'année en CODAMUPS une version actualisée et consolidée du PBE de son département. Ce travail sera poursuivi selon un calendrier pluriannuel en tenant compte des évolutions réglementaires, des travaux à venir comme le schéma de vaccination, etc.

La gestion des crises et leur anticipation

L'ARS participe activement à l'élaboration et au suivi des plans de sécurité sanitaire et de défense relevant de la responsabilité de l'État ou pour les aspects sanitaires. Il s'agit d'une mission transversale au sein de la Délégation territoriale et de l'ARS en général qui intervient dans le cadre du protocole Préfet-ARS. Pour ce faire, l'ARS contribue au travail de révision ou d'élaboration des plans (écriture de plan, réunion de travail, animation de GT, etc.).

Voici quelques exemples des contributions effectuées en 2013 :

- plan départemental pandémie grippale, en 44 ;
- plan canicule, dans tous les départements, avec relais de l'information aux établissements des évolutions induites par la circulaire de 2013 ayant revu intégralement l'organisation et les niveaux d'alerte météorologique ;
- plan grand froid, en 44 et 85, l'ARS assure également en période hivernale un point hebdomadaire avec les établissements de santé ;
- plan pollution accidentelle des eaux intérieures (volet du plan ORSEC), en 44 et 85 ;
- plan NOVI (secours à nombreuses victimes) en 44, 53 et 72 et décès massifs en 49 et 53 ;
- plan transport matière dangereuse en 85 ;
- plans iode, hébergement, autoroute et eau potable en 72 ;

L'ARS, sur l'expérience de la Délégation territoriale du Maine-et-Loire, a réalisé et transmis aux établissements médicaux sociaux (PA et PH) un guide type de réponse aux situations exceptionnelles afin d'aider les établissements à organiser la gestion d'événements type canicule, coupure électrique, inondation, etc. Il faut savoir que la réalisation de ce guide dit « plan bleu » par les établissements pour personnes âgées est une obligation réglementaire et qu'elle est fortement conseillée pour les établissements accueillant des personnes handicapées. Un travail de suivi des plans bleus actualisé est en cours.

- plan électrosecours et délestage en 49 ;
- sans oublier le plan POLMAR-terre (44 et 85), ou encore le plan algues 85), spécificités des Délégations territoriales disposant d'une composante littorale.

L'ARS participe également aux exercices en rapport avec ces plans et au retour d'expérience associé visant à optimiser la réponse de l'ARS. Citons par exemple :

- l'exercice national canicule en juin 2013 ;
- les exercices d'initiative préfectorale comme :
 - > en 44 et 49, sur des plans particuliers d'intervention (PPI) relatifs à des industries (Cargill, Antargaz, etc.) ou des barrages (barrage Verdon à Cholet),
 - > en 44 et 53, l'exercice plan NOVI.

La Délégation territoriale de Loire-Atlantique a également été mobilisée dans les actions liées aux opérations de neutralisation de deux bombes de la seconde guerre mondiale à Saint-Herblain et à Nantes.

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

Thématique	Indicateur	44	49	53	72	85
Eau et coquillages	Eau potable : nombre de contrôles analytiques	4 245	2 941	1 807	2 504	1 958
	Eau potable : nombre d'inspections (périmètre de protection)	3	4	5	2	4
	Nb captages protégés (%) Nb AP PPC pris dans l'année	86 % 0	94 % 3 + 3 modifi- cations d'AP	100 % 0	83 % 2	89 % 4
	Eaux de loisirs : nombre d'établissements	283	101	32	68	36 permanents 347 saisonniers
	nombre de contrôles analytiques** visites techniques (tout compris)	1 281 37	572 40	357 42	821	2 024 51
	Eaux de loisirs : nombre de sites suivis nombre de contrôles analytiques** en eau douce et en eau de mer	82 878	21 133	7 55	13 69	84 934
Coquillages : nombre de sites suivis nombre de contrôles analytiques** de gisements naturels	22 287	/	/	/	18 217	



