



# rapport d'activité ARS 2011

février 2012

Document édité par le Secrétariat  
général des ministères chargés  
des affaires sociales - février 2012

**Responsable de la publication :**  
Emmanuelle Wargon

**Coordination :**  
Anne-Catherine Ferrari

**Création graphique :**  
Romain Fleury/DICOM

**Remerciements :** Muriel Amilhat-Guelfi, Joseph Baltide, Véronique Bardissa, Isabelle Batany, Sophie Bentegeat, Samuel Bouju, Valérie Bourgeois, Adeline Caret, Sandra Cayet, Ségolène Chatelin, Béatrice Degrugilliers, Patricia Dietrich, Laurence Dominge, Elias El Daif, Cécile Favarel-Garrigues, Alexandra Fourcade, Sandrine Gautier, Agnès Giffard, Delphine Gnechi, Cécilia Haas, Alice Hassoune de Maximy, Hélène Helfenstein, Huguette Julie, Elisabeth Lagadec-Fethaddine, Valérie Lagier, Hélène Landeau, Gilles de Lacaussade, Sarah Le Borgne, Annie Le Guevel, Claire Le Privé, Caroline Lhote, Béatrice Magi, Mylène Marthely, François Negrier, Sébastien Pageau, Olivier Pailhoux, Nicolas Péju, Pascal Poette, Nicolas Prisse, Marie Réaux, Muriel Revel, Marion Ribou, Philippe Sanson, Véronique Séguy, Corinne Vachet, Alexandre Viscontini.

En application du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, Paris, 2012

## // Chapitre 1 : temps forts et chiffres-clé de 2011 p.2

Les grands jalons	p.2
2011, l'année des projets régionaux de santé	p.4
Les travaux du Conseil national de pilotage	p.8
Les chiffres-clé	p.10
Les ressources humaines	p.12

////////////////////////////////////

## // Chapitre 2 : 26 agences au quotidien p.18

Dans ce chapitre sont présentés des exemples d'actions portées par chacune des ARS, la plupart de ces actions se retrouvant dans l'ensemble des régions

Alsace	p.18
Aquitaine	p.20
Auvergne	p.22
Basse-Normandie	p.24
Bourgogne	p.25
Bretagne	p.27
Centre	p.29
Champagne-Ardenne	p.32
Corse	p.34
Franche-Comté	p.35
Guadeloupe	p.38
Guyane	p.39
Haute-Normandie	p.40
Île de France	p.42
Languedoc-Roussillon	p.45
Limousin	p.47
Lorraine	p.49
Martinique	p.51
Midi-Pyrénées	p.52
Nord - Pas-de-Calais	p.53
Océan Indien	p.54
Pays de la Loire	p.56
Picardie	p.58
Poitou-Charentes	p.60
Provence - Alpes - Côte d'Azur	p.62
Rhône-Alpes	p.63

////////////////////////////////////

# Chapitre 1 // temps forts et chiffres-clé de 2011

## Les grands jalons

### Février

Toutes les ARS ont arrêté leurs territoires de santé

Les ministres fixent la feuille de route des ARS

Lancement du débat dépendance



Première grande étape pour élaborer le projet régional de santé, la définition de territoires de santé a permis aux ARS de décliner leurs actions en matière de santé publique, de soins et d'accompagnement médico-social.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de chacune des 26 agences régionales de santé (ARS) ont été signés, le 8 février 2011, par Xavier Bertrand et Roselyne Bachelot-Narquin. Prévus par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), ces CPOM fixent la feuille de route des ARS jusqu'en 2013. Ils reprennent les trois grandes missions des agences : améliorer l'espérance de vie en bonne santé ; promouvoir l'égalité devant la santé ; développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Le 8 février, le président de la République a lancé le débat national sur la dépendance. Les ARS ont pris une large part à cette démarche participative, en organisant des débats interdépartementaux, avec les préfets de région, au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2011. Objectifs : informer les Français sur la problématique de la dépendance, recueillir leur opinion et identifier les « bonnes pratiques » locales.

### Mars

Premières élections professionnelles au sein des ARS

### Avril

1<sup>er</sup> anniversaire des ARS

Le 15 mars, les agents des 26 agences régionales de santé (ARS) ont procédé à l'élection de leurs représentants au sein des comités d'agence. Ce même jour s'est déroulé le scrutin pour l'élection des délégués du personnel par les agents des ARS régis par les conventions collectives des organismes de sécurité sociale.

Pour marquer le premier anniversaire des ARS, un colloque a été organisé à Marseille, rassemblant près de 300 personnes, élus, professionnels de santé et dirigeants des ARS. Au même moment, le rapport d'activité « Les ARS, un an après » était publié.



Les conférences de territoires sont installées dans toutes les ARS

### Mai

Étude de cadrage sur le système d'information de gestion des ressources humaines des ARS

### Juin

Élaboration de l'ensemble des PSRS

Les conférences de territoires (issues de la loi HPST) visent à ce que les décisions prises par les ARS soient le plus proche possible du terrain. Les dernières conférences de territoires ont été installées en Haute-Normandie, Franche-Comté, Martinique, Limousin et Guyane.

Cette étude visait, à partir d'un diagnostic partagé, à établir le périmètre du système d'information mutualisé et la trajectoire de la mise en place pour aboutir début juin 2011.

Les plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) ont été élaborés dans l'ensemble des régions avant le début de l'été 2011. Ils reposent sur un diagnostic régional de l'état de santé et une analyse de l'offre de soins, qui a fait l'objet de concertation avec l'ensemble des acteurs de la santé dans toutes les régions. Les PSRS définissent les priorités

**Installation de la Conférence nationale de santé**



régionales et les objectifs en matière de prévention, de soins et de la prise en charge de la perte d'autonomie. Ils constituent le cadre à partir duquel sont construits les schémas d'organisation et les programmes d'action.

/ La Conférence nationale de santé a été installée, dans sa nouvelle composition, le 21 juin 2011. Elle a élu sa présidente, Bernadette Devictor, présidente de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) Rhône-Alpes, ainsi que les membres de la commission permanente et de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé de l'instance.

**Juillet  
Ouverture des PAPS**



/ Les 26 plates-formes d'appui aux professionnels en santé (PAPS) sont en ligne depuis le 1<sup>er</sup> juillet. Instaurées par la loi HPST, elles visent à informer sur les services proposés par les différents acteurs en région, faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, et les accompagner aux moments clés de leur carrière. Les PAPS reposent sur un partenariat entre les acteurs de la santé locaux, dont les agences régionales de santé. Elles ont été progressivement enrichies au cours de l'année.

**Août  
Aménagement de la loi Hôpital, patients et territoires. Loi dite « Fourcade »**

/ La loi du 10 août 2011 dite « loi Fourcade » aménage la loi Hôpital, patients, santé et territoires, notamment sur la mise en œuvre du plan « médecine de proximité », l'offre de soins, les professions de santé, les médicaments et les actions de santé publique.

**Octobre  
La première campagne de suivi des CPOM des ARS**

/ Le premier suivi annuel des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS a eu lieu entre mi-octobre 2011 et mi-février 2012. Il prévoit, pour chaque ARS un dialogue de gestion, un dialogue métiers et une réunion stratégique entre l'équipe de direction de l'ARS et les membres du CNP.

**Décembre  
Adoption des premiers projets régionaux de santé (PRS)**



/ Deux projets régionaux de santé ont été adoptés au cours du mois de décembre : celui de l'ARS Poitou-Charentes, le 15 décembre, et celui de l'ARS Nord - Pas-de-Calais, le 31 décembre. Les PRS des autres agences seront arrêtés avant la fin du premier trimestre 2012 pour 18 autres régions, puis à l'été et l'automne pour les six autres régions.

**Ils ont été nommés directeurs généraux >>**

- > Claude d'Harcourt, nommé le 12 janvier directeur général de l'ARS de Haute-Normandie, en remplacement de Gilles Lagarde
- > Monique Cavalier, nommée le 23 février directrice générale de l'ARS de Bourgogne, en remplacement de Cécile Courrèges
- > Jean-François Bénévise, nommé le 7 juillet directeur général de l'ARS de Lorraine, en remplacement de Jean-Yves Grall
- > Christophe Jacquinet, nommé le 24 novembre directeur général de l'ARS de Rhône-Alpes, en remplacement de Denis Morin
- > Christian Dubosq, nommé le 4 janvier 2012 directeur général de l'ARS de Picardie, en remplacement de Christophe Jacquinet
- > Jean-Jacques Coiplet, nommé le 29 février 2012 directeur général de l'ARS de Corse, en remplacement de Dominique Blais

# Chapitre 1 // temps forts et chiffres-clé de 2011

## 2011, l'année des projets régionaux de santé



Les agences régionales de santé ont reçu la mission de faire en sorte que l'on vive plus longtemps en meilleure santé, notamment en améliorant la qualité et l'accessibilité du système de santé. Ces améliorations doivent bénéficier à tous, en particulier aux plus fragiles.

Pour atteindre ces objectifs, la loi a donné aux ARS les moyens d'agir auprès des professionnels et établissements de santé, des services et personnels qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées, afin de mieux prévenir, soigner et prendre en charge, tout en veillant aux coûts supportés par la collectivité.

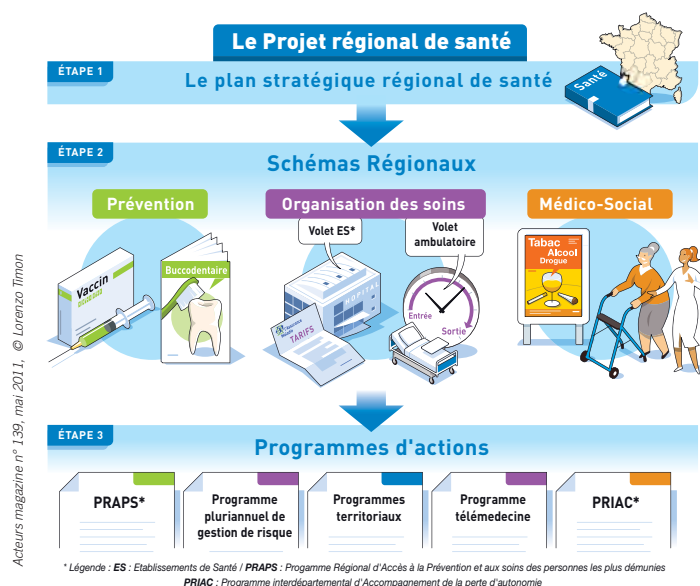
De tels enjeux ont nécessité, pour chaque ARS, de s'organiser et de prévoir des étapes, des moyens et des actions. Le projet régional de santé (PRS) constitue cette démarche et ce plan d'actions, tenant compte du contexte de chaque région.

En 2010, les ARS avaient ainsi mis en place l'organisation et les premiers chantiers de réflexion. 2011 a été l'année de l'élaboration proprement dite des projets régionaux de santé.



Pour construire le PRS, il a fallu tout d'abord réaliser un état des lieux précis de la situation et des problématiques, à un niveau fin, au plus près des conditions de vie des habitants. Par exemple : quels sont les problèmes de santé les plus fréquents ? Quels sont les personnes ou groupes de personnes dont la santé est la plus altérée ? Quelles sont les zones où l'accès aux médecins ou aux hôpitaux ou encore à certains services reste difficile ? Comment prendre en compte les situations peu fréquentes et veiller au parcours de santé de chacun ? Comment améliorer la communication entre un hôpital et un médecin généraliste pour qu'une sortie d'hôpital se passe bien ? Comment prendre en charge au mieux une personne âgée qui cumule de nombreuses maladies et fragilités ? Comment faire en sorte que les enfants handicapés bénéficient des mêmes actions de prévention que les autres ? Comment réduire les problèmes de santé liés à l'environnement ? Etc.

### Une démarche en plusieurs étapes



//

Ce travail a permis d'aboutir à la définition des grandes lignes directrices pour les cinq ans à venir, dans le plan stratégique régional de santé, première composante du PRS. Ce document montre l'effort qui doit être fait pour tel ou tel problème de santé, population, secteurs ou service.

////////////////////////////////////

/ Dans un second temps, afin de préciser les transformations à mener pour répondre à ces priorités, les ARS ont scindé leur chantier en trois volets, appelés schémas, qui précisent les évolutions à conduire dans le secteur des soins (établissements de santé et médecine ambulatoire), en matière d'organisation pour les personnes âgées ou handicapées, ainsi que dans le champ de la prévention et de la gestion des situations urgentes menaçant la santé de la population.

Enfin, s'appuyant sur cette nouvelle offre de services, les ARS ont élaboré des programmes qui définissent les actions qui vont, très concrètement, au cœur des territoires, bénéficier à la population et aux professionnels de santé. Par exemple : actions qui permettent de favoriser l'accès aux soins des plus démunis, actions qui permettent de développer l'utilisation des technologies pour pallier les problèmes de distance ou actions qui améliorent les conditions de vie des personnes âgées ou handicapées, etc.

////////////////////////////////////

/ Pour mener de tels chantiers, les ARS n'ont pas travaillé seules. Tout au long de ce processus, elles ont consulté les autres services de l'État (ceux qui s'occupent de la santé à l'école, de l'environnement, par exemple), les professionnels de santé mais aussi la population et ses représentants élus. Les PRS portent donc une vision largement partagée de ce que doit être la santé dans chaque région, même si la concertation a souvent été menée dans des délais serrés, compte-tenu du calendrier. Ainsi, depuis la phase de diagnostic, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées, les commissions de coordination des politiques publiques, les conférences de territoires, mais aussi d'autres intervenants se sont impliquées, tout au long de ces travaux.

////////////////////////////////////

## Des projets concertés





## Une communication intense



/ Divers moyens de communication ont également été utilisés pour échanger autour du PRS : débats publics organisés à l'initiative des CRSA, sites internet, forum, rencontres, etc. Les directeurs généraux d'ARS ont veillé à développer, en complément de la concertation institutionnelle, les échanges et les rencontres bilatérales, notamment avec leurs partenaires publics comme les conseils généraux. L'implication de chacun s'est également concrétisée au sein des groupes de travail incluant les représentants des instances et les représentants des ARS, pour identifier les priorités à retenir.



### MA SANTÉ DEMAIN PARLONS-EN EN PAYS DE LA LOIRE



#### Pourquoi un PRS ?

Mieux comprendre le Projet Régional de Santé et ses objectifs pour demain

#### Les enjeux de demain

Des repères pour ma santé de demain en Pays de la Loire

#### Débats publics

Assister aux débats, lire des comptes-rendus

#### Thème du mois

Des réponses aux questions d'aujourd'hui et de demain

AUJOURD'HUI, ON M'ACCOMPAGNE  
DANS MA VIE QUOTIDIENNE.  
**ET DEMAIN ?**

[Les enjeux santé de demain »](#)



#### Votre avis nous intéresse

Quels sont les principaux risques de santé que vous percevez aujourd'hui, pour vous-même ou pour votre conjoint ?

Votre avis...  [Voir les résultats »](#)



#### Grande enquête

Les ligériens et la santé — [Télécharger l'enquête](#)  
L'opinion des professionnels de santé en Pays de Loire — [Télécharger l'enquête](#)



/ En 2012, tous les PRS auront été établis. Les cinq ans à venir seront ceux de leur mise en œuvre. Les instances et les acteurs de santé continueront à être sollicités et impliqués dans le suivi et l'évaluation de leur réalisation.



## Le contenu des plans stratégiques régionaux de santé >>

> **La perte d'autonomie, les troubles de la santé mentale et les maladies chroniques** (particulièrement les cancers) font l'objet de priorités dans la totalité des PSRS. L'obésité et le surpoids font également partie des préoccupations de la majorité des régions.

Les personnes âgées, les personnes souffrant d'un handicap, les enfants et les personnes en situation de précarité sont tout particulièrement ciblées. Les adolescents, les femmes enceintes et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer font aussi partie des populations visées dans plus des trois quarts des stratégies régionales.

> En lien avec la perte d'autonomie des personnes âgées ou handicapées, la majorité des PSRS retiennent des objectifs relatifs au **respect du projet de vie** et à la prise en compte de leurs besoins dans une logique d'**adaptation des prises en charge**, ainsi que des **actions de soutien aux aidants**.

> Les actions de sensibilisation et d'information des publics sur les risques comportementaux et environnementaux, l'**éducation thérapeutique des patients** et le **dépistage** et la **prise en charge précoce de certaines pathologies** sont des leviers retenus toutes les stratégies régionales.

> L'**amélioration de l'accessibilité de l'offre de soins** et le **renforcement du maillage territorial** sont aussi des objectifs majeurs pour l'ensemble des régions. La coordination des acteurs dans le champ hospitalier, le déploiement de la télémédecine, la réorganisation de l'offre de premier recours (mise en place de nouveaux modes d'exercice coordonné, maintien d'une densité médicale proportionnelle aux besoins, valorisation du rôle du médecin traitant, etc.) sont les principaux leviers cités pour maintenir une offre de proximité dans les régions.

> Cette réorganisation de l'offre s'inscrit dans une logique de **recherche d'efficience**, commune à l'ensemble des régions qui visent également la **qualité de la prise en charge des patients**. Les objectifs à atteindre concernent la continuité des parcours, la réduction des délais de prise en charge, la sécurité des soins et l'amélioration des conditions de sortie.

> Par ailleurs, le **respect du droit des usagers** est une thématique commune à tous les PSRS. Elle s'inscrit majoritairement dans le respect du projet de vie des personnes et la nécessité d'adapter les modes de prise en charge en prenant en compte leurs besoins et leurs choix, ainsi que la promotion de la bientraitance des personnes.

> Enfin, la **gestion des risques sanitaires** est présente dans toutes les stratégies régionales, principalement à travers l'amélioration des dispositifs de veille et des modalités de gestion des alertes.

# Chapitre 1 // temps forts et chiffres-clé de 2011

## Les travaux du Conseil national de pilotage

### Pilotage et suivi des ARS

#### Bilan des instructions aux ARS examinées par le CNP

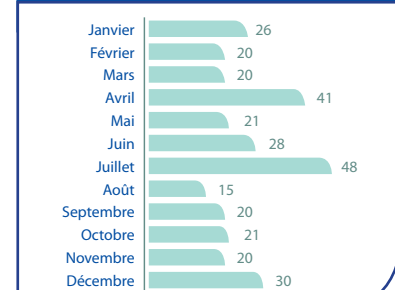
#### La première campagne de suivi des CPOM

Le pilotage du réseau des ARS est placé sous la responsabilité du Conseil national de pilotage des ARS (CNP). Instance de débat, de réflexion et de décision, le CNP se réunit deux fois par mois. Il adresse des orientations et des directives aux ARS pour la mise en œuvre des politiques de santé, approuve les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), évalue l'action des ARS et valide les instructions qui leur sont données. Le CNP doit également connaître les financements et leur répartition afin de veiller au respect de l'objectif de « réduction des inégalités » précisé par la loi.

En 2011, 321 instructions ont été présentées au CNP et 310 ont été validées, ce qui représente en moyenne 26 instructions par mois adressées aux ARS. Ces instructions sont de nature et d'importance très variées. 65 instructions « signalées » avaient une dimension stratégique marquée, dont 47 étaient relatives à la mise en œuvre des politiques, 10 portaient sur le fonctionnement des ARS, 5 sur les enquêtes et 3 sur les crédits d'intervention. La plupart des instructions émanaient de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale de la santé (DGS).

////////////////////////////////////

Nombre d'instructions validées par le CNP en 2011



////////////////////////////////////

Les CPOM définissent, pour une période de quatre ans, les objectifs et les moyens définis par le Conseil national de pilotage et chacune des 26 ARS. Ils sont suivis tous les ans et évalués en fin de période. Les premiers CPOM ont été signés le 8 février 2011, pour la période allant de 2010 à 2013.

Le premier suivi annuel des CPOM des ARS a eu lieu entre mi-octobre 2011 et mi-février 2012. Chaque ARS a participé à trois réunions : un dialogue de gestion (portant notamment sur le budget 2012 et les ressources humaines de l'agence), un dialogue « métiers » (consacré au suivi des objectifs et des indicateurs métiers) enfin, une réunion stratégique entre l'équipe de direction de l'ARS et les membres du CNP.

#### Composition du CNP >>

- > les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces ministres président le CNP
- > le ministre du Budget
- > la secrétaire générale des ministères sociaux (SGMAS) et son adjoint
- > les directeurs des ministères sociaux : DGOS, DGS, DSS, DGCS, DREES, DRH, DAFIIS
- > le directeur du Budget
- > le chef de l'IGAS
- > les directeurs de la CNAMTS, du RSI et de la MSA
- > le directeur de la CNSA
- > en l'absence des ministres, la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales préside le CNP

## L'animation du réseau



Parmi les missions confiées au CNP, l'animation du réseau consiste à organiser les relations avec les ARS en favorisant un dialogue entre le niveau national et les agences.

Tous les mois, l'ensemble des directeurs généraux des ARS se retrouvent pour un temps d'échange avec la secrétaire générale, les directions d'administration centrale et les caisses. L'objectif des séminaires des DG ARS est également de favoriser la communication entre ARS afin de mutualiser les bonnes pratiques.

Les réseaux « métiers » et « supports » sont réunis régulièrement pour aborder les sujets d'actualité, les projets en cours et travailler sur un point spécifique dans le cadre d'ateliers.

Ces séminaires réunissent les référents nationaux et régionaux des différentes thématiques : ressources humaines, communication, systèmes d'information, gestion du risque, veille et sécurité sanitaires, hôpital et performance, ambulatoire, PRS, démocratie sanitaire.



### Première réunion des équipes de direction >>

> Le 21 septembre 2011, les équipes de direction des ARS se sont réunies à l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP), à Paris.

Le matin, les 330 participants ont participé à douze ateliers portant sur quatre thématiques : construire des parcours de santé, améliorer l'efficacité du système de santé, conduire la stratégie régionale entre les plans nationaux et les partenariats locaux, développer une animation régionale et territoriale avec les acteurs de terrain. Une restitution a eu lieu l'après-midi en séance plénière.



# Chapitre 1 // temps forts et chiffres-clé de 2011

## Les chiffres-clé

### Objectifs et moyens des ARS

- > **1,142** milliard d'euros : montant total des budgets des ARS pour 2011,
- > **41** milliards d'euros : crédits régulés par les ARS,
- > **167,1** milliards d'euros : objectif national des dépenses d'assurance maladie dont les ARS ont contribué à assurer le respect en 2011,
- > **10** programmes de gestion du risque (destinés à améliorer l'efficacité du système de santé et la qualité des prises en charge) conduits conjointement avec l'assurance maladie, dans les domaines de l'insuffisance rénale chronique, de la chirurgie ambulatoire, des transports sanitaires, du médicament à l'hôpital, de l'imagerie médicale, des soins de suite et de réadaptation, des EHPAD et de la permanence des soins,
- > **26** contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'Etat et les ARS.

### Ressources humaines en ARS

- > **9 330** agents présents en ARS au 1<sup>er</sup> janvier 2011 dont **7 862** de la fonction publique d'État (84,2%) et **1 468** issus de l'assurance maladie (15,7%),
- > **60%** des agents ont suivi au moins un stage de formation en 2011,
- > **90%** des entretiens professionnels ont été réalisés en 2011,
- > En moyenne, **92%** des agents disposent de fiches de poste au 31 décembre 2011.

