

# LES ARS, UN AN APRÈS

Mars 2011



UNE ANNÉE ENSEMBLE AU SERVICE DE LA SANTÉ



Document édité par le Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales - mars 2011

**Responsable de la publication** > Emmanuelle Wargon  
**Coordination** > Anne-Catherine Ferrari, Sarah Le Borgne

**Conception et réalisation** > PCA/Parimage  
**Crédits photographiques** > Philippe Lelluch, Jacky-Didier Frenoy, DICOM, droits réservés

Remerciements à tous les contributeurs des ARS, du Secrétariat général ainsi qu'à la DICOM/mission des éditions



# PRÉFACE

Les agences régionales de santé (ARS) sont nées le 1<sup>er</sup> avril 2010 au terme d'un long processus. C'est une avancée décisive pour la modernisation de notre système de santé.

Réunir huit structures en une seule était un défi de taille. Les professionnels de santé et les usagers disposent à présent, au sein de chaque région, d'un seul interlocuteur sur le champ sanitaire et médico-social, ce qui permet d'avoir une vision globale sur les établissements de santé, les maisons de retraite, la médecine libérale, la prévention.

Ce décloisonnement entre les secteurs place les usagers au cœur du dispositif en contribuant à fluidifier leur parcours de soins, sans rupture de prise en charge.

Les ARS ont dorénavant un rôle essentiel pour concevoir des projets régionaux de santé pertinents. Elles doivent aussi développer une relation privilégiée avec les médecins libéraux et favoriser l'exercice regroupé en accompagnant les créations de maisons de santé pluri-professionnelles. Elles ont enfin pour mission de guider la réforme hospitalière en stimulant la performance, la réduction des déficits, l'amélioration de la gouvernance et l'optimisation des dispositifs de veille et de sécurité sanitaires. 2011 est une année essentielle de ce point de vue pour faire avancer rapidement ces différents chantiers.

Cette réforme de grande ampleur, qui va dessiner le paysage sanitaire et médico-social de demain, n'a qu'un objectif : offrir des soins de qualité sur tout le territoire à tous les patients.

---

Il y a un an étaient créées les 26 agences régionales de santé, conçues pour simplifier notre système de santé, l'adapter aux évolutions démographiques des prochaines décennies et mieux garantir l'accès aux soins pour nos concitoyens, partout sur notre territoire.

Nombreux sont ceux qui ont participé à cette œuvre collective, mobilisant leur savoir-faire et leur détermination.

Un an après, cet ouvrage-anniversaire retrace le chemin parcouru.

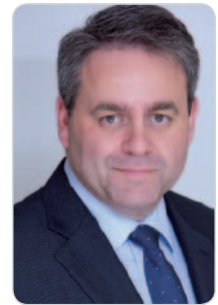
Au fil des pages, l'occasion nous est donnée de nous remémorer la passion des débats qui ont accompagné et nourri la loi Hôpital, patients, santé et territoires. L'occasion d'apprécier l'énergie des directeurs généraux et de leurs collaborateurs, dans la mise en place des organisations internes, l'installation des instances de démocratie sanitaire, l'établissement de collaborations étroites avec les professionnels, mais aussi la gestion des alertes sanitaires ou la préparation des projets régionaux de santé. L'occasion, enfin, de saluer l'engagement de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire et médico-social.

De toute évidence, les ARS, en liaison avec leurs partenaires, ont pleinement endossé leurs nouvelles responsabilités. Car le pouvoir de décision appartient désormais aux agences régionales de santé. Il s'agit là d'une des innovations majeures de la loi HPST : il appartient désormais aux directeurs généraux des ARS d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de santé adaptées aux réalités du terrain.

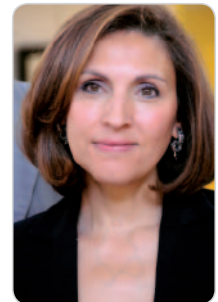
Cette capacité d'action, nous souhaitons que vous vous en saisissiez pleinement.

De nombreux projets ont d'ores et déjà émergé en région dans le secteur médico-social, en liaison avec les professionnels et les associations.

Nous ne doutons pas qu'ensemble, nous saurons définir les outils pour les faire fructifier, pour améliorer la qualité de vie de nos concitoyens et être à la hauteur de la mission exigeante que nous nous sommes confiée.



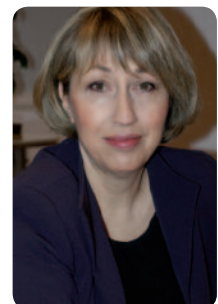
**Xavier BERTRAND,**  
Ministre du Travail,  
de l'Emploi et de la Santé



**Nora BERRA,**  
Secrétaire d'État  
chargée de la Santé



**Roselyne BACHELOT-NARQUIN,**  
Ministre des Solidarités  
et de la Cohésion sociale



**Marie-Anne MONTCHAMP,**  
Secrétaire d'État auprès  
de la Ministre des Solidarités  
et de la Cohésion sociale

# SOMMAIRE

PRÉFACE DES MINISTRES	1
INTRODUCTION DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE	3
L'ANNÉE 2010 VUE PAR LES DIRECTEURS GÉNÉRAUX	4
LE FIL ROUGE DE L'ANNÉE	6
LA CARTE D'IDENTITÉ DES ARS	8

<b>LA CONSTRUCTION DE LA MAISON COMMUNE</b>	<b>10</b>
---	-----------



<b>UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>	<b>14</b>
---	-----------



<b>LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE</b>	<b>33</b>
--	-----------



<b>LE PILOTAGE ET L'ANIMATION NATIONALE DES ARS</b>	<b>36</b>
---	-----------



LES ENJEUX DES ARS POUR 2011-2012	40
GLOSSAIRE	42

Les agences régionales de santé sont une réalité depuis un an.

Après le vote de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » le 21 juillet 2009, après la nomination des 26 directeurs généraux préfigurateurs le 31 octobre, la mobilisation de tous a permis la mise en place des ARS au 1<sup>er</sup> avril 2010.

Aux défis de la construction de ces nouveaux établissements publics, regroupant des femmes et des hommes venus d'horizons divers, se sont immédiatement ajoutés les chantiers d'envergure sur les politiques publiques: préparation des projets régionaux de santé, développement d'une démarche de performance hospitalière, déploiement d'une feuille de route ambitieuse sur les soins de premier recours, engagement d'une politique de gestion du risque, adaptation qualitative et quantitative de l'offre médico-sociale, etc.

Aujourd'hui, un premier constat peut être dressé: non seulement la continuité de service a été assurée, mais les agences sont concrètement engagées sur ces missions de fond et obtiennent de premiers résultats.

Par ailleurs, les instances de démocratie sanitaire sont en place, au niveau régional et territorial, et contribuent activement à la définition de la stratégie régionale qui sera arrêtée en fin d'année 2011 et se déclinera au cours des prochaines années.

Ce rapport d'activité, établi à l'occasion du 1<sup>er</sup> anniversaire des ARS, témoigne au fil des pages de l'ampleur des responsabilités conférées aux agences régionales et de leurs actions au quotidien, avec leurs partenaires locaux.

C'est avec l'engagement renouvelé de chacun, personnels des agences, mais aussi élus, professionnels de santé (hospitaliers et libéraux), associations et acteurs locaux que nous ferons de cette réforme une réussite. Gageons que notre système de santé en sera modernisé et ses valeurs renforcées.



**Emmanuelle WARGON,**  
Secrétaire générale  
des ministères chargés  
des Affaires sociales

# L'ANNÉE 2010 VUE PAR LES DIRECTEURS GÉNÉRAUX



**Laurent HABERT**  
Alsace

« Les ARS sont des institutions « évidentes » et attendues de tous. »



**Nicole KLEIN**  
Aquitaine

« Construisons ensemble un projet de santé pour les Aquitains. »



**François DUMUIS**  
Auvergne

« Vieillesse marquée de la population auvergnate et problématiques de l'accès au système de santé : ces deux enjeux majeurs ont guidé les équipes de l'ARS d'Auvergne dans la conduite de l'ensemble de leurs actions en 2010. »



**Pierre-Jean LANCERY**  
Basse-Normandie

« Anticipation, responsabilité, sécurité : les femmes et les hommes de l'ARS ont posé les jalons d'une nouvelle approche de notre système de santé, transversale et au plus près des besoins de la population bas-normande. »



**Monique CAVALIER**

Bourgogne  
a remplacé  
Cécile COURRÈGES  
le 23/02/2011

« La plus-value des ARS : leur capacité à construire une vision et une action globales et territoriales en matière d'offre de santé dans la région. »



**Alain GAUTRON**  
Bretagne

« L'ARS Bretagne, maison commune, bâtit son projet de santé pour la région. »



**Jacques LAISNÉ**  
Centre

« Un chef, une mission, des moyens. »



**Jean-Christophe PAILLE**  
Champagne  
-Ardenne

« En Champagne-Ardenne, une ARS mobilisée avec l'ensemble des acteurs concernés sur les grands chantiers pour répondre aux besoins de santé de la population. »



**Dominique BLAIS**  
Corse

« Une année de diagnostic, de visites de terrain et rencontres avec les professionnels, mais aussi une année très exigeante pour nos équipes. »



**Sylvie MANSION**  
Franche-Comté

« Une ambition partagée, des équipes mobilisées, des acteurs de santé enthousiastes et vigilants, de premières réalisations encourageantes pour un véritable service public régional de santé efficient et solidaire ! »



**Mireille WILLAUME**  
Guadeloupe

« En 2010, des agents de culture et d'origine diverses ont donné vie à une institution à l'organisation plus resserrée pour réussir, dans le dialogue avec les Guadeloupéens, un projet de santé commun. »



**Philippe DAMIÉ**  
Guyane

« Le lancement d'une démarche de projet régional de défi. »



**Claude D'HARCOURT**  
Haute-Normandie  
a remplacé  
Gilles LAGARDE  
le 12/01/2011

« En 2010, la continuité d'activité des organismes intégrés dans l'ARS a été assurée, en mutualisant et en développant des liens avec les professionnels de santé. »



**Claude EVIN**  
Ile-de-France

« Donner davantage de cohérence et de force aux politiques régionales de santé et ainsi mieux répondre aux besoins de la population. »



**Martine Aoustin**  
Languedoc-Roussillon

« Il nous appartient collectivement d'investir fortement le champ de la démocratie sanitaire, au bénéfice du collectif. »



**Michel LAFORCADE**  
Limousin

« Nous y avons cru et nous avons eu raison. »



**Jean-Yves GRALL**  
Lorraine

« L'enjeu majeur de l'ARS Lorraine : la qualité des prestations offertes aux usagers en toute sécurité. »



**Christian URSULET**  
Martinique

« Parvenir à créer un établissement public nouveau, dans un environnement dégradé du point de vue de l'offre de santé et dans un contexte de crises répétées, tel fut le challenge qu'ensemble nous avons relevé en 2010. »



**Xavier CHASTEL**  
Midi-Pyrénées

« 2010 est l'Année de la concertation, où des femmes et des hommes se sont mobilisés pour bâtir les fondations d'un grand projet régional de santé avec pour objectif d'améliorer notre système de santé. »



**Daniel LENOIR**  
Nord-Pas-de-Calais

« Dans le Nord-Pas-de-Calais en particulier, il ne faut pas attendre d'être malade pour penser à sa santé. »



**Chantal DE SINGLY**  
Océan Indien

« Une année forte, entre freins et engagements, entre scepticisme et enthousiasme, entre passés et avenir, une année pour construire une vision commune de la santé pour La Réunion et Mayotte. »



**Marie-Sophie DESAULLE**  
Pays de la Loire

« Un an après la création de l'ARS, j'en suis convaincue: l'ARS est une chance pour penser la santé autrement, grâce à une approche globale, décloisonnée, inscrite dans le territoire, avec les acteurs de santé. »



**Christophe JACQUINET**  
Picardie

« Aujourd'hui, bien des regards sont tournés vers l'ARS. C'est le signe d'un système de santé sous forte tension. Cela montre aussi que la détermination de notre Agence, l'engagement de ses collaborateurs, l'implication de ses partenaires sont à la hauteur des attentes. »



**François-Emmanuel BLANC**  
Poitou-Charentes

« Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'ARS a organisé ses composantes internes et externes et peut désormais, grâce à l'étendue des missions qui lui sont confiées, élaborer sa politique territoriale de santé: faire grandir la santé en Poitou-Charentes. »



**Dominique DEROUBAIX**  
Provence-Alpes-Côte-d'Azur

« Depuis un an, nous nous engageons ensemble pour une meilleure santé. »



**Denis MORIN**  
Rhône-Alpes

« 15 structures préexistantes, réunies aujourd'hui en une structure unique, construite sur les principes fondateurs d'une forte présence territoriale et d'un fonctionnement transversal: 850 hommes et femmes se mobilisent pour la santé des habitants de Rhône-Alpes. »