Habitat et espaces clos (ERP)	Légionelles : nombre d'inspections d'établissements nombre d'enquêtes environnementales	5 16	1 15	0 7	2 10	4 15 signalements / 7 enquêtes
	Salubrité habitations : nombre de visites de logements (hors Service communal d'hygiène et de santé)	390	75	30	53	31
	Salubrité habitations : nombre d'arrêtés d'insalubrité	85	9	6	9	6
	Salubrité habitations : nombre de logements ayant fait l'objet d'une procédure d'insalubrité	85	9	11	22	15
	Monoxyde de carbone : nombre d'enquêtes environnementales (hors Service communal d'hygiène et de santé)	10	13	5	4	20
	Saturnisme : nombre de CREP (constats de risque d'exposition au plomb) traités	61	85	6	43	40
	Bruit : nombre d'inspections établissements musique amplifiée	3	8	2	2	3
	Radon : nombre de contrôles sur site	9	31	6	4	0
Environnement extérieur et activités humaines	Nombre d'avis sanitaires émis sur des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE, hors élevages (industries, carrières...))	15	22 * 2 *	19	15	24
	Nombre d'avis sanitaires émis sur des élevages classés pour la protection de l'environnement ou soumis au règlement sanitaire départemental	60	18	10	37	16
	Nombre d'avis sanitaires émis dans le cadre de l'élaboration ou la révision de documents de planification territoriale (carte com. PLU, SCOT, urbanisme, aménagement du territoire – hors PC)	109	65	66	66	79

Accompagnement et soins

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, l'ARS 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), le dialogue social dans les établissements et la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) des professionnels de santé.

482
millions
d'euros ont été alloués à l'accompagnement des **personnes handicapées** en Pays de la Loire en 2013

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

- 1 303 décisions tarifaires ;
- 162 arrêtés d'autorisation ;
- 1 200 comptes administratifs étudiés.

INVESTISSEMENTS

Le soutien à l'investissement apporté en 2013 dans le cadre de l'allocation des crédits non reconductibles :

- secteur Personnes âgées : 3,56 M€ (dont 2,4 M€ de frais financiers liés à des projets de reconstruction-réhabilitation, le reste concernant de l'équipement lié au soin) ;
- secteur Personnes handicapées : 2,82 M€.

Sur le volet PAI, 5 084 500 € pour le secteur PA et 1 841 000 € ont été financés.

Prise en charge des personnes âgées	
Enveloppe régionale en 2013	611 519 880 €, soit + 3,8 % par rapport à 2012
Ouvertures de nouvelles places en 2013	641 places en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
	107 places d'accueil de jour
	31 places d'hébergement temporaire
Plan Alzheimer	45 places équipes spécialisées Alzheimer (ESA) autorisées

Prise en charge des personnes handicapées	
Enveloppe régionale en 2013	482 397 209 €, soit + 1,16 % par rapport à 2011
Installation de places nouvelles en 2013	31 places d'Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique (ITEP)
	88 places de service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)
	12 places en Institut médico-éducatif (IME)
Secteur enfance	1 antenne de CAMSP
Installation de places nouvelles en 2013	8 places d'accueil temporaire « handicap rare »
	3 places de Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
Secteur adulte	6 places d'UEROS
	63 places de Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

L'accès aux soins de recours

Le département « accès aux soins de recours » participe à la régulation de l'offre de soins sanitaire en remplissant les missions suivantes :

- assurer le suivi de l'exécution budgétaire (EPRD, PGFP, RIA, comptes financiers, retraitements comptables) des établissements de santé ;
- assurer la réalisation de synthèses régionales sur les équilibres financiers et budgétaires ;
- mettre en œuvre les orientations nationales en matière budgétaire et financière (suivis des établissements en situation de fragilité, suivis des emprunts structurés, plan de trésorerie, fiabilisation des comptes, FIDES etc.)
- piloter l'allocation de ressources des établissements de santé (pilotage de la campagne budgétaire, gestion et suivi des enveloppes financières) ;
- gérer les bases PMSI et assurer le suivi et l'analyse de l'activité des établissements de santé ;
- gérer le régime autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- traiter et analyser les projets architecturaux et immobiliers hospitaliers et médico-sociaux de la région ;
- participer à la mise en œuvre et au suivi des plans d'aide à l'investissement.

La campagne budgétaire : des moyens supplémentaires pour accompagner le parcours des patients

La campagne budgétaire a notamment été marquée par la mise en place de mesures financières nouvelles

- sur le secteur de la psychiatrie (+2,2 M€) afin de renforcer les disponibilités d'équipes mobiles, de déployer des alternatives à l'hospitalisation avec notamment des dispositifs expérimentaux de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile, d'améliorer la mise en œuvre des parcours et la coordination des acteurs ;
- sur le champ des soins de suite (SSR) + 3,3 M€ par la création et l'extension de capacité en SSR et spécialisé, par des équipes mobiles d'intervention et par le déploiement d'équipes d'appui en adaptation et réadaptation (EAAR).