### Stratégies régionales de santé

- > **26** plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) adoptés avec **239** priorités d'actions,
- > Populations prioritaires : les personnes âgées et les personnes handicapées dans **26** PSRS, les enfants et les adolescents dans **19** PSRS, les personnes en situation de précarité,
- > Pathologies prioritaires : la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées dans **23** PSRS, les maladies chroniques dans **13** PSRS, l'obésité dans **22** PSRS, le surpoids dans **18** PSRS,
- > Troubles psychiques pris en compte : la consommation de produits addictifs dans **25** PSRS, l'autisme dans **24** PSRS, les troubles sensoriels dans **15** PSRS, les troubles de l'apprentissage chez l'enfant dans **13** PSRS, la souffrance psychique dont les suicides dans **17** PSRS.

### Réalisations régionales dans les secteurs sanitaire et médicosocial

Coopérations,  
contractualisations

- > **28** protocoles de coopération interprofessionnelle instruits par la HAS (Haute autorité de santé) et plus d'une cinquantaine en cours d'élaboration dont **36** dans le secteur hospitalier, **13** concernant les professionnels libéraux et **4** les centres de santé,
- > **60** contrats locaux de santé (CLS) signés,
- > **10** communautés hospitalières de territoire (CHT) constituées en 2011,
- > **25** projets performance en phase opérationnelle, **5** nouveaux, en phase de lancement,
- > **148** contrats d'engagement de service public signés en 2010/2011 avec **103** étudiants et **45** internes ; **186** dossiers déposés fin 2011.



## Réorganisation



- > **230** maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) en 2011 pour un objectif de **250**, fin 2012,
- > **26** plates-formes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ouvertes en juillet 2011,
- > **113** projets de télémédecine opérationnels aujourd'hui, **143** autres sont soutenus par les ARS sur l'ensemble du territoire dans le cadre des programmes régionaux de télémédecine en cours de finalisation,
- > **55** maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ouvertes fin 2011, **486** pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) opérationnelles, **185** en cours de finalisation, **118** unités d'hébergement renforcées (UHR), **36** en cours de finalisation,
- > **193** services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Alzheimer autorisés, **1 730** accueils de jour, soit **11 000** places,
- > **2 489** services pour enfants handicapés installés en 2011, **6 298** établissements et services pour adultes handicapés,
- > Plus de **50** appels à projet lancés de janvier à octobre 2011, dont **38** de la compétence exclusive des ARS, **16** conjointement avec les conseils généraux.

## Communication, démocratie sanitaire



- ////////////////////////////////////
- > **9** campagnes nationales de prévention relayées par les ARS en 2011,
  - > **72** débats publics organisés par les ARS en 2011 dont **15** débats inter-départementaux sur la dépendance,
  - > **23** rapports sur les droits des usagers publiés en 2011,
  - > **237** projets « droits des patients » ont été examinés par les 20 ARS, **170** labellisés,
  - > **8 100** personnes mobilisées dans les instances de démocratie sanitaire (CRSA).
  - > **26** présidents de Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) dont **8** issus du monde associatif,
  - > Près de **600** élus, titulaires et suppléants, désignés pour participer aux conférences régionales de santé et conférences des territoires,
  - > **20** projets régionaux de santé (PRS) soumis à la concertation en 2011.

# Chapitre 1 // temps forts et chiffres-clé de 2011

## Les ressources humaines

### Construction d'un dialogue social spécifique aux ARS en ARS

Les élections  
du 15 mars 2011

### La mise en place du comité national de concertation (CNC)



L'année 2011 a été particulièrement dense en matière de ressources humaines. Les DRH d'ARS ont tout d'abord concentré leur action sur la construction d'un dialogue social approfondi avec les organisations syndicales, puis à la négociation d'accords concernant l'ensemble des personnels des ARS, et ils ont beaucoup travaillé à l'amélioration des conditions de travail et à la prévention des risques psychosociaux dans leur agence pour aboutir avant la fin de l'année 2012 sur des actions spécifiques à chaque agence dans le cadre du plan national des ministères sociaux. Tout au long de l'année 2011, les DRH d'ARS ont été réunis en séminaires avec la DRH du ministère et la participation de la direction générale de la CNAMTS pour travailler à l'ensemble des thématiques RH, en particulier celles exigeant la mise en place d'actions de convergence entre droit public et droit privé (convention collective de la Sécurité sociale). Un chantier national, coconstruit avec les ARS a été ouvert par la DRH ministérielle en 2011 pour l'adaptation des formations initiales et continues des ARS.

////////////////////////////////////

Les ARS se sont dotées d'instances représentatives à la suite des élections du 15 mars 2011. Grâce à l'implication des équipes et des organisations syndicales, le taux de participation à ces élections a été particulièrement élevé, atteignant plus de 85 % parmi les agents de droit public et de droit privé régis par les conventions collectives des organismes de Sécurité sociale. Sur la base des résultats électoraux, ont pu être mis en place très rapidement au second trimestre : les comités d'agences, les représentants syndicaux, le comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT), les délégués du personnel et, au plan national, le comité national de concertation (CNC).

////////////////////////////////////

Le CNC a été installé le 6 juin 2011, à l'issue des élections du 15 mars 2011. Cette instance d'information et de débat spécifique aux ARS, comporte douze représentants des agents de droit public et cinq représentants des agents de droit privé des ARS, désignés parmi les élus au sein des comités d'agence par les organisations syndicales représentées dans ces comités. Par la suite, il a été réuni en juillet, octobre et novembre 2011. Parmi les sujets qui ont fait l'objet d'échanges au sein du CNC en 2011, l'on peut citer : l'action sociale, le dialogue social, les astreintes, la négociation à l'échelle des ARS de l'organisation du temps de travail, l'amélioration des conditions de travail.

////////////////////////////////////



**Le démarrage de négociation d'accords sur les conditions de travail**

**Les conditions et le cadre de travail**  
**L'enquête sur le « vécu au travail »**



**Le plan national d'actions décliné dans chaque ARS**

/ Les ARS ont pu, dans la foulée des élections, mettre en place, avec les représentants du personnel élus, des négociations pour la signature d'accords de méthode suivis par des accords sur des thématiques aussi diverses que l'organisation du temps de travail, l'organisation d'astreintes, le bien-être au travail, la diversité, le télétravail ou encore l'expression du droit syndical.



/ En juin et juillet 2011, une enquête a été réalisée auprès des agents de l'administration centrale et des services territoriaux des secteurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ainsi que des ARS et des centres de ressources, d'expertise et de performances sportives (CREPS). Cette enquête était menée par la DRH ministérielle, dans le cadre du plan d'amélioration des conditions de travail.

Au total, 3 354 réponses ont été reçues, soit un taux de participation de 46,2 %.

Globalement, les résultats ont confirmé la nécessaire vigilance sur les questions relatives aux conditions de travail et aux risques psychosociaux, *a fortiori* dans un contexte de réorganisations encore très récentes.



/ Un document cadre pour améliorer les conditions de travail et prévenir les risques psychosociaux a été défini au niveau national, en concertation avec les représentants du personnel. Il a vocation à être mis en œuvre et décliné sur le plan local dans chacune des ARS. Dès le second semestre de l'année 2011, des premières mesures ont été mises en place localement pour diminuer les risques de stress, réduire le sentiment de manquer de reconnaissance et renforcer la cohésion dans le travail. Des actions de sensibilisation à la prévention des risques psychosociaux ont été mise en place pour y répondre.

Les dialogues de gestion de la fin 2011 ont permis de suivre ARS par ARS la mise en œuvre des objectifs de ressources humaines dont les indicateurs sont en nette progression par rapport à 2010. Il s'agit du taux d'entretiens professionnels, du taux de fiche de poste par rapport à l'ensemble des effectifs, ou encore du taux de formation et du taux de formation de l'encadrement au management, indicateurs qui participent de la démarche d'amélioration des conditions de travail.





## Quelques exemples de réalisations internes

Bretagne : accompagner les nouveaux arrivants



//////  
/ Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'ARS Bretagne a connu plus d'une centaine de mouvements de personnels : départs, arrivées, mutations, changement de service, etc. Parmi ces mouvements, une quarantaine d'agents intégraient pour la première fois l'agence. Une attention particulière a été réservée à ces nouveaux arrivants.

Les premiers personnels qui ont bénéficié du nouveau dispositif d'accueil sont arrivés le 1<sup>er</sup> septembre 2011. Recrutés pour travailler au siège ou dans les délégations territoriales, ces 13 agents ont été accueillis pour leur rentrée au siège selon une formule toute nouvelle. Parmi ces nouveaux collaborateurs, certains étaient issus de la fonction publique, d'autres d'organismes de l'assurance maladie, d'autres d'ARS, etc. Au programme de leur journée d'accueil : une rencontre avec le directeur général qui leur a souhaité la bienvenue, puis avec le directeur des ressources humaines qui a présenté l'organisation de l'ARS, les différentes instances, les modalités pratiques d'intégration. Une connexion à l'intranet a été aussi l'occasion de montrer cet outil incontournable pour la communication interne de l'agence. Enfin, un livret d'accueil a été remis à chacun. À l'issue de cette matinée, une visite des locaux du siège a été organisée.

Cette première procédure d'accueil, sous ce format, a été jugée très utile par les participants. Chacun a pu ensuite regagner sa direction avec une vue d'ensemble de l'ARS lui permettant ainsi de mieux intégrer sa nouvelle fonction.

//////

**Centre :  
la plate-forme de veille  
et de gestion sanitaire**

**Champagne-Ardenne :  
géolocalisation  
informatique et gestion  
de crise**

/ Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le signalement de toutes les alertes sanitaires de la région a été centralisé par la plate-forme unique régionale de veille et d'urgences sanitaires de l'agence régionale de santé.

La plate-forme a pour mission de coordonner et de mobiliser les moyens internes de l'ARS (médecins, infirmières de santé publique, ingénieurs sanitaires, techniciens sanitaires, agents administratifs) pour recevoir, réguler, orienter et gérer les signaux reçus. Elle s'appuie en particulier sur les équipes techniques basées dans les délégations territoriales.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, ont été mises en œuvre les dispositions suivantes :

- > un centre de réception et de régulation des signaux (CRRS) de la plate-forme régionale a été installé, avec trois agents administratifs dédiés. La plate-forme dispose d'un numéro de téléphone, de fax et d'une adresse de messagerie uniques ;
- > les coordonnées de la plate-forme régionale ont été communiquées à 6 500 correspondants de l'ARS, ce qui aboutit à la constitution progressive d'un réseau régional de correspondants et de partenaires institutionnels ;
- > une continuité de la réponse médicale est assurée par la mise en place d'une permanence hebdomadaire en journée et d'une astreinte technique médicale de 2<sup>e</sup> niveau, toutes les nuits de semaine et les week-ends ;
- > une équipe régionalisée d'infirmières de santé publique dédiée à la veille sanitaire, basée au siège, à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) est opérationnelle.

////////////////////////////////////

/ La régionalisation des astreintes techniques, notamment dans le champ santé-environnement, a rendu presque indispensable le développement d'outils cartographiques permettant la géolocalisation d'installations ou d'établissements divers. Pour ce faire, l'ARS de Champagne-Ardenne a utilisé le potentiel que représente l'association de deux logiciels simples et largement diffusés : *Excel* et *Google Earth*.

D'accès gratuit, donc utilisable sur tout poste informatique, le logiciel *Google Earth* permet la géolocalisation des données sur un fond de photographies aériennes, régulièrement mis à jour, dont l'interface rapide et très intuitive permet une visualisation des terrains en trois dimensions. Sa conception web offre aussi le grand intérêt de pouvoir créer des liens avec de nombreuses bases de données cartographiques externes, ce qui facilite la première expertise à distance d'événements accidentels nécessitant de disposer d'une certaine connaissance de la configuration des lieux.

Les outils créés en Champagne-Ardenne sont implantés non seulement sur tous les ordinateurs portables affectés aux astreintes, mais aussi sur les ordinateurs de bureau des personnels des services santé-environnement. Ils permettent ainsi un partage d'informations au quotidien et rendent plus efficaces et rapides les évaluations de diverses situations pouvant conduire à une crise.

////////////////////////////////////

### Midi-Pyrénées : un nouvel outil pour la centralisation et la traçabilité du traitement des plaintes

### Poitou-Charente : une valise numérique d'astreinte pour tous les agents en astreinte

/ Avec la mise en place de l'ARS, l'enregistrement, le traitement et la traçabilité des plaintes mettant en cause la sécurité, la santé et le bien-être des individus dans les domaines sanitaires, santé-environnement et médico-social, sont centralisés en région. Dans l'attente de la finalisation du système d'information plaintes, application nationale, un outil spécifique a été créé par la mission inspection et contrôle (MIC) Midi-Pyrénées permettant une meilleure visibilité des volumes de plaintes et le suivi de la gestion en articulation avec les délégations territoriales. L'échange d'information étant facilité par la création d'un dossier partagé entre la MIC et le service instructeur.

Cet outil collaboratif permet ainsi d'optimiser les traitements et de générer des tableaux de bord assurant un suivi en temps réel à la fois du traitement mais aussi des flux.

Ce système d'information commence à produire des indicateurs de qualité adaptés au suivi des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Cette organisation innovante permet de participer à la définition des priorités du programme annuel d'inspections et de générer des indicateurs de « non qualité ».

L'outil ainsi développé apporte une traçabilité dans le traitement des plaintes permettant une réactivité et l'assurance pour l'usager que chacune d'entre elles soit traitée dans les plus brefs délais. Des envois systématiques d'accusés de réception sont adressés en réponse aux usagers. Il est aussi possible de générer des courriers en grand nombre, des mails automatisés adressés aux services pour un meilleur suivi et une information des actions réalisées.

Cet outil qui permet de quantifier en temps réel la gestion des plaintes a produit ses premiers résultats : 1 947 plaintes et signalements dont 1 154 concernent la santé environnement soit une moyenne de 37 plaintes par semaine.

L'ARS Midi-Pyrénées est associé aux travaux de finalisation de l'outil national qui intégrera ces fonctionnalités.

////////////////////////////////////

/ Cette valise, disponible sur le site intranet de l'agence, donne accès à tous les documents nécessaires à la réalisation de l'astreinte en temps réel : modèles d'arrêtés, instructions par métier (ingénieur, cadre administratif, médecin, pharmacien, épidémiologiste), informations par département, FAQ.

**Rhône-Alpes :  
un cycle de séminaires  
internes et de tables  
rondes sur la situation  
et le futur de l'agence**

//////  
/ Après un premier séminaire de direction organisé en septembre 2010, une série de tables rondes a été proposée à tous les agents de l'agence au printemps 2011.

Objectif: recueillir les avis et propositions d'amélioration sur le fonctionnement quotidien, l'évolution des métiers et l'évolution des relations avec les partenaires.

À l'issue de ces rencontres, les propositions retenues concernent aussi bien les circuits d'information internes, le rôle de l'encadrement, et l'accompagnement des nouveaux arrivants, que la construction d'une culture commune pour les 830 agents de l'ARS de Rhône-Alpes.

Ainsi, dès 2011, des outils permettant d'améliorer le partage d'information ont été construits : outils techniques - développement de la visioconférence, dossiers informatiques partagés - et outils pour l'animation des métiers : constitution d'un vademecum sur les appels à projets dans le médico-social, réunions territoriales thématiques sur l'efficacité de l'offre de soins, par exemple.

Le management a, par ailleurs, fait l'objet d'un travail spécifique en séminaire de direction, et un programme de formations, bâti en ce sens, se déploiera en 2012.

Lors du troisième séminaire de direction en septembre 2011, faisant suite au séminaire du printemps 2011 centré sur le partage du plan stratégique de santé, une réflexion prospective s'est également engagée sur l'évolution des missions de proximité ainsi que sur l'impact du projet régional de santé sur plusieurs des procédures quotidiennes de l'agence.

//////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Alsace

### Benchmark des blocs opératoires



Les générateurs d'investissements importants tant technologiques qu'immobiliers, les blocs opératoires sont le lieu de processus organisationnels complexes dans lesquels interviennent des ressources humaines qualifiées et rares.

L'organisation des blocs opératoires étant une phase importante dans la prise en charge d'un patient, l'agence régionale de santé a souhaité établir une cartographie régionale de leur performance afin d'alimenter la réflexion sur le volet chirurgie du schéma régional d'organisation sanitaire, dans le cadre des travaux d'élaboration du projet régional de santé 2012-2016. Pour les établissements, l'intérêt d'une démarche de *benchmarking* des blocs opératoires était de connaître leur performance, de la comparer à celle des autres établissements, d'engager des réflexions dans la perspective d'échanges de bonnes pratiques et d'évolutions organisationnelles.

L'étude réalisée en 2011 a concerné l'ensemble des établissements publics et privés de santé de la région. Au total, 23 établissements alsaciens ont participé à la démarche, soit 48 blocs et 246 salles essentiellement de chirurgie et 25 unités de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire. Des réunions d'information préalables, puis de restitution des résultats ont été organisées avec les établissements. Les principaux

constats - plus de 20 indicateurs ont été analysés, dont les indicateurs phares sont la taille des blocs, le taux d'ouverture, le taux d'occupation, le taux de programmation - font apparaître que les blocs opératoires sont plutôt performants en Alsace au regard des indicateurs cibles de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (Meah) : taux d'occupation de 82%. Les résultats détaillés de l'étude ont été mis à la disposition des professionnels via un site internet dédié au *benchmarking*.

Devant l'intérêt suscité auprès des établissements, et afin de poursuivre la promotion de l'efficacité, l'ARS a engagé une étude complémentaire sur les temps de passage en blocs opératoires et en unités de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire, destinée à constituer un outil d'aide à la programmation. Les données, recueillies et formalisées dans un guide diffusé aux établissements, permettent de connaître, pour chaque type d'intervention, les pratiques observées dans les établissements alsaciens : temps de passage, code de la classification commune des actes médicaux associés, taux de programmation, etc. Il s'agit de permettre aux équipes de se positionner et de comparer leurs pratiques organisationnelles, sans pour autant imposer de norme aux établissements.



### Contrats locaux de santé en milieu urbain et rural



Les contrats locaux de santé constituent un dispositif innovant devant permettre d'améliorer l'état de santé de la population, en conjuguant au mieux les politiques de santé publique menées par l'agence régionale de santé, les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale.

Participant à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social ainsi que les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale, etc.).

La démarche de concertation engagée par l'ARS d'Alsace avec ses partenaires

s'est concrétisée par la signature de trois contrats locaux de santé en milieu urbain et la préparation de deux contrats en milieu rural, dans des territoires identifiés dans le PRS comme prioritaires car cumulant des indicateurs sanitaires et sociaux défavorables, et volontaires pour un engagement contractuel.

Les contrats locaux de santé conclus avec la ville de Strasbourg et la communauté urbaine de Strasbourg le 6 janvier 2012 comportent des engagements auxquels se sont également associés la préfecture du Bas-Rhin, le rectorat et le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. Parmi les priorités retenues : pour la ville de Strasbourg, diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, réduire les inégalités territoriales et

//

sociales de santé, prévenir les conduites à risque ; pour la communauté urbaine de Strasbourg, mettre en place un observatoire local de la santé, inscrire la santé dans toutes les politiques portées par la communauté urbaine, soutenir les communes volontaires dans la mise en place d'actions de promotion de la santé.

Le contrat local de santé signé avec la ville de Mulhouse le 31 janvier 2012 porte quant à lui sur le renforcement des actions en faveur de la santé en direction des enfants et des adolescents, l'accès aux soins de premiers recours dans les quartiers prioritaires, la santé environnementale, la santé mentale et la souffrance psychique. Sont également signataires la préfecture du Haut-Rhin, le Conseil général du Haut-Rhin, le rectorat, le régime local d'assurance maladie

d'Alsace-Moselle, la caisse primaire du Bas-Rhin, la Mutualité française d'Alsace, les centres hospitaliers de Mulhouse et Rouffach.

L'ARS d'Alsace a parallèlement engagé des échanges avec deux territoires situés en milieu rural, dans la perspective de la signature d'un contrat local de santé : la communauté de communes de la vallée de la Haute-Bruche (Bas-Rhin) et la communauté de communes du Val d'Argent (Haut-Rhin). Des diagnostics locaux ont d'ores-et-déjà été effectués, pour préparer ces contrats qui devraient notamment intégrer une dimension santé/environnement et porter sur l'accès aux soins et la prise en charge médico-sociale.

////////////////////////////////////

## Déploiement du dossier médical personnel



au service de la santé

L'Alsace est l'une des quatre régions pilotes dans lesquelles le dossier médical personnel (DMP) a été déployé depuis le mois de janvier 2011. Inauguré le 24 mars 2011, le DMP a vocation à devenir l'outil de partage de l'information médicale dans la prise en charge coordonnée du patient.

Les médecins libéraux bénéficient également d'une démarche de sensibilisation et d'accompagnement : réunions d'information dans les quatre territoires de santé d'Alsace ; visites au cabinet des professionnels de santé, par une équipe dédiée, en lien avec l'installation d'une version DMP compatible par les trois principaux éditeurs de logiciels de gestion de cabinets libéraux en Alsace.

Plus de 17 000 dossiers ont été d'ores et déjà créés dans la région et le déploiement se poursuit au rythme de 300 nouveaux dossiers par semaine. La stratégie de déploiement retenue privilégie une approche par bassin de santé, en incluant, pour chacun d'eux, l'établissement de santé et l'ensemble des professionnels y exerçant une activité libérale.

Initiée avec le soutien de l'ARS, la mise en œuvre du DMP en Alsace est assurée par le Groupement de coopération sanitaire e-santé Alsace, et repose sur un partenariat étroit avec l'Union régionale des médecins libéraux, les professionnels de santé, les établissements de santé et les éditeurs de logiciels.

En 2011, cinq établissements de santé alsaciens ont créé et alimenté quotidiennement des dossiers médicaux personnels : les hôpitaux universitaires de Strasbourg, les centres hospitaliers de Saverne, Sélestat, Obernai et Haguenau. Ils seront rejoints, en 2012, par le centre hospitalier de Rouffach, le centre hospitalier EPSAN et le centre hospitalier de Mulhouse qui ont été retenus dans le cadre de l'appel à projet « DMP en établissements de santé » de l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé).

Les développements à venir s'orientent autour des axes suivants : intensifier le déploiement du DMP sur les bassins de santé déjà concernés ; poursuivre ce déploiement au niveau territorial ; en complément, développer les usages du DMP par filières de manière transverse au déploiement géographique (intégration rapide de la biologie dans le DMP et déclinaison des usages par parcours de soins notamment).

////////////////////////////////////



# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Aquitaine

## Maintien d'une maternité dans les Pyrénées-Atlantiques



L'ARS d'Aquitaine a dû accompagner la reconfiguration de l'offre hospitalière d'Oloron-Sainte-Marie (Pyrénées-Atlantiques) confrontée à une possible fermeture de la seule maternité sur ce territoire, les autres maternités n'étant accessibles aux patientes qu'avec un délai de 40 minutes de trajet minimum.

Jusqu'à fin 2010, c'est la clinique Olçomendy, gérée par le groupe Kapa Santé, qui assurait la prise en charge en maternité et obstétrique pour le territoire d'Oloron. Malgré une forte activité dans ce domaine avec près de 380 accouchements par an, l'établissement était en déficit et a été placé en redressement judiciaire le 22 décembre 2010.

Cette situation a poussé l'ARS d'Aquitaine et le centre hospitalier d'Oloron à adopter une approche évolutive axée sur la création d'un pôle de santé cohérent, structuré et viable sur le plan médico-économique. Le projet s'est concrétisé par la reprise de la maternité de la clinique par le centre hospitalier d'Oloron, l'enjeu étant d'assurer la poursuite d'activités de proximité, accessibles et sécurisées.