# LE FIL ROUGE DE L'ANNÉE

janvier 2011

## Éléments de contexte

- Remise du rapport d'E. Hubert sur la médecine de proximité

16 décembre

- Élections URPS des autres professions de santé

Fin décembre

- Définition des territoires de santé pour toutes les ARS

décembre 2010

- Journée de concertation sur la médecine de proximité proposée par Xavier Bertrand
- Lancement de la réorganisation et de la nouvelle rémunération de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)
- Premiers appels à projets médico-sociaux

## Éléments de contexte

- Publication du décret télémédecine

7 et 8 octobre

- Premiers ateliers interrégionaux sur la gestion du risque
- Ateliers interrégionaux sur le 1<sup>er</sup> recours dans 5 régions

octobre 2010

29 septembre

- Élections URPS médecins

septembre 2010

août 2010

## Éléments de contexte

30 août

- Assises du CISS à Marseille

21 juillet

- Promulgation de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)

27 juillet

- 1<sup>er</sup> conseil national de pilotage des ARS (CNP)

juillet 2009

8, 9 et 10 octobre

- Séminaire d'intégration des responsables préfigureurs des ARS

30 septembre

- Nomination en conseil des ministres des responsables préfigureurs des ARS

septembre 2009

octobre 2009



## février 2011

- 8 février • Signature des CPOM ARS par les ministres avec chacune des ARS
- 9 février • Lancement de la lettre d'information Connexion ARS
- Installation des conférences de territoires
- Lancement de la concertation sur le PSRS

### Éléments de contexte

- 8 février • Lancement du débat sur la dépendance
- Mi février • Lancement de « 2011, année des patients et de leurs droits »
- Discussion au Sénat sur la proposition de loi Fourcade

## mars 2011

- 14 et 15 mars • Élections professionnelles en ARS
- 16 mars • Présentation du rapport sur les conditions de mise en place des ARS à la CNC
- Cadrage du schéma directeur des systèmes d'information ARS (SI ARS)

- Installation des conseils de surveillance, des CRSA et des commissions de coordination
- Validation par le CNP des programmes prioritaires de gestion du risque 2010-2011 des ARS

## juillet 2010

- 22 juin • Signature du 1<sup>er</sup> contrat local de santé (CLS) entre l'État et le maire de Marseille
- 30 juin • Signature des protocoles ARS-préfets et mise en place de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS)
- Généralisation des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération

### Éléments de contexte

- 25 juin • 4<sup>e</sup> édition du congrès national de médecine générale

## juin 2010

- 6 mai • 1<sup>re</sup> commission nationale de concertation (CNC)
- 27 mai • 1<sup>er</sup> séminaire de formation des directeurs de communication
- 28 mai • Inauguration par Roselyne Bachelot de l'exposition sur les ARS au ministère de la santé
- Lancement de la mise en place des 250 maisons de santé pluridisciplinaires
- Lancement du diagnostic de la 2<sup>e</sup> vague des contrats de performance ANAP (18 établissements de santé)
- Recommandations relatives au pilotage de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins ambulatoire par les ARS

## mai 2010

- 31 mars • Parution des ordonnances et décrets de coordination et des principaux décrets d'application de la loi HPST
- Nomination en conseil des ministres des directeurs généraux d'ARS

## avril 2010

- 9 et 14 avril • Ouverture des sites internet et intranet ARS
- 20 avril • 1<sup>ers</sup> ateliers interrégionaux PRS
- 1<sup>er</sup> séminaire des DRH d'ARS
- Rapport sur le pilotage par les ARS de la performance hospitalière, établi sous la direction de Philippe Ritter.

1<sup>er</sup> avril  
Création des ARS



## mars 2010

- Constitution des comités exécutifs et des comités de direction des ARS

## décembre 2009

# LA CARTE D'IDENTITÉ DES ARS

## LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ, PILIER DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) crée les ARS.

### LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ APPORTENT TROIS CHANGEMENTS IMPORTANTS

#### Un service public de santé régional, unifié et simplifié

■ L'ARS rassemble au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie et regroupe en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de santé dans les régions et les départements : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM).

■ En unifiant des forces dispersées, les ARS mènent des politiques de santé plus efficaces et simplifient notre système de santé.

Interlocuteur régional unique, l'ARS travaille à définir des procédures plus simples pour les professionnels de santé, garantir un accès égal aux soins pour les patients et mieux coordonner sur le terrain entre les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux.

**Une approche globale de la santé**, une plus grande cohérence des réponses et des parcours pour les patients et personnes en situation de perte d'autonomie.

**Des politiques de santé ancrées sur un territoire** pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités de santé.

### LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ PILOTENT, À L'ÉCHELON RÉGIONAL, L'ENSEMBLE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.

Elles assurent ainsi deux grandes missions :

#### ■ le pilotage de la politique de santé publique en région, avec trois champs d'intervention :

- la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

#### ■ la régulation de l'offre de santé :

- la régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées) et hospitalier.

Les ARS engagent des actions importantes et attendues par l'ensemble des citoyens, destinées à améliorer la santé de la population et à accroître l'efficacité du système de santé.

# CHIFFRES-CLÉS

**+ de 9000** agents présents en ARS  
au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (8968 ETP)

**84 %** des personnels issus  
du réseau **État**

**16 %** des personnels sous  
convention collective  
**assurance maladie**

▶ **84 %** des agents ont suivi au moins  
une action de formation en 2010

▶ **115** sites sur lesquels les ARS sont installées

▶ **66 %** des ARS ont installé leurs **sièges** dans des **locaux existants**,  
en procédant aux aménagements nécessaires

**34 %**  
des ARS ont installé  
leur siège dans de  
**nouveaux locaux**

▶ **78 %** des **délégations territoriales** sont installées  
dans **locaux existants**, et **22 %** dans de **nouveaux locaux**

▶ **1,015** milliard d'euros,  
montant total des **budgets primitifs** des ARS pour 2011

▶ **40** milliards d'euros de crédits régulés par les ARS

Données issues du rapport sur les conditions d'installation des ARS, présenté à la commission de concertation le 16 mars 2011.

# LA CONSTRUCTION DE LA MAISON COMMUNE



## LA PRÉFIGURATION, UNE PÉRIODE DÉCISIVE POUR LA RÉUSSITE DES ARS

Les 26 responsables préfigureurs ont été nommés le 30 septembre 2009. La préfiguration, prévue par la loi HPST, correspond à la période comprise entre la nomination du responsable préfigureur et la création des agences. Elle a constitué une période charnière pour la réussite du projet de mise en œuvre des ARS.

En effet, durant cette phase, les équipes régionales ont mené de front les travaux permettant :

- **la création opérationnelle de la structure** : création juridique et administrative, définition de l'organisation... ;
- **la sécurisation de la continuité de service** : gestion des dossiers, poursuite des programmes... ;
- **la dissolution ou la liquidation** des structures existantes et la reprise de leurs obligations juridiques et comptables par la nouvelle agence ;
- **la préparation du transfert de compétences** des structures existantes vers l'ARS et la montée en régime de cette dernière.

### LA CONSTITUTION DES ÉQUIPES

► La mise sur pied des organigrammes a été le premier acte fondateur des responsables préfigureurs. L'ensemble des régions a ainsi élaboré son organigramme pour la fin de l'année 2009.

Ces organigrammes ont été préparés par les équipes de préfiguration composées des responsables des structures regroupées au sein des ARS : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS), groupements régionaux de santé publique (GRSP) et – pour partie – caisses

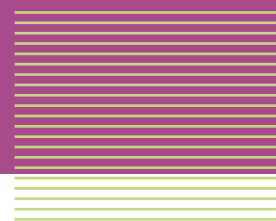
régionales d'assurance maladie (CRAM), ainsi qu'une part des missions et des effectifs des directions du service médical de l'assurance maladie (DRSM), de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du Régime social des indépendants (RSI).

Les organisations cibles se sont fondées sur un certain nombre de principes, dans une approche croisant les secteurs d'intervention et les fonctions métiers. Trois objectifs majeurs ont présidé à la définition des organisations cibles : doter l'institution d'une capacité renforcée de pilotage stratégique, accentuer la régionalisation – déjà amorcée dans plusieurs régions – des fonctions supports et d'appui et, enfin, rattacher les

délégués territoriaux aux directeurs généraux, afin que l'action territorialisée reflète la volonté de transversalité.

Les organisations définies ne sont pas, pour autant, des répliques d'un modèle national. Elles tiennent compte des caractéristiques particulières de la région (géographie, démographie, organisation du système de santé, forces et faiblesses des ressources...). Enfin, elles traduisent les choix stratégiques des futurs directeurs généraux.

Sur le fondement de ces organigrammes, les responsables préfigureurs ont constitué leur équipe de direction et conduit les opérations de recrutement entre janvier et avril 2010.



## LE DIALOGUE SOCIAL

### L'amorce et le développement d'un dialogue avec les futurs personnels

La construction d'une culture commune aux personnels des ARS passe par la valorisation de la diversité des origines professionnelles. Celle-ci s'appuie notamment sur une politique de gestion des ressources humaines orientée vers la formation et l'accompagnement à l'évolution des métiers au sein d'une structure nouvelle.

Au regard de cet objectif, l'action des responsables préfigurateurs s'est concentrée sur la définition des organisations cibles des ARS et sur la préparation de la consultation sociale, préalable obligatoire aux transferts des personnels.

Une vigilance particulière a été portée au dialogue social – fondé sur la tenue de rencontres collectives ou individuelles et la diffusion de supports d'information – en vue :

- d'effectuer de premières prises de contact ;
- de finaliser au plus tôt la consultation des instances représentatives, afin de garantir le transfert des personnels lors de la création des ARS.

Sur un plan plus technique, les équipes de préfiguration se sont attachées à sécuriser les modalités de rémunération des personnels (sécurisation du dispositif de paie) et les procédures les impactant directement.

## DES MOYENS POUR FONCTIONNER

### La préparation du budget 2010

Les principaux enjeux et objectifs de la préparation du budget 2010 ont été la construction d'un budget conforme aux règles de présentation propres à un établissement public administratif et la vigilance sur l'agrégation des ressources multiples mises à disposition (État et Assurance maladie).

### Les systèmes d'information

Le plan d'actions sur la préfiguration des systèmes d'information a concerné à la fois les infrastructures et les applications. Pour les premières, le regroupement au sein d'une seule organisation a conduit à fusionner les parcs d'ordinateurs et les serveurs, à unifier les messageries et à traiter la question de la téléphonie.

Pour les applications métiers nécessaires aux équipes des ARS, il a fallu d'une part assurer la continuité des services et, d'autre part, déployer un certain nombre d'outils indispensables au démarrage des ARS : gestion de la paie en phase transitoire, sites internet et intranet, système d'information budgétaire et comptable...

### L'implantation immobilière

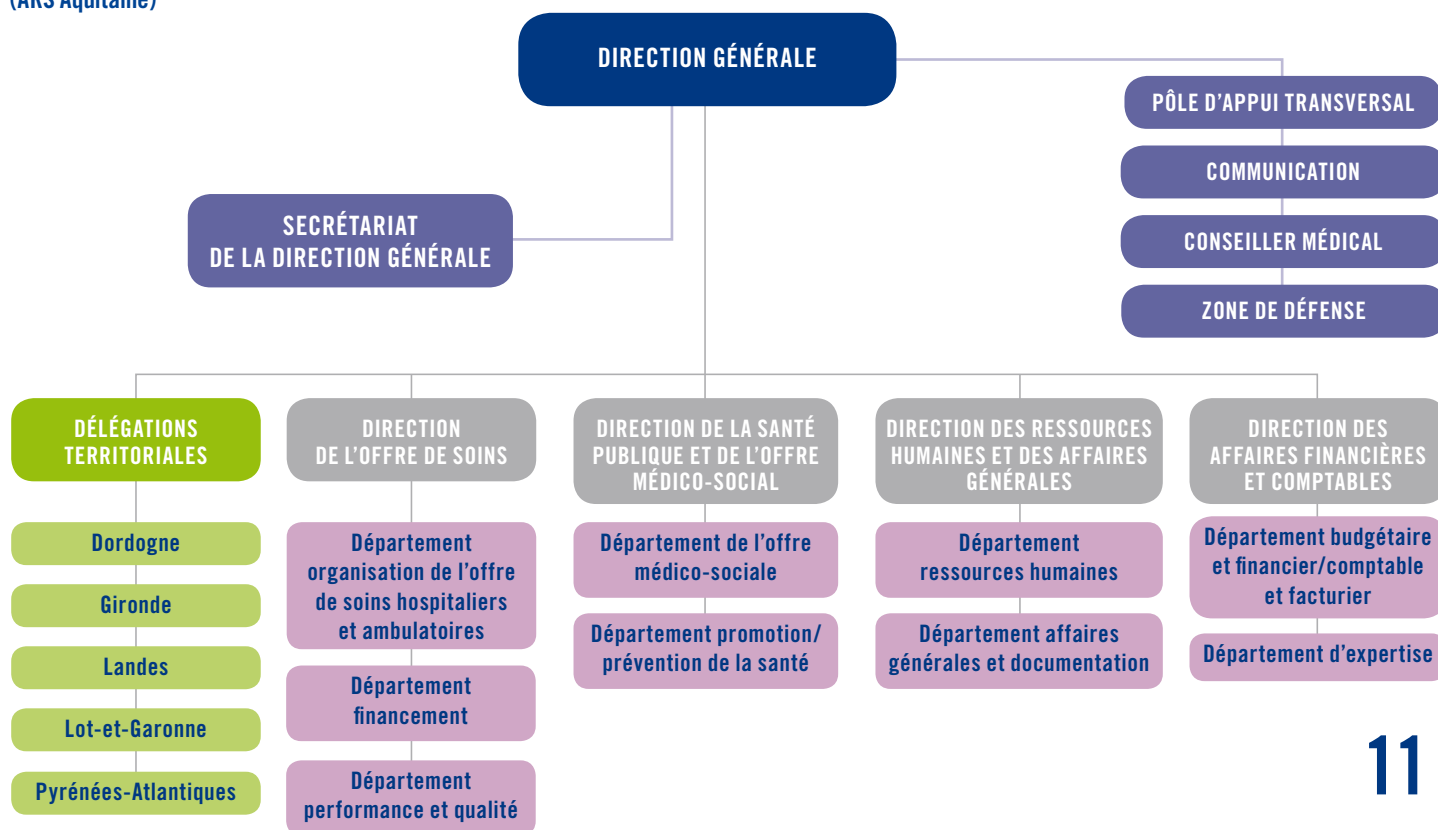
L'implantation immobilière des ARS s'inscrit dans un double contexte de nouvelle politique immobilière de l'État et de réforme de l'administration territoriale.