Une accélération des autorisations en IRM : + 11 en neuf mois

En ce qui concerne les autorisations sanitaires, l'année 2013 est marquée par une forte progression du nombre d'IRM sur la région (+11 autorisations en neuf mois sur 16 prévues par le PRS sur les cinq ans) et ceci afin de combler le retard de la région et de réduire les délais d'attente. Ce résultat est le fruit d'une démarche participative avec la CRSA et d'un accompagnement des acteurs de terrain.

Suivi budgétaire des établissements : une santé financière saine

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. Cette démarche, réalisée en étroite collaboration avec la Direction régionale des finances publiques, a permis de réaliser notamment une note de conjoncture et un scoring des établissements.

Allocation de ressources (budget)

Établissements publics et ESPIC (Établissements de santé privés d'intérêt collectif)	88
PGFP (plans globaux de financement pluriannuel) étudiés	87 (dont 37 rejetés et 27 non validés après réexamen)
EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses) étudiés	87 (dont 12 rejetés et 2 non validés après réexamen)
RIA (rapports infra-annuels) étudiés	261
Comptes financiers	88
Décisions modificatives	122
Retraitements comptables	77
Établissements privés	47
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)	1 171 861 268 € (DAF 795 274 289 € MIG 209 322 342 € AC 62 239 988 € FIR 105 024 649 €)
Notifications	877
Résultat régional consolidé	+ 10,7 M€ (- 8,5 M€ par rapport à 2012)

Autorisation d'activités de soins et équipements médicaux lourds (EML)

Eu égard au décret du 11 décembre 2011 qui encadre les autorisations de crédit, 22 établissements de la région sont assujettis à l'autorisation de la DGARS pour le recours à l'emprunt.

Entre 2012 et 2013, une légère diminution du niveau du déficit des EPS et ESPIC de 250 K€ a été constatée, et une diminution de l'excédent consolidé à 8,7 M€. Il est à noter qu'entre 2012 et 2013, le niveau d'aide à la restructuration a diminué de 3,2 M€.

Les investissements

Reconduction des dotations d'aides à l'investissement antérieures à 2013

- en aides à la contractualisation (AC) (Hôpital 2007 et 2012) : 34,9 M€
- en FIR : 18,9 M€

Nouvelles aides à l'investissement 2013

- en AC : tranche 2014 d'hôpital 2012 : 1,4 M€
- CHU de Nantes (Île-de-Nantes) 15 M€

En Fonds d'intervention régional (FIR) :

- clinique Saint-Augustin : 3 M€
- CH Le Mans : 2,2 M€
- CH Laval : 1,5 M€
- CHU Angers : 0,8 M€
- CH La Ferté : 0,25 M€
- CH Ancenis : 0,2 M€
- CH Châteaubriant : 0,15 M€

En dotation annuelle de fonctionnement (DAF) :

- Chalonnes : 1,47 M€
- Sèvres-et-Loire : 0,6 M€
- Presqu'île Guérandaise : 4 M€
- Le Lude : 0,35 M€
- CHS Daumézou : 1 M€

Traitement administratif des autorisations	221
Nouvelles demandes d'autorisation dans le cadre de la procédure CSOS	90 (38 activités de soins et 52 EML dont 19 IRM)
Renouvellements d'autorisations	111
Nouvelles demandes d'autorisation hors CSOS	
PUI (pharmacies à usage intérieur)	11
Lieux de recherche	2
Prélèvements d'organes, lactarium, chirurgie esthétique	8

Traitement administratif des visites	54
Visites de conformité	30
Contrôle des normes	24 (dont 6 SSR, 6 SIOS, 6 Cardio-Int)

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 ;
- assurer la régulation des officines de pharmacie et des laboratoires de biologie médicale (dispensation d'oxygène, etc.).

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 01/01/13 au 31/12/13

Officines de pharmacies : de transfert + regroupement	31
Officines de pharmacies : de fermeture / gérance après décès	9
Officines de pharmacies : décisions (par courrier)	10
Oxygène à domicile - Autorisation	5
Laboratoires de biologie médicale : ouverture / fermeture / fusion-absorption changement d'associés / changement d'adresse	76
Total	131

Avec trente-neuf Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en fonctionnement et cent structures pluriprofessionnelles, la région Pays de la Loire fait partie des régions les mieux équipées en la matière. Cela témoigne de la bonne dynamique de coopération des professionnels de santé et d'une forte mobilisation des collectivités locales (communes, EPCI, Conseil régional...) pour accompagner les réponses en santé dans les territoires.