Tous les moyens ont été mis en œuvre pour permettre la réalisation de ce projet. La délégation territoriale des Pyrénées-

Atlantiques a assuré le travail d'animation et de coordination territoriale tandis que la direction de l'offre de soins de l'ARS s'est chargée de l'expertise financière et juridique. Parallèlement, la directrice générale de l'ARS a mobilisé l'ensemble des acteurs (communauté médicale hospitalière, salariés de la clinique, procureur de la République, ministère et élus locaux).

À ce jour, la maternité est sauvegardée et le projet a permis de conforter le service public hospitalier. Le centre hospitalier d'Oloron a pu reprendre 53 emplois, et six médecins libéraux (chirurgien, gynécologues, pédiatre, anesthésistes) ont été intégrés au sein de l'hôpital grâce à un groupement de coopération sanitaire de moyens créé le 13 avril 2011. La délégation territoriale des Pyrénées-Atlantiques a mis en place un comité de suivi pour maîtriser le développement du projet. L'avenir de l'offre hospitalière d'Oloron-Sainte-Marie est désormais marqué par des enjeux forts tels que d'éventuelles mutualisations ou encore la création d'un site unique avec de nouveaux bâtiments.

////////////////////////////////////

## E. coli ou l'expérience d'une gestion de crise



Le mercredi 22 juin 2011, la cellule interrégionale de l'épidémiologie (Cire) au sein de l'ARS reçoit un appel de l'hôpital Robert Picqué de Bordeaux signalant huit cas de diarrhée sanglante chez des adultes dont deux présentent des complications appelées SHU (syndrome hémolytique et urémique). Il s'agit de cas groupés d'infections à la bactérie *Escherichia coli*, producteurs de shigatoxines (STEC). L'équipe de la Cire démarre les investigations épidémiologiques sans attendre. C'est le point de départ de deux semaines de gestion de crise pour l'ARS d'Aquitaine.

## Une course contre la montre pour les services de l'ARS et l'équipe de la Cire

Dès le lendemain, une cellule de crise est mise en place. L'urgence est de trouver l'origine de ces infections et de se préparer à toutes éventualités d'évolution des cas groupés. L'ARS se met en ordre de bataille sur le plan sanitaire. Une course contre la montre commence alors pour la CVAGS (cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires), la Cire, le pôle médical de la délégation territoriale de Gironde ainsi que son service santé-environnement. Il faut démarrer une enquête alimentaire,



//

recenser les cas, interroger les personnes touchées et leur entourage, etc. Des points réguliers, quelquefois plusieurs fois par jour, en interne autour de la directrice générale, permettent à tous les acteurs de la crise d'informer et de se tenir informés sur l'évolution des cas, les actions menées par chacun et la communication à mettre en place tant en externe qu'en interne.

### / Le rôle important de la communication

Les médias régionaux, nationaux et même internationaux se sont rapidement intéressés au sujet. Le service communication de l'ARS a dû mettre en place un dispositif de communication de crise : organiser plusieurs points presse, rédiger en collaboration avec les services concernés des communiqués de presse réguliers, répondre au jour le jour aux sollicitations des médias. Quatre points presse sont organisés dès le 23 juin à 20h30, dont trois au cours du week-end. Une astreinte communication est rapidement mise en place. En parallèle,

une information est diffusée en interne auprès du personnel de l'ARS et tous les éléments de communication sont systématiquement mis en ligne sur le site internet de l'ARS.

Tout ce travail se fait en articulation avec l'échelon national : le ministère de la Santé, l'institut de veille sanitaire, mais aussi avec d'autres acteurs tels que le CHU de Bordeaux, la direction départementale de la protection des populations, le centre national de référence, etc.

### / Une sortie de crise positive

Les actions entreprises par la Cire en collaboration avec la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) ont permis de trouver rapidement la source de l'infection. Une personne est décédée mais son cas n'était pas lié aux cas groupés. Tous les autres ont pu être soignés dans de bonnes conditions.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Auvergne

### Suivi des insuffisances cardiaques : le réseau Cardiauvergne



### Étude sur le risque d'iatrogénie médicamenteuse et de dénutrition dans les EHPAD auvergnats

L'insuffisance cardiaque chronique, première cause d'hospitalisation après 60 ans, garde parmi toutes les pathologies, un des pronostics les plus défavorables. Conscient de cet enjeu majeur de santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé d'Auvergne a décidé, à l'automne 2010, d'accompagner la création de Cardiauvergne pour coordonner les soins de l'insuffisant cardiaque.

Les objectifs sont :

- > d'aider au décloisonnement entre la ville et l'hôpital et de mieux coordonner les soins ;
- > de réduire le nombre des réhospitalisations pour améliorer la qualité de vie des patients et réduire les coûts pour la société ;
- > de faire reculer la dépendance des personnes les plus âgées.

Le patient bénéficie donc d'une organisation programmée et coordonnée des

soins auprès de différents professionnels de santé (médecin généraliste et spécialiste, infirmier, pharmacien) ainsi que d'un suivi de ses constantes cliniques et biologiques.

Un système d'alerte couplé à un système expert permet un dépistage précoce de la décompensation cardiaque et déclenche une intervention.

Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été constitué le 4 juillet 2011. Il regroupe 27 membres fondateurs, dont les principaux établissements hospitaliers publics et privés, les unions régionales des professionnels de santé (URPS médecins, pharmaciens, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes), les associations de patients, la fédération des aînés ruraux, etc. Ce GCS est présidé par le président de l'URPS pharmaciens.

////////////////////////////////////

Depuis juin 2011, l'ARS d'Auvergne, avec l'appui du CHU de Clermont-Ferrand, s'est engagée dans une étude visant à évaluer les risques d'iatrogénie médicamenteuse et de dénutrition dans l'ensemble des EHPAD d'Auvergne. Ainsi, 227 établissements et environ 20 000 personnes âgées sont concernés par cette étude.

Ces deux thèmes, fréquents, souvent mal pris en compte, avec des conséquences gravissimes, constituent des enjeux de santé publique et d'économie. Ils s'inscrivent dans le cadre des priorités nationales de la gestion du risque.

Pour conduire cette étude, une équipe pluridisciplinaire est chargée de collecter dans les établissements des données médicales (pathologies, bilans biologiques, prescriptions) et réaliser une évaluation nutritionnelle de chaque résident.

Les résultats obtenus sur les premiers EHPAD (383 résidents) démontrent une importante disparité interétablissements. Globalement, il apparaît un fort taux de dénutrition (26 %) ; la moitié des dénutris ne sont pas diagnostiqués et donc non pris en charge.

//

**Alerte en Auvergne, version carte postale...**



**ars** votre NUMERO d'ALERTE 24h/24

Pour signaler un événement constituant un **risque particulier**\* pour la santé publique ou une **Maladie à Déclaration Obligatoire**

Contactez l'ARS d'Auvergne  
 Tél. : 04 73 74 48 80  
 Fax : 04 88 00 67 24  
 E-mail : [ars63-alerte@ars.santa.fr](mailto:ars63-alerte@ars.santa.fr)

\* pathologie non habituelle, pathologie au nombre inhabituel, problème inhabituel, tout problème impactant la santé et/ou vitalité d'un groupe d'individus ou tout autre problème non fatal ou vital particulièrement grave pour être signalé, qu'il concerne les établissements sanitaires, médico-sociaux et les professionnels de santé.

À partir de cet échantillon, l'analyse des prescriptions révèle une consommation moyenne de neuf médicaments par jour et par résident ; 5 % de la population en ingère plus de 15. Ceci augmente considérablement le risque d'interactions médicamenteuses que l'on retrouve dans 78 % des ordonnances. Les associations contre-indiquées et déconseillées qui représentent les deux niveaux les plus graves en terme de risque santé concernent respectivement 5 et 13% des ordonnances avec pour conséquences une importante élévation du risque d'hospitalisation, voire de décès.

En résumé, ces premiers résultats confirment l'importante prévalence du risque iatrogène et de la dénutrition dans les EHPAD. Cependant, comme le suggèrent les données obtenues dans certains établissements, des améliorations semblent être possibles. Les retours individualisés aux EHPAD et les réunions qui s'en suivront avec des médecins experts du domaine, devraient permettre d'initier une dynamique favorable dont les effets pourront bénéficier à l'ensemble des résidents des EHPAD.

////////////////////////////////////

/ Pour répondre aux objectifs de veille et de sécurité sanitaire, l'ARS d'Auvergne a mis en place un point focal régional de réception des signaux. Ce point focal est doté d'un « numéro d'alerte » (téléphone et fax) et d'une adresse courriel, disponibles 24h/24. Ce service permet d'assurer en continu la réception des signaux, susceptibles d'être à l'origine d'alertes.

en place : des supports d'information au format « carte postale » ont été réalisés et diffusés en direction des professionnels de santé, des établissements hospitaliers, des établissements médico-sociaux et des collectivités territoriales. D'autres diffusions sont prévues dans les prochains mois. Au total 15 000 cartes postales ont été éditées - à ce jour, la moitié a été distribuée - pour recueillir les signaux sanitaires de la population auvergnate, qui compte 1 340 000 habitants.

////////////////////////////////////

Afin de porter à la connaissance du plus grand nombre (en interne et en externe) les coordonnées du point focal, une campagne de communication a été mise

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Basse-Normandie

### Débats publics



### Débat public

#### « REGARDS CROISÉS SUR LA CONTRACEPTION : REGARDS INTERGENERATIONNELS ET TRANSDISCIPLINAIRES »

Dans le cadre des débats publics de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Marie-Claire QUÉROUX, présidente de la CRSA, et Pierre-Jean LANCY, directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie ont le plaisir de vous convier à un débat public :

Le jeudi 22 septembre 2011 à partir de 20h

Dans l'auditorium du Musée des Beaux-Arts de Caen (Le château)

#### Les intervenants :

- Docteur Isabelle ASSELIN, médecin gynécologue, référente du service contraceptif du CHU de Caen
- Pierre GIBERT, gynécologue sage-femme
- Sophie LAMARE, psychologue psychomotricienne
- Docteur Marie-Thérèse VALLA-LEQUEUX
- Un(e) représentant(e) du planning familial du Calvados
- Pierre-Jean LANCY assurera le rôle du modérateur.



En partenariat avec : **CAENA**

ENTRÉE LIBRE ET GRATUITE

Proposés et organisés par la CRSA en lien avec la mission démocratie sanitaire et le service communication, les débats publics de l'ARS de Basse-Normandie sont libres, citoyens. Ils ont lieu le soir afin de permettre la plus large audience au public. Ils sont l'occasion de traiter des sujets d'actualité.

Le premier débat public s'est déroulé le 30 septembre 2010 sur le thème *Devenir parent en 2010 : les questions culturelles et législatives, les enjeux éthiques des nouvelles technologies*. Ce débat s'est tenu à l'aube de la révision de la loi de bioéthique. Mêlant débat citoyen, informations professionnelles et avancées scientifiques, il a connu un succès important lié au sujet mais aussi à sa configuration.

Initialement, ces débats devaient avoir lieu trimestriellement mais leur succès a incité à en accroître la fréquence :

> juin 2011 : *La douleur, où en sommes nous aujourd'hui ?* ;

> septembre 2011 : *Regards croisés sur la contraception*, avec un échange intergénérationnel sur l'évolution des méthodes contraceptives et l'évolution des comportements ;

> novembre 2011 : *La réforme de la psychiatrie et les hospitalisations contraintes* (débat coorganisé avec le conseil régional de l'Ordre des médecins) ;

> janvier 2012 : *Le cyber patient*, avec diffusion d'un film ;

> mars 2012 : *La fin de vie dans le cadre de la loi Leonetti*, coorganisé avec l'Union régionale des médecins libéraux ;

> octobre 2012 : *La journée des aidants*, coorganisé avec la mairie de Caen.

////////////////////////////////////

### Partenariat avec le rectorat : actions en faveur des enfants et adolescents en difficulté



Depuis de nombreuses années, l'Éducation nationale a mis en œuvre des dispositifs visant à assurer une scolarité adaptée aux enfants et adolescents en situation de handicap.

Le décret du 2 avril 2009 invite à une plus grande coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux.

Pour répondre à cette demande, le recteur de l'académie de Caen et le directeur général de l'ARS ont mis en place le 18 juillet 2011 une commission rectorat/ARS. Le but de cette commission est de coordonner, dans un souci d'harmonisation des pratiques, les groupes techniques départementaux de suivi de la scolarisation des enfants,

des adolescents, des jeunes adultes en situation de handicap.

Deux grandes missions sont dévolues à cette commission :

> établir les règles de bon partenariat avec une harmonisation régionale des pratiques ;

> rédiger la convention de coopération entre les établissements et services médico-sociaux et l'inspection académique sur la base du modèle national rédigé par le comité d'entente (ensemble des associations, gestionnaires d'établissements, représentatives des personnes en situation de handicap).

////////////////////////////////////

## Sensibilisation au risque auditif : la tournée *Peace and Lobe !*



/ MP3, concerts, discothèques...  
Les risques auditifs liés à l'écoute et à la pratique de musiques amplifiées sont trop souvent méconnus.

Le temps consacré à l'écoute de musiques augmente sensiblement chez les jeunes. Dans le même temps, les niveaux sonores des amplificateurs, utilisés dans le cadre d'une répétition musicale, dans les concerts, les discothèques, grimpent.

L'ARS de Bourgogne met en œuvre un programme de sensibilisation et d'information qui s'adresse tant aux jeunes qu'aux professionnels et aux utilisateurs des salles de répétition.

Pour sensibiliser les jeunes, le programme fait appel à des professionnels du spectacle. Le groupe de musiciens *Peace and Lobe* monte sur scène pour passer les messages essentiels de prévention au cours d'un véritable spectacle donné auprès d'un public d'élèves de classes de seconde et de troisième de la région.

7 500 élèves en 2010, 11 000 en 2011, 15 500 prévus en 2012, (ce qui représente une classe d'âge en Bourgogne) soit un total de 34 000 élèves, auront assisté à ces concerts pédagogiques.

Le conseil régional, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement et le Commissariat à la

Jeunesse sont aux côtés de l'ARS dans cette lutte contre les effets délétères des décibels.

Grace à un travail avec les collectivités territoriales, les spectacles sont aujourd'hui présents dans les zones rurales, réduisant ainsi les inégalités territoriales en matière de prévention et d'éducation à la santé.

L'évaluation des concerts pédagogiques permettra de mesurer l'évolution de la connaissance et des comportements des élèves bénéficiaires à court terme, ainsi qu'à long terme.

Composée d'une série d'enquêtes quantitatives, elle s'appuiera sur des données d'expériences contrôlées et randomisées.

Le second volet du programme s'adresse aux responsables d'équipements de diffusion, animateurs, régisseurs, managers, personnels des collectivités territoriales, techniciens, musiciens, professeurs de musique, personnels d'accompagnement à la répétition, artistes en voie de professionnalisation et tout autre professionnel. Il s'agit de les aider à appréhender les éléments nécessaires à une bonne gestion sonore et à améliorer leur connaissance de la problématique générale, d'un point de vue physiologique, juridique et technique.

////////////////////////////////////

## Contrats d'engagement de service public : un succès auprès des étudiants bourguignons

Année 2011-2012

Pour une meilleure répartition des médecins sur le territoire

**Le CESP: JE M'ENGAGE**

LE CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP) vous permet de bénéficier, dès votre 2<sup>e</sup> année d'études, et jusqu'au terme de votre internat:

- d'une allocation mensuelle de 1 200 € bruts;
- d'un accompagnement individualisé pour vous aider dans vos choix professionnels.



Renseignez-vous dès maintenant : [www.cesp.sante.gouv.fr](http://www.cesp.sante.gouv.fr)

Avec treize contrats signés sur quatorze proposés pour l'année 2010-2011 (soit 93 %), la Bourgogne figure à la première place des régions de France au palmarès des CESP. Ces contrats d'engagement de service public constituent l'un des dispositifs de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, pour inciter à une meilleure répartition de la démographie médicale.

En Bourgogne, cette problématique revêt une dimension particulière, d'autant que sur 1 500 médecins, 42 % sont âgés de plus de 55 ans.

Les CESP concernent les étudiants en médecine, de la deuxième année de leur cursus à la dernière année d'internat.

En contrepartie d'une allocation forfaitaire de 1 200 euros bruts par mois (1 107 euros nets), versée jusqu'à la fin de leurs études, les signataires d'un CESP, internes ou externes, s'engagent à exercer, à l'issue de leur formation, dans des zones où l'offre médicale est insuffisante. Ces lieux d'exercice sont définis par les agences régionales de santé. La durée

de l'engagement des étudiants est égale à celle du versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.

Le dispositif revêt une double dimension :

- > une dimension sociale : aide au financement des études de médecine ;
- > une dimension citoyenne, en complétant des mesures déjà prises par les collectivités territoriales et l'État pour développer l'attractivité de l'exercice de la médecine dans des territoires où la densité médicale est faible.

L'ARS de Bourgogne a piloté ce dispositif en lien étroit avec la faculté de médecine de Dijon.

Les CESP figurent parmi les objectifs du schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 de l'ARS de Bourgogne dont l'une des priorités est de « renforcer la démographie des professionnels de santé en confortant les soins de premier recours ».





# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Bretagne

## Comment répondre aux évolutions de l'offre de soins en milieu insulaire ? L'exemple de Belle-Île-en-Mer



/ Pour répondre aux évolutions des besoins de la population et des professionnels exerçant sur les îles, l'ARS de Bretagne et le Conseil général du Morbihan se sont mobilisés pour réaliser une étude territoriale sur les besoins de santé, au sens large, de la population insulaire de Belle-Île-en-Mer. Une démarche qui répond à une volonté collective de coproduire des réponses de prise en charge globale - soins et accompagnement médico-social - adaptées et graduées. Avec pour levier, une qualité de coordination et la conjugaison d'actions et d'initiatives de l'ensemble des acteurs.

L'étude réalisée a permis de disposer d'éléments précis sur les besoins d'offre de soins ambulatoire, hospitalière et d'accompagnement médico-social, à échéance de cinq à dix ans, sur le territoire de Belle-Île-en-Mer, et sur la place de l'hôpital du Palais dans ce nouveau dispositif, devant également intégrer une restructuration immobilière.

Cette réflexion territoriale, à l'échelle de l'île, a été menée en lien avec les établissements concernés sur le continent (sanitaires et médico-sociaux) pour répondre au mieux aux besoins de la population en tenant compte des spécificités insulaires : le vieillissement de la population, les pics d'activité touristique, les besoins en termes de qualité et d'équipements, la gestion des urgences médicales et de la

permanence des soins tant ambulatoire qu'en établissement de santé.

Dans ce cadre, l'ARS et le Conseil général du Morbihan ont souhaité que la démarche s'inscrive dans un projet médical pour l'île reposant sur l'adhésion des acteurs, que ces derniers relèvent du domaine libéral, sanitaire, ou médico-social, mais aussi en garantissant la continuité territoriale avec le territoire de santé de référence (Vannes-Ploërmel). Un projet qui s'inscrit pleinement dans l'élaboration du PRS Bretagne.

Dans ce contexte, l'agence, dans le cadre d'une démarche contractualisée avec la communauté de communes s'est engagée dans la mise en place d'un contrat local de santé qui sera finalisé en avril 2012 avec les axes prioritaires suivants :

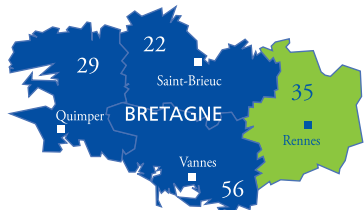
- > contribuer à la continuité et à la permanence des soins ;
- > contribuer à l'accessibilité aux soins de premier recours ;
- > favoriser les soins et le maintien à domicile ;
- > développer un projet de prévention.

Un projet fédérateur entre les différents partenaires qui doit déboucher sur un dispositif de santé décloisonné et transversal.

////////////////////////////////////



## Signature du premier contrat local de santé Pays de Vitré-Porte de Bretagne



Le premier contrat local de santé breton a été signé le 24 octobre 2011. Ce contrat va financer, sur un ensemble de 64 communes d'Ille-et-Vilaine, la création de maisons de santé médicales de garde ainsi que des actions de prévention sur 2011-2013 pour 1,3 million d'euros.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) offre la possibilité aux agences régionales de santé de conclure des contrats locaux de santé, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements. Ces contrats portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils déclinent ainsi, sur le territoire retenu, la politique régionale de santé définie au sein du projet régional de santé (PRS). Ils sont une opportunité pour permettre une meilleure articulation avec les politiques publiques pilotées par les collectivités territoriales mais également avec les politiques de l'État, notamment celle de la ville.

Le Pays de Vitré-Porte de Bretagne a été le premier territoire à solliciter l'ARS de Bretagne pour la mise en œuvre d'un tel dispositif. C'est ainsi le premier contrat local de santé breton qui a été signé le 24 octobre 2011, pour une période de trois ans (2011-2013).

### L'ARS et les élus ont retenu trois axes pour ce contrat :

- > développer l'offre de soins de premier recours en facilitant la structuration de pôles de santé et de maisons de santé pluri-professionnelles sur le territoire du Pays de Vitré-Porte de Bretagne, et de conforter la permanence des soins ;
- > bâtir un dispositif d'animation territoriale de santé décliné sur plusieurs priorités : prévention du suicide, des conduites addictives et des violences intrafamiliales ; promotion de l'alimentation équilibrée et de la santé environnement ; plus spécifiquement intervention sur la santé au travail des

personnes en situation de précarité professionnelle ;

- > développer les coopérations et mutualisations entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, pour une meilleure fluidité des parcours de soins.

### Les actions inscrites illustrent les trois leviers retenus dans le projet territorial de santé du Pays de Vitré-Porte de Bretagne :

- > expérimenter : par exemple, expérimenter avec plusieurs groupes de médecins libéraux un contrat d'amélioration des pratiques («Nouveaux modes de rémunération») basé sur une coordination et coopération entre professionnels, permettant de développer des actions de santé publique et de proposer de nouveaux services aux patients (meilleur suivi des pathologies chroniques, etc.) ;
- > faire évoluer les organisations : par exemple, structurer l'offre de soins de premier recours par bassin de vie (Argentré du Plessis, La Guerche de Bretagne, Janzé, Retiers-Martigné-Ferchaud, etc.) autour de pôles de santé libéraux ou de maisons de santé pluridisciplinaires ;
- > développer l'offre de prévention : par exemple, mieux prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS) en renforçant le rôle du médecin traitant et en accompagnant les entreprises par des prestations de diagnostics et de propositions de plan d'actions.

En Bretagne, d'autres projets sont en cours de préparation pour des contractualisations envisagées fin 2011 et en 2012, sur le Pays de Centre Ouest Bretagne, Belle-Île, Morlaix communauté et la communauté de communes du Pays de Pontivy. L'ARS de Bretagne a la volonté de poursuivre cette dynamique dans le cadre du projet régional de santé.



### La greffe hépatique à Tours : un engagement prioritaire du CHU de Tours, de la faculté de médecine de Tours et de l'ARS



Dès la mise en œuvre du dispositif de préfiguration de l'ARS du Centre, le dossier d'autorisation de greffes d'organes et greffes de cellules hépatiques pour les adultes a été instruit pour permettre une mise en œuvre rapide de cette activité au CHU de Tours. Préalablement à l'autorisation, cette demande a nécessité une révision du schéma interrégional d'organisation des soins (SIOS), dont l'instruction a été réalisée par l'agence régionale de santé du Centre en lien étroit avec les autres partenaires de l'inter-région (Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes). Un arrêté conjoint des quatre directeurs généraux d'ARS le 8 septembre 2010, est venu officialiser le principe de révision du SIOS.

Le dossier d'autorisation a été validé, après consultation de la commission spécialisée de l'offre de soins de la région Centre et des avis recueillis auprès des directeurs généraux des autres agences de l'inter-région, par arrêté du directeur de l'ARS du Centre le 21 décembre 2010.