Elle prend également en compte la stratégie nationale consistant à privilégier l'implantation, sur un site unique, de l'ensemble des personnels et à mener une démarche pragmatique en fonction de la situation immobilière régionale.

La période de préfiguration a donc été mise à profit pour rechercher les solutions les plus adaptées et préparer les futurs déménagements et l'accueil de l'ensemble des personnels sur un site unique à court ou moyen terme.



### EXEMPLE D'ORGANISATION D'UNE ARS AU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2010 (ARS Aquitaine)



# LA CONSTRUCTION DE LA MAISON COMMUNE

## UNE MONTÉE EN RÉGIME SUR LES ENJEUX MÉTIERS

► La mise en place des instances – en particulier du conseil de surveillance et de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) – a été préparée dès les premiers contacts avec les partenaires de l'agence.

Dans le champ de la veille et de la sécurité sanitaires, l'objectif était de permettre, dès la création des agences, la mise en place d'une plate-forme de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, tout en assurant la continuité de service dans la gestion de crise, au moyen d'un protocole à signer avec chaque préfet de département. Toutes les agences ont installé leurs plate-formes dès leur création. Dans la moitié des régions, les protocoles ont été signés le 1<sup>er</sup> avril 2010 ou quelques jours après la création de l'ARS. Pour les autres, un délai supplémentaire a toutefois été nécessaire, afin de mettre en place l'organisation cible.

La phase de préfiguration a été mise à profit pour définir la méthodologie d'élaboration du projet régional de santé (PRS) et conduire des travaux de diagnostic, sur la base d'une approche territorialisée reposant sur un important travail de concertation avec les acteurs (groupes contacts et de travail...).

Cette phase a également constitué un temps fort de communication pour faire connaître les ARS auprès des acteurs locaux. La communication interne a également été mise à contribution pour accompagner le changement et favoriser la cohésion des équipes. Diverses actions ont ainsi été mises en place, en utilisant différents moyens ou média : assemblées générales, réunions, conventions, séminaires, conférences, débats publics, relations presse, site intranet et internet, lettres ou magazines internes et externes.

### Un double investissement des personnels

La préfiguration s'est ajoutée aux travaux habituels, ainsi qu'à la mise en œuvre des autres mesures de la loi HPST. Elle s'est déroulée, en outre, dans le contexte particulier de la pandémie de grippe A (H1N1). Les personnels ont donc mené de front la création d'une nouvelle structure et leurs missions quotidiennes.



Équipe de la cellule de coordination de l'inspection, du contrôle, de l'évaluation et de l'audit de l'ARS de Picardie (de gauche à droite) : Patrick Zeghou (siège), Catherine Viguier-Godart (direction territoriale de l'Aisne), Hélène Taillandier (siège), Karine Dutilloy (siège) et Laurence Chevriot (DT de la Somme).





## ARS Auvergne

### Organisation de séminaires de cohésion d'équipe

L'ARS d'Auvergne a mis en place – sous la forme de séminaires ou actions de formation – un programme d'accompagnement au changement, afin de favoriser la cohésion et de renforcer les équipes. Ont ainsi été organisés :

- une « Journée pour tous », le 29 mars 2010 ;
- un séminaire pour l'ensemble du personnel, le 17 avril 2010 ;
- des journées formation à l'attention des directeurs, chefs de bureau et professionnels de santé, de septembre à novembre 2010, avant leur extension aux autres agents au printemps 2011 ;
- la mise au point de coachings d'équipe, dont le premier concerne la mission « Veille-alerte et inspection-contrôle ».



### Opportunités de carrière à l'ARS d'Auvergne

David Ravel, ingénieur sanitaire, responsable du service santé-environnement de Haute-Loire jusqu'en 2010, peut en témoigner. « J'ai répondu à un appel à candidatures pour devenir chef du bureau des risques sanitaires, de la prévention et des questions ambulatoires de la Délégation territoriale de l'ARS », explique-t-il, « et je viens d'être promu adjoint au délégué ». Il a pu ainsi accompagner la DDASS dans les transformations consécutives à la création des ARS. Sa conclusion : « Des difficultés statutaires ne sont rien face à la richesse apportée par la diversité des expériences ».

## ARS Picardie

### Développement d'outils de communication

Comme toutes les agences, l'ARS de Picardie s'est engagée dans une recherche progressive de notoriété. Pour rendre lisible son organisation, elle a diffusé, dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, un *Guide des services de l'ARS*, précisant ses missions et ses champs de compétences, présentant ses principaux responsables et indiquant comment les contacter. En termes de visibilité, les échéances du PRS seront un levier de communication important pour les agences.



### Rendre visible et lisible l'ARS Picardie

Si deux portails (internet et intranet) ont été mis en place au niveau national, chaque agence a progressivement mis en place ses propres supports de communication. L'entraide et le partage d'expériences entre régions se sont alors révélés cruciaux. « Dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, l'ARS de Picardie a publié sur son site Internet un Guide des services. Nous avons mis ce format à disposition des agences qui souhaitaient s'en inspirer », témoigne Pascal Poette, responsable de la communication. « Nous éditons également une newsletter interne et un magazine pour nos collaborateurs, poursuit-il. En terme de visibilité, nous préparons pour 2011 une campagne de communication tout public, une newsletter externe et une application smartphone dédiées aux professionnels ».

## ARS Nord-Pas-de-Calais

### Convention des personnels le 30 mars 2010

Acte fondateur de l'ARS, la convention a réuni, pour la première fois, l'ensemble des agents, afin de leur présenter la stratégie, les objectifs et les champs de compétence de la future agence.

À cette occasion, des courts-métrages mettant en lumière les initiatives menées au sein de la région ont été présentés, afin d'évoquer les possibilités d'amplification et de développement de ces démarches. Le directeur général a également tracé la feuille de route de l'agence, avec pour devise « Accès, qualité, efficacité ».

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS ET MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ

Les ARS poursuivent leur objectif d'amélioration de l'efficacité du système de santé, consistant à renforcer la qualité des soins tout en maîtrisant leur coût, dans un contexte financier contraint.

Comme le prévoit la loi HPST, les ARS contribuent au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé chaque année par le Parlement et qui était de 162,4 milliards d'euros en 2010.

### DANS CHAQUE RÉGION, LES ARS VEILLENT

### À UNE ORGANISATION EFFICACE DE L'OFFRE DE SOINS

Elles ont ainsi engagé, avec leurs partenaires, une analyse sur la couverture des besoins de la population, sur les modalités de prise en charge et sur les possibilités de reconfiguration de l'offre de soins régionale.

Dans ce cadre, les ARS délivrent notamment les autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds, en conformité avec les orientations des projets régionaux de santé et les plans d'action définis par les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Des coopérations entre établissements – communautés hospitalières de territoire ou groupements de coopération sanitaire – peuvent accompagner des dynamiques de créations de filières de prise

en charge, avec regroupement des plateaux techniques interventionnels. L'objectif est alors d'assurer la meilleure sécurité des malades pris en charge, grâce à des volumes d'activité suffisants et des équipes pluri-professionnelles structurées.

Le développement de la chirurgie ambulatoire – hospitalisation de moins de douze heures sans hébergement de nuit – constitue un exemple de réponse aux besoins de la population en optimisant l'offre de soins. Cette pratique renforce en effet la qualité de la prise en charge du patient, grâce à une meilleure organisation centrée sur le patient. À ce titre, les ARS réalisent, avec leurs partenaires, un état des lieux de la

chirurgie ambulatoire dans chaque région, avant d'établir un plan d'action. Des actions ciblées sur le développement de certains gestes – comme la chirurgie du cristallin – sont déjà engagées.

Les ARS et les établissements de santé disposent de nouveaux outils de dialogue de gestion, comme HospiDiag. Celui-ci permet une analyse standardisée de la performance, grâce à des indicateurs partagés sur les pratiques professionnelles, la qualité des soins et des organisations, la productivité des équipes et la capacité financière des établissements.



## ARS Basse-Normandie

### Lancement du projet performance entre le CHU de Caen et le CLCC François Baclesse

Depuis le 20 juillet 2010, le CHU de Caen et le Centre de lutte contre le cancer François Baclesse sont engagés au sein d'un projet performance commun. Cette démarche constitue une première nationale.

Dans le cadre de ce projet accompagné par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et par l'ARS, le CHU et le CLCC élaborent un projet médical commun et identifient un ensemble d'actions en vue d'améliorer la qualité des soins et la performance opérationnelle et financière, dans un souci constant des conditions de travail.

## ARS Centre

### Le CHRU de Tours autorisé à pratiquer des greffes de foie

Prise à la fin de décembre 2010 par l'ARS du Centre, la décision était attendue par les malades comme par les médecins. La démarche a abouti grâce à des partenariats avec le CHU de Poitiers, le CHR d'Orléans et avec l'engagement de la faculté de médecine de Tours. Elle témoigne de la volonté stratégique de développer des activités également accessibles à la population des régions Centre et Poitou-Charentes. Pour sa part, l'Agence de la biomédecine soutient l'activité de transplantation hépatique au CHU de Tours.

## ARS Bretagne

### Une coopération hospitalière entre les centres hospitaliers de Paimpol, Lannion et Saint-Brieuc

Ce projet ambitieux et exemplaire entend améliorer l'organisation de l'offre de soins de proximité sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins de la population des Côtes d'Armor. Il est l'aboutissement d'une réflexion commune associant les élus et les directions des établissements, la communauté médicale et paramédicale, ainsi que les partenaires sociaux. Celle-ci s'est engagée au lendemain de la décision de mettre un terme à l'activité de chirurgie du CH de Paimpol à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Ainsi, la fermeture des 36 lits d'hospitalisation en chirurgie va permettre l'ouverture de trois nouvelles activités de soins de suite et de réadaptation.

## ARS Midi-Pyrénées

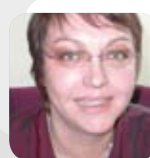
### Le GCS Télésanté

Première structure à organiser la coopération des secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social, le groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Midi-Pyrénées est emblématique de l'action de l'ARS. Il constitue le relais opérationnel capable de promouvoir et d'organiser l'usage des technologies de l'information et de la communication, afin de permettre l'accès – en tout point du territoire – à des soins de qualité et mieux coordonnés, dans le cadre de parcours de soins découplés. En 2011, ses grands chantiers porteront sur le développement de la télémédecine, en particulier de la téléradiologie, et sur le déploiement du dossier médical personnel.

## ARS Lorraine

### Une organisation hospitalière innovante

Sous l'impulsion de l'ARS, les établissements du CHU de Nancy et du CHR de Metz-Thionville ont approuvé la création d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) avec comme socle médical initial un pôle territorial de chirurgie cardiaque, vasculaire et de transplantation. Cette CHT permettra le développement universitaire et contribuera à renforcer l'attractivité et le recrutement de praticiens qualifiés.



### Vers une approche territoriale de la santé

La charte de lancement d'un projet performance entre le CHU de Caen, le CLCC François Baclesse, l'ANAP et l'ARS a été signée en juillet 2010. « Ce document, au nombre de contractants inédit, trace les grandes lignes d'un dispositif qui doit aboutir à l'élaboration d'un programme médical commun. Il est très fortement accompagné par l'agence, y compris en termes opérationnels (analyses statistiques notamment) », témoigne **Valérie Desquesne, adjointe au directeur de la performance à l'ARS Basse-Normandie**, « Un contrat formalisant des actions concrètes devrait bientôt être signé. L'ARS s'engage pour le retour à l'équilibre financier des deux établissements ».