Onze maisons de santé ont par ailleurs fait l'objet d'un accompagnement dans la mise en œuvre de leur système d'information.

Nombre de Maisons de santé pluridisciplinaires

en fonctionnement	39
projet en cours	31

Au service des professionnels de santé, tant libéraux que fonctionnaires

LES TRANSPORTEURS SANITAIRES

Le contrôle de véhicules de transport sanitaire, la délivrance des agréments et d'état des lieux des implantations avec tous les véhicules affectés par catégorie, et du personnel de ces entreprises comportent à la fois une dimension réglementaire mais également un volet central d'organisation de l'offre. Ces questions font l'objet d'une sous-commission du CODAMUPS.

44	49	53	72	85
Nombre de réunions du CATS (Comité d'accompagnement territorial des soins de premier recours)				
6	6	5	5	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				
3	7	1 + 2	3	4
Nombre de réunions comité de suivi PDSA				
3	3	3	2	4
Nombre de réunions comité de suivi PDSA				
3	3	3	2	4



Les ressources humaines du système de santé

L'ARS (Département Ressources humaines du système de santé) a également pour mission d'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 de 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.

Ces enjeux mobilisent fortement les ressources transversales comme les équipes d'animation territoriale :

- signature de CESP (contrats d'engagement de service public) pour l'installation future de médecins dans les zones fragiles : 13 nouveaux contrats ;
- signature de contrats de PTMG (Praticiens territoriaux de médecine générale) pour l'aide à l'installation des médecins en zone sous-dotée : 5 nouveaux contrats ;
- nombre de services hospitaliers et extrahospitaliers agréés pour l'accueil d'internes : 507 maîtres de stage et 1 374 services ;
- avis donnés sur les agréments des instituts de formation : 2 nouveaux instituts ;
- avis donnés sur les agréments des directeurs d'instituts de formation : 10 ;
- validation des procédures et sujets des concours : 21 ;
- 2^e et 3^e cycles des études de médecine, ainsi que l'internat de pharmacie, biologie et odontologie : 17 000 000 €, 1 875 internes.

L'ENREGISTREMENT PROFESSIONNEL ADELI

Obligation réglementaire, l'inscription des professionnels de santé au répertoire national ADELI est assurée pour un ensemble de professions en pleine évolution : assistant de service social, audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur radio, masseur kinésithérapeute, médecin, opticien, orthophoniste, orthopédiste, orthoptiste, orthoprothésiste, ostéopathe, pédicure, podo-orthésiste, psychologue, psychomotricien, technicien de laboratoire, psychothérapeute.

Cet enregistrement est progressivement transmis aux ordres professionnels, pour les professions qui en disposent.

	44	49	53	72	85
Nombre de rendez-vous	1 818	917	274	499	700

UNE IMPLICATION DANS LA GESTION STATUTAIRE DE PROFESSIONNELS DES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES

Développement des coopérations professionnelles

Les priorités :

- promouvoir les protocoles validés par la HAS ; en région, ils porteront essentiellement sur les prises en charge en cancérologie, sur l'échographie et sur certaines pratiques en ophtalmologie ; une expérimentation *via* deux protocoles a été lancée sur le territoire de la Sarthe en octobre 2013 afin de développer la réalisation de bilans ophtalmologiques par un orthoptiste. L'objectif est de réduire, pour une majorité de patients, les délais de prise en charge de douze mois à quinze jours ;
- privilégier l'émergence de projets en lien avec le PRS : maladies chroniques, psychiatrie, addictions.

Quatre protocoles de coopération ont été autorisés en 2013.

Dynamique régionale en formation paramédicale

- poursuite des travaux de la Commission spécialisée : GCS IFSI, universités, établissements de santé, étudiants (juin 2013) ;
- réunions des directeurs d'Instituts : régulièrement rencontrés selon un échéancier lié aux priorités de chaque formation ;
- poursuite des réunions des IFAS par territoire, mise en place d'un groupe de travail des IFAS du 44. La présidence des conseils pédagogiques et techniques des instituts de formation est assurée par les équipes d'animation territoriale ;
- refonte des procédures d'organisation des concours paramédicaux : soixante procédures supervisées – un référentiel de bonnes pratiques sera produit à l'échéance de juin 2014 ;
- 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.