L'activité a été mise en œuvre le 23 décembre 2010, avec un objectif de 35 greffes en 2011 et une cible de 60 greffes à terme.

Les réalisations ont été à la hauteur des ambitions, et même au-delà :

- > la première transplantation hépatique au CHU de Tours a eu lieu le 11 janvier 2011 ;

- > au 31 décembre 2011, 49 transplantations ont été effectuées, ce qui dépasse très largement les prévisions initialement retenues ;

- > le taux de complications et de mortalité est très inférieur à la moyenne nationale pour la même activité.

En termes de santé publique, cette activité constitue un réel succès dans la mesure où elle est complémentaire de l'activité exercée par d'autres établissements « voisins ». Depuis le début de l'activité de greffe à Tours, celle effectuée au centre de Rennes n'a pas diminué, elle a même augmenté. Preuve d'une amélioration significative du taux d'accès à la transplantation hépatique, notamment pour les populations de la région Poitou-Charentes.

Pour accompagner une telle augmentation de prise en charge des patients, les centres hospitaliers de Tours, Poitiers et Orléans ont renforcé leurs liens opérationnels et travaillé à des procédures optimisées de suivi des patients candidats, ou ayant bénéficié d'une transplantation.

Le développement de cette activité de greffe hépatique illustre un accès plus rapide à des soins de haute technicité, pour les populations des régions Centre et Poitou-Charentes.

////////////////////////////////////

## Maisons de santé pluridisciplinaires en région Centre

/ En région Centre, une des dernières régions en matière de démographie médicale, l'ARS donne priorité au regroupement des professionnels de santé notamment dans des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou des pôles de santé pluridisciplinaires.

Ce type de structure ou d'organisation présente de multiples avantages. Il permet d'organiser l'offre de premier recours et apporte une meilleure réponse aux patients, en termes de parcours, de continuité des soins et de qualité des prises en charge.

Pour les professionnels, il rompt l'isolement et facilite la mutualisation des ressources et des coûts limitant ainsi l'investissement lors de l'installation. Il favorise également les coopérations et les échanges de pratiques et optimise le temps médical. Enfin, les MSP permettent de mettre en place des actions de prévention, de santé publique et d'éducation thérapeutique. C'est aussi un lieu d'expérimentations et d'innovations (dossier médical personnel, télémédecine, nouveaux modes de rémunération, etc.).

À ce jour, 23 projets programmés sont retenus dans le cadre du contrat de projet État-région (CPER 2007/2013).

D'autre part, en région Centre, 14 MSP ont ouvert leurs portes :

- > Avord (18) ;
- > Bailleau-L'évêque (28) ;
- > Azay-le-Ferron, Châtillon-sur-Indre, Saint-Maur, Villedieu-sur-Indre, Clion-sur-Indre (36) ;
- > Athée-sur-Cher, Avoine, Genillé et Richelieu (37) ;
- > Mondoubleau et Montrichard (41) ;
- > Bonny-sur-Loire (45).

Toutes les MSP de la région ont élaboré un projet de santé et s'articulent autour d'un noyau de médecins généralistes et d'infirmiers. Viennent s'y adjoindre la plupart du temps des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et plus rarement d'autres professionnels (chirurgien-dentiste, diététicienne, psychologue, etc.). Des consultations avancées de spécialistes sont parfois proposées avec des professionnels venant du centre hospitalier ou de la ville la plus proche.

Les modalités d'organisation permettent aux médecins de répondre aux demandes urgentes non programmées et d'éviter ainsi à la population d'avoir recours aux services des urgences.

L'ARS du Centre impulse par ailleurs le déploiement des nouvelles technologies et en particulier la télémédecine. Cinq MSP seront équipées dès 2012. Ceci donne aux professionnels la possibilité d'accéder rapidement à un avis de spécialiste et évitera des déplacements coûteux et parfois risqués pour certaines populations.

Pour accroître l'attractivité de territoires souvent éloignés, toutes les MSP sont terrains de stage pour les internes et l'accueil des étudiants est favorisé par la mise à disposition de logements, en lien avec les collectivités territoriales. La mise en place de visioconférence entre les MSP et l'université permettra, en outre, aux étudiants d'assister aux cours sans se déplacer.

Le déploiement sur le territoire régional d'un réseau de MSP constitue une réponse de proximité aux besoins de soins de la population. Il représente ainsi un soutien pour l'action des professionnels en offrant notamment aux jeunes professionnels un cadre d'exercice rassurant.

////////////////////////////////////

## Application du plan Alzheimer : création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR)



Notre pays connaît une augmentation importante de l'espérance de vie. La région Centre n'échappe pas à cette règle et se caractérise par un vieillissement significatif de sa population, supérieur à la moyenne nationale, mais contrasté selon les territoires. Cet accroissement de la longévité s'accompagne du développement des maladies telles que la maladie d'Alzheimer.

Face à cet enjeu de société, il fallait agir à la fois pour les malades mais aussi pour leurs proches. La réponse de l'État : le « Plan Alzheimer » qui a été lancé le 1<sup>er</sup> février 2008.

Le Plan Alzheimer 2008-2012 définit comme priorité la création et le renforcement des unités d'accueil spécifiques destinées aux malades d'Alzheimer au sein des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Afin de mettre en œuvre cet objectif, le dispositif du Plan Alzheimer prévoit notamment l'instauration de deux modes d'accueil pour les malades : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR).

Ces deux types d'unités permettent d'élargir la capacité d'accueil au sein des maisons de retraite, et de répondre ainsi à une demande grandissante de la population.

Les PASA sont destinés à accueillir des malades d'Alzheimer dont les troubles du comportement sont modérés, qui ne présentent pas de symptômes d'agressivité, par exemple. Ils proposent un accompagnement adapté à chaque patient après un bilan individuel.

Les malades d'Alzheimer peuvent, la journée, profiter d'activités thérapeutiques et sociales spécifiques. Les interventions sont ciblées (ateliers mémoire, cuisine, exercices physiques, musique, danse, massage, détente, etc.). L'objectif étant de favoriser le maintien des capacités restantes et de préserver un lien social et relationnel contribuant au bien-être de la personne en associant les familles au projet de soins.

La montée en charge est progressive, huit PASA labellisés en 2010, plus d'une vingtaine de projets suivis en 2011 et à l'horizon 2012, la région Centre veut se doter de 75 PASA.

Contrairement aux PASA, les UHR accueillent des patients Alzheimer également la nuit. Ces unités ont une capacité limitée, en moyenne entre 12 et 14 places afin d'assurer un suivi personnalisé. L'aménagement des locaux doit également être adapté aux spécificités du malade d'Alzheimer : favoriser la libre circulation, faire évoluer les patients dans un lieu de vie chaleureux, avec un espace privé, possédant par exemple un jardin accessible à tous. Les UHR sont destinées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et qui présentent des troubles du comportement sévères. 15 UHR seront mises en places sur l'ensemble de la région, actuellement, cinq sont déjà opérationnelles Sully-sur-Loire (45), Orléans (45), Chartres (28), Châteauroux (36), Vierzon (18)). D'ici fin 2012, dix autres seront mises en place soit deux à trois UHR par département.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Champagne-Ardenne

### Le dispositif postinternat en Champagne-Ardenne

Face aux problèmes de démographie médicale, l'ARS de Champagne-Ardenne a mis en place un plan d'actions intitulé DIPICA (dispositif postinternat en Champagne-Ardenne). Ce dispositif a pour objectif de consolider l'offre de soins sur les territoires, d'offrir de réelles perspectives de postinternat pour les internes, de renforcer l'attractivité de la région pour les jeunes médecins et d'anticiper les difficultés en matière de démographie médicale hospitalière pour les centres hospitaliers de la région.

Le constat est le suivant : avec les départs en retraite de nombreux médecins (de l'ordre de 200 médecins libéraux et médecins salariés par an pendant les dix ans à venir), les établissements de santé ont et vont avoir des besoins de recrutement importants. Parallèlement, du côté des internes (550 à Reims), on recense de plus en plus de souhaits de réaliser un postinternat et de s'installer dans la région, notamment en pédiatrie, anesthésie, pédopsychiatrie, cardiologie, gynécologie.

L'idée de départ de l'agence est d'inciter les établissements de santé à recruter des médecins de la faculté de Reims ayant achevé leur internat, de préférence au recours à l'intérim médical ou à des recrutements de nécessité non maîtrisés. L'outil utilisé est le développement de postes d'assistants spécialistes partagés, complémentaires de ceux que les dispositifs nationaux ont attribué à la région Champagne-Ardenne (soit

40 postes au total en cumulant les années 2009, 2010 et 2011).

Le coût du dispositif est intégralement supporté par l'établissement périphérique pour des postes partagés sur la base d'un 80 % CH, 20 % CHU pendant deux ans. En contrepartie, à l'issue des deux ans d'assistantat partagé, le bénéficiaire s'engagera à exercer à temps plein dans le centre hospitalier partenaire, pour une durée au moins équivalente à celle du contrat, en l'occurrence, deux ans.

Pour présenter ce dispositif, un forum sur le postinternat a été coorganisé par l'ARS, les internes et la faculté de médecine, le 28 juin dernier, à l'internat de la faculté de médecine de Reims. Il a permis de faire se rencontrer les établissements publics de santé et les internes qui terminent leur cursus afin d'échanger sur les perspectives de carrière en postinternat au sein de ces établissements.

Tous les établissements de santé de la région ont participé à cette journée. Une centaine d'internes sont venus se renseigner sur les postes proposés. Cette première rencontre a permis de consolider le partenariat engagé par l'ARS avec les internes, la faculté de médecine et les établissements de santé. Cette journée exprime la volonté, le travail en commun pour lutter contre les problèmes de démographie médicale. Un second forum sera organisé en juin 2012.

////////////////////////////////////



## Le guide de repérage de l'habitat dégradé marnais, à destination des travailleurs sociaux



La qualité de l'habitat est un élément déterminant de la protection de la santé de l'occupant et de son intégration sociale. Le repérage des logements dégradés afin d'améliorer les conditions d'habitat est insuffisant dans le département de la Marne et la mutualisation des compétences des différents partenaires est à développer.

Face à la multitude d'acteurs et de dispositifs intervenant dans le processus de résorption de l'habitat dégradé, la délégation de la Marne de l'ARS de Champagne-Ardenne a souhaité mettre en place une action en direction des travailleurs sociaux du département par l'élaboration d'un guide pratique relatif à l'habitat dégradé ; elle s'est appuyée sur le travail réalisé en 2009 par la DDASS de Haute-Vienne.

L'objectif premier de cet outil est d'aider à l'orientation, vers le bon interlocuteur, des situations repérées par les travailleurs sociaux se rendant à domicile. Ce guide pratique permet d'identifier les circuits adaptés à la gestion et au traitement

des signalements d'habitat dégradé, de solliciter les bonnes compétences en fonction des types de situation d'habitat dégradé et de disposer des informations et des références réglementaires sur l'habitat dégradé.

Cette action s'inscrit pleinement dans le Plan régional santé environnement 2 (PRSE 2) de Champagne-Ardenne. Elle entre également dans les objectifs visés de «Lutte contre l'habitat indigne».

Le guide a été diffusé en avril 2011 à plus de 150 destinataires (associations d'aide à domicile, centres sociaux et culturels, services de soins infirmiers à domicile, centres communaux d'action sociale, centres locaux d'information et de coordination, circonscriptions de la Marne, administrations, etc.). Il sera également distribué lors des séances de formation « habitat-santé » à destination des travailleurs sociaux, au cours desquelles la délégation de la Marne intervient.

////////////////////////////////////

## Choisir d'exercer la médecine générale : un livret pour faire évoluer l'image de la médecine générale



En France et notamment en Champagne-Ardenne, les données démographiques des professions de santé font état du manque de médecins et d'une aggravation inéluctable à venir, en particulier pour la médecine générale.

La médecine générale dans cette région souffre d'une image dévalorisée vis-à-vis des autres spécialités et d'un désintérêt des étudiants au moment de leurs choix à l'issue des ECN (Épreuves classantes nationales).

Le livret *Choisir d'exercer la médecine générale* a pour objectif de mettre en lumière le métier de médecin généraliste, de répondre aux principales idées reçues et d'éclairer l'étudiant dans son choix de spécialité, à travers différents témoignages : étudiant de deuxième cycle, interne de médecine générale, maître de stage, médecins généralistes remplaçants et installés.

L'ensemble des thématiques propres à la profession de médecin généraliste y sont abordées sous forme d'interviews :

la pluridisciplinarité du métier, la relation avec les patients, les échanges, la coordination avec les confrères/conseurs et les autres professionnels de santé, les revenus, le temps de travail, la vie de famille, etc.

Ce livret a été réalisé à l'initiative de l'ARS de Champagne-Ardenne, en collaboration avec la faculté de médecine de Reims, l'association des internes en médecine générale (Aimeg), l'association des jeunes médecins remplaçants (Champagjir), l'Union régionale des professions de santé médecins ainsi que le conseil régional de l'Ordre des médecins. Il vient en complément d'autres actions menées sur la démographie des professions de santé, qui constitue l'enjeu le plus crucial pour la région Champagne-Ardenne.

Il sera diffusé prochainement aux 400 étudiants de deuxième cycle (DCEM 2/3/4) de la faculté de médecine de Reims.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Corse

### Une meilleure prise en charge de l'autisme

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'autisme, l'agence régionale de santé de Corse s'est attachée à structurer la filière en vue notamment de permettre aux familles concernées de disposer de consultations spécialisées dans l'île et d'éviter ainsi les déplacements sur le continent.

La mise en œuvre de cette action prioritaire au titre des politiques sanitaires et médico-sociales a reposé sur trois principaux éléments méthodologiques :

- > une mission confiée par le directeur général de l'ARS à un médecin pédopsychiatre, chargée d'animer un comité de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs intervenant sur les différents champs de compétence de l'ARS (hospitalier, ambulatoire et médico-social) ;
- > un audit complet de la filière qui a priorisé les besoins à couvrir en termes de structures d'accueil et de formation à partir de l'analyse des professionnels de la filière eux-mêmes ;
- > un plan d'actions conçu pour répondre aux difficultés pointées dans l'état des lieux.

Ce plan d'action, mis en œuvre en 12 mois, en étroite coopération avec les pôles de neuropédiatrie et de génétique du CHU Timone de Marseille, a consisté en :

- > la signature d'une convention entre tous les partenaires de la filière le 8 avril dernier ;
- > la mise en place de formations avec deux sessions organisées en liaison avec le Professeur Poinso, directeur du centre de ressources autisme (CRA) de la région PACA. Cette action a permis aux équipes médicales constituées à Ajaccio et à Bastia d'anticiper les premières consultations prévues dès le 1<sup>er</sup> trimestre 2012. Une session de formation en direction des psychologues et éducateurs spécialisés a également eu lieu à Toulouse autour des spécificités inhérentes aux tests diagnostics ;
- > La création d'un centre de ressources autisme (CRA). Le centre sera opérationnel dès le début 2012 et conduira avec l'EHESP le plan de formation 2012, destiné à son personnel et aux professionnels de la filière. Deux pôles de proximité, à Ajaccio et Bastia, proposeront aux familles des consultations pré et postévaluation, évitant ainsi un déplacement sur le continent.

Cette initiative témoigne de l'intérêt du travail en filière et de l'implication des professionnels de santé et des usagers dans l'élaboration de la politique régionale de santé.

////////////////////////////////////





### Régionalisation de la radiothérapie en Franche-Comté

### Programme d'inspection des EHPAD construit sur l'identification des risques et le ciblage des établissements



La difficulté majeure du Centre hospitalier Belfort-Montbéliard à recruter des radiothérapeutes, l'impossibilité de se conformer aux standards de la profession et notamment la spécialisation par localisation tumorale, l'inclusion trop faible de patients dans les protocoles de recherche, appelaient une réponse régionale rapide et coordonnée.

Une nouvelle organisation médicale a donc été mise en place :

- > par la création d'une structure unique de radiothérapie regroupant les deux services de radiothérapie publique de Franche-Comté en un service hospitalo-universitaire bi-site (Besançon et Belfort/Montbéliard) sous la responsabilité d'un professeur des universités/praticien hospitalier ;
- > avec une équipe médicale et une équipe de radiophysique uniques, dont les organisations respectives permettent d'assurer la permanence et la qualité des soins sur chaque site.

À partir d'une cartographie des risques (issue des inspections réalisées au titre des plans nationaux de prévention de la maltraitance), l'ARS a identifié les facteurs concourant au développement de la qualité de vie de la personne accueillie en EHPAD.

Ils se situent à trois niveaux distincts mais complémentaires :

- > l'existence d'un dispositif opérationnel de repérage et de gestion des risques ;
- > la personnalisation/individualisation de l'accompagnement au quotidien ;
- > l'optimisation de la prise en soins.

L'ARS de Franche-Comté a ciblé les EHPAD à contrôler prioritairement en 2011 (25 % des établissements, soit 30 structures) en prenant en compte des indicateurs de « fragilité » tels que le niveau de dépendance, la charge en soins, les ratios de personnels soignants, etc.

Chaque inspection a donné lieu à un rapport comportant, à des niveaux de criticité variables, des préconisations

La prise en charge optimale des patients nécessite une collaboration active et attentive entre les médecins oncologues radiothérapeutes et les médecins oncologues médicaux, en particulier ceux qui sont impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie tumorale pour laquelle ils ont une compétence spécifique. C'est pourquoi la stratégie régionale de prise en charge et l'organisation des soins sont définies par la direction de l'Institut fédératif régional du cancer (IRFC). La radiothérapie est pleinement intégrée dans l'IRFC dont elle suit les décisions et les stratégies.

Cette action a permis de répondre à l'urgence des besoins dans un bassin de population majeur, de 320 000 habitants, d'améliorer la qualité de la prise en charge, de réduire les délais entre l'intervention chirurgicale et la radiothérapie, mais aussi de constituer les bases mêmes d'une organisation attractive pour des praticiens de valeur.

////////////////////////////////////

et conseils qui s'adressent, en premier lieu, aux professionnels des EHPAD, aux organismes gestionnaires mais également aux intervenants extérieurs (libéraux, bénévoles, etc.).

Enfin, dans le but de poursuivre une démarche volontariste de promotion de la qualité de vie des résidents, une commission de suivi des contrôles veillera à l'effectivité de la mise en œuvre des mesures préconisées.

Cette démarche innovante a conduit à :

- > l'amélioration de la qualité de prise en charge et notamment la bientraitance en EHPAD ;
- > la construction d'un programme d'accompagnement expérimental pour 20 EHPAD dans le cadre de leur procédure d'évaluation.

Elle est actuellement à l'étude par l'IGAS et pourrait servir de socle à la formalisation d'un guide de bonnes pratiques.

////////////////////////////////////

## Une plateforme d'appui aux professionnels de santé en Franche-Comté



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

Les ARS ont mis en place un site internet qui constitue l'un des volets du dispositif. Ce site fonctionne, dans toutes les régions, depuis le 1<sup>er</sup> juillet dans leur première version.

Il s'agit d'un site d'information et de services dédié à tous les professionnels de santé qui ont pour projet de s'installer ou sont déjà installés dans la région. Les informations s'articulent autour des moments clés de leur carrière : formation initiale, aide dans le choix du mode d'exercice, accompagnement dans un projet d'exercice coordonné, suivi dans le développement professionnel. Il a vocation à s'enrichir progressivement : certaines rubriques seront complétées dans les mois à venir.

La PAPS est un projet collectif qui réunit l'ensemble des acteurs régionaux proposant des services à destination des professionnels de santé : l'ARS, la faculté de médecine et de pharmacie,

les caisses d'assurance maladie, les ordres professionnels, les URPS, les associations, etc.

La Franche-Comté, ayant déjà mis en place des services coordonnés partenariaux (cellule d'accueil et de suivi des internes, équipe d'appui aux projets de maisons et pôles de santé, procédure régionalisée d'accueil dans les CPAM, etc.) a été choisie, ainsi que la Bourgogne, pour expérimenter ce dispositif.

En Franche-Comté, la PAPS s'articule prioritairement autour d'une équipe de quatre personnes ressources à l'ARS. Ces quatre interlocuteurs spécialisés assurent le suivi personnalisé des demandes et font le lien avec les partenaires impliqués dans la PAPS. Toutes les questions relatives à la PAPS peuvent être posées soit par mail soit par téléphone.

Des outils spécifiques afin de valoriser et promouvoir cette plate-forme franc-comtoise ont été créés : posters, marque-pages, cartes adhésives, stylos et sacoches. Ils seront principalement remis aux internes en médecine et étudiants des écoles paramédicales, aux maîtres de stages, aux caisses d'assurance maladie, etc.



## Une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer régionale en Franche-Comté



/ La mesure quatre du plan national Alzheimer 2008-2012, prévoit la création de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA). La généralisation de ces dispositifs porte sur la création de 40 MAIA en 2011 dont une en Franche-Comté.

### / Pourquoi une MAIA ?

Pour améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie, pour remédier aux difficultés rencontrées par malades et familles face à une multitude de services n'offrant pas de prise en charge coordonnée, pour simplifier les parcours et éviter les ruptures de continuité dans les interventions. Un accompagnement spécifique (gestionnaires de cas) sera proposé en situations «complexes».

À partir de l'existant, les partenaires des secteurs social, médico-social et sanitaire de territoires définis, construisent de nouveaux modes de collaboration (partage de référentiels, d'outils, de pratiques, etc.). Au travers de processus de concertation et «d'intégration», doit se développer une réelle coopération entre les coresponsables, avec la perspective d'un label qualité.

### / Les spécificités franc-comtoises

Le groupement de coopération sanitaire ADN (Alliance pour le développement de la neuropsychiatrie), a été retenu comme porteur de la MAIA 2011.

En raison des spécificités locales (territoire de santé unique, démographie et taille de la région, partenariats interdépartementaux

existants, association France-Alzheimer régionale, etc.), l'expérimentation d'un dispositif MAIA fédératif s'inscrit dans un objectif de déploiement interdépartemental avec l'ensemble des partenaires concernés souhaitant intégrer cette démarche.

Ce choix repose sur le souhait de faire travailler ensemble, dès le départ, toutes les forces vives du territoire en s'appuyant sur les structures et coordinations en place, réseaux et dynamismes existants. Cette implication «précoce» devrait favoriser une organisation intégrée des prises en charge, dans une approche mutualisée. L'expérimentation conjointe sur des territoires différents, autorise aussi des adaptations et devrait faciliter l'extension ultérieure de ce dispositif en région.

Pour une orientation et une prise en charge, rapides et de qualité, des usagers, quelle que soit la «porte d'entrée» utilisée, le dispositif franc-comtois se caractérise également par son articulation autour d'un numéro vert d'appel gratuit (recueil des besoins, analyse de la demande, orientation, etc.). L'organisation d'un tel dispositif, et la prise en charge globale des situations s'appuyant sur un dossier médico-social unique partagé, repose sur l'utilisation d'un outil informatique évolutif, le logiciel RAPID (transmission de l'information, traçabilité des orientations et des prises en charges, etc.), qui permet un traitement épidémiologique immédiat. Par les informations apportées, cet outil s'avérera utile pour l'orientation des politiques locales de santé à poursuivre en matière de prise en charge des malades souffrant d'Alzheimer et/ou dépendants et de leurs aidants.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Guadeloupe

## Journée régionale de prévention et de lutte contre la dengue



/ L'épidémie de dengue a été à l'origine de près de 40 000 cas, 300 hospitalisations et cinq décès en 2010. Un très sérieux sujet de santé publique en Guadeloupe, pour lequel une journée régionale de prévention et de lutte contre la dengue a été décrétée en 2010. Orchestrée par le service de lutte anti-vectorielle de l'ARS, elle a été reconduite en 2011, cette fois autour d'un événement à risque : les fêtes de Toussaint.