### Favoriser l'efficience des soins en Bretagne

Si les centres hospitaliers de Paimpol, Lannion et Saint-Brieuc avaient de longue date envisagé la création d'un groupement de coopération sanitaire, l'impulsion de l'ARS a été décisive. « L'agence a ainsi suggéré l'arrêt des activités opératoires déficitaires de mon établissement. Avec le Dr Boussemart, président de la CME, nous avons par ailleurs travaillé à développer des pôles d'excellence comme le traitement des plaies chroniques complexes », explique **Guy Croissant, directeur de l'hôpital de Paimpol**. « Il s'agit d'harmoniser la prise en charge des patients sur tout le territoire. Pour cela, il faut pouvoir fournir le bon soin au bon endroit ».

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

**Les ARS accompagnent les établissements de santé dans leur retour à l'équilibre financier :** des contrats ou plans de retour à l'équilibre permettent de financer des restructurations porteuses, à terme, d'économies et d'une plus grande efficacité de l'établissement. En cours de déploiement sur le territoire, les contrats de performance constituent un outil permettant aux ARS et aux établissements de santé de s'engager de façon coordonnée dans des démarches d'optimisation. À ce titre, les ARS interviennent aux côtés de l'ANAP dans la mise en œuvre des projets performance des établissements. Deux premières vagues, concernant 30 établissements, ont été lancées en 2010. Après la phase initiale de diagnostic, ces établissements ont retenu diverses pistes de

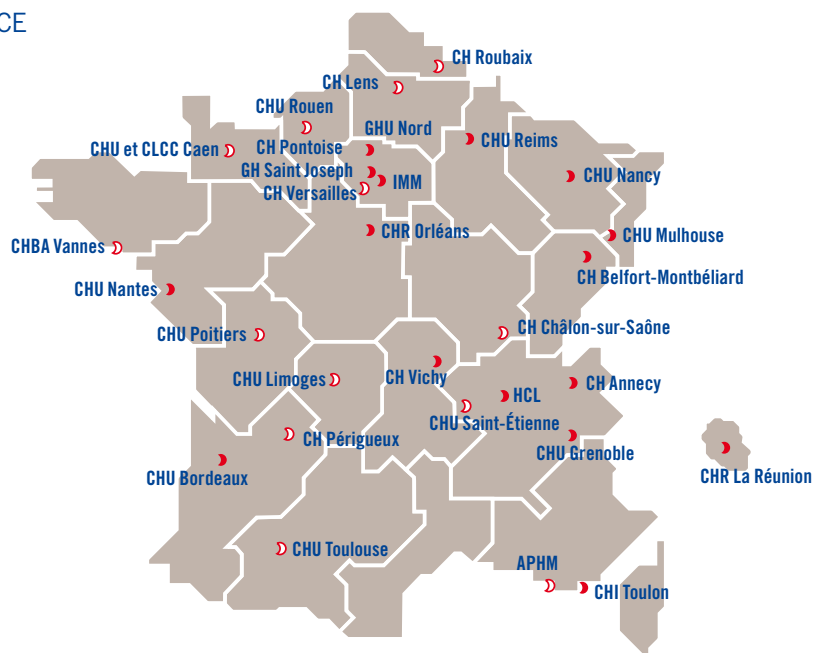
travail, comme la réorganisation des blocs, la refonte du projet médical, la révision du circuit des urgences, l'optimisation de la chaîne facturation.

Enfin, **les ARS ont engagé dix programmes communs de « gestion du risque », en étroite coopération avec l'assurance maladie,** afin d'améliorer l'efficacité de certaines activités, autrement dit leur rapport qualité/coût. L'un des programmes vise, par exemple, à réguler la progression des dépenses de transports sanitaires prescrites par les établissements de santé, tout en renforçant la diffusion de bonnes pratiques de prescription. Une autre priorité des ARS est d'améliorer, avec l'assurance maladie, les pratiques en matière de prévention

et de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Ceci passe par la diffusion de recommandations médicales, le développement de la dialyse hors centre et celui de la greffe rénale. Les autres programmes de gestion du risque concernent la prescription des médicaments et le bon usage des produits de santé à l'hôpital, la prescription hospitalière de médicaments exécutée en ville, l'imagerie médicale, la permanence des soins ambulatoire, le développement de la chirurgie ambulatoire, les soins de suite et de réadaptation, la qualité et l'efficacité des soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que l'efficacité des prescriptions dans ces établissements.

## CARTE DES PROJETS PERFORMANCE SIGNÉS À FIN JANVIER 2011

☞ contrat signé    ☞ contrat en préparation



Source : ANAP, le 8 février 2011

## initiatives

### ARS Rhône-Alpes

#### Signatures de quatre contrats performance entre les établissements, l'ANAP et l'ARS

Quatre projets performance sont menés dans la région Rhône-Alpes, aux Hospices Civils de Lyon, aux CHU de Saint-Étienne et de Grenoble, ainsi qu'au CH d'Annecy. À la suite d'un diagnostic partagé, ces établissements, l'ANAP et l'ARS se sont conjointement engagés, à travers la signature d'un contrat performance, à mettre en œuvre un certain nombre de chantiers alliant amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail.

## ARS Bourgogne

### Un programme régional qualité, sécurité des soins et gestion des risques

Élaboré par l'ARS de Bourgogne pour les trois prochaines années, ce programme est destiné à développer, anticiper et prévenir les risques et à améliorer la qualité des prises en charge à toutes les étapes du parcours de soins. Il regroupe des thèmes concrets tels que la prévention des infections liées aux soins, la sécurisation du circuit du médicament, la bientraitance, la sécurité environnementale des lieux de soins et l'élimination des déchets liés aux soins. Il intègre la certification et l'évaluation externe et interne, en lien avec la HAS et l'ANESM, et implique un partenariat avec les établissements, les professionnels de santé et les usagers.

## ARS Lorraine

### Les chantiers performance, de la conception à la mise en œuvre

La Direction de la performance mène, avec l'appui des animateurs territoriaux, une démarche de « chantiers performance ». Engagée en novembre 2010 sur douze établissements, elle comporte trois temps : diagnostic partagé, dialogue de gestion et contractualisation au travers d'une annexe performance au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Des leviers d'efficience ont d'ores et déjà été identifiés. Ils concernent le positionnement de l'établissement, l'organisation des services cliniques et des blocs, les systèmes d'information, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

## ARS Pays de la Loire

### Organisation et méthode de travail autour de la gestion du risque

L'ARS Pays de la Loire a mis sur pied une équipe projet opérationnelle regroupant les représentants de l'ARS, un représentant du coordonnateur régional de la gestion du risque du régime général, les représentants du RSI, de la MSA et des organismes complémentaires. Sept groupes de travail thématiques ont été installés. Ils portent respectivement sur l'insuffisance rénale, le transport sanitaire, le médicament (secteur ambulatoire, hôpital, médico-social), la chirurgie ambulatoire, les pathologies cardiovasculaires et la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD.

## ARS Nord-Pas-de-Calais

### Un outil de suivi mensuel des dépenses de soins de ville

En collaboration avec les statisticiens de l'Assurance maladie, l'ARS Nord-Pas-de-Calais a participé à l'élaboration de tableaux de bord de suivi des dépenses de l'ONDAM, en particulier celles des soins de ville.

Un suivi mensuel en tendance (à M+1) est réalisé à partir des données du régime général issues du SNIIRAM. Chaque trimestre, un tableau de bord de suivi en dépenses et en dénombrement est produit avec les données de l'ensemble des régimes.



### Fédérer les personnels pour améliorer la sécurité des soins

« Nous ciblons les domaines dans lesquels des actions sont nécessaires », expliquent **Catherine Cohen** et **Françoise Jandin**, toutes deux en charge du projet **Élaboration du programme pluriannuel régional qualité, sécurité des soins et gestion des risques**. « Ainsi, dans le cadre de la médecine ambulatoire, nous insistons sur l'importance de faire collecter les déchets d'activités de soins à risques infectieux par des prestataires garantissant une parfaite traçabilité ». Catherine Cohen poursuit : « Nous travaillons à faire évoluer les pratiques professionnelles dans l'intérêt des patients ».



### La Lorraine mise sur la performance

Dès sa création, l'ARS lance la première phase de ses « chantiers performance » auprès d'une douzaine d'établissements de soins. Objectif : identifier des pistes d'amélioration dans l'organisation et le fonctionnement des soins et définir un plan d'actions adapté au contexte local. « Cette démarche repose sur un diagnostic partagé et sur l'instauration d'un véritable dialogue de gestion avec les établissements », explique **Marcel Dossmann, directeur de la performance et de la gestion du risque à l'ARS**. « Le plan d'actions fera l'objet d'une contractualisation au travers une annexe performance et un suivi régulier ». Prochaine étape : l'extension des chantiers aux fonctions supports.



### Maîtriser les dépenses de soins de ville

C'est une priorité dans une région où le recours au système de santé est tardif. « La prise en charge ambulatoire est alors plus difficile et plus chère », explique **Vincent Malaizé, responsable du département des études à l'ARS Nord-Pas-de-Calais**. « Chaque mois, nous suivons, grâce à un tableau de bord, l'évolution des différences entre les objectifs de dépenses et la réalité. Nous serons ainsi en mesure de cibler les actions nécessaires et de mettre en place des programmes de prévention ». Il conclut : « L'avenir de notre système de santé dépend de la compatibilité entre l'amélioration de la qualité des soins et le contrôle de l'évolution des dépenses ».

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

L'organisation des soins ambulatoires est une mission majeure des ARS. L'élaboration, en cours, d'un volet ambulatoire du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), en concertation avec les professionnels de santé libéraux, conduit à définir des priorités d'implantation ou de soutien de zones fragiles, afin d'assurer une offre de soins de premier recours sur l'ensemble des territoires.

Par ailleurs, l'organisation de la permanence des soins – en ambulatoire comme en établissement de santé – est revue par les ARS, avec la rédaction d'un cahier des charges régional pour la permanence des soins ambulatoire (PDSA), assurée par les médecins généralistes, et la signature de nouveaux contrats avec les établissements de santé pour la permanence des soins en établissement (PDSSES). Cette dernière mobilise à la fois des professionnels hospitaliers et des praticiens libéraux.

Les soins ambulatoires constituent un enjeu important de l'offre de soins. Ils permettent notamment aux habitants de bénéficier, en tout point du territoire, de soins de premier recours. Ceux-ci reposent d'abord sur la possibilité de consulter un médecin généraliste, pendant la journée ou durant les périodes de permanence, la nuit et les jours fériés.

Les ARS doivent ainsi définir, en lien avec les professionnels, les organisations les mieux à même de **garantir cette exigence de réponse et de continuité**. Pour cela, la PDSA doit être optimisée, avec la mise en

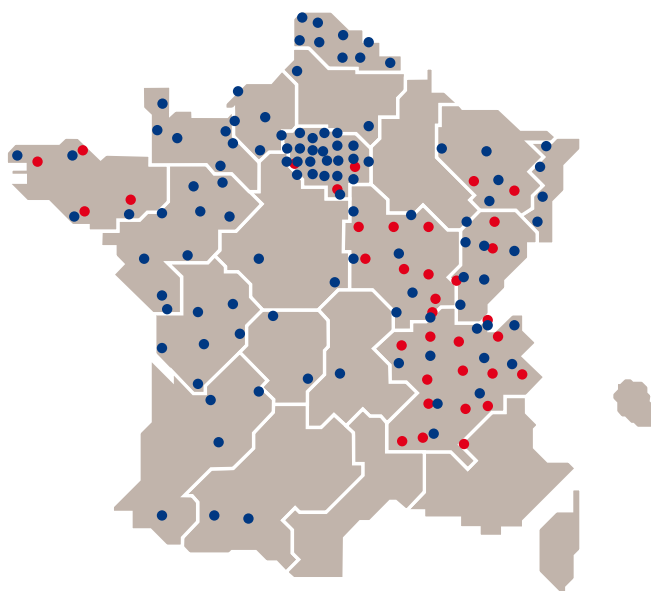
place effective, sur tout le territoire, d'une régulation des appels médicaux en dehors des heures ouvrables, assurée par les médecins libéraux et complémentaire de la mission du SAMU, qui doit être relié à cette régulation libérale. Par ailleurs, un médecin libéral – dit « effecteur » – doit être en mesure de se rendre auprès des malades, en cas de besoin avéré et lorsqu'un moyen médicalisé lourd n'est pas nécessaire (véhicule du SMUR).