L'accès à certains emplois : le Certificat de capacité pour effectuer des prélèvements sanguins

Cet examen s'adresse aux personnes titulaires d'un des titres ou diplômes permettant d'exercer la profession de technicien de laboratoire médical. Les épreuves d'examen, théorique et pratique, l'organisation des stages et la délivrance des diplômes permettant aux jeunes techniciens de laboratoire de trouver un emploi sont organisés par chaque Délégation territoriale, en lien avec leurs partenaires territoriaux, établissement de santé, Établissement français du sang, etc.

	44	49	53	72	85
nombre épreuve théorique	2	1	1	1	1
nombre de stages organisés	25	15	4	7	9
nombre de jurys épreuve pratique	9	3	2	2	9

Dynamique régionale RH et formation :

Mise en place d'une méthodologie d'accompagnement des formations et des promotions professionnelles afin de contribuer à la réduction des inégalités territoriales :

- accompagnement de la promotion d'aides-soignantes vers le métier infirmier en Mayenne, Sarthe et sur la zone de la côte atlantique : 16 établissements, 19 professionnels : 1 M€ ;
- renforcement de l'accompagnement des promotions AS et AMP, en complément des OPCA sur toute la région :
 - › AS : 45 établissements, 51 professionnels : 0,8 M€,
 - › AMP : 25 établissements, 37 professionnels : 0,6 M€ ;
- accompagnement des modalités de promotion et de déploiement du dispositif « Emplois d'avenir » en lien avec les Délégations territoriales sur l'ensemble du territoire.

Un financement complémentaire a été décidé par l'ARS auprès de 44 établissements médico-sociaux à hauteur de 488 236 €.

84 personnes sont concernées.

	44	49	53	72	85
Autorisation de remplacement IDE (infirmier diplômé d'état) libérales : nombre de dossiers	250	143	73	62	108

Développement d'une Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) des métiers de santé

Fin 2011, l'ARS a lancé un projet régional de GPMC pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région, publics et privés, afin de promouvoir une démarche de GPMC et proposer une méthodologie commune pour la réalisation d'une cartographie des métiers. L'objectif est d'avoir une connaissance et un partage du diagnostic

régional sur les métiers, les compétences et les départs en retraite attendus dans les prochaines années permettant d'alimenter la réflexion sur les besoins en formation de professionnels, en relation avec le Conseil régional.

Un outil régional de cartographie des métiers a été co-construit avec les établissements. Le projet régional de GPMC a été porté par un établissement de la région : le centre hospitalier Loire-Vendée-Océan (CHLVO). La cartographie régionale des métiers du secteur sanitaire a été achevée au 3^e trimestre 2013, avec un taux de réponse très élevé permettant une couverture de 93 % des effectifs ciblés. Un colloque de restitution aux établissements a été organisé en octobre 2013.

La cartographie régionale du secteur médico-social est en cours de finalisation. Le colloque de restitution est prévu en mars 2014.

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 et jouent un rôle moteur pour accompagner les établissements de santé et médico-sociaux dans le développement d'une culture de prévention.

En 2013, l'appel à projet a concerné l'ensemble des établissements sanitaires mais également, pour la première fois, les établissements médico-sociaux de la région. Le montant total du financement octroyé est 1 600 000 €. Quarante établissements sanitaires et cinquante-deux établissements médico-sociaux ont répondu à l'appel à projet. Ont été financés :

- 32 établissements sanitaires pour 73 actions ;
- 42 établissements médico-sociaux pour 79 actions.

Les mesures d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé (RH individuelles)

Six établissements ont été accompagnés en 2013 pour un montant de 197 416 €. Les mesures concernent les actions de conversion professionnelle, les primes exceptionnelles de mobilité et les indemnités de départ volontaire.

La gestion des carrières des praticiens hospitaliers

En collaboration directe avec le CNG, le département RHSS organise plusieurs concours et recrutements pour la gestion des carrières des médecins : concours des praticiens hospitaliers (143 dossiers), procédure d'autorisation d'exercice des médecins étrangers (85 dossiers) et recrutement des PH (450 dossiers).

Afin d'améliorer l'offre de soins existante, des primes pour les personnels médicaux peuvent être attribuées aux établissements de santé.

La gestion des carrières des directeurs d'hôpital et des directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux

En lien avec le centre national de gestion (CNG) et avec les équipes territoriales, le département RHSS contribue à la gestion des carrières pour 115 directeurs d'établissement sanitaires et médico-sociaux.