### / La dengue : une priorité de santé publique

En 2010, l'épidémie de dengue a été très grave en Guadeloupe, engendrant de nombreux décès. Aussi, en août 2010, l'État, les élus de la région, du département et des communes ont préconisé la mise en place d'une opération *coup de poing contre l'épidémie de dengue*. Un comité de pilotage a alors arrêté le principe d'une *Journée régionale de prévention et de lutte contre la dengue*, décrétée par le Préfet. L'objectif de cette journée est de relayer auprès des habitants les informations de prévention et de les impliquer en tant que principal acteur de la lutte contre la dengue.

Lors de la première édition de cette journée, le 11 septembre 2010, les équipes du service de lutte anti-vectorielle ont sillonné les communes pour conseiller et aider les habitants à appliquer les consignes, accompagnés de Guadeloupe 1<sup>re</sup> (radio et télévision).

### / Le service de lutte anti-vectorielle

Ce service du Pôle Santé publique est composé de 56 agents répartis sur six sites dont les collectivités territoriales de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Il collabore avec la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire et la cellule interrégionale d'épidémiologie. Ses équipes assurent et renforcent une surveillance entomologique, luttent contre les moustiques nuisibles et conseillent les collectivités locales. Le service de lutte antivectorielle a également une activité de recherche et de développement d'alternatives non chimiques.

### / Une action spécifique sur les risques liés à la période de la Toussaint

Suite aux actions menées en 2010, des effets positifs sur les comportements des populations et des signes encourageants de décroissance de la maladie ont été observés. L'ARS n'a cependant pas relâché ses efforts.

La deuxième édition de la journée de prévention et de lutte contre la dengue s'est tenue le 31 octobre 2011, autour des risques liés à la période de la Toussaint. Des équipes de prévention composées d'associations, d'agents communaux et des services de l'ARS ont parcouru les cimetières et alentours à la rencontre de la population. L'objectif était de diffuser les messages de prévention et de sensibilisation aux risques propres à cette fête, avec mise à disposition de sable pour remplir les pots de fleurs, nettoyage des sites, élimination des vases et pots propices aux développements des larves.

L'ARS de Guadeloupe poursuit son déploiement concerté d'actions concrètes de prévention et de lutte contre la dengue car son développement dépend avant tout du comportement de chacun.

////////////////////////////////////

## Prise en charge du VIH-SIDA sur l'Ouest Guyanais : l'implication de l'ARS



L'endémie d'infection par le VIH en Guyane est un défi majeur que doivent relever les acteurs de santé. La population guyanaise représente 0,4 % de la population nationale et 4 % de son incidence en infections par le VIH ; 1,1 % des parturientes sont infectées ; le taux standardisé de mortalité prématurée est plus de 10 fois supérieur à celui de métropole.

Ces indicateurs régionaux préoccupants reflètent mal le caractère inégalitaire et pérenne d'une épidémie affectant principalement les communautés migrantes, qui représentent 40 % de la population guyanaise recensée et près 80 % des personnes séropositives. Les acteurs sanitaires peinent à atteindre ces populations pour plusieurs raisons : barrière linguistique, précarité sociale et administrative, carence en professionnels de santé, etc.

Dès sa création en avril 2010, l'ARS de Guyane est confrontée aux difficultés de fonctionnement du réseau des risques sexuels « Matoutou » créé par la Mission régionale de santé. Des erreurs de gestion et un déficit de trésorerie menacent de cessation d'activité cette structure essentielle à la prévention et à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes infectées par le VIH.

L'ARS déploie alors deux missions d'expertise, l'une juridique, l'autre médico-technique, à l'issue desquelles elle engage la dissolution et la liquidation judiciaire du réseau, puis définit un nouveau schéma d'organisation de la prévention du VIH plus cohérent et à

dimension régionale. Les professionnels issus du réseau dissout (médiateurs culturels, assistants sociaux, animateurs de prévention, etc.) sont redéployés au centre hospitalier de Saint-Laurent où est créé une structure originale de prévention du VIH. Celle-ci mutualise et renforce les activités antérieurement assumées par le coordinateur territorial au risque sexuel et les équipes médicales de l'hôpital de jour. Ce regroupement est complété par la création d'un poste de médecin de santé publique.

Cette association pluridisciplinaire en un même lieu favorise l'intégration de trois axes essentiels de prise en charge de l'endémie du VIH dans cette agglomération : la coordination territoriale des actions de prévention des risques sexuels, la recherche épidémiologique à vocation interventionnelle et la cohérence des filières hospitalières et ambulatoire de prise en charge thérapeutique et sociale.

Cette restructuration s'inscrit dans une stratégie durable de lutte contre le VIH, doublement portée par l'ARS : d'une part au travers du Plan régional de santé, dont l'un des axes stratégiques est la lutte contre cette épidémie ; d'autre part au travers du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et l'État en 2010, dans lequel deux objectifs régionaux spécifiques au VIH ont été intégrés.

En mobilisant l'ensemble des leviers d'action, l'ARS a pu réorganiser la prise en charge du VIH-Sida sur l'Ouest Guyanais.

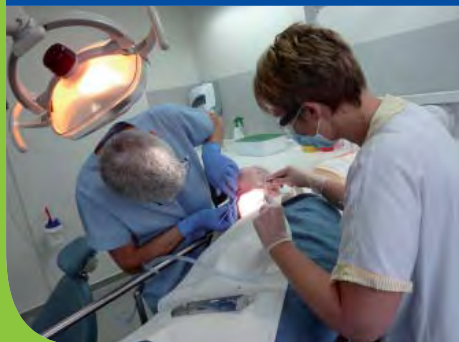




# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Haute-Normandie

**Ouverture en Haute-Normandie de deux centres de soins dentaires, terrains de stage agréés pour les étudiants de cinquième et sixième année de la faculté d'odontologie de Lille**



### / Les soins dentaires, un problème de santé publique en Haute-Normandie

La Haute-Normandie est confrontée à un problème majeur de santé publique en matière de soins dentaires : elle ne compte que 32 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 64. Dans les vingt ans à venir, on prévoit que l'effectif actuel de 670 praticiens chute à 450, soit une perte de plus de 30 % des chirurgiens-dentistes sur la région.

La formation odontologique actuelle ne permet pas d'assurer le remplacement des départs en retraite de la région. En effet, sur les 20 à 30 étudiants qui vont se former dans les facultés de Reims et Lille après la Licence 1 santé de Rouen, seulement un tiers revient s'installer en Haute-Normandie.

Parallèlement, le vieillissement de la population favorise le développement de certaines pathologies dentaires et augmente les besoins en soins.

### / Un enjeu majeur : faciliter l'ouverture de terrains de stage dentaire sur la région

Un partenariat, associant la faculté dentaire de Lille, la faculté de médecine-pharmacie et le CHU de Rouen, l'Union régionale des professionnels de santé et le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, les praticiens libéraux, l'ARS et la région Haute-Normandie, a permis l'ouverture de deux centres de soins dentaires à Rouen et au Havre.

Cette ouverture répond à un double enjeu : apporter une réponse sanitaire à la population d'une part, attirer dans la région des étudiants d'autre part.

Les centres accueillent les urgences dentaires, les personnes précaires, les personnes âgées en provenance des EHPAD, améliorant l'offre de soins déficitaire à ce jour.

Le centre dentaire du CHU de Rouen, situé sur le site de l'hôpital Saint-Julien, a ouvert dix fauteuils dentaires le 8 septembre 2011. Son équipe compte deux praticiens et six étudiants de la faculté dentaire de Lille qui effectuent leur stage hospitalier de cinquième ou sixième année.

Le centre dentaire du groupe hospitalier du Havre a ouvert sept fauteuils le 2 janvier 2012 et accueille aussi six étudiants dentaires.

L'accueil de ces douze étudiants de fin de formation en Haute-Normandie, avec un enseignement clinique et théorique sur place, devrait permettre d'en fixer sur la région au moins 50 %.

### / Premier bilan et perspectives

Le centre de Rouen a reçu plus de 1 500 patients au cours de ses trois premiers mois de fonctionnement. Son carnet de rendez-vous est déjà rempli avec des délais d'attente de six à huit semaines.

À terme, les deux centres de soins dentaires comporteront dix fauteuils dentaires chacun, avec une mise en fonctionnement progressive de sept fauteuils au Havre et de sept à Rouen dans un premier temps, puis, après évaluation, passage à dix chacun, avec comme objectif l'équilibre financier de cette activité à trois ans.

////////////////////////////////////



## Signature de deux protocoles de coopération professionnelle



/ Un premier protocole pour encadrer la réalisation d'échographies par les manipulateurs d'électroradiologie

L'ARS de Haute-Normandie a autorisé le 20 septembre 2011 la mise en œuvre d'un protocole de coopération, dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST. Le protocole de coopération professionnelle est un outil innovant qui consiste en la délégation d'un acte ou d'une activité dérogatoire entre un délégant et des délégués, exercée dans des circonstances précises qui garantissent la sécurité des usagers.

Le premier protocole de coopération autorisé dans la région Haute-Normandie porte sur des actes, hors contexte d'urgence, d'échodoppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs, des artères cervicaux-encéphaliques extracrâniennes, d'échographies abdominales pour bilan d'extension ou surveillance d'une tumeur, et d'échographies transcutanées de la thyroïde. Ces actes sont réalisés par des manipulateurs d'électroradiologie expérimentés au sein du pôle d'imagerie du CHU de Rouen.

Ce protocole permettra d'optimiser le temps médical des radiologues du CHU de Rouen dans un contexte de tension démographique. Il a dans le même temps pour objectif de réduire les délais d'accès à ces examens pour les patients. Ce protocole s'inscrit dans la suite logique de l'expérimentation dite « Berland » mise en place dès 2004.

Un suivi semestriel et annuel sera effectué et transmis à la Haute autorité de santé sur la qualité et la sécurité du dispositif, les indicateurs de satisfaction des usagers, des professionnels délégants et des délégués. L'ARS Haute-Normandie soutient et s'engage de façon volontariste

dans ces modes d'exercices collaboratifs innovants.

/ Un second protocole pour la réalisation de bilans urodynamiques par des infirmières

Le second protocole de coopération haut-normand, signé le 28 novembre 2011, porte sur les bilans urodynamiques (BUD) qui peuvent désormais être réalisés par des infirmières « expertes » d'urologie, au même titre que les urologues, jusqu'à leurs habilités. Né à l'initiative de professionnels de santé exerçant au CHU-Hôpitaux de Rouen, le protocole a reçu un avis favorable de la Haute autorité de santé.

Il a pour objectif d'améliorer la qualité des soins en permettant :

- > aux patients d'accéder plus vite à cet examen ;
- > aux urologues de se consacrer davantage au suivi et à la relation médicale avec leurs patients ;
- > aux infirmières de développer leurs compétences.

Le protocole permet une réalisation de l'examen dans des conditions de sécurité et de qualité de prise en charge équivalentes à celui fait par un urologue. Les infirmières « expertes » ont en effet bénéficié d'une formation de niveau universitaire avec une validation de leur expérience par le Pr Grise, chef du service d'urologie du CHU-Hôpitaux de Rouen. L'analyse des bilans urodynamiques est toujours effectuée par les médecins urologues.

////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Île-de-France

## Lutte contre la tuberculose en Île-de-France : l'opération de dépistage organisée à Clichy-sous-Bois

La tuberculose est une maladie contagieuse due à un bacille (mycobactérie du complexe *tuberculosis*) qui atteint le plus souvent les poumons et qui est transmissible par voie aérienne. L'identification rapide des cas de tuberculose maladie et leur prise en charge appropriée permettent de limiter la transmission de l'infection dans l'entourage de chaque cas de tuberculose. La surveillance de la tuberculose et l'intervention autour de chaque cas bacillifère s'appuie principalement sur le dispositif de maladie à déclaration obligatoire

L'épidémie de tuberculose en France est considérée, jusqu'à maintenant, comme globalement maîtrisée, avec une diminution régulière des cas sur plusieurs décennies. Toutefois la tuberculose est encore d'actualité en France. Selon les données 2009, l'incidence de la tuberculose (le nombre de nouveau cas par an) est de 8,2 cas pour 100 000 habitants, en France métropolitaine. L'Île-de-France est la région la plus touchée avec 15,8 cas/100 000 habitants et le département de Seine Saint-Denis déplore l'incidence la plus élevée avec 30,3 cas/100 000 habitants.

L'ARS d'Île-de-France a élaboré une politique régionale de lutte contre la tuberculose qui est mise en œuvre par les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) dans chaque département francilien. Les CLAT sont en particulier chargés de faire l'enquête dans l'entourage de chaque cas de tuberculose contagieux afin de détecter d'autres cas encore méconnus.

L'ARS d'Île-de-France finance également une équipe mobile de lutte contre la tuberculose qui intervient sur Paris et la petite couronne et s'occupe spécifiquement des personnes sans domicile fixe et autres personnes en grande précarité. En Seine-Saint-Denis, département le plus touché, l'ARS a mis en place, en plus du dispositif classique de lutte par les CLAT, un plan spécifique de dépistage systématique de certaines populations à risque élevé de tuberculose, qui cible les foyers de travailleurs migrants, les camps de Roms, les primo-arrivants et autres populations spécifiques.

Dans le cadre de ce plan spécifique, des camions-radios se déplacent dans les lieux de vie de ces populations, après une période préalable de concertation avec les

représentants locaux et les associations qui interviennent auprès d'eux.

Un dépistage de grande ampleur a été mis en place à Clichy-sous-Bois en Seine-Saint-Denis.

En effet, d'octobre 2010 à juin 2011, le centre de lutte contre la tuberculose de Seine-Saint-Denis, géré par le Conseil général dans le cadre d'une convention avec l'ARS, a comptabilisé plusieurs cas de tuberculose maladies (16) et d'infection tuberculeuse latente (25) concentrés sur une aire géographique restreinte d'habitats collectifs dans le quartier du Chêne pointu à Clichy-sous-Bois. Plus de la moitié des cas était diagnostiquée chez des enfants de moins de 15 ans.

Devant ce constat, le CLAT, après concertation avec l'ARS, a mis en place un premier dispositif de dépistage actif en juillet/août 2011 pendant les vacances scolaires. La collaboration de partenaires comme les services de la ville, les associations et les professionnels de santé a été sollicitée. Ce premier dispositif de dépistage consistait à orienter les habitants du quartier vers le CLAT de secteur et la PMI, et a abouti au dépistage de 557 personnes.

Puis un deuxième dispositif de dépistage systématique plus étendu a été mis en place sur quinze jours (fin septembre à mi-octobre 2011) dans le groupe scolaire (environ 600 enfants) et le gymnase du quartier, invitant les habitants à venir se faire dépister par le biais de consultations médicales et de camions-radio stationnés devant le gymnase et dans la cour de l'école.

Au total, ce dépistage a touché 3 050 personnes, ce qui correspond à la moitié des habitants du quartier.

**Les suites de ce dépistage de grande ampleur sont toujours en cours :**

- > les enquêtes autour des cas détectés se poursuivent et peuvent concerner plusieurs personnes (parfois des classes entières) ;
- > à la demande de l'ARS, une vaccination par le BCG a été mise en place à la maternité de l'hôpital de référence, afin de vacciner les nouveaux nés avant leur retour au domicile.

////////////////////////////////////

## Expérimentation du parcours de la personne âgée dans le nord de Paris



/ Pour certains patients, le système de santé paraît complexe et le lien entre les professionnels de santé les prenant en charge est discontinu, voire inexistant. Dans ce cas, les réponses apportées semblent dépendre de leur porte d'entrée dans le système et finalement, sont rarement globales. L'expérimentation auprès des personnes âgées des IX<sup>e</sup>, X<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> arrondissements de Paris vise à voir quels sont les moyens de fluidifier le parcours de santé.

Ce projet est une initiative menée en collaboration avec l'Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP) et deux autres ARS.

Il consiste à réunir l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne âgée dans les champs sanitaire, médico-social et social des IX<sup>e</sup>, X<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> arrondissements de Paris pour :

- > réaliser une analyse conjointe des parcours de santé de ces personnes et en particulier étudier le recours aux services des urgences, considéré dans certain cas comme un marqueur de rupture des parcours ;
- > dresser un bilan de l'offre de service existante dans le territoire, identifier les manques, les doublons et les modalités de coordination en place ;

- > imaginer des parcours idéaux et exprimer des priorités d'actions communes.

Au-delà de la population âgée, c'est le défi de la prise en charge de la maladie chronique qui est posé : pathologies chroniques simples ou multiples et prises en charge de la santé mentale notamment. Un plan opérationnel a été élaboré dans le cadre de ce projet, distinguant des actions d'amélioration et des actions de transformation.

Plusieurs observations ont pu être faites au cours de l'expérimentation : en particulier la faiblesse du temps médical disponible en ville pour s'engager dans des démarches d'amélioration et pour venir étayer des prises en charges au domicile ou en institution. C'est la marque d'une situation particulière dans cette partie de la capitale avec une offre libérale et un nombre d'omnipraticiens limités.

Les premiers résultats seront mesurables dès 2012 : structuration de filières courtes favorisant l'hospitalisation directe, développement de l'évaluation gériatrique à domicile, harmonisation de l'évaluation des situations

////////////////////////////////////

**Réorganisation de la prise en charge chirurgicale des patients adultes la nuit en Île-de-France**



/ Le chantier de réorganisation chirurgicale la nuit en Île-de-France a été engagé en 2010 à partir d'un triple constat :

- > la sécurité de la prise en charge doit être améliorée ;
- > l'activité chirurgicale en nuit profonde est faible (30 interventions en moyenne par nuit pour l'ensemble de l'Île-de-France entre minuit et 8 h 30) au regard du nombre d'établissements assurant cette activité (87 sites, soit 0,3 intervention par nuit par établissement en moyenne) ;
- > les équipes notamment médicales sont fragiles sur certains sites et inégalement réparties au regard de l'activité constatée.

L'agence régionale de santé conduite par la volonté de garantir à chaque francilien une prise en charge de qualité et sécurisée, a souhaité concentrer la prise en charge chirurgicale des patients adultes en urgence sur un nombre plus restreint d'établissements. Il est à noter que cette réorganisation porte sur les spécialités de chirurgie digestive et viscérale et de chirurgie traumatologique et orthopédique.

Au terme d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs franciliens au niveau régional et territorial pendant 18 mois, un cahier des charges définissant les exigences de qualité de la prise en charge des patients a été élaboré et diffusé à tous :

- > mise en place d'une gouvernance interne et territoriale de la permanence des soins en santé (PDSSES) ;
- > mise en place d'un coordonateur PDSSES pour l'établissement ;
- > dimensionnement des ressources de l'établissement de manière à pouvoir assurer la mission PDSSES ;

- > engagement de l'établissement à accueillir tous les patients adressés (zéro refus) ;
- > engagement de favoriser le retour des patients vers les établissements de leur choix ;
- > engagement à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif ;
- > engagement de garantir l'accessibilité financière ;
- > à partir du 1<sup>er</sup> février 2012, l'organisation de la prise en charge chirurgicale sera la suivante :
  - l'ensemble des 87 sites actuels assurera la prise en charge chirurgicale depuis le début de la garde jusqu'à 22 h 30,
  - au-delà de 22 h 30, un nombre limité de sites (autour d'un site pour 400 000 à 600 000 habitants, à l'exception de Paris, soit 31 sites associant 45 établissements) disposant d'équipes chirurgicales complètes et disponibles sera chargé d'accueillir les patients adressés par les établissements de l'ensemble du territoire et les services de régulation médicale.

Les SAMU, les services d'urgences et les transporteurs sanitaires sauront ainsi où orienter le plus rapidement possible les patients qui nécessitent une prise en charge chirurgicale urgente notamment en nuit profonde, c'est-à-dire, à partir de 22 h 30.

Au cours de l'année 2012 un dispositif d'évaluation permanente de cette organisation sera mis en place afin de permettre les ajustements qui pourraient apparaître comme nécessaires. Une adoption définitive du dispositif est prévue fin 2012 à l'occasion de la publication du schéma régional d'organisation des soins.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Languedoc-Roussillon

**Communauté hospitalière de territoire «Gard-Cevennes-Camargue» : une première en Languedoc-Roussillon**

**La chirurgie ambulatoire au rendez-vous en Languedoc-Roussillon**



Les établissements hospitaliers publics du Gard ont manifesté dès 2009 leur intérêt pour cette initiative novatrice et leur volonté de s'y inscrire rapidement, par la signature de la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire « Cevennes-Gard-Camargue », dont les sept établissements fondateurs sont le CHU de Nîmes et les centres hospitaliers d'Alès, de Bagnols-sur-Cèze, de Ponteils, d'Uzès, de Pont-Saint-Esprit et du Vigan.

La publication par l'ARS de l'arrêté d'approbation de la convention est ainsi intervenue le 9 juin 2011.

Ces établissements se fédèrent aujourd'hui autour d'un projet fondé sur l'interconnexion de leurs systèmes d'information et la mise en place de

réseaux de télémagerie, parachevé par un projet médical commun approfondi.

Grâce au partage de ressources médicales, à une organisation adaptée et aux possibilités offertes par les nouveaux outils comme la télémédecine, les patients atteints de maladies les plus lourdes et fréquentes sur le territoire bénéficieront d'une offre de proximité, accessible et graduée, adaptée à la gravité de l'affection et à son évolution.

La CHT doit ainsi contribuer à mieux structurer les parcours des patients et déployer une stratégie d'ouverture, chaque établissement interagissant avec ses propres partenaires libéraux.

////////////////////////////////////

Un outil de pilotage au service d'une ambition : *Pilotage et développement de l'activité de chirurgie ambulatoire*

Le développement de la chirurgie ambulatoire (chirurgie programmée avec entrée le matin et sortie le soir) constitue une priorité nationale. Actuellement, en France, moins du tiers de la chirurgie est réalisé en ambulatoire et les marges de progrès sont encore considérables. Ce changement implique une évolution des techniques, un changement d'organisation, pour adapter l'hôpital aux besoins du malade.

Pour soutenir les établissements dans le développement de la chirurgie ambulatoire, l'ARS du Languedoc-Roussillon s'est dotée d'un outil de pilotage complet, portant sur l'ensemble des actes.

Le diagramme automatisé évalue le potentiel de développement de cette chirurgie, établissement par établissement, non plus sur la base des seuls 17 actes chirurgicaux traditionnellement admis comme ayant vocation à être effectués en ambulatoire, mais sur un panel nettement plus volontariste de 98 situations intégrant une intervention chirurgicale réalisable sans hospitalisation complète.

Dotée de cet outil et s'appuyant sur les échanges entre les professionnels, la cellule pluriprofessionnelle d'accompagnement à la performance hospitalière de l'ARS du Languedoc-Roussillon, peut, d'une part, réaliser une approche ciblée des établissements, ensuite, promouvoir en leur sein l'acceptation de ce changement.

Globalement, le taux cible que se fixe la région est de 85 % d'actes de chirurgie en ambulatoire contre 42 % actuellement. Avec les 17 actes « pionniers » réalisés en matière de chirurgie ambulatoire, la région se situe d'ores et déjà au-delà de 80 % de prise en charge en ambulatoire.

Une telle mutation nécessite également d'obtenir l'adhésion des acteurs. C'est pourquoi l'agence a proposé aux professionnels des rencontres pour échanger sur la pertinence et l'innocuité d'une telle modification de pratique professionnelle.