En parallèle, les ARS **accompagnent la mise en place de modalités d'exercice regroupé et coordonné des professionnels**, au moyen

de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de pôles ou de centres de santé. Les professionnels volontaires peuvent bénéficier d'un soutien des ARS pour le lancement des projets, en matière logistique (montage des projets) ou financière. Un programme national spécifique de création de 250 MSP en milieu rural est actuellement conduit sur trois ans, avec un soutien financier complémentaire grâce à des crédits régionaux liés à l'aménagement du territoire.

### NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION – CONSOLIDATION DES EXPÉRIMENTATIONS SUR LES MODULES 1 « FORFAIT MISSIONS COORDONNÉES » ET 2 « ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT »

- 1<sup>re</sup> vague (01/01/10) lancée  
46 sites dans 6 régions (18 MSP, 3 PSP, 25 centres de santé)
- 2<sup>e</sup> vague (01/04/11) lancée dans une centaine de sites pressentis  
dans 20 régions (58 MSP, 24 PSP, 10 centres de santé)



► Par ailleurs, afin de **promouvoir la coordination des soins entre les professionnels de santé sur les territoires**, des mesures incitatives spécifiques, de nature financière, sont mises en place en faveur des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluridisciplinaires, pôles et centres de santé). Elles valorisent l'engagement des professionnels dans des démarches de soins protocolisées et évaluées, ou dans l'éducation thérapeutique des malades chroniques. D'autres projets de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux sont également

encouragés, notamment pour le suivi des malades chroniques. Elles pourront, dès leur approbation par la Haute Autorité de santé, faire l'objet d'accompagnements financiers adaptés.

Dans le **domaine des établissements de santé, la permanence des soins** – c'est-à-dire l'organisation du dispositif permettant l'accueil en hospitalisation non programmée des malades dont l'état de santé le nécessite – **mobilise les acteurs de terrain** aux côtés des ARS. Au sein d'un territoire donné, l'enjeu est de mutualiser la réponse apportée

par l'ensemble des établissements de santé publics et privés à toutes les situations qui – en aval des services d'urgence – nécessitent le recours sans délai à un plateau technique spécialisé (accident, besoin d'intervention chirurgicale ou d'accouchement).

Dans toutes les régions, ce travail est engagé avec les établissements, avec une première phase de mise à plat et d'évaluation des dispositifs existants. Avant la fin de l'année 2011, l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) sera ainsi partout redéfinie.

## initiatives

### ARS Bourgogne

#### Permanence des soins, urgences et transports sanitaires

Pour répondre aux problèmes spécifiques de la Bourgogne, un groupe-projet piloté par l'ARS a été constitué dès mai 2010, afin d'établir un diagnostic et de proposer des pistes d'actions. Quatre axes majeurs ont été identifiés :

- l'accompagnement de la mise en place d'un réseau régional des urgences ;
- la réalisation d'un état des lieux de la sectorisation de la permanence des soins ambulatoires, des SMUR et des transports pour structurer la réponse pré-hospitalière ;
- l'élaboration d'un plan d'actions destiné à optimiser le fonctionnement des centres 15 et de la régulation médicale ;
- et, enfin, l'élaboration du cahier des charges régional de la PDSA, incluant les déclinaisons départementales et rédigé en association étroite avec les professionnels et les préfetures.

### ARS Centre

#### Développer la permanence des soins avec l'ouverture de MSP

L'objectif est de définir une organisation régionale de la permanence des soins ambulatoire efficace et adaptée à chaque territoire, en synergie avec le secteur hospitalier et médico-social. Afin de consolider une offre de soins particulièrement fragile en région Centre, la priorité a été accordée au financement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). L'ARS du Centre, ne se prononçant que sur le volet médical des dossiers, souhaite accompagner la mise en œuvre des actions de prévention et de santé publique des MSP, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, de la télémédecine et des systèmes d'information (programme « e-santé »).

À ce jour, 17 projets ont obtenu une décision de financement dans le cadre du contrat pluriannuel État-Région (CPER) dont trois MSP, financées également par le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

### ARS Basse-Normandie

#### Suivi clinique à domicile

Grâce au suivi clinique à domicile, le patient gère sa maladie de chez lui. Le web-e-phone transmet quotidiennement toutes les informations médicales (saisies par le patient) à l'équipe soignante, qui intervient uniquement en cas de problème. La Basse-Normandie est la seule région de France à expérimenter ce dispositif venu du Québec. L'ARS a défini le développement de ce dispositif comme une de ses priorités.

### ARS Aquitaine

#### Management du risque médicamenteux – approche sanitaire ville/hôpital et médico-sociale globale

Afin de réduire le risque médicamenteux évitable et les sur-consommations inadaptées, l'ARS Aquitaine s'est engagée à développer le management du risque médicamenteux dans l'ensemble des établissements de santé. Plusieurs actions ont déjà été mises en place en 2010 : un programme de lutte contre le risque médicamenteux (PRISME), un indicateur de mesure des améliorations dans le processus de prise en charge médicamenteuse (ICALIAM) et un programme régional de réduction du risque médicamenteux lié aux anti-vitamines K chez la personne âgée.





**ARS Limousin**

**Expérimentation en Haute-Vienne des nouveaux modes de rémunération**

L'expérimentation porte sur un dispositif innovant de permanence des soins en Haute-Vienne. En place depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, avec le concours du conseil de l'Ordre des médecins, le dispositif régulé par le centre 15

repose sur une double sectorisation de la garde médicale. L'une est chargée d'assurer les consultations sur un point fixe (soir, week-end et jours fériés); la seconde est chargée d'assurer les visites incompressibles et celles de la nuit « profonde ». Une rémunération spécifique des médecins de garde a été mise en place.

**ARS Franche-Comté**

**Une équipe d'appui « Territoires et santé » avec et pour les professionnels de santé**

En Franche-Comté, la cellule d'appui est opérationnelle depuis plusieurs années. Elle regroupe quatre partenaires: l'ARS, la Mutualité sociale agricole, la Région et la Fédération des maisons de santé comtoise. Celles-ci ont signé une charte d'intention relative à l'amélioration de la répartition de l'offre de soins de premier recours sur le territoire régional. Les services offerts par cette équipe consistent notamment à accompagner les porteurs de projet, à envisager avec eux une étude de faisabilité et à étudier les différentes sources de financement. L'équipe leur suggère aussi des rencontres avec d'autres professionnels travaillant déjà de façon pluridisciplinaire (visites de maisons ou pôles de santé) et organise, chaque année, plusieurs forums de formation.



**Du nouveau pour la permanence des soins en Haute-Vienne**

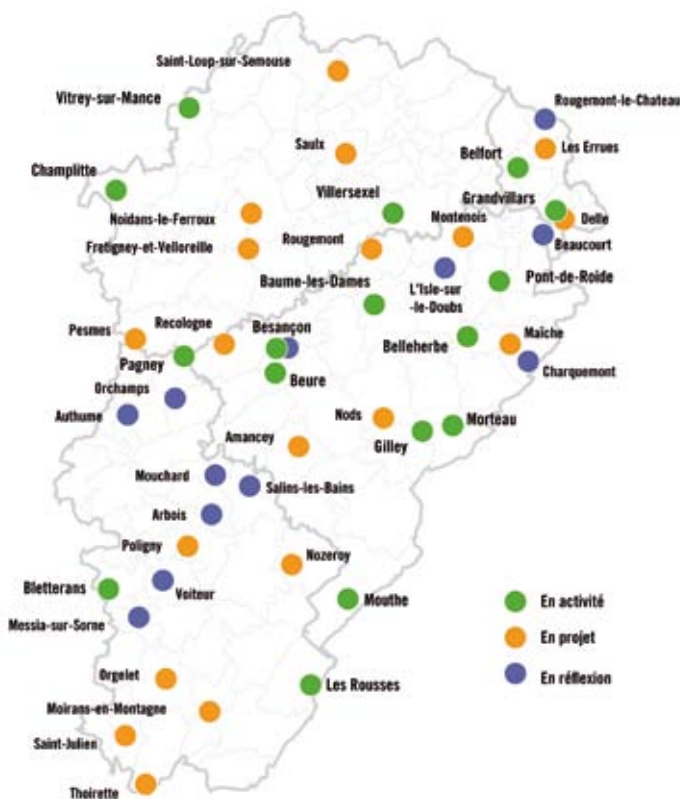
Depuis septembre 2010, la Haute-Vienne expérimente un nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoire. Fruit d'une concertation entre l'ARS et les professionnels de santé, il repose notamment sur un double niveau d'intervention afin d'assurer consultations et visites à domicile sur l'ensemble du territoire. « Le département est découpé en 12 secteurs pour les consultations et en 6 zones d'intervention pour les visites à domicile », explique le **Dr François Archambeaud, président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins**. « Des fiches de suivi adressées à l'ARS par les médecins permettent d'évaluer le fonctionnement du dispositif ».



**Accompagner les professionnels de santé**

« L'installation des professionnels de santé est un de nos objectifs majeurs en Franche-Comté », témoigne **François Baudier, directeur de l'animation territoriale à l'ARS Franche-Comté**. « Pour ce faire, nous proposons un bouquet de services. L'aide au regroupement, mais aussi un soutien actif aux jeunes. Il va de l'internat à l'installation proprement dite. C'est ainsi que nous accompagnons les futurs médecins grâce à l'activité d'une cellule d'accueil et de suivi des internes. Nous l'avons développée avec la Faculté de médecine et le CHU. Par ailleurs, nous travaillons avec l'Assurance maladie afin de soutenir les démarches des médecins, infirmières... ou autres professionnels de santé pour de nouvelles installations ».

MAISONS, PÔLES OU CENTRES DE SANTÉ EN FRANCHE-COMTÉ EN OCTOBRE 2010



Source: ARS Franche-Comté, DOSA – octobre 2010

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES MÉDICO-SOCIAUX AUX BESOINS

L'année 2010 a été mise à profit pour établir un état des lieux du secteur, afin d'alimenter les échanges avec les conseils généraux, de mesurer les enjeux d'une régionalisation de la politique médico-sociale et d'évaluer les besoins justifiant la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'appel à projets.

Dans le même temps, les ARS ont assuré la continuité du service, en menant une campagne budgétaire caractérisée par un calendrier tardif, en poursuivant les négociations contractuelles avec les opérateurs et en déclinant les plans Alzheimer et Autisme.

### PRÉPARER LES NOUVELLES MODALITÉS DE PILOTAGE

### TOUT EN ASSURANT LA CONTINUITÉ DE SERVICES

► Toutes les régions ont rapidement pris contact avec les équipes des conseils généraux, afin d'**anticiper les modalités de travail induites par la nouvelle procédure d'appels à projets**. Le nombre important de projets ayant reçu un avis favorable en commission régionale de l'organisation sanitaire et médico-sociale a conduit à réexaminer chacun d'entre eux à la lumière des premiers diagnostics établis dans le cadre du PRS. Au final, rares sont les régions à avoir utilisé, l'an dernier, la nouvelle procédure instaurée par le décret du 26 juillet 2010. L'actualisation du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a néanmoins été conduite dans ce cadre; l'examen approfondi des projets a permis d'en mesurer le calendrier de faisabilité et de justifier l'appel de crédits dans le cadre de la nouvelle procédure.

Afin de ne pas geler les initiatives locales, les ARS ont également mis en place une **gestion transitoire des demandes d'autorisation** de création de places, en planifiant l'ouverture

de fenêtres CROSMS avant le 1<sup>er</sup> avril 2010, date de création officielle des agences.

**Les nombreuses rencontres** avec les gestionnaires de services et d'établissements et les associations d'usagers ont permis de faire connaître les agences, de consulter en vue de la composition des instances, mais aussi de donner progressivement de nouveaux repères à un secteur habitué à des interlocuteurs et des outils départementaux.

L'intervention de **la campagne budgétaire** en milieu d'année a eu pour conséquence un décalage des démarches d'homogénéisation, voire de régionalisation, de certaines procédures.

Les objectifs de **maîtrise des dépenses et d'amélioration de la performance** et de la qualité des établissements sont au centre de plusieurs démarches expérimentales. Sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'ANAP, plusieurs régions participent aux travaux d'élaboration d'indicateurs de

performance. Ces derniers ont d'ailleurs été testés dans le cadre de contrats pluriannuels régionaux et interdépartementaux conclus avec les gestionnaires de services et d'établissements à dimension régionale. De même, trois régions mènent, avec l'appui de l'ANAP des démarches d'élaboration de kits méthodologiques de suivi des parcours de soins, afin de définir des objectifs favorisant la transversalité et la cohérence des prises en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces outils seront mutualisés au cours de l'année 2011.

La mise en œuvre de ces objectifs a également été facilitée par l'analyse comparative entre l'enveloppe régulée et les paiements réalisés par les caisses d'assurance maladie.

**ARS Rhône-Alpes**

**Signature du premier contrat régional médico-social**

Le 9 novembre 2010, l'ARS Rhône-Alpes signait avec l'association OVE – qui gère une cinquantaine d'établissements et de services médico-sociaux –, le premier contrat régional médico-social, intitulé ArcAlpAin.