Un certain nombre de professionnels sont suivis également au niveau territorial, c'est le cas pour les directeurs des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Dialogue social

Le département des ressources humaines associe les représentants des professionnels de santé et les établissements à ses actions, par le biais d'une instance régionale de concertation, mise en place dès 2011 : le Comité régional de concertation des ressources humaines (CRRH). Ce Comité s'est réuni deux fois en formation plénière en 2013 et en formation restreinte sur des thématiques : praticiens hospitaliers et CLACT (demande d'avis sur appel à projet 2013).

Le suivi des conflits sociaux est assuré au cœur des territoires par les Délégations territoriales, en liaison avec le département.

Il en va de même pour les commissions paritaires départementales de la fonction publique hospitalière, certains aspects du droit syndical des structures publiques, les élections professionnelles, etc.

Efficiency 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.

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. Elle pilote à ce titre les sujets suivants :

EDUCATION 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.

En 2013, treize nouveaux programmes ont été autorisés, ce qui porte à 164 le nombre de programmes autorisés dans la région. Six de ces nouveaux programmes concernent le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires, soit près de la moitié. Douze de ces programmes se déroulent en établissements sanitaires. Aucun refus n'a été opposé. 2013 a également vu l'autorisation du premier programme développé dans le secteur médico-social, dans un appartement de coordination thérapeutique (ACT). Ce programme s'adresse aux patients résidant en accueil collectif ou individuel atteints de pathologies chroniques et en situation de précarité.

STRUCTURES RÉGIONALES D'APPUI ET D'EXPERTISE (SRAE)

Après avoir défini le cadre et les attentes en matière de SRAE, les premiers engagements contractuels ont vu le jour en 2013. Désormais inscrites dans une logique de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les structures bénéficient d'un accompagnement mieux formalisé et l'ARS dispose d'un outil de pilotage des activités. En 2013, l'oncologie, la périnatalité, les troubles des apprentissages ont été concernés (ONCO PL, Réseau sécurité naissance, SRAE troubles des apprentissages) et 2014 permettra d'achever cette contractualisation.

COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRES

L'année 2013 a été mise à profit pour faire émerger trois communautés hospitalières de territoire couvrant quatre territoires de santé sur les cinq que comptent les Pays de la Loire. Sujet majeur d'animation territoriale, trois CHT (une en Sarthe, une en Loire-Atlantique et une regroupant les établissements du Maine-et-Loire et de la Mayenne) sont désormais en place et ont commencé à décliner leurs actions sur les territoires. Il convient dorénavant d'accompagner ces outils de coopération pour développer un projet médical cohérent au regard des besoins des populations dans une logique de proximité organisée.

PROGRAMME D'INSPECTION 2013

422 inspections réalisées, soit 92 % du programme. Sur ces 422 inspections, 93 % étaient programmées. Les inspections hors programme ont été moins nombreuses en 2013 qu'en 2012 (30 contre 36).

En 2013, le taux de clôture sans les quatre mois (indicateur qualité) a progressé (87 % contre 62 % en 2012).

Total cumulé des inspections depuis 2010 : 1 376.

PROGRAMME SPÉCIFIQUE PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE

37 des 47 inspections programmées ont été réalisées, soit 78,8 %.

Le pilotage du suivi des inspections sur le secteur médico-social a été mis en place et confié à un Comité de suivi qui poursuit deux missions :

- une mission d'orientation des suivis d'inspections (clôture, suivi dans le cadre de la contractualisation ou visite sur place à réaliser par les Délégations territoriales) ;
- une mission d'observation et de capitalisation dans l'objectif d'alimenter ou d'enrichir la cartographie des risques.

MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE SUIVI

En 2013, première année de mise en place du suivi, le Comité s'est réuni deux fois, le 27 mai et le 19 décembre. Au total, 40 dossiers ont été examinés, dont 33 se rapportant aux inspections réalisées en 2011.

Taux de suivi (nombre d'inspections ayant fait l'objet d'un suivi / total des inspections réalisées sur l'année de référence) : pour 2011, le ratio est de 33 / 52, soit 63,5 %.

Taux de dossiers clôturés (nombre de dossiers clôturés / total des dossiers examinés sur l'année de référence) : pour l'année 2011, le ratio est de 17 / 33, soit 51,5 %.