**Les rendez-vous de la santé : un nouvel espace de dialogue entre professionnels**

C'est en octobre 2011 que cette formule a été proposée aux acteurs de santé. Organisés en partenariat avec un établissement de santé ou une fédération, Les rendez-vous de la santé permettent





**Les transports  
sanitaires :  
de nouvelles modalités  
d'organisation**

mon  
parcours  
d'assuré



**TOUS les TRANSPORTS  
ne sont pas REMBOURSABLES.  
SEUL VOTRE MÉDECIN  
décide d'une prescription  
en fonction  
de votre état de santé**



**L'ASSURANCE MALADIE  
REMBOURSE  
en fonction de vos droits.**

aux professionnels de réfléchir ensemble et d'échanger sur des sujets prioritaires liés à l'organisation de santé en Languedoc-Roussillon.

Le premier opus a été consacré à l'hospitalisation à domicile. Organisé avec la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), il a accueilli, le 11 octobre, 200 professionnels de santé. Cette modalité de prise en charge, qui nécessite d'être appropriée par les prescripteurs hospitaliers ou libéraux, doit trouver sa place à côté du maintien à domicile et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) car

l'hospitalisation à domicile concerne des soins plus complexes et coordonnés.

Le deuxième rendez-vous de la santé, organisé en partenariat avec le centre hospitalier de Béziers, s'est déroulé le 1<sup>er</sup> décembre. Il portait sur la chirurgie ambulatoire. 160 professionnels étaient présents pour écouter les sept intervenants et dialoguer sur ce thème innovant et porteur d'optimisations, à condition de mettre les acteurs concernés en situation de s'en convaincre par eux-mêmes.



**/** Au regard de l'évolution des dépenses de transport prescrites à l'hôpital et exécutées en ville, il apparaît indispensable de s'assurer de l'utilisation juste et rationnelle des moyens financiers ainsi engagés tout en garantissant la qualité de la prise en charge des patients.

Au-delà des actions de gestion du risque mises en œuvre dans le cadre de la déclinaison des objectifs nationaux et inscrites au programme régional de gestion du risque, l'ARS a souhaité promouvoir de nouvelles modalités d'organisation des transports.

Pour ce faire, l'ARS a réalisé un état des lieux des expériences menées en matière d'organisation des transports selon trois focales :

Ont été relevées :

- > pour la sortie d'hospitalisation, la mise en place d'une gestion des transports centralisée, simplifiée et déléguée à une association de transporteurs permettant un parcours du patient fluidifié avec la création d'un salon d'attente ;
- > pour le transport partagé, des expérimentations de transport réalisées

notamment pour les déplacements itératifs ou ceux concernant les hospitalisations de jour ;

- > pour les urgences préhospitalières, la mise en place de conventions entre établissement et association de transporteurs afin de définir les modalités de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière ;
- > cette action de promotion et d'incitation à expérimenter de nouveaux modes d'organisation a été fructueuse puisque qu'un certain nombre d'établissements ont répondu favorablement à cet appel ;
- > dans un second temps, l'ARS aura à travailler avec les ambulanciers et les taxis sur une nouvelle structuration afin de faciliter les interfaces entre les établissements et les transporteurs ;
- > tout au long de son action, l'ARS est vigilante à la nécessaire adhésion des usagers qu'elle entend impliquer au travers de l'évaluation des dispositifs ainsi mis en place.





# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Limousin

Maintenir la qualité de la réponse aux demandes de soins la nuit et le week-end : la nouvelle organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Haute-Vienne

A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2016, partout en Haute-Vienne

## LA NUIT LE WEEK-END

BESOIN D'UN MEDECIN,  
D'UN CONSEIL MEDICAL,  
DE SECOURS URGENTS

Je compose le



Évaluation médicale et nutritionnelle en EHPAD

Expérimenté depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, le dispositif s'adresse aux personnes dont les problèmes de santé ne peuvent pas attendre l'ouverture habituelle des cabinets médicaux.

### Qu'est-ce qui a changé ?

Le nouveau dispositif permet de proposer aux patients, en fonction du besoin évalué lors de l'appel au SAMU-Centre 15, des consultations médicales ou des visites à domicile.

Douze secteurs de garde répartis sur l'ensemble du département proposent un lieu fixe de consultation. Pour les visites à domicile, des médecins dédiés à cette activité sont répartis dans six secteurs d'intervention pour répondre aux cas où la situation du patient l'exige.

Cette nouvelle organisation est le fruit d'un travail mené depuis 2008 avec les professionnels de santé concernés du département (médecins libéraux, régulateurs du centre 15, associations de médecins, etc.), le conseil départemental de l'Ordre des médecins, la délégation territoriale de la Haute-Vienne de l'Agence régionale de santé.

La Haute-Vienne est le premier département à mettre en place de manière effective cette expérimentation.

### Pourquoi ?

Trois raisons principales ont motivé cette nouvelle organisation :

- > garantir la pérennité d'un système de

garde efficace et de qualité et proposer une permanence des soins adaptée aux besoins ;

- > préserver un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire départemental ;
- > diminuer les contraintes qui pèsent sur les médecins : l'organisation mise en place permet de réduire la fréquence des gardes pour chacun des médecins tout en assurant une réponse aux besoins de la population.

Dès le démarrage du dispositif, un plan de communication destiné à informer la population et tous les acteurs concernés, élus, professionnels de santé a été mis en place avec :

- > la diffusion d'une affiche et d'une plaquette au format carte postale, l'organisation d'une conférence de presse ;
- > une information de l'ensemble des partenaires concernés avec communication de la carte des secteurs de garde fixe et des secteurs mobiles.

### Un bilan quantitatif et qualitatif satisfaisant

Un système d'évaluation a été créé dès la mise en œuvre de l'expérimentation. Un an après sa mise en place, la poursuite de la nouvelle organisation est demandée par l'ensemble des membres du comité de suivi, composé de professionnels et de représentants des usagers.

////////////////////////////////////

L'ARS du Limousin a piloté, en 2011, une démarche d'évaluation de la prise en charge médicale et nutritionnelle en EHPAD. Ce projet, conduit tout au long de l'année, a associé le groupement de coopération sanitaire Expertise, performance système d'information en Limousin (EPSILIM), les médecins du réseau Limousin Nutrition (LINUT) et de l'observatoire du médicament en Limousin (OMEDIT) ainsi que l'unité de prévention, de suivi, d'analyse du vieillissement (UPSAV) du CHU de Limoges.

Accompagner des professionnels médicaux et paramédicaux dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles à partir d'une meilleure connaissance globale

du fonctionnement des EHPAD, tel est l'objectif poursuivi par l'ARS à travers ce projet.

L'ARS a conduit une enquête auprès de 108 EHPAD. 80 % des établissements ont participé, soit 7 403 résidents. L'UPSAV et EPSILIM ont réalisé une analyse globale de la prise en charge sur site pour 111 résidents au sein de 22 EHPAD.

Trois axes ont servi de base à l'évaluation mettant en lumière certaines pratiques :

- > la prise en charge médicamenteuse avec l'analyse du circuit du médicament et de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse (effets indésirables des médicaments et/ou de leur



Conseils de la vie sociale  
départementaux pour  
promouvoir la démocratie  
sanitaire

2011  
Année des patients  
et de leurs droits



- interaction) : management de la qualité et de la gestion du risque lié aux prescriptions médicamenteuses, utilisation du livret thérapeutique, information éclairée des patients sur leur traitement, utilisation/prescription des psychotropes, innocuité de la prescription ;
- > la prise en charge de la douleur et de la démence en regard de la prise en charge médicamenteuse ;
  - > la prise en charge nutritionnelle : organisation de la restauration, évaluation de l'état nutritionnel des résidents.

Le 14 décembre 2011, une restitution des résultats de l'enquête a été organisée en présence de l'ensemble des équipes médicales et administratives des EHPAD

**Comment renforcer les espaces de démocratie sanitaire et l'expression des usagers en établissements et services de santé sociaux et médico-sociaux au sens de la loi Hôpital patients, santé et territoires ?**

En Limousin, cette orientation a trouvé une application dans la mise en place, souhaitée par le directeur général de l'agence, d'un conseil de la vie sociale départemental (CVSD) sur les différents champs du secteur médico-social : personnes âgées, enfants et adultes en situation de handicap, accueillis en établissements et services.

Expérimentation innovante, les CVSD sont installés dans chaque département de la région et animés par les délégations territoriales de l'ARS.

Ils ont vocation à recueillir les attentes et besoins des usagers sur leurs droits et leurs conditions de prise en charge pour dégager des axes d'amélioration, concrètement déclinables sur le territoire. Ils constituent une véritable force de proposition au service de la démocratie sanitaire dépassant les problématiques propres à chaque établissement : le droit des usagers est-il suffisamment respecté et reconnu ? Quelles actions peuvent concourir à améliorer la prise en charge des personnes ?

Ces CVSD sont composés d'usagers (ou de leurs représentants légaux) de structures médico-sociales, des présidents des conseils de vie sociale des établissements, des représentants des usagers siégeant à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, et des personnalités qualifiées

avec une représentation significative des médecins coordonnateurs. Chaque EHPAD ayant participé à l'enquête dispose de ses propres résultats et peut ainsi enclencher une démarche d'amélioration de la qualité de ses prestations.

Pour l'ARS, ce projet s'insère dans ses priorités et s'articule avec les initiatives qu'elle va prendre en 2012 dans le cadre du projet régional de santé comme par exemple l'exploitation des évaluations externes et les opérations de contractualisation qui seront engagées sur l'amélioration des pratiques.



codésignées par le préfet, le directeur général de l'ARS et le président du Conseil général.

Réunis au rythme de deux fois par an, les CVSD définissent des thématiques de travail à partir desquelles des propositions d'amélioration ainsi que des modalités de mise en œuvre et de suivi sont étudiées.

Les premiers CVSD ont permis d'échanger sur l'opérationnalité des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (livret d'accueil, contrat de séjour, projet d'établissement, etc.) sur les droits fondamentaux des usagers (par exemple, réversibilité et effectivité du libre choix, respect de la vie privée, parentalité) comme sur l'ouverture des établissements sur la cité (intégration en milieu scolaire, activités culturelles sportives, sociales).

Des pistes de travail ont, d'ores et déjà, été dégagées : former les représentants des usagers appelés à siéger dans les instances pour leur donner une légitimité, développer les actions d'animation notamment pour les grands dépendants, améliorer les moyens de soutien et de communication en direction des familles et des usagers, etc.

L'enquête de satisfaction menée auprès des participants aux CVSD a démontré la pertinence de cet outil participatif dans la promotion des droits et de l'expression des usagers. Il trouve sa place dans l'impulsion et la déclinaison locale des actions du Projet régional de santé, en cours d'adoption.



# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Lorraine

### Des chantiers performance pour améliorer l'efficience des établissements de santé



/ Une conjoncture économique régionale défavorable à l'offre de soins

La Lorraine présente une activité économique marquée par une succession de restructurations industrielles entraînant une forte diminution de la demande de soins avec des répartitions territoriales hétérogènes. La région apparaît aujourd'hui surdotée, avec une surabondance et une fragmentation de l'offre de soins. En conséquence, les établissements sanitaires sont amenés à revoir leur positionnement territorial afin de répondre à ce contexte régional en mutation constante.

/ Une démarche novatrice et partagée

Les chantiers performance permettent de répondre à un double objectif :

- > évaluer la performance territoriale de l'établissement de santé (positionnement, taux de fuite, part de marché, etc.) ;
- > identifier des pistes d'amélioration dans l'organisation et le fonctionnement des soins et définir un plan d'actions adapté au contexte local.

La volonté affichée de l'ARS de Lorraine est de se positionner d'abord comme un partenaire chargé d'aider l'établissement de santé à identifier les leviers d'amélioration de la performance de ses organisations, et de les inscrire dans un processus de contractualisation, au travers de l'annexe performance au contrat d'objectifs et de moyens (CPOM).

La réussite des chantiers performance tient au fait que cette démarche a été largement partagée entre les différents acteurs et au sein même de chaque

structure : ARS, établissements de santé et fédérations.

/ Des acteurs identifiés et des outils opérationnels

Coordonnée par la direction de la performance et de la gestion du risque, la démarche repose en interne sur une association étroite entre l'animateur territorial de la délégation territoriale concernée et le référent efficience. Cette organisation combine deux approches : territoriale et de proximité d'une part, expertise d'autre part.

L'ARS de Lorraine a initié l'élaboration d'un tableau de bord qui constituera l'outil de pilotage régional. Composé d'un volet stratégie à destination de l'ARS, d'un volet suivi opérationnel accessible aux établissements de santé, il permettra notamment le suivi des chantiers performance (actions en cours, calendrier de mise en œuvre, indicateurs de suivi, etc.). Il sera accessible aux acteurs concernés par le biais d'une plate-forme web.

/ Les premiers résultats et perspectives

La première vague, portant sur 11 établissements de santé a vu la concrétisation de plusieurs actions. Une deuxième vague a été lancée en septembre 2011, sur propositions des fédérations ou encore par sollicitation directe des établissements. Elle portera sur quatre établissements de santé.

L'objectif est désormais d'étendre la démarche au champ du médico-social.

////////////////////////////////////

## Favoriser l'installation rapide et pertinente des jeunes médecins généralistes en Lorraine



/ En raison de disparités géographiques fortes et de nombreux départs à la retraite attendus des professionnels de santé, l'ARS de Lorraine doit répondre aux enjeux de l'accès aux soins de premier recours.

Pour ce faire, elle a organisé un forum d'information et d'échange le 18 octobre 2011 sur le thème *Favoriser l'installation rapide et pertinente des jeunes médecins généralistes en Lorraine*. Cette manifestation, qui a rassemblé plus de 150 internes de médecine générale a été construite en concertation avec la faculté de médecine, l'Union régionale des professionnels de santé médecins, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, les collectivités territoriales et l'Assurance maladie.

### / Une synergie des rôles et des témoignages de jeunes médecins

À travers des interventions précises, positives et concrètes, chaque institution a pu préciser son rôle en matière d'accompagnement dans l'installation de l'interne.

Trois thématiques ont ainsi été développées :

- > la gestion de l'exercice professionnel (revenus, relations avec le service médical de l'assurance maladie et le service des relations avec les professionnels de santé) ;
- > les différentes formes d'exercice (présentation des différents statuts et contrats, de l'exercice coordonné pluriprofessionnel) ;
- > les territoires, les aides et les outils (présentation de la politique d'aide à l'installation en zones déficitaires

en offre de soins de premier recours, avec, notamment, les contrats d'engagement de service public).

De jeunes médecins installés en zone rurale sont intervenus pour témoigner de la possibilité de s'installer rapidement et sereinement après l'internat, la plupart du temps dans le cadre de projet de maisons de santé et de pôles pluridisciplinaires.

Par son action de pilotage régional, l'ARS, en lien avec ses partenaires, a ainsi pu illustrer, de manière concrète, les projets mis en œuvre en direction des professionnels de santé de premier recours de demain.

### / Une politique régionale partagée et mise en œuvre par tous les acteurs

La Loi HPST offre de nouveaux outils aux ARS pour améliorer l'accès aux soins, attirer et fidéliser les professionnels et les accompagner dans leurs projets : plateforme d'appui aux professionnels de santé, contrats d'engagement de service public, maisons et pôles de santé, aides individuelles aux professionnels de santé (collectivités territoriales), coopérations entre professionnels de santé, etc.

Toutefois, pour être pertinents, ces outils doivent être connus de tous et utilisés dans le cadre d'une politique régionale partagée et mise en œuvre par tous les acteurs. Le département ambulatoire et accès à la santé de l'ARS de Lorraine a notamment pour objectif de mettre en cohérence l'outil de formation avec les besoins de santé, afin de favoriser l'installation rapide de médecins généralistes de premier recours, au bénéfice de toute la région.

////////////////////////////////////



# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Martinique

## Les jardins familiaux : un programme de santé associant les populations



### / Une pollution environnementale massive par le chlordécone

Le chlordécone est un pesticide organo-chloré persistant utilisé aux Antilles dans les bananeraies jusqu'en 1993, pour lutter contre le charançon. Son utilisation quasi systématique, durant près de 20 ans, a entraîné la contamination de grandes surfaces de terres agricoles.

### / Des actions en direction des autoconsommateurs

Jusqu'en décembre 2010, le programme Jardins familiaux (JaFa) a essentiellement eu pour objectif *d'identifier les foyers en situation de surexposition potentielle au chlordécone* suite à la consommation fréquente de légumes racines issus de jardins situés en zones contaminées.

#### Une phase d'enquête a permis de préciser les populations concernées :

- > 6 112 foyers enquêtés ;
- > 1 200 analyses de sol et 240 foyers identifiés à risque d'exposition.

#### Des mesures d'accompagnement en vue de réduire l'exposition des familles ont suivi :

- > limitation de la fréquence de consommation de légumes racines potentiellement contaminés ;
- > diversification de l'alimentation et des pratiques culturales.

Parallèlement, afin de soutenir les familles affectées économiquement et éviter un détournement des produits locaux frais, une centaine d'entre elles a eu accès à une épicerie solidaire spécialement érigée dans le cadre du programme.

Deux conseillers spécialisés en agronomie et en nutrition ont rencontré les familles afin d'accompagner une adaptation des pratiques alimentaires et des techniques culturales. Leur intervention s'inscrit dans le cadre d'un plan COMBI (Communication pour un impact comportemental), préconisé par l'OMS.

#### il a été complété par des outils de communication élaborés localement :

- > une pièce de théâtre interactive qui encourage au respect des préconisations et valorise la consommation des produits locaux ;
- > un outil ludique d'éducation à destination des jeunes ;
- > des actions de communication.

Deux *Rencontres communautaires autour des Jardins familiaux* ont été organisées afin de faire le point sur l'acceptabilité de l'objectif comportemental du plan COMBI et dégager des pistes pour une gestion durable de la contamination. Les conclusions contribuent à la construction de la seconde phase du programme.

Le plan *Chlordécone II* (2011-2014) prévoit ainsi l'évolution et le renforcement du programme pour tenir compte des avancées, des lacunes et de l'avis des populations et acteurs concernés ainsi que son extension aux autoconsommateurs des produits de la mer.

Le programme a bénéficié de financements via le Programme des interventions territorialisées de l'État à hauteur de 3 018 669 euros pour la période 2008-2010 et 786 000 euros pour l'année 2011.

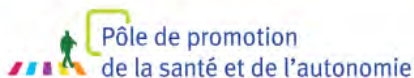
////////////////////////////////////



# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Midi-Pyrénées

**Un projet unique en France :  
le pôle de promotion  
de la santé  
et de l'autonomie**



**Le Groupement  
de coopération sanitaire  
Télésanté : un exemple  
de la coopération sanitaire/  
médicosocial/ambulatorie  
en Midi-Pyrénées**

/ Midi-Pyrénées est une région où le vieillissement s'accroît ; elle reflète déjà la moyenne d'âge que connaîtra la France en 2025.

L'ARS a pris la mesure du défi que pose la question de la dépendance dans cette région. Une concertation s'est engagée avec les acteurs départementaux au sein de chaque conférence de territoire et a enrichi la réflexion que mène l'agence aux côtés du Gérontopôle. L'idée force est de déployer, à terme, dans chaque département de la région une antenne du Gérontopôle baptisée Pôle de promotion de la santé et de l'autonomie. D'ores et déjà, celle de Toulouse, pour la Haute-Garonne, est opérationnelle. Bientôt trois autres départements vont en bénéficier : Lourdes pour les Hautes-Pyrénées, Labastide-Murat pour le Lot, Saint-Affrique pour l'Aveyron.

Ce dispositif innovant et créatif propose aux personnes âgées une prise en charge complète comprenant le dépistage de la dépendance, la prévention à travers des

programmes personnalisés d'action et le soin. Il permet également de pérenniser et d'améliorer l'offre de soins pour l'ensemble de la population sur un territoire où la présence médicale est mise à mal.

En intervenant dès 60 ans, à un moment où beaucoup sont encore en bonne santé, ce dispositif novateur a vocation à améliorer la qualité de vie des personnes en retardant l'apparition de signes de fragilité à travers des activités physiques, un entraînement de la mémoire, des conseils en nutrition ou sur le logement. L'ambition est aussi de réunir sur un même lieu l'ensemble des professionnels de santé qui concourent à la prise en charge des aînés et d'assurer ainsi la continuité des soins. Enfin ce programme fait l'objet d'une évaluation rigoureuse.

La construction du pôle de promotion de la santé et de l'autonomie à Labastide-Murat (46) a été lancée le 18 novembre 2011.

////////////////////////////////////

/ La structuration de l'espace numérique régional de santé s'inscrit dans la tradition pionnière de la région Midi-Pyrénées en matière de télémédecine et de e-santé.

Clé de voûte de l'Espace numérique régional de santé (ENRS), le GCS Télésanté Midi-Pyrénées, créé le 28 mars 2011, rassemble 133 membres :

- > Près de 75 % des établissements publics et privés de santé de Midi-Pyrénées,
- > 44 % des structures médico-sociales de plus de 200 places de la région,
- > Les représentants des professionnels de santé libéraux, des réseaux de santé, les principaux autres acteurs de la e-santé en Midi-Pyrénées.
- > Les usagers.

En étant la première structure organisant la coopération des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville, le GCS Télésanté Midi-Pyrénées est emblématique de l'action de l'ARS qui a apporté un soutien actif à sa mise en place et qui a souhaité une implication forte du secteur médico-social, dès sa création.

L'année 2011 a permis l'organisation du GCS et la définition de son premier portefeuille de services, à partir de

l'expression des besoins des acteurs et des travaux du projet régional de santé. La priorisation de ce portefeuille sur cinq ans permettra d'établir le programme de travail du GCS.

Concrètement, des projets sont d'ores et déjà lancés en Midi-Pyrénées :

- > déploiement du dossier médical personnel, en priorité dans les bassins de santé du Tarn et expérimentation nationale du dossier communiquant en oncologie, dans le cadre du DMP ;
- > projet de PACS régional mutualisé, permettant d'équiper prioritairement les établissements de santé publics ou privés, et de soutenir les coopérations territoriales en favorisant le partage des images médicales ;
- > développement des usages de la télémédecine en gériatrie avec les EHPAD ;
- > travaux d'accompagnement des structures d'exercice regroupé (pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles) dans la définition de leur système d'information.

////////////////////////////////////



## Télémédecine dans le Nord - Pas-de-Calais

## Charte de déontologie avec les entreprises de l'industrie de santé et de nutrition



### / Télé-AVC Artois-Hainaut

En région Nord - Pas-de-Calais, trois centres hospitaliers (Lens, Maubeuge et Valenciennes) innovent en démarrant une garde tournante de neurologues et de radiologues s'appuyant sur la télémédecine pour améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'objectif de Télé-AVC Artois-Hainaut, lancé en juin 2011, est d'apporter une expertise neurovasculaire aux établissements qui n'en disposent pas, en s'appuyant sur les nouveaux moyens de communication qui offrent aujourd'hui la possibilité de transmettre des images de très haute qualité, et de réaliser un télédiagnostic en temps réel. Cette organisation permet notamment de mettre en place une unité neurovasculaire (UNV)

/ Par principe, l'ARS du Nord - Pas-de-Calais est ouverte à l'instauration de contacts et d'un partenariat raisonné avec l'industrie de santé et de nutrition. Ces entreprises peuvent en effet devenir des partenaires utiles au développement d'actions de santé publique dans la région, l'enjeu d'un tel partenariat étant de favoriser la synergie de leurs actions avec celles menées par l'ARS. Il est en revanche indispensable que l'ARS définisse clairement le cadre des relations qu'elle

à Maubeuge, indispensable pour la prise en charge des patients victimes d'un AVC dans l'Avesnois.