Signé pour une durée de cinq ans, il permettra de repenser l'offre médico-sociale dans la région, en termes de qualité et d'efficacité. Après un diagnostic des besoins sur le terrain - et en cohérence avec les priorités de l'ARS, douze actions ont été arrêtées, parmi lesquelles :

- le développement d'une plate-forme d'insertion sociale et professionnelle pour les 16- 25 ans en situation de handicap ;
- la création d'une section « troubles spécifiques du langage et des apprentissages. »

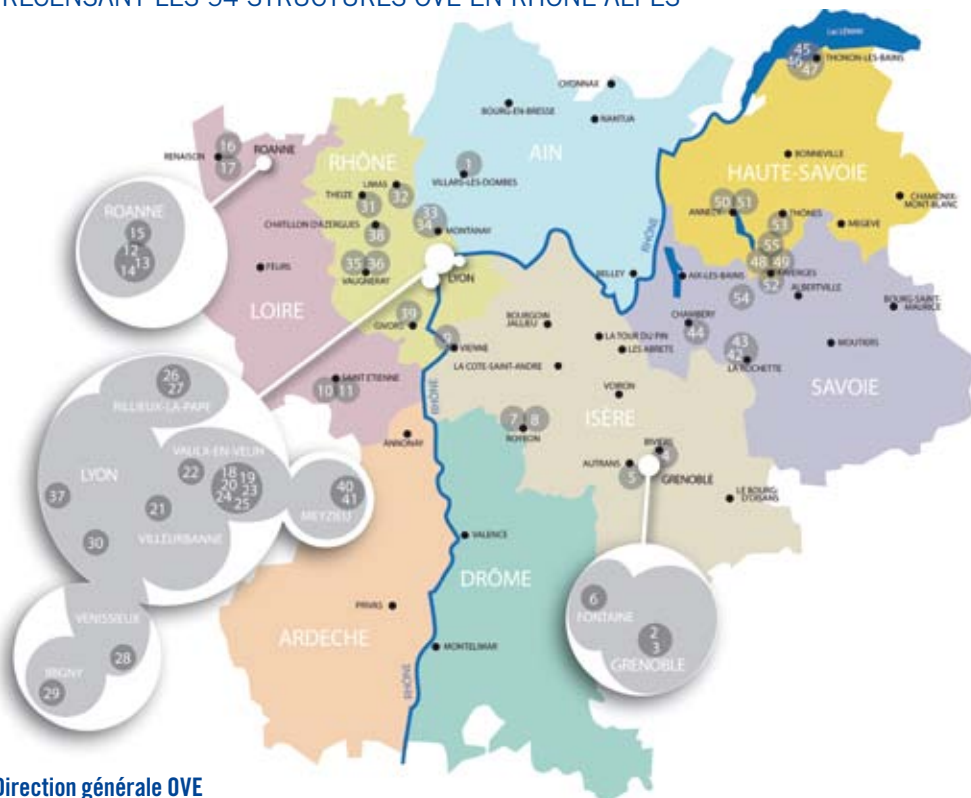
Ce contrat concerne 19 structures, 620 places pour enfants et adultes handicapés, pour un budget de près de 15 millions d'euros.



**Une dynamique en place avant la création officielle de l'agence**

En février-mars 2010, Denis Morin, futur directeur de l'agence, est sollicité par le directeur général de l'association OVE pour élaborer un CPOM régional pour améliorer les conditions de suivi des jeunes handicapés. « Il s'est montré très enthousiaste et les travaux préparatoires ont vite avancé grâce à l'analyse stratégique réalisée par l'ARS » déclare **Christian Berthuy, directeur de l'association OVE**. « Ce contrat prévoit la création d'une plate-forme d'insertion sociale et professionnelle. Il a été signé dès novembre et nous en préparons un autre, qui fera la synthèse de tous les CPOM de Rhône-Alpes ».

CARTE RECENSANT LES 54 STRUCTURES OVE EN RHÔNE-ALPES



Source: Direction générale OVE

**ARS Corse**

**Mise en place d'un comité de pilotage sur l'autisme**

Cette action rassemble l'ensemble des acteurs intervenant dans la filière autisme (institutionnels, usagers, professionnels de santé). Elle vise à dresser un état des lieux exhaustif de la filière – en infra et interrégional (PACA et Corse) – et à élaborer des propositions d'actions.

Cette action est pilotée en interne, avec l'appui d'un coordonnateur externe, psychiatre dans le champ médico-social (secteur des enfants handicapés).



## ARS Midi-Pyrénées

### Amélioration de la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD

Dans le cadre de l'élaboration de son projet régional de santé, l'ARS Midi-Pyrénées s'engage dans une logique d'accompagnement vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD. Pour conduire cette démarche, l'ARS propose d'expérimenter une méthode d'évaluation partagée et d'amélioration des pratiques. Celle-ci repose sur la réalisation d'un diagnostic territorial, sur un accompagnement individuel et collectif des EHPAD dans leur environnement et sur une collaboration entre les établissements de santé et les secteurs ambulatoire et médico-social, à l'échelle d'un territoire.

## ARS Limousin

### Mise en place d'un conseil départemental de la vie sociale

L'objectif est de créer des forums d'expression des attentes des usagers des établissements médico-sociaux (personnes âgées, adultes et enfants handicapés) et de leurs représentants.

Animés par l'ARS, ils sont composés de représentants des usagers au sein des établissements et de la CRSA, ainsi que d'un représentant du conseil général.

## ARS Pays de la Loire

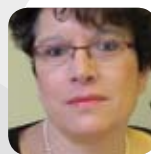
### Un plan d'action pour la programmation UHR-PASA

Dès sa création, l'ARS Pays de la Loire s'est mobilisée pour répondre aux ambitions du plan Alzheimer, qui prévoyait pour 2010 la création de 29 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et de cinq unités d'hébergement renforcée (UHR). La régionalisation de la démarche s'est déroulée en plusieurs étapes. Une première sélection de dossiers, opérée en lien avec les délégations territoriales et les conseils généraux, a permis l'ouverture de 11 établissements dès 2010, les crédits ayant été obtenus en décembre. Les premières visites de labellisation des PASA et UHR ont débuté le 3 janvier 2011.

## ARS Franche-Comté

### Élargissement de l'observatoire du médicament au domaine médico-social

Un « nouvel » Observatoire du médicament, qui fédère les dynamiques régionales, a été installé en Franche-Comté le 13 janvier 2011. Ses missions sont centrées sur le suivi de la dispensation de médicaments et la promotion de leur bon usage : information sur les recommandations, évaluation des contrats et accompagnement des professionnels. De plus, cet Observatoire unique élargit ses compétences au champ médico-social. Les groupes de travail thématiques (hôpital, ville, médico-social...) s'appuient ainsi sur la composition transversale du comité de pilotage.



### Une méthode d'évaluation partagée des EHPAD

Anne Sadoulet, déléguée territoriale de la Haute-Garonne, mène en coopération avec les agences des régions du Limousin et du Languedoc-Roussillon une expérimentation destinée à améliorer la prise en charge médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. « Cette étude repose sur le volontariat et est totalement anonyme », explique-t-elle. « Elle permet aux EHPAD de se situer les uns par rapport aux autres sur des critères comme la prise en charge nutritionnelle ou l'utilisation de psychotropes. Nous pouvons ensuite les accompagner avec l'aide de gériatres, et vérifier les progrès accomplis ».

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## RENFORCER L'EFFICACITÉ DU DISPOSITIF DE VEILLE ET DE SÉCURITÉ SANITAIRES

Le dispositif de veille et sécurité sanitaires (VSS) s'inscrit dans un continuum allant de la prévention à la gestion des situations d'urgence, en passant par l'alerte. Pour être fiable, réactif et efficient, il doit être construit en liaison étroite avec les autres ministères et les collectivités, et en cohérence avec le schéma régional de prévention.

L'organisation du dispositif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) repose sur une logique et des outils spécifiques, tout en constituant l'une des composantes du schéma régional de prévention (SRP), élaboré dans le cadre du projet régional de santé. La finalité de ce volet du SRP est d'inscrire la veille et la sécurité sanitaires dans une véritable démarche stratégique.

À ce titre, les VAGUSAN s'appuient sur les plate-formes régionales de veille et d'urgence sanitaires au sein des ARS. L'organisation de la gestion des alertes au sein des agences repose sur une action en lien étroit avec

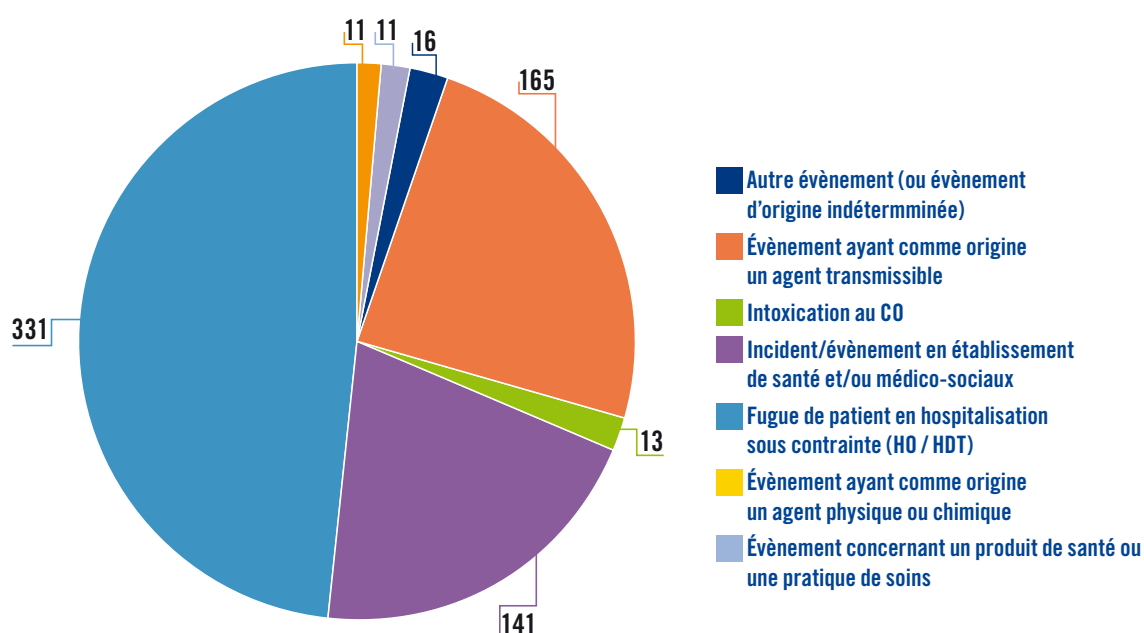
les services préfectoraux – notamment les directions départementales interministérielles –, ainsi qu'avec les administrations centrales. Aussi les modalités de coopération en matière de sécurité sanitaire ont-elles fait l'objet, dans toutes les régions, de protocoles signés entre le directeur général de l'ARS et les préfets.

En effet, la constitution des ARS marque la volonté de renforcer les leviers territoriaux au service de la santé publique. Ces leviers doivent aussi être utilisés pour améliorer la qualité des dispositifs de veille et sécurité sanitaires, en vue de réduire les inégalités en la matière constatées au sein des territoires.

Les ARS ont d'ores et déjà organisé ce renforcement de la VSS autour de cinq axes :

- structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires à l'échelle régionale ;
- homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes ;
- développer le signalement ;
- améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires ;
- développer la communication sur les urgences sanitaires.

NOMBRE DE SIGNALEMENTS TRANSMIS PAR L'ENSEMBLE DES ARS AU CORRUSS (Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales) – du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2010



## ARS Océan Indien

### Veille et sécurité sanitaires à La Réunion et à Mayotte

Afin de répondre aux enjeux de veille et sécurité sanitaires, l'agence de santé Océan Indien a créé en son sein une direction de la veille et sécurité sanitaires, qui encadre deux plate-formes de veille et d'urgences sanitaires à La Réunion et à Mayotte.

Ces plate-formes s'appuient sur des équipes de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens, d'ingénieurs, d'entomologistes, de techniciens sanitaires, de secrétaires de l'ARS, d'épidémiologistes de la Cellule interrégionale d'épidémiologie Océan Indien (CIRE), ainsi que sur un réseau d'acteurs pluridisciplinaires régionaux et internationaux (Réseau de surveillance des épidémies et gestion des alertes des pays de la Commission de l'Océan Indien).

## ARS Martinique

### Gestion de la crise de la dengue

En 2010, la Martinique a connu la plus importante épidémie de dengue de ces dix dernières années. Entre le 22 février et le 31 octobre 2010, environ 40 000 patients (10 % de la population) ont consulté un médecin généraliste pour un syndrome évocateur de dengue. Durant cette épidémie, 644 patients ont été hospitalisés pour dengue et 18 décès liés à cette maladie ont été enregistrés.