Taux de visites ciblées (nombre de visites ciblées à réaliser / total des dossiers examinés sur l'année de référence) : pour l'année 2011, le ratio est de 9 %.

Synthèses des rapports d'inspection : en 2013, trois synthèses de rapports d'inspection ont été réalisées pour les catégories d'établissements suivantes : EHPAD (sur la base de 22 rapports), SSIAD (10 rapports), MAS/FAM (14 rapports). Ces rapports ont permis de mettre en perspective des dysfonctionnements récurrents au regard de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces travaux, ainsi qu'une synthèse relative aux ESAT, réalisée en 2012, ont été mis en ligne sur le site internet de l'ARS ; ils ont pour vocation de faire partager aux partenaires du secteur médico-social les principaux enseignements tirés des contrôles effectués.

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Suicides et tentatives de suicides	23 (dont 2 en service d'urgences)
Incidents et accidents en lien avec les médicaments	10 (1 décès)
Chutes sur sol ou noyade dans baignoires	11 (dont 2 dans baignoires)
(5 décès)	
Événements significatifs en radioprotection	9
Fugues	4
Brûlures	3 (2 décès)
Dysfonctionnement sur le parcours de prise en charge	3
Identitovigilance	2
Intoxication accidentelle	2
Décès nouveau-nés	4
Décès maternels	2
Décès inexplicable	2
Refus de soins	1
Autres	8
Maltraitements de soignants vis-à-vis de résidents	8
Agressions, abus (de toute nature)	11
Violences entre résidents ou de résident vis-à-vis du personnel	9

Les acteurs de santé doivent déclarer les événements indésirables graves (EIG) à l'ARS. Les EIG sont reçus au point focal puis gérés par le département Qualité-sécurité-inspection (QSI). Il n'existe pas de liste officielle des événements à déclarer. Le nombre d'événements potentiels est inconnu. Le chiffre brut des EI déclarés n'est donc pas représentatif de la réalité des événements ren 2013, 112 événements ont été gérés par le service QSI dont 43 % majeurs (décès), 37 % graves (conséquences potentielles ou avérées) et 19 % sans conséquence pour le patient.

- c'est en Loire-Atlantique qu'il y a eu le plus de déclarations (38,9 %) ;
- ce sont les établissements médico-sociaux qui en déclarent le plus (55,8 %) contre 42,5 % pour les établissements de santé et 1,8 % autres (libéral, SDIS).

L'action de l'ARS vise à une recherche d'amélioration des pratiques et des soins. La règle générale est d'apporter une réponse selon une démarche non punitive de l'erreur.

- Compte tenu de l'analyse faite par le service,
- dans 89 % des EI et EIG déclarés, il a été décidé de laisser l'établissement gérer sans intervention extérieure l'événement en conduisant en interne une analyse de causes puis en mettant en place un plan d'action ;
 - pour trois dossiers, il y a eu intervention d'une structure d'appui et d'expertise ;
 - et seulement pour 9 EIG (8 %), une intervention directe de l'ARS (investigation ou inspection réactive) a été décidée.

Enfin à noter la mise en place de deux journées « Qualitefficience » sur le risque lié à l'eau en EHPAD afin de conduire des retours d'expérience sur les brûlures.

L'année 2013 a permis enfin de finaliser un formulaire de déclaration des EIG à l'usage des établissements et de préciser le circuit interne à l'ARS.



conclusion

En

2014, nous serons « à mi-parcours » du Projet régional de santé.

Beaucoup des actions inscrites à notre feuille de route initiale sont désormais engagées, en cohérence avec les priorités définies dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

Nous aurons donc à faire un point d'étape pour mesurer ce qui est à amplifier, à infléchir ou à relancer.

Ce sera également l'occasion d'échanges dans la perspective d'un nouveau Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'État et l'ARS. Ce nouveau contrat va être renégocié d'ici la fin de l'année : nous aurons à tirer les leçons des évaluations menées tant sur nos politiques que sur certains de nos dispositifs.

Enfin, nous poursuivrons nos travaux de rééquilibrage de l'offre dans un contexte économique où les contraintes pèsent sur tous les acteurs. Pour cela, nous avons besoin de tous les personnels de l'Agence, et de l'éclairage des représentants de la démocratie sanitaire qui seront renouvelés également durant cette année 2014.