### / Dépistage et suivi des personnes hypertendues

Un deuxième programme de télémédecine a été lancé en novembre portant sur le dépistage et le suivi des personnes hypertendues. Ce programme a donné lieu à la signature d'une convention VigiSanté entre l'ARS et trois assurances complémentaire de protection sociale, Malakoff Médéric, Humanis, et D&O.

La convention vise à améliorer la prise en charge des maladies chroniques par le développement des technologies de l'information et de la communication.

////////////////////////////////////

envisage avec ces entreprises, dans le but d'éviter tout malentendu et tout risque de dérive commerciale ou de conflits d'intérêts avec ces dernières.

Une réunion a été montée en septembre pour définir les orientations d'une charte de déontologie, en concertation avec les 120 laboratoires pharmaceutiques de France.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Océan Indien

### Installation de moustiquaires imprégnées pour prévenir le paludisme à Mayotte



**LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNÉES D'INSECTICIDE**

Le climat chaud et humide de l'île de Mayotte favorise la multiplication des moustiques, vecteurs de plusieurs maladies, notamment du paludisme, présent sur l'île. Malgré une diminution importante du nombre de cas autochtones depuis plusieurs années à Mayotte, le foyer de transmission le plus important, se situe toujours dans la commune de Bandraboua, avec une recrudescence marquée durant le premier semestre de l'année 2010. Face à ce constat, l'agence de santé océan Indien, en association avec la mairie de Bandraboua et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), ont décidé, dès la fin de l'année 2010, d'installer gratuitement 2 500 moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MIILD) dans trois villages de la commune (Dzoumogné, Handréma et Mtsangaboua).

Inédit en France, ce programme vise à protéger la population contre les piqûres du moustique anophèle, vecteur du paludisme. Conçues et testées dans les années 1980, les moustiquaires sont imprégnées industriellement d'un insecticide (deltaméthrine) directement dans la fibre et ont une durée de vie d'environ trois ans.

L'installation des MIILD a été réalisée au cours de l'année 2011 par les équipes du

service de lutte antivectorielle de Mayotte qui sont passés dans chaque quartier, habitation par habitation, au porte-à-porte.

Pour accompagner l'opération, plusieurs actions ont été conduites afin de sensibiliser la population :

- > distribution de prospectus et d'affiches ;
- > diffusion de spots en français et en Shimaoré sur les trois radios locales de l'île ;
- > intervention dans les écoles primaires de Dzoumogné ;
- > stands d'informations au collège et au lycée (plus d'un millier de scolaires sensibilisés), ainsi qu'au marché.

Cette expérience pilote a permis d'évaluer l'utilisation et l'entretien de ces moustiquaires, de tester différentes modalités de distribution au sein des villages ainsi que d'identifier les principaux vecteurs de communication qui permettront une bonne information et adhésion de la population, dans la perspective d'une extension du programme en 2012-2013, à l'ensemble des foyers de Mayotte.

////////////////////////////////////

### Saturnisme infantile sur la commune du Port (La Réunion)

Un enfant résidant dans le quartier bidonvillisé de l'Oasis, au Port, a été identifié lors de l'enquête nationale de prévalence du saturnisme infantile de l'Institut de veille sanitaire (Saturninf 2008-2009)

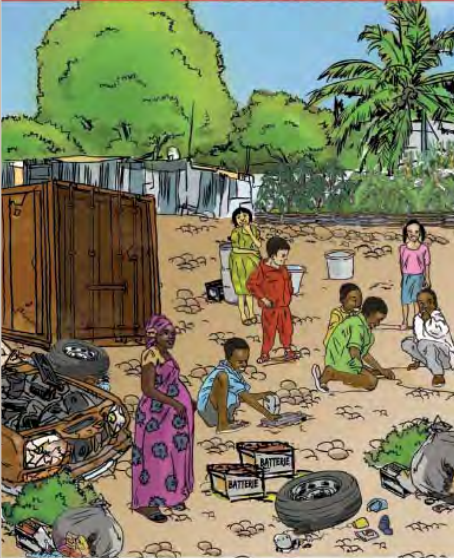
Dès ce signalement, les services de l'agence de santé océan Indien (ARS-OI) ont investigué la situation et pris les premières mesures : un dépistage a été proposé à l'ensemble de la fratrie du cas index et aux voisins ; une première investigation environnementale a identifié une pollution du sol, justifiant la mise en œuvre d'un programme d'actions.

### Étude environnementale approfondie

Un bureau d'études spécialisé a été mandaté pour connaître l'étendue spatiale de la pollution et évaluer le risque pour la santé des résidents. Les résultats ont confirmé l'origine tellurique de l'intoxication. Le mode d'intoxication retenu est une ingestion de poussières de sol contenant du plomb, par portage mains-bouche lors de jeux chez les jeunes enfants. La pollution du sol résulterait de la présence de nombreux dépôts sauvages sur le site, en particulier de batteries usagées, issus d'une filière illégale de récupération avant renvoi à Madagascar et aux Comores.

## — Le sol où vous habitez contient du plomb

Attention au saturnisme !



ars  
Agence de Santé  
Océan Indien

## Mise en place d'un Réseau d'interconnexion des professionnels de santé

### / Information des familles

Une information des résidents sur les mesures de protection vis-à-vis des enfants (lavage des mains, non-consommation des végétaux du potager, etc.) et les incitant au dépistage (en particulier pour les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes), a été organisée par l'ARS Océan Indien, avec l'appui de la mairie du Port, au moyen de trois séances collectives sur site suivies d'une information en porte-à-porte de toutes les familles résidentes.

### / Organisation d'un dépistage généralisé

Au vu des premiers résultats de l'analyse des sols, l'agence a piloté au premier trimestre de l'année 2011 un dépistage du saturnisme sur l'ensemble des familles du quartier OASIS, en étroite collaboration avec les médecins traitants et la PMI.

76 cas de saturnisme infantile ont été confirmés biologiquement par une plombémie supérieure à 100 µg/l, dont 38 chez les moins de six ans. Chez ces derniers, la plombémie moyenne s'établissait à 170 µg/l (max : 392 µg/l).

/ La loi HPST, complétée par le décret « télémédecine » du 19 octobre 2010, incite à la recherche de nouvelles organisations et de nouvelles pratiques. Ces textes autorisent, en particulier, une plus grande collaboration entre professionnels de santé médicaux et non médicaux. Construire un réseau d'interconnexion de l'ensemble des professionnels de santé et du médico-social, qu'ils soient publics ou privés, qu'ils soient à Mayotte ou à La Réunion, c'est favoriser le rapprochement, le décloisonnement et la collaboration entre les acteurs du monde de la santé. C'est pourquoi l'ARS Océan Indien a décidé de soutenir politiquement et financièrement le projet R2S (Réseau santé social), dont la maîtrise d'ouvrage régionale est portée par le GIE Télémédecine-Océan-Indien.

Plus qu'un réseau, le réseau R2S est un catalogue de services qui permet à l'ensemble des acteurs de santé d'être connecté de manière simple et sécurisée. La mise en réseau va favoriser les développements et la circulation de

### / Relogement social des familles

Suite à l'évaluation de risque sanitaire réalisée par l'ARS Océan Indien, une chaîne de partenariat, pilotée par la préfecture et la commune du Port, a été constituée pour évacuer les 87 ménages vivant sur le site (soit près de 300 personnes). Une procédure de relogement social d'urgence, grâce à la mobilisation de tous les services concernés de la préfecture, du département, des communes et des bailleurs sociaux, a permis de reloger toutes ces familles. Un suivi des enfants détectés a été mis en place (contrôle de la plombémie tous les 3 mois).

Il faut souligner la parfaite coordination des services ayant travaillé sur cette situation, ARS, cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), préfecture, conseil général, communes, bailleurs sociaux. Il est indispensable d'adapter les protocoles d'investigation et de gestion à ce risque, rapporté pour la première fois en France sur un nombre aussi important de personnes touchées.

l'information médicale, la télémédecine mais aussi, le déploiement du dossier médical personnel. C'est sur ces nouvelles organisations de soins que vont porter les grands axes de la modification du paysage actuel de nos territoires de santé. La mise en place d'une gradation des soins entre établissements de santé d'un même territoire et la télésurveillance médicale à domicile des malades atteints de maladies chroniques sont deux nouvelles organisations majeures qui impactent une grande partie des acteurs qui seront « connectés ».

Est également prévue la création d'un espace numérique régional de santé (ENRS) dans lequel se déploient les expérimentations de services spécialisés (dossier communicant en cancérologie, etc.) complétant le DMP, les messageries sécurisées, et les services métiers répondant aux besoins exprimés par les professionnels au plan régional.

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Pays de la Loire

### Lancement d'un appel à projets dans le cadre de l'amendement Creton



Une enquête réalisée en novembre 2010, avait permis d'établir que 421 jeunes âgés de plus de 20 ans étaient accueillis dans des établissements pour enfants handicapés de la région. Afin d'assurer la continuité des parcours de ces jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans, en attente de place en établissement ou service pour adultes handicapés, l'agence régionale de santé des Pays de la Loire a lancé un appel à projets relatif à la création d'un dispositif expérimental et innovant d'accompagnement adapté pour les jeunes qui se trouvent dans la situation visée par l'amendement dit «Creton». Cet amendement à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent.

L'objectif de l'appel à projets était d'assurer l'adaptation du parcours de ces jeunes à leurs besoins d'accompagnement médico-social, dans une logique de prévention des ruptures d'accompagnement, de soutien de l'autonomie, de construction du projet d'insertion sociale et professionnelle et de pérennisation du projet de soins.

Il s'inscrit dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 de promotion de l'inclusion en milieu de vie ordinaire.

L'appel à projet a donné lieu au dépôt de 15 candidatures, portant sur deux types de prestations :

- > l'accompagnement des jeunes orientés en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ;
- > l'accompagnement des jeunes orientés en maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- > Il a suscité une dynamique de coopération régionale, deux projets ayant fait l'objet d'une candidature d'associations départementales réunies dans un cadre régional.

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

////////////////////////////////////

derniers se limitant à leur strict domaine de compétence.

La première unité de dialyse médicalisée télésurveillée, mise en œuvre à l'initiative de l'association ECHO, a été inaugurée à Trélazé (Maine-et-Loire) le 30 novembre 2011. Le projet régional de santé des Pays de la Loire prévoit une forte augmentation du nombre de ces unités installées à distance des centres. La sécurité des patients sera assurée par l'usage de la télémedecine et la possibilité d'intervention rapide d'un service mobile d'urgence et de réanimation. Leur nombre devrait doubler d'ici la fin de la mise en œuvre du schéma régional d'organisation des soins, permettant de renforcer une offre de proximité efficace et adaptée aux besoins des patients en insuffisance rénale chronique terminale.

////////////////////////////////////

### Dialyse en télémedecine

Au 31 décembre 2009, 70 % des patients pris en charge en épuration extra-rénale étaient dialysés en centre, 16,8 % en auto dialyse, 5,5 % en dialyse péritonéale et seulement 5,3 % en unité de dialyse médicalisée. Cette dernière modalité, qui a vocation à accueillir des patients nécessitant une présence médicale discontinue, a été sous-utilisée parce que trop liée aux centres lourds plus médicalisés, et pas assez proche du domicile de ces patients ne relevant pas de la dialyse autonome.

C'est pourquoi les premiers projets d'installation d'unité de dialyse médicalisée télésurveillée ont vu le jour. La télémedecine permet de réaliser à distance la surveillance de la séance de dialyse, d'assurer les consultations des patients dialysés et d'assister les professionnels présents auprès des patients, les actes effectués par ces





## Pollinarium sentinelle



Le pollinarium sentinelle est un outil expérimental de prévention des allergies aux pollens (pollinoses), testé au jardin des plantes de Nantes depuis 2003.

Douze espèces herbacées et huit espèces ligneuses représentatives des espèces allergisantes de l'ouest sont observées quotidiennement, permettant de prévoir les saisons polliniques pour chaque espèce présente au pollinarium sentinelle depuis 2004. Les observations de l'année en cours sont présentées dans un tableau régulièrement actualisé et mis en ligne sur le site internet de l'ARS, mais également sur d'autres plateformes (notamment Air Pays de la Loire). L'activité pollinique de chaque espèce y est renseignée au fur et à mesure de l'année, à chaque nouvel événement au pollinarium sentinelle : début ou fin d'émission.

De manière générale, les débuts de pollinisation observés devancent les pics polliniques d'une à trois semaines, permettant aux praticiens et aux patients d'anticiper et d'adapter le(s) traitement(s). Deux études épidémiologiques (2007 et 2009) ont démontré l'intérêt d'un

tel outil de prévention et d'éducation thérapeutique.

Appelé *pollinier sentinelle* à sa création, il change de nom en 2011 pour marquer son changement de statut. De modèle expérimental exclusivement nantais, il devient en effet un outil de prévention des pollinoses au niveau régional et, à terme, national. Pour développer un réseau des pollinariums en France, l'ARS Pays de la Loire et la mairie de Nantes, en collaboration avec l'Association des pollinariums sentinelles de France (APSF), a réuni les acteurs concernés par le projet le 13 octobre 2011 à l'occasion de la deuxième journée du réseau des pollinariums sentinelles. Parmi les participants, plusieurs villes ainsi que des praticiens et des associations se sont montrés intéressés par le dispositif.

Depuis, les villes de Laval et du Havre ont débuté l'installation d'un jardin, suivant le cahier des charges mis en place par l'ARS, sous le contrôle de l'APSF. D'autres suivront d'ici 2013.

////////////////////////////////////

## Chapitre 2 // 26 agences au quotidien Picardie

De nouveaux champs  
de communication investis  
par l'ARS



/ En France, plus de vingt millions de personnes utilisent leur téléphone mobile pour se connecter à l'internet. Les deux tiers le font au moins une fois par jour, en consultant directement un site web ou, le plus souvent, au moyen d'« applications ». Il s'agit de petits programmes téléchargés et installés sur un téléphone mobile qui permettent d'accéder directement à des informations ou des services en ligne, sans se connecter à un site web. Plus de 400 000 applications différentes sont actuellement disponibles. Cet essor durable de l'internet mobile est essentiellement lié au développement de la technologie et à la démocratisation des smartphones et tablettes. Ainsi, très prochainement, le taux d'équipements en écrans mobiles sera supérieur à celui des écrans fixes.

L'ARS de Picardie a choisi d'adapter ses moyens de communication à ces nouveaux comportements, en développant une application pour *iPhone* et smartphone *Android*, destinée à ses interlocuteurs : acteurs de santé (professionnels, établissements, etc.), élus locaux, partenaires institutionnels. Cette application, qui sera disponible à la fin du premier semestre 2012, répond aux besoins qu'ils expriment à l'égard des agences : d'une part celui d'être informés régulièrement, rapidement et simplement des décisions que prennent les ARS, de leur actualité, d'autre part de mieux cerner les champs d'intervention des agences et

d'identifier facilement le bon interlocuteur, sujet par sujet, au sein de l'organisme.

L'application « ARS de Picardie » répond exclusivement à ces deux objectifs. Comme la plupart des applications de ce type, elle propose un fil d'informations en continu qui pourront être sélectionnées et archivées par l'utilisateur en fonction de ses propres centres d'intérêts professionnels ou géographiques. Elle permet également d'accéder à l'annuaire interne de l'agence au moyen de quatre modes de recherche : par thème, service, mot-clé ou par nom. Grâce à ce dispositif, il n'est plus nécessaire de connaître l'organisation interne de l'agence pour trouver, en son sein, l'interlocuteur chargé d'un dossier spécifique. Il suffit par exemple de taper « maisons de santé pluriprofessionnelles », « autisme », « maladies à déclaration obligatoire », « addictologie » dans le moteur de recherche pour entrer directement en contact avec la personne en charge du dossier.

Cet outil, qui rend l'ARS de Picardie à la fois plus lisible et plus visible auprès de ses parties-prenantes, participe aussi de l'engagement de l'agence en matière de télésanté, en ce qu'elle favorise le partage de l'information santé auprès de l'ensemble des acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux de la région.

////////////////////////////////////



## Une nouvelle organisation régionale des transports sanitaires hélicoptérés



Afin d'améliorer l'accès de la population aux soins urgents, l'ARS de Picardie a mis en place une nouvelle organisation régionale des transports sanitaires hélicoptérés : les deux hélicoptères sanitaires en activité, basés au CHU d'Amiens et au centre hospitalier de Laon, assurent désormais la couverture de l'ensemble du territoire picard. Concrètement, des zones d'intervention territoriales ont été identifiées pour chaque hélicoptère. En cas d'indisponibilité de l'un, le second hélicoptère peut intervenir si nécessaire. La coordination régionale est assurée par le CHU d'Amiens, la régulation médicale étant mise en œuvre en lien avec les deux autres SAMU de la région, situés à Laon et Beauvais.

Cette nouvelle organisation est le fruit d'un travail collectif associant notamment les urgentistes et les trois services d'aide médicale urgente de la région. Elle constitue l'un des leviers stratégiques mis en place par l'agence pour répondre aux besoins de la population en matière d'offre de soins, en tenant compte des caractéristiques de la région.

La régionalisation des transports hélicoptérés vise notamment à :

- > réduire les inégalités d'accès aux soins, en assurant un maillage régional des trois départements que compte la région. Ce dispositif permet ainsi d'améliorer la couverture du département de l'Oise, en particulier le sud de ce territoire, qui n'était jusqu'alors pas desservi par un hélicoptère sanitaire ;
- > améliorer l'organisation du transfert des patients entre les hôpitaux de proximité et les principaux centres hospitaliers de la région, notamment pour les cas d'urgences nécessitant une prise en charge des patients dans des services spécialisés ;
- > faire gagner du temps aux médecins urgentistes dans une région qui manque de professionnels de santé, en privilégiant chaque fois que cela est possible les transports hélicoptérés aux déplacements des SMUR terrestres ;
- > pérenniser les deux hélicoptères sanitaires en Picardie, au moyen d'un financement régionalisé apporté par l'ARS.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Poitou-Charentes

Appréhender l'efficacité des filières de traitement d'eau potable vis-à-vis des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens



Création d'un dispositif d'éducation thérapeutique du patient, rigoureux et encadré

Le deuxième Plan régional santé environnement (PRS 2) Poitou-Charentes, qui se décline en 26 actions pour quatre années de suivi et d'animation, a retenu une action pour appréhender l'efficacité des filières de traitement d'eau potable vis-à-vis des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens.

L'effet sur la santé des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens est à ce jour peu connu en raison du manque de données en termes analytique et épidémiologique. Ces paramètres émergents ne font d'ailleurs pas l'objet de limites de qualité pour les eaux destinées à la consommation humaine. De plus, l'efficacité des filières classiques de traitement (coagulation, floculation, filtration, désinfection) est inconnue.

L'objet de cette action est d'améliorer la connaissance de l'efficacité des filières de traitement vis-à-vis des substances médicamenteuses et des perturbateurs endocriniens tout en sollicitant les structures « recherche » implantées en Poitou-Charentes : L'école nationale supérieure d'ingénieurs de Poitiers (ENSIP), le laboratoire CNRS de chimie et microbiologie de l'eau (LCME) et le laboratoire IANESCO Chimie.

Dans ce but l'action prévoit :

- > d'élaborer une synthèse des principales molécules rencontrées dans les

Le schéma régional de prévention (SRP) de Poitou-Charentes a été validé, avec l'adoption du projet régional de santé (PRS), le 15 décembre 2011. Le même jour, se tenait le colloque *Prévenir les inégalités de santé par l'éducation thérapeutique du patient*, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) étant l'une des dimensions prioritaires de la prévention en Poitou-Charentes.

Dans le cadre du dispositif national réglementaire d'autorisation, à ce jour 59 programmes d'éducation thérapeutique

eaux des captages (recherche bibliographique nationale et internationale) ;

- > d'étudier l'abattement de molécules à chaque étape d'une filière de traitement d'eau potable ;
- > d'étudier le devenir de molécules (notamment formation de sous-produits) ;
- > d'étudier l'efficacité des filières de traitement d'eau potable face à des mélanges de molécules.

Elle s'appuie sur la mise en place d'un comité de pilotage qui rassemble des acteurs de l'eau (pôles recherche de la région, syndicats, exploitants, experts nationaux, région Poitou-Charentes, services de l'État, ARS, etc.). Pour faciliter les échanges et la mise en commun des données, une charte partenariale a été signée par les structures associées au comité de pilotage. Celui-ci s'est déjà réuni trois fois pour travailler autour d'une méthodologie : sélection de captages vulnérables, connaissance de leur contamination, suivi des molécules au travers des étapes de traitement. Une fois la méthodologie validée, le programme de recherche sera lancé sur les différents sites retenus. Une synthèse de l'étude sera rendue au terme du PRSE2, en 2014.

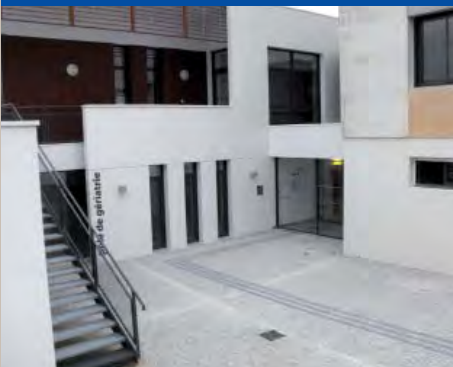
////////////////////////////////////

ont été autorisés en Poitou-Charentes par l'ARS, et seront prochainement évalués.

L'ARS Poitou-Charentes a souhaité réaliser prioritairement un maillage régional pour les maladies du métabolisme et de la nutrition, avec le développement de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques ou obèses. L'Agence a ainsi particulièrement soutenu la création d'un service de soins de suite et de réadaptation pour patients adultes obèses à Cherveux (79), qui a accueilli ses premiers patients en janvier

//

## Coopération interhospitalière en Vienne : signature d'une convention de direction commune entre le centre hospitalier de Châtelleraut et le centre hospitalier de Loudun



2012. Par ailleurs, les initiatives des professionnels visant à créer de nouveaux programmes d'éducation thérapeutique en établissement, en réseau, et surtout en secteur ambulatoire sur des champs définis comme prioritaires dans le schéma (obésité, santé mentale, maladies cardiovasculaires, etc.) sont encouragées et accompagnées par l'ARS.

Dans ce même cadre, un appel à projet pour la réalisation de programmes

Le centre hospitalier de Loudun a bénéficié d'un accompagnement de 2007 à 2010 dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre. Celui-ci n'a cependant pas permis d'enrayer la baisse régulière de son activité. Afin de maintenir l'activité hospitalière sur le territoire de Loudun, l'ARS Poitou-Charentes et les interlocuteurs hospitaliers sont convenus de la nécessité de redéfinir le projet médical de l'établissement, tant au regard des besoins de la population que de l'offre de santé située sur son bassin d'attractivité. Cette concertation a orienté les partenaires sur la signature, le 17 septembre 2010, d'une convention de direction commune avec le centre hospitalier de Châtelleraut. Elle a été mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2011, le directeur du centre hospitalier de Châtelleraut assurant également les fonctions de directeur du centre hospitalier de Loudun.

L'objectif a été de créer une dynamique de partenariat interétablissements, de consolider et développer l'offre de soins dans ses différentes composantes (court séjour, alternatives à l'hospitalisation, moyen séjour et prise en charge des personnes âgées) pour les bassins de vie concernés, et d'offrir sur le site de Loudun, chaque fois que possible, une offre de médecins spécialistes (consultations avancées).