L'ARS a mis en œuvre des moyens très importants pour informer la population et lutter contre des comportements à risque, favorisant le développement des gîtes de moustiques. Cette campagne exemplaire a permis d'éviter un bilan encore plus lourd.

## ARS Guadeloupe

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

En 2010, la Guadeloupe a, elle aussi, été confrontée à une épidémie majeure de dengue : 43 000 cas (10 % de la population), 400 hospitalisations et cinq décès. Face à la réduction drastique de l'offre de composés insecticides efficaces, la priorité de l'ARS a été la mobilisation des collectivités et de la population. Une large campagne de communication et d'amélioration de l'environnement a été conduite durant plusieurs semaines. Le temps fort a été la journée régionale de prévention de la dengue, le 11 septembre, menée en partenariat avec RFO. Des équipes ARS/RFO ont ainsi été à la rencontre de la population, de professionnels et d'élus.

## ARS Picardie

### Démarche de certification qualité ISO 9001

La veille et la sécurité sanitaires sont des enjeux majeurs pour la population comme pour les ARS. Celle de Picardie a choisi d'investir ce champ pour lancer sa politique qualité, en certifiant ses activités de veille et de gestion des signaux sanitaires : accident chimique industriel, pollution d'un réseau d'eau, méningites... Les démarches engagées pour obtenir la norme ISO 9001 ont débuté dans le courant 2010 et aboutiront à la fin de 2011.



### L'ARS coordonne l'alerte et la gestion sanitaire

Les îles de La Réunion et de Mayotte sont des portes d'entrée vers la métropole pour certains pathogènes. Par conséquent, « dès qu'une menace épidémiologique est signalée, la CIRE et la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires, chargées respectivement de l'évaluation et de la gestion des risques sanitaires, travaillent ensemble », témoigne Laurent Filleul, coordonnateur de la CIRE Océan Indien. « D'ailleurs, nos bureaux sont très proches » poursuit-il. « En un an, le système a fait ses preuves et c'est ainsi que nous avons pu gérer de manière satisfaisante la nouvelle menace du chikungunya en 2010 ».



### La lutte contre la dengue, une priorité de l'ARS Guadeloupe

Le 11 septembre 2010 s'est tenue la journée régionale de prévention et de lutte contre une maladie qui tue encore près de 20 000 personnes par an dans le monde. Le but : informer et éduquer la population via la « Caravane de la prévention », qui recueille les témoignages et les conseils de professionnels de santé, diffusés ensuite à titre gracieux par la chaîne RFO. « Nous mobilisons un maximum d'acteurs », explique Joël Gustave, responsable du service de lutte anti-vectorielle de l'agence, « ainsi, à cette occasion, les centres commerciaux réalisent des promotions sur les produits d'élimination des moustiques ».

## ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur

### Gestion de la crise du chikungunya et de la dengue

En 2010, pour la première fois sur le territoire métropolitain, deux personnes ont contracté le chikungunya (à Fréjus), et deux autres la dengue (à Nice). La mobilisation de tous les acteurs locaux concernés – ARS, collectivités locales, Entente interdépartementale pour la démoustication (EID), autorités préfectorales, administrations de l'État, professionnels de santé... – a permis d'éviter l'apparition d'autres foyers.

Le réseau de surveillance épidémiologique et entomologique, les actions de prévention et le dispositif de soins ont pleinement joué leur rôle. L'ARS – dans ses composantes départementale, régionale et zonale – s'est très fortement mobilisée, en lien étroit avec les autorités sanitaires nationales.

### Finalisation du PRSE pour intégration au Projet régional de santé

Le Plan régional santé environnement (PRSE) PACA 2009-2013 est le premier PRSE de seconde génération à avoir été adopté. Il repose sur trois priorités (voir encadré ci-contre) et est piloté, au sein de l'agence, par le département santé- environnement. Des comités de suivi des projets ont été mis en place pour suivre son avancement.



### L'ARS PACA co-construit son premier PRSE

Les thèmes de ce programme régional santé-environnement ont été choisis par un groupe de travail réunissant des représentants de l'État, des collectivités territoriales, d'associations, d'employeurs, de salariés, et d'experts. « Plus d'une centaine de projets ont déjà été initiés dans ce cadre, et sont déclinés dans les 6 départements de la région », explique **Hervé Terrien, ingénieur intervenant sur la qualité des eaux au sein de l'agence**; « c'est pour l'ARS un premier exercice réussi de démocratie sanitaire ».



Signature de la charte partenariale du PRSE PACA 2009-2013 le 29/06/10 en préfecture de région

En haut (de gauche à droite) : Dominique DEROUBAIX (directeur général de l'ARS PACA), Michel SAPPIN (préfet de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur en 2010); en bas (de gauche à droite) : Dominique MARANINCHI (directeur général de l'AFSSAPS), Louis COSTEPLANE (vice-président de la communauté d'agglomération Grand-Avignon) et Pierre APLINCOURT (président de l'Union régionale vie et nature - URVN).

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## RÉDUIRE LES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET SOCIALES DE SANTÉ

Les ARS disposent des principaux outils pour agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé, comme la loi HPST leur en donne la mission. Cet objectif transversal sera porté par le projet régional de santé.

► Les données recueillies au fil des ans montrent qu'en dépit d'une amélioration globale et incontestable de la santé dans les pays industrialisés, les inégalités de santé ne cessent de s'aggraver depuis l'après-guerre. Les risques de mort prématurée et de survenue de maladies et d'accidents pendant l'enfance - mais aussi à l'âge adulte - sont plus élevés dans les groupes sociaux désavantagés (cf. «Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité», Rapport du HCSP de décembre 2009). Ces inégalités de santé existent également entre les régions et à l'intérieur d'une même région. La lutte contre ces inégalités est un défi sur le plan sanitaire comme sur celui de la cohésion sociale.

Dans ce cadre, la définition des territoires de santé revêt un caractère crucial. L'ensemble des ARS a aujourd'hui défini et arrêté ses territoires de santé, qui recouvrent l'ensemble des activités des agences. L'objectif était

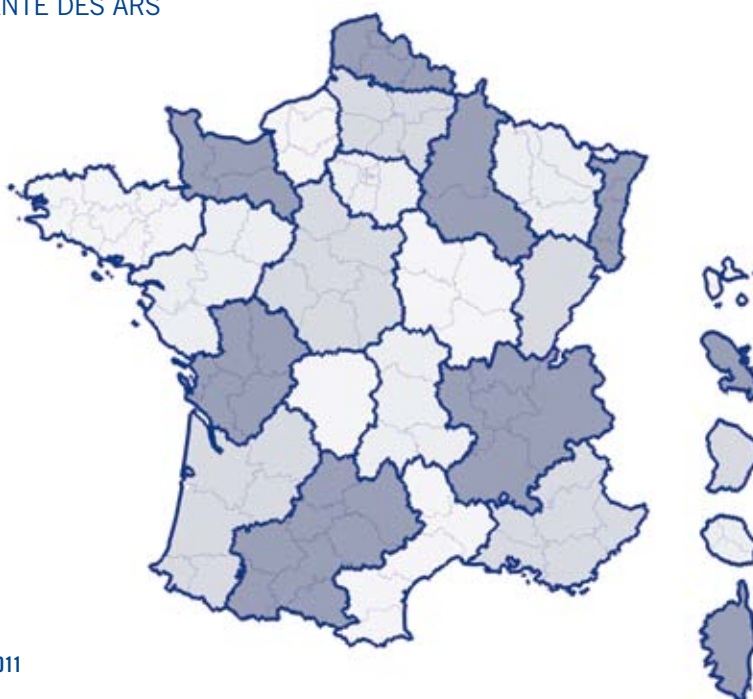
notamment de délimiter des territoires cohérents avec la répartition et les pratiques spatiales de la population et de maintenir une distance d'accès à l'offre de services acceptable.

Le nombre des territoires de santé est passé de 159 (issus des SROS III) à 108, soit une diminution d'environ 32 %. La majorité des découpages marquent une évolution par rapport aux anciens territoires (cf. carte). Ce nouveau découpage permet de réduire les écarts dans la répartition de la population. La moyenne de population des territoires passe ainsi de 374 000 à 605 000 habitants. Le redécoupage permet aussi de réduire l'écart entre le territoire le moins peuplé et le plus peuplé.

Les ARS ont, par ailleurs, identifié des territoires de proximité, correspondant à un niveau plus fin de territoires permettant notamment l'accès aux soins de premier recours.

L'élaboration des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) permet d'établir un diagnostic régional portant à la fois sur l'état de santé et sur ses déterminants sociaux. A partir de ces constats, et en concertation avec ses partenaires, chaque ARS fixe des objectifs en matière de lutte contre les inégalités de santé. Ces objectifs se traduiront en termes d'organisation dans les différents schémas (prévention, offre de soins et médico-social) et en termes d'actions dans le plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Pour être efficaces, les actions devront être menées au plus près des populations concernées et associer l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs et élus.

CARTE DES 108 TERRITOIRES DE SANTÉ DES ARS



Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé  
Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), janvier 2011



**ARS Alsace**

**Préparation des contrats locaux de santé (CLS)**

L'objectif est d'améliorer l'efficacité des actions menées à partir de la connaissance qu'ont les collectivités de leur population, et de la volonté d'intégrer la dimension santé dans leurs politiques (transport, logement, environnement...).

Les travaux sont d'ores et déjà engagés avec Strasbourg et Mulhouse. Ces deux projets ouvrent la voie au développement de contrat local de santé (CLS) dans des zones rurales identifiées comme « déficitaires » par l'état des lieux du projet régional de santé.



**Strasbourg innove avec son premier contrat local de santé**

En mars 2011 s'est tenue la première réunion du comité de pilotage d'un des tous premiers CLS entre l'ARS d'Alsace, la ville et la communauté urbaine de Strasbourg (CUS), et leurs partenaires. « Ce contrat permettra une convergence entre les politiques nationales et locales de santé et donc d'améliorer l'accès aux soins », explique le **Dr Feltz, vice-président de la CUS**. Jusqu'alors, les collectivités territoriales menaient des actions volontaristes, mais avec des budgets limités, tandis que certaines initiatives nationales perdaient en efficacité faute d'un relais suffisant auprès du grand public. Un enjeu crucial pour les campagnes de prévention.

**ARS Auvergne**

**Définition de territoires de proximité**

Après avoir déterminé les flux de patientèles, puis effectué des regroupements en fonction de plusieurs critères – notamment une population d'au moins 2 500 habitants par bassin, l'accessibilité géographique des patients et le respect de la notion d'agglomération de l'INSEE –, l'ARS d'Auvergne a défini 123 bassins de santé de proximité. Par ailleurs, les quinze bassins de santé intermédiaires – autre niveau territorial défini par l'ARS – sont le premier lieu d'articulation entre prévention, soins et médico-social.

**LES 15 BASSINS DE SANTÉ INTERMÉDIAIRES EN AUVERGNE**



**Légende**

- AMBERT
- AURILLAC
- BRIOUDE
- CLERMONT-FERRAND
- ISSOIRE
- LE PUY-EN-VELAY
- MAURIAC
- MONT-DORE
- MONTLUÇON
- MOULINS
- RIOM
- SAINT-FLOUR
- THIERS
- VICHY
- YSSINGEAUX

Source: ARS Auvergne/Mission stratégie régionale de santé, juin 2010

## ARS Poitou-Charentes

### Diagnostic territorial et élaboration du PSRS

La co-construction a été le fil conducteur de l'élaboration du projet stratégique régional de santé (PSRS), dont la version finale a été présentée lors de la séance plénière de la CRSA le 20 janvier, pour être validée en avril 2011. La concertation et l'élaboration, pas à pas, du PSRS ont associé les instances de démocratie sanitaire de l'ARS, dont les cinq conférences de territoire installées en novembre 2010. Elles ont également fait appel aux contributions des personnels de l'agence et du grand public.

## ARS Haute-Normandie

### Travail sur la démographie des professions de santé

Les ressources humaines des professions de santé sont un enjeu majeur pour l'ARS et le département Qualité, appui à la performance, afin de :

- réduire les inégalités territoriales actuelles ou potentielles face à l'évolution de la démographie des professions médicales et non médicales ;
- garantir la qualité de l'offre de santé en rendant attractifs les métiers, en fidélisant les professionnels et en développant la formation initiale et tout au long de la vie ;
- renforcer l'efficacité en accompagnant les professionnels face aux changements.

## ARS Bourgogne

### Agir pour un logement digne

L'ARS de Bourgogne a piloté deux études en partenariat avec la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL). Dans le cadre de la première étude – investigation sur la pertinence et l'efficacité des systèmes de repérage et de traitement de l'habitat indigne dans chaque département –, l'ensemble des partenaires a été auditionné, les freins à l'action ont été repérés et des pistes d'amélioration proposées. La deuxième étude consistait en un travail sur le traitement et le suivi des anciens arrêtés d'insalubrité. Elle a débouché sur un mode d'emploi pour les délégations territoriales des ARS, afin de clore toutes les situations passées d'insalubrité dans des conditions juridiques sécurisées.