Marie-Sophie Desaulle

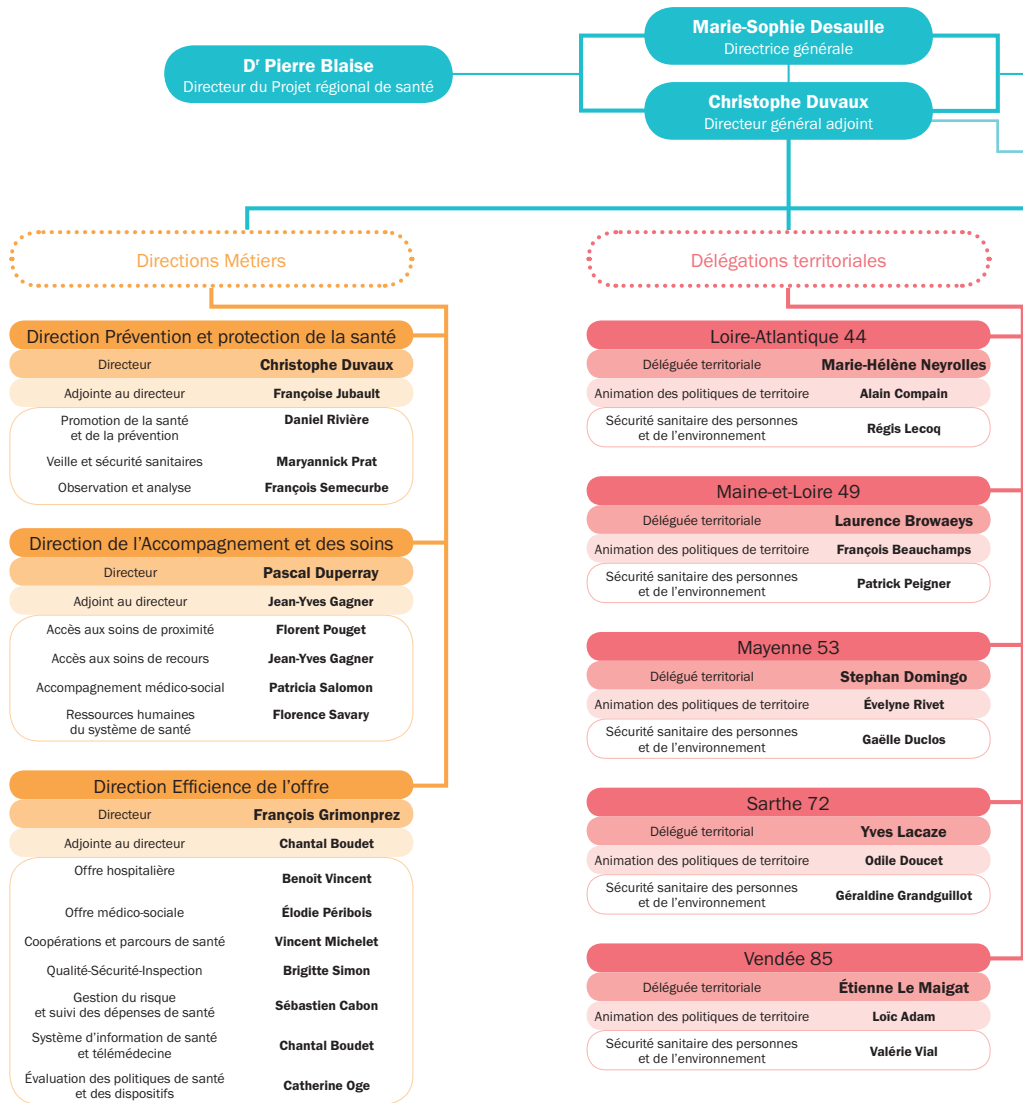
*Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Pays de la Loire*



glossaire

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

GPEC et dialogue social **Benoit James**

Immobilier et gestion logistique **Pascal Le Lièvre**

Informatique et bureautique **Fabienne Manceau**

Appui juridique et documentation **Nicolas Blayo**

Direction Financière et comptable

Directeur **Patrick Chauvet**

Adjoint au directeur **Freddy Gullet**

rédaction : **ARS Pays de la Loire**
conception graphique et réalisation : **Graphitti communication graphique** - Nantes
photographies : ARS, Fotolia
imprimé avec des encres végétales sur papier environnemental.
imprimeur certifié Imprimvert, FSC et PEFC
ars-pdl-contact@ars.sante.fr
www.ars.paysdelaloire.sante.fr

**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

**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 02 49 10 40 00

édition mai 2014