La mise en place de la direction commune avec le centre hospitalier de Loudun présente d'ores et déjà un bilan particulièrement encourageant. Les résultats d'activité

d'éducation thérapeutique pour des patients atteints de surpoids et maladies chroniques ou d'obésité, quels que soient leur âge, le stade et l'évolution de la maladie, sera prochainement diffusé. Ces programmes seront d'autant plus éligibles qu'ils privilégieront le développement ambulatoire, la prise en charge des pluripathologies et l'accès aux populations précarisées ou isolées.

////////////////////////////////////

progressent, même si la situation reste à consolider. Ainsi, au 31 octobre 2011, les entrées directes en médecine ont progressé de 11 % par rapport à la même période de 2010, l'activité d'hôpital de jour augmente de 10 %, et les passages aux urgences de 3 %.

Un projet de mutualisation des systèmes d'information avec édification d'un PACS (*Picture Archiving and Communication System*) commun associant les libéraux (GCS) est en cours. Il intègre sa nécessaire interopérabilité avec le CHU de Poitiers, établissement de recours du territoire de santé de la Vienne.

Parallèlement, le plan d'économies a été tenu et même conforté. Fin 2011, le déficit structurel de l'établissement a été ramené au tiers de celui de l'exercice précédent.

Ce processus de rapprochement hospitalier s'est accompagné d'un renouvellement du partenariat public-privé. En effet, sur le secteur de Loudun, en raison du faible nombre de médecins susceptibles de participer au tableau d'astreinte, le centre hospitalier de Loudun est associé au dispositif de la permanence des soins. Cette participation du centre hospitalier a lieu à titre expérimental et transitoire, tant que les médecins susceptibles de participer au tableau d'astreinte sont en nombre insuffisant.

////////////////////////////////////

# Chapitre 2 // 26 agences au quotidien

## Provence-Alpes-Côte d'Azur

### Le service civique dans le cadre de la lutte antivectorielle



### Protocole de coopération entre professionnels de santé avec l'Institut de lutte contre le cancer Paoli-Calmettes

La région Paca est particulièrement exposée au risque d'épidémie de chikungunya et de dengue. Pour renforcer son dispositif de lutte antivectoriel, elle a mobilisé le service civique pour une action de sensibilisation au risque « arbovirose » et d'éducation aux gestes à adopter, au plus près de la population.

Cette action a été menée en partenariat et avec le soutien des villes de Nice et de Marseille, des conseils généraux des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône ainsi que de la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale, qui pilote, en lien avec chaque préfet de département le dispositif du service civique.

L'Université de la méditerranée, qui conduit des travaux de recherche sur la manière dont les habitants du littoral méditerranéen appréhendent l'arrivée du moustique, est également impliquée dans le projet, ainsi que l'entente interdépartementale de démoustication et le Comité régional d'éducation à la santé qui organise la formation des jeunes.

Ce protocole organise le transfert d'actes de soins ou de diagnostic entre professionnels de santé. Il est de portée nationale et peut être repris dans toutes les régions qui le souhaiteraient.

Né à l'initiative des professionnels de santé exerçant à l'IPC Paoli-Calmettes à Marseille, cette action a été menée en partenariat avec la Haute autorité de santé.

Le protocole concerne la pratique de myélogrammes par des infirmières formées. Avec la signature de ce protocole, les infirmières peuvent, par dérogation aux conditions légales d'exercice, depuis le 13 juillet 2011, pratiquer les myélogrammes (prélèvement et examen de la moelle osseuse) au même titre que les oncologues, jusque-là seuls habilités.

Ce protocole améliore la qualité des soins en permettant :

- > aux infirmières de développer leurs compétences ;
- > aux oncologues de se consacrer davantage au suivi et à la relation médicale avec leurs patients ;
- > aux patients de n'être convoqués qu'une seule fois en consultation, le myélogramme pouvant être effectué, dès l'avis du médecin, par une infirmière formée.

Concrètement :

Une vingtaine de volontaires issus du service civique ont eu pour mission d'aller au devant de la population afin de leur transmettre des messages simples sur la conduite à tenir dans le cadre de la lutte contre la prolifération du moustique tigre.

En porte-à-porte, dans les quartiers où le moustique s'est implanté, dans les lieux publics, sur les marchés, ils ont expliqué à la population comment détruire les gîtes larvaires du moustique tigre et comment se protéger efficacement contre la dengue et le chikungunya.

Ces jeunes ont été recrutés et formés. Leur action a duré de la mi-juillet à la mi-décembre. Elle a été pilotée et coordonnée sur le terrain par l'association Unis-Cité, qui est un organisme agréé par la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale Provence - Alpes - Côte d'Azur.

////////////////////////////////////

Ce protocole suppose la formation du personnel infirmier à la ponction médullaire ou myélogramme en crête iliaque postérieure. Le myélogramme est un examen cytologique qui permet l'étude des cellules de la moelle osseuse pour poser un diagnostic ou choisir un traitement.

La formation a été structurée en deux temps :

- > un enseignement théorique de huit heures avec des cours magistraux dispensés par des médecins spécialistes : un hématologiste, un anesthésiste et un biologiste ;
- > une formation pratique sous la forme d'un compagnonnage avec un médecin hématologiste référent.

L'organisation du système de santé, la démographie médicale, les évolutions de l'exercice de la médecine rendent nécessaires les démarches de coordination et de performance entre tous les acteurs du parcours de soin.

Cette nouvelle pratique s'inscrit dans cette démarche. Elle a été rendue possible par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

////////////////////////////////////

## Construction du premier niveau de recours : près de 100 projets de pôles ou de maisons de santé pluriprofessionnelles en Rhône-Alpes

### / Un partenariat fort et des initiatives nombreuses en Rhône-Alpes

Un des objectifs prioritaires pour la région est de structurer le premier niveau de recours afin de tenir compte des dimensions du territoire régional et de ses contraintes géographiques. Les travaux menés sur le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ont permis d'identifier 290 « pôles de premier recours » correspondant à la présence d'un panel de services permettant le maintien pérenne, au niveau du territoire de proximité, d'un service de santé. L'objectif est d'assurer le maintien d'une présence médicale de proximité.

Cela passe notamment par la promotion des projets d'exercice regroupé qui répondent à une aspiration croissante des professionnels de santé. L'ARS Rhône-Alpes s'appuie pour cela sur la densité des initiatives en cours dans la région. Ainsi, 18 maisons et pôles de santé sont opérationnels aujourd'hui et reconnus par l'agence et près de 100 projets ont été identifiés à ce jour.

L'ARS peut également s'appuyer sur un partenariat déjà actif. La mise en place en juillet 2011 de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) vient structurer et élargir un partenariat qui fédère, depuis 2007, le Conseil régional, les représentants des médecins libéraux et la Fédération régionale des maisons de santé en Rhône-Alpes (FemasRA).

Tout au long de l'année 2011, la mission d'appui à l'installation des médecins libéraux en exercice groupé s'est également structurée en interne à l'agence, en tirant profit de son organisation déconcentrée : le siège assure un appui méthodologique et l'animation du partenariat régional ; les équipes territoriales assurent l'animation de l'espace de concertation au niveau départemental.

L'organisation de l'ARS et la mobilisation du partenariat autour de la plateforme permettent ainsi, en 2011, un « changement d'échelle » de la politique d'appui aux professionnels de santé : les près de 100 porteurs de projets identifiés doivent pouvoir bénéficier, si cela est

nécessaire, d'un accompagnement d'un ou plusieurs partenaires de la plate-forme.

### / Une première campagne d'information et de sensibilisation a été menée sur les territoires en 2011

Une campagne d'information des professionnels a été initiée en 2011 en partenariat avec la FemasRA et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins de la région.

#### Cette campagne s'est traduite notamment par :

- > une réunion d'information et d'échanges entre les porteurs de projets de maisons de santé pluriprofessionnelles et les professionnels exerçant déjà en structure regroupée sur le département de la Savoie ;
- > un colloque régional sur la thématique du premier recours, qui s'est tenu le 22 septembre à Lyon qui a permis d'informer des professionnels de santé sur les différents outils (nouveaux modes de rémunération, protocoles de coopération, systèmes d'information), d'échanger sur le volet ambulatoire du SROS, de leur présenter les services de la PAPS et enfin de faire un retour d'expériences par certains d'entre eux sur ces nouveaux outils ou modes d'exercice.

#### Par ailleurs, une campagne de sensibilisation a également visé les élus de territoires « peu denses » :

- > une information auprès d'une centaine d'élus du sud de la Drôme à Buis-les-Baronnies en mars 2011, avec l'appui du Conseil général,
- > une réunion sur la problématique de l'organisation des soins de premier recours sur leur territoire, le 3 novembre à Roanne, à l'initiative d'un jeune médecin nouvellement diplômé.

Sur le modèle de ces initiatives, la campagne d'information sera déployée sur l'année 2012.

////////////////////////////////////



**Parcours de santé  
des personnes âgées :  
douze nouvelles filières  
géronologiques  
ont vu le jour en 2011  
en Rhône-Alpes**



Fin 2011, ce sont 27 filières sanitaires et médicosociales qui sont opérationnelles en Rhône-Alpes. Chacune de ces filières (« interfilières gériatriques et gérontologiques ») concoure à améliorer le parcours de prise en compte et d'accompagnement des personnes âgées.

Les différents partenaires de la filière gérontologique définissent des engagements réciproques qui permettent de prévenir les ruptures de prise en charge et d'accompagnement d'un patient. Pour chacune des filières, les « points de rupture » ont été identifiés par les acteurs du territoire concerné. Selon les cas, il s'agit, par exemple d'améliorer l'entrée en établissement sans passer par les urgences, le retour en établissement d'hébergement ou à domicile, l'accès à un plateau technique ou à des spécialités en particulier cardio-vasculaire, cancérologie et psychiatrie.

Désormais, au niveau de chaque département, les orientations des filières sont définies par le Conseil général et l'ARS. Le comité de pilotage de la filière inclut, en plus des professionnels du secteur sanitaire et du secteur médicosocial, les représentants des usagers. Le comité de filière, quant à lui, adresse un rapport annuel qui permet à l'ARS et au Conseil général de suivre les engagements réciproques fixés.

En 2011, ce sont douze nouvelles filières qui ont officiellement vu le jour, couvrant désormais largement le territoire régional. Elles concernent les territoires d'Annonay, d'Aubenas, de Privas, de Montélimar, de Vienne, de Lyon (quatre filières), de Bourg-en-Bresse et de Romans.

Parmi ces douze nouvelles filières, sept couvrent un territoire interdépartemental. Ces territoires sont définis en concertation

avec les Conseils généraux et les acteurs sur des critères de flux de populations et ils permettent que les frontières administratives ne soient plus un frein à la construction d'un système mieux intégré de prise en charge et d'accompagnement. Ainsi, la nouvelle filière gérontologique de Vienne couvre une partie de l'Isère, du Rhône et de la Loire.

Des protocoles communs de sortie sont définis pour faciliter le retour dans les structures médicosociales ou à domicile et un numéro de téléphone unique est déjà disponible dans plusieurs filières pour les médecins généralistes et les professionnels en EHPAD lesquels, en lien avec les médecins gériatres, peuvent concourir à la prévention des hospitalisations d'urgence.

Par ailleurs, des consultations avancées de spécialistes peuvent également être prévues.

Ces territoires sont la base de notre réflexion pour réduire l'inégalité d'accès aux prestations tant sanitaires que médicosociales. L'analyse se fait avec les conseils généraux à partir d'un profil de filière construit avec une batterie d'indicateurs populationnels, d'équipements sanitaires et médicosociaux. Par ailleurs, en accord avec les représentants de France Alzheimer, les mesures du plan Alzheimer seront déclinées dans « ces territoires d'action ».

Seront ainsi déclinés par territoire, une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), au moins une équipe mobile spécialisée Alzheimer et au moins un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA).





## Alsace

HABERT Laurent  
Cité administrative Gaujot  
14, rue du Maréchal Juin  
67084 STRASBOURG Cedex  
03 88 88 93 93  
[ars-alsace-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-alsace-direction@ars.sante.fr)

## Aquitaine

KLEIN Nicole  
103 bis, rue Belleville  
CS 91704  
33063 BORDEAUX Cedex  
05 57 01 44 00  
[ars-aquitaine-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-aquitaine-direction-generale@ars.sante.fr)

## Auvergne

DUMUIS François  
60, avenue de l'Union Soviétique  
63057 CLERMONT-FERRAND Cedex 1  
04 73 74 49 00  
[ars-auvergne-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-auvergne-direction-generale@ars.sante.fr)

## Basse-Normandie

LANCRY Pierre-Jean  
Espace Claude Monet  
2, place Jean Nouzille - BP 55035  
14050 CAEN Cedex 4  
02 31 70 96 96  
[ars-bnormandie-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-bnormandie-direction-generale@ars.sante.fr)

## Bourgogne

CAVALIER Monique  
2, place des Savoires - CS 73535  
21035 DIJON Cedex  
08 20 20 85 20  
[ars-bourgogne-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-bourgogne-direction-generale@ars.sante.fr)

## Bretagne

GAUTRON Alain  
6, place des Colombes - CS 14253  
35042 RENNES Cedex  
02 90 08 80 00  
[ars-bretagne-dg@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-dg@ars.sante.fr)

## Centre

LAISNÉ Jacques  
Cité administrative Coligny  
131, rue du Faubourg Bannier - BP 74409  
45044 ORLÉANS Cedex 1  
02 38 77 32 32  
[ars-centre-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-centre-direction-generale@ars.sante.fr)

## Champagne-Ardenne

PAILLE Jean-Christophe  
2, rue Dom Pérignon  
Complexe tertiaire du Mont Bernard - CS 40513  
51007 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE  
03 26 64 42 00  
[ars-ca-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-ca-communication@ars.sante.fr)

## Corse

COIPILET Jean-Jacques  
Quartier Saint-Joseph - CS 13003  
20700 AJACCIO  
04 95 51 98 98  
[ars-corse-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-corse-direction-generale@ars.sante.fr)

## Franche-Comté

MANSION Sylvie  
La City  
3, avenue Louise Michel  
25044 BESANÇON Cedex  
03 81 47 82 30  
[ars-fc-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-fc-communication@ars.sante.fr)

## Guadeloupe

WILLAUME Mireille  
Rue des archives Bisdary  
97113 GOURBEYRE  
05 90 80 94 94  
[ars971-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars971-direction-generale@ars.sante.fr)

## Guyane

DAMIE Philippe  
66, avenue des Flamboyants - BP 696  
97336 CAYENNE Cedex  
05 94 25 49 89  
[ars-guyane-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-guyane-direction-generale@ars.sante.fr)

## Haute-Normandie

d'HARCOURT Claude  
Immeuble «Le Mail»  
31, rue Malouet  
76040 ROUEN Cedex  
02 32 18 32 18  
[ars-hnormandie-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-hnormandie-direction-generale@ars.sante.fr)

## Île-de-France

EVIN Claude  
35, rue de la Gare  
75935 PARIS Cedex 19  
01 44 02 00 00  
[ars-idf-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-direction@ars.sante.fr)

## Languedoc-Roussillon

AOUSTIN Martine  
26-28 Parc Club du Millénaire - CS 30001  
34067 MONTPELLIER Cedex 2  
04 67 07 20 07  
[ars-lr-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-lr-direction-generale@ars.sante.fr)

## Limousin

LAFORCADE Michel  
24, rue Donzelot - CS 13108  
87031 LIMOGES Cedex 1  
05 55 45 83 00  
[ars-limousin-dg@ars.sante.fr](mailto:ars-limousin-dg@ars.sante.fr)

## Lorraine

BÉNÉVISE Jean-François  
Immeuble «Les Thiers»  
4, rue Piroux - CO 80071  
54036 NANCY Cedex  
03 83 39 79 79  
[ars-lorraine-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-lorraine-direction-generale@ars.sante.fr)

## Martinique

URSULET Christian  
Centre d'affaires Agora 1  
ZAC de l'Étang Z'Abriocot  
Pointe des grives - BP 656  
97263 FORT-DE-FRANCE Cedex  
05 96 39 42 43  
[ars-martinique-directeur-general@ars.sante.fr](mailto:ars-martinique-directeur-general@ars.sante.fr)

## Midi-Pyrénées

CHASTEL Xavier  
10, chemin du raisin  
31050 TOULOUSE Cedex 9  
08 20 20 55 48  
[ars-midipy-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-midipy-communication@ars.sante.fr)

## Nord - Pas-de-Calais

LENOIR Daniel  
Bâtiment Onix A  
556, avenue Willy Brandt  
59777 EURALILLE Cedex  
03 62 72 77 00  
[ars-npdc-directeur-general@ars.sante.fr](mailto:ars-npdc-directeur-general@ars.sante.fr)

## Pays de la Loire

DESAULLE Marie-Sophie  
17, boulevard Gaston Doumergue - CS 56233  
44262 NANTES Cedex 2  
02 49 12 10 40 00  
[ars-pdl-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-direction-generale@ars.sante.fr)

## Picardie

DUBOSQ Christian  
52, rue Daire  
80037 AMIENS Cedex 1  
03 22 97 09 70  
[ars-picardie-dg@ars.sante.fr](mailto:ars-picardie-dg@ars.sante.fr)

## Poitou-Charentes

BLANC François-Emmanuel  
4, rue Micheline Ostermeyer - BP 20570  
86021 POITIERS Cedex  
05 49 42 30 00  
[ars-pch-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-pch-contact@ars.sante.fr)

## Provence – Alpes – Côte d'Azur

DEROUBAIX Dominique  
132, boulevard de Paris - CS 50039  
13331 MARSEILLE Cedex 03  
04 13 55 80 10  
[ars-paca-dg@ars.sante.fr](mailto:ars-paca-dg@ars.sante.fr)

## Océan Indien

DE SINGLY Chantal  
2 bis, avenue Georges Brassens - CS 60050  
97408 SAINT-DENIS Cedex 9  
02 62 97 90 00  
[ars-oi-direction-generale@ars.sante.fr](mailto:ars-oi-direction-generale@ars.sante.fr)

## Rhône-Alpes

JACQUINET Christophe  
Tour Part Dieu  
129, rue Servient  
69418 LYON Cedex 03  
04 72 34 74 00  
[ars-rhonealpes-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-rhonealpes-communication@ars.sante.fr)

### Crédits photographiques :

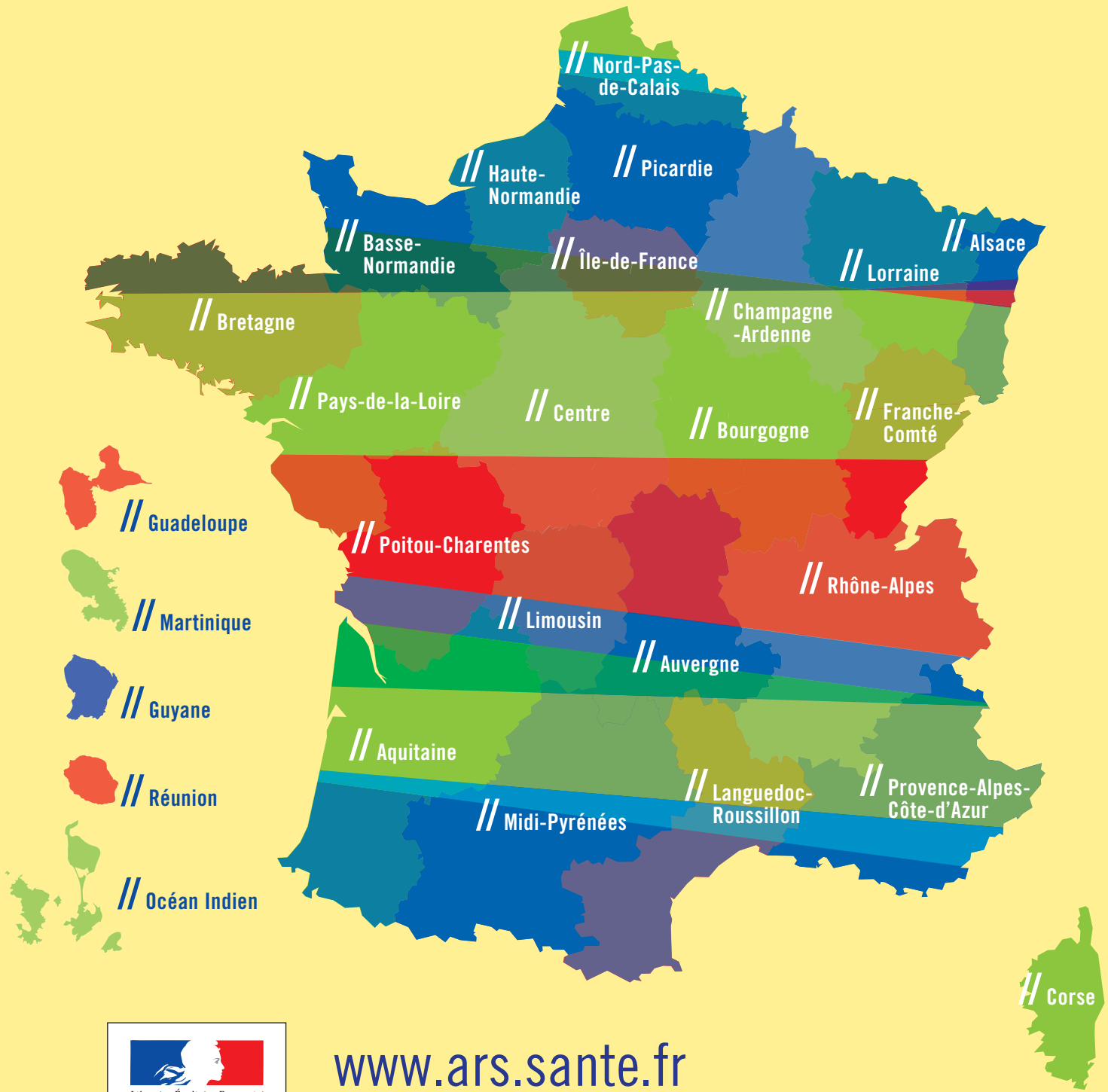
4ddock/Fotolia AFP • Gildas Amorich • Yuri Arcus/Fotolia • ARS de Lorraine • ARS de Picardie • ARS du Nord - Pas-de-Calais • Association Sève • Association ECHO • Astoria/Fotolia • Tanja Bagusat/Fotolia • Centre hospitalier d'Oléron Sainte-Marie • Jocelyn Croze • Demarfa/Fotolia • DICOM • Alain François/DICOM • Jacky-Didier Frenoy/DICOM • Maksym Dykha/Fotolia • Kotoyamagami/Fotolia • Laboratoire Iansco • Gilles Lougassi/Fotolia • Monkey Business/Fotolia • Olivier Jobard/Sipa Press/CNSA • Sarah Le Borgne • Yves Noto Campanella/Office du tourisme de Strasbourg et de sa région • Caroline Poiron/CNSA (Jonathan Cailhol, Sébastien Bossé et Alexandre Piscout, Centre de La Gabrielle) • Secret side/Fotolia • Ursule/Fotolia • Philippe Virapin 2010 •

### Crédits graphiques :

123 RF • ARS d'Alsace • ARS d'Auvergne • ARS de Basse Normandie • ARS de Bourgogne • ARS du Centre • ARS du Languedoc-Roussillon • ARS de l'océan Indien • ASIP Santé • Céline Bauwens • Jean-Luc Bonvalot/ARS de Franche Comté • Manu Clabecq • CPAM de l'Hérault • DICOM • ITI Communication • Otempora • Studio 10 • Lorenzo Timon •

N° ISBN : 978-2-11-097356-6

Achevé d'imprimerie au mois de mars sur les presses de l'Imprimerie de la Centrale - 62302 Lens  
Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2012



<p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p>
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

[www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)