L'ARS s'associe également au dispositif de lutte contre la précarité énergétique, notamment au programme « Habiter mieux ».



### Construction collaborative du PSRS

« Nous avons co-construit ce document avec les instances de la démocratie sanitaire », explique **Edwige Delheure, déléguée territoriale des Deux-Sèvres.**

« En complément, des consultations ont été organisées en interne, et nous avons associé le grand public par la mise en ligne des versions successives du projet de PSRS. Une boîte aux lettres électronique dédiée a d'ailleurs été mise en service, et 80 contributions ont été collectées et prises en compte dans l'élaboration du PSRS. Enfin, les médias en ont été régulièrement informés, pour assurer un relais large de ce travail ».

# UNE NOUVELLE DYNAMIQUE DE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

## DÉVELOPPER LA PRÉVENTION ET RÉDUIRE LA MORTALITÉ

La mortalité évitable concerne les décès avant l'âge de 65 ans qui résultent de comportements à risques et pour lesquels les ARS disposent de moyens d'intervention, essentiellement par des actions ou programmes de prévention.

► La France bénéficie d'une situation sanitaire globalement favorable (état de santé et qualité du système). Toutefois, la mortalité prématurée évitable reste élevée, surtout pour les hommes. L'espérance de vie sans incapacité est plus faible que dans les pays européens les mieux classés et des inégalités socioéconomiques importantes persistent. Elles se traduisent par des disparités entre régions et territoires. La réduction de cette mortalité repose, pour une part, sur des actions dont les bénéfices sont différés dans le temps. C'est le cas, en particulier, en matière de consommation de tabac et d'alcool.

Certaines actions sont capables d'influer rapidement sur des causes de décès pré-

maturés (accidents, chutes, suicides, VIH...). Les programmes de santé en ce domaine reposent sur la promotion de la santé (donner aux personnes les moyens d'agir pour préserver leur santé), l'éducation pour la santé (accroître les connaissances, diffuser l'information) et la prévention (éviter la survenue de problèmes de santé). Les ARS disposent désormais de l'ensemble de cette palette d'interventions, en lien avec leurs partenaires institutionnels (notamment l'Éducation nationale) ou associatifs.

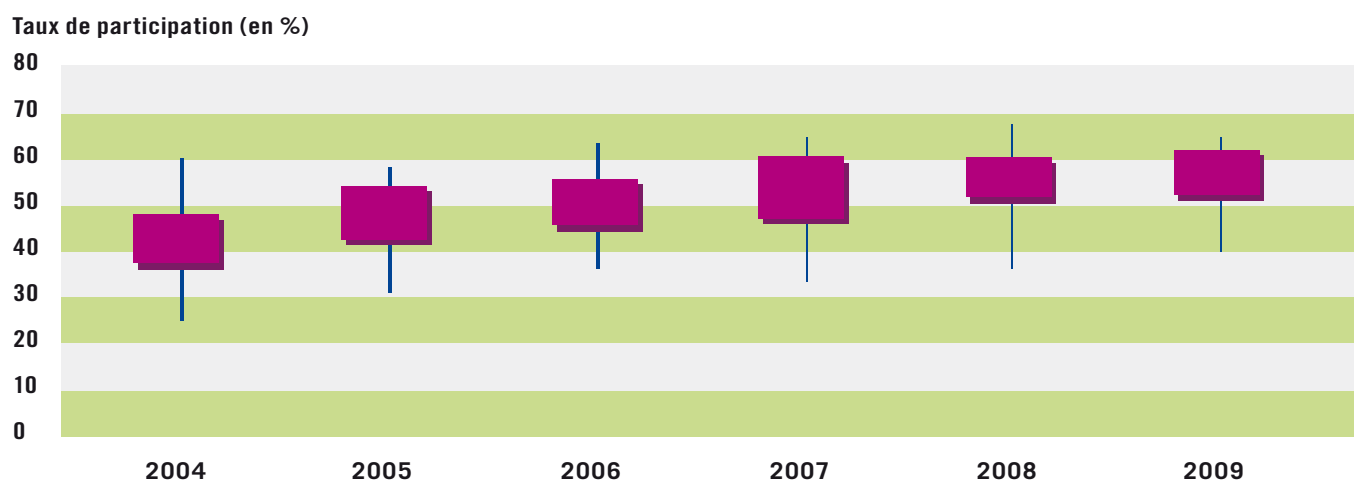
En fonction des priorités retenues à l'issue du diagnostic régional, les ARS ont fixé des objectifs sur la réduction de la consommation d'alcool ou de tabac, la diminution des comportements sexuels à risque (port du pré-

servatif, dépistage du VIH) ou la prévention des décès par suicide.

La mise en œuvre de ces priorités et objectifs passera par la diffusion de l'information auprès des plus jeunes, l'organisation de campagnes de prévention locales ou en relais de celles de l'INPES, ainsi que le soutien aux associations intervenant au plus près des populations concernées.

Une inscription territoriale de ces actions, en lien avec les collectivités locales, ne peut que renforcer leur efficacité. C'est tout l'objet des contrats locaux de santé (CLS) qui, désormais, ne concernent plus seulement les zones urbaines.

ÉVOLUTION DE LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DOM  
Taux de participation au dépistage des régions comprises entre les quartiles 1 et 3



Source : Institut national du Cancer (INCA)



## ARS Guyane

### Semaine internationale de la vaccination

La semaine internationale de la vaccination, qui s'est déroulée du 23 au 30 avril 2010 en Europe et dans les Amériques, a été marquée par des échanges transfrontaliers avec l'État voisin du Surinam. Un nouvel outil destiné aux résidents des rives du fleuve Maroni – frontière entre la Guyane et le Surinam – a ainsi été réalisé, afin de regrouper le carnet de santé français, celui du Surinam, ainsi que le carnet de certificats internationaux de vaccination. D'autres actions de promotion de la vaccination ont aussi été mises en place sur le département: stands d'information, communication, vaccinations en établissements scolaires...

### Les journées Antilles Guyane alcoolie et autres addictions 2011

Les 3 et 4 février 2011, la 18<sup>e</sup> édition de ces journées a eu lieu en Guyane sur le thème « Alcool: mode d'emploi », avec pour objectif la prévention des conduites addictives et notamment vis-à-vis de l'alcool. Cet événement s'adresse à tous: jeunes scolarisés ou non, adultes, parents, professionnels éducatifs, de la santé ou du social. En plus des conférences, de nombreux stands et animations sont proposés: village prévention, bar sans alcool, dispositif « capitaine de soirée », sécurité routière (contrôle d'alcoolémie), espace média...

## ARS Centre

### Une participation au dépistage du cancer du sein supérieure à la moyenne nationale

Le mois d'Octobre rose a été consacré à la lutte contre le cancer du sein et à la promotion du dépistage organisé. L'ARS du Centre a soutenu ses six structures de gestion des dépistages des cancers qui ont porté un grand nombre d'actions de communication, réalisées grâce à l'implication de nombreux partenaires locaux (CPAM, comités féminins, Ligue contre le cancer, mairies...). L'exposition « Pour mieux comprendre le dépistage organisé du cancer du sein » a fait escale dans de nombreuses villes ou villages de chaque département, tout au long du mois d'octobre. Des manifestations plus importantes (marche, colloque...) ont également été organisées.

## ARS Aquitaine

### Mise en œuvre du plan régional de lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires

Ce plan s'appuie sur une concertation avec l'ensemble des acteurs de santé, en vue de développer des actions de prévention et d'amélioration de la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire et des patients traités pour une maladie cardio-neurovasculaire. L'année 2010 a vu la mise en œuvre des premières actions de ce plan, telles l'Observatoire du haut risque cardiovasculaire ou encore la mise en place d'une équipe réseau AVC (accidents vasculaires cérébraux).



### Renforcer l'efficacité de la Semaine internationale de la vaccination

Améliorer la couverture vaccinale est une priorité pour les autorités sanitaires des deux côtés du fleuve Maroni. « C'est pourquoi la Guyane a mis en place une importante coopération de terrain avec le Surinam », explique **Rocco Carlisi, infirmier de santé publique**.

Les acteurs sanitaires locaux, tout au long de cette semaine, sont formés aux différents calendriers vaccinaux par des intervenants des deux pays. Il conclut: « travailler avec des acteurs internationaux comme l'OMS ou le Brésil représente un défi, mais c'est indispensable ».



### Fédérer les structures de dépistage du cancer du sein

Le but est de faire partager les expériences, mutualiser des fonctions support et organiser un soutien ponctuel en cas de difficulté. Dans certains départements, près de 70 % des femmes participent au dépistage, mais des différences subsistent entre communes.

« Il s'agit donc de cibler les zones les moins touchées grâce aux données infra-départementales fournies par l'ARS, explique le **Dr Nicoulet, médecin de santé publique à l'agence**. « Dans le cas des populations précaires, des expériences telles la formation des médecins traitants à l'entretien motivationnel sont en cours car il s'agit de leviers efficaces ».

## ARS Pays de la Loire

### Priorité spécifique sur l'alcoolisme des jeunes

La situation des Pays de la Loire apparaît nettement plus défavorable que la moyenne nationale en matière de consommation excessive d'alcool chez les jeunes de 15 à 25 ans, notamment chez les garçons.

Différents types d'actions ont été développés pour y remédier : prévention par les pairs en milieux festifs, mais aussi interventions en milieu scolaire dans le cadre d'une charte de partenariat signée avec le rectorat, dont la prévention des conduites addictives constitue un axe majeur.

## ARS Guadeloupe

### Enquête sur l'obésité par l'association AGRUM dans les DOM

L'association AGRUM (Action du groupe de recherche ultramarine) regroupe des experts professionnels de santé des quatre DOM, de la Polynésie Française et de la Nouvelle-Calédonie.

Elle a mené une réflexion interdépartementale sur les problématiques de l'obésité et planifié plusieurs enquêtes. Celles-ci ont abouti, d'une part, à l'élaboration des « Cahiers AGRUM » sensibilisant les professionnels de santé aux répercussions de l'obésité sur différents organes et, d'autre part, à celle de l'étude PODIUM, portant sur la prévalence de l'obésité, sa diversité et son image ultramarine.

## ARS Ile-de-France

### États généraux du VIH

L'ARS Ile-de-France a organisé, les 26 et 27 novembre 2010 – sous l'impulsion et en partenariat avec les associations de lutte contre le sida et de soutien aux personnes concernées et les COREVIH –, les « États généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Ile-de-France ».

Plus de 400 personnes d'horizons divers sont venues échanger et faire des propositions sur la prise en charge des personnes concernées dans la région. Les différents aspects du sujet – freins à l'accès aux soins, organisation de l'offre de soins, prévention positive, lieux de vie – ont ainsi été travaillés et restitués devant les représentants des pouvoirs publics, des COREVIH et des hôpitaux de la région.



### Priorité à la lutte contre l'alcoolisme des jeunes

Dans une région où 28 % des 15-25 ans consomment au moins une fois par mois un minimum de six verres, le rectorat travaille dans le cadre des CESC des établissements scolaires à prévenir les addictions avec des partenaires comme la police ou les mairies. « Il peut s'agir entre autres d'essai de lunettes d'ébriété ou d'un travail plus durable sur l'estime de soi », explique Marie-Christine Vidal, infirmière et conseillère technique du recteur. « L'ARS aide à financer ces actions, et sur le long terme, à élaborer les stratégies qui les sous-tendent en collaboration avec tous les acteurs ».



### La démocratie sanitaire à l'œuvre

Tous les acteurs de la lutte contre le Sida ont été associés à la mise en place de cet événement, notamment les associations concernées, le Centre régional d'information et de prévention du Sida d'Ile-de-France (CRIPS), les COREVIH, les professionnels de santé et les collectivités territoriales. « L'ARS a certes coordonné le travail préparatoire et l'organisation, mais s'est aussi investie dans le bon déroulement des débats, en déléguant dans chaque groupe de travail un référent », témoigne Laëtitia Mailho, chargée des relations avec les acteurs de la démocratie sanitaire à l'ARS. Son bilan : « grâce à la qualité de la collaboration qui s'est instaurée entre tous les participants et à leur implication, je pense que la parole de chacun a pu être entendue ».

# LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

## LA MISE EN PLACE DES INSTANCES RÉGIONALES

► Un des objectifs de la loi HPST est d'inscrire la gouvernance du système de santé dans un cadre global, impliquant l'ensemble des acteurs de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population.

La démocratie sanitaire s'appuie sur des lieux de débat destinés à recueillir les opinions, les observations, les avis, et les propositions des différents acteurs, notamment les professionnels et les usagers du système de santé.

La concertation s'exerce dans un certain nombre d'instances privilégiées : la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées, les conférences de territoire et les commissions de coordination.

La **CRSA** exerce ses missions sur l'ensemble du champ de compétences de l'ARS : prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, soins de ville et hospitaliers, secteur médico-social. Organisme consultatif composé de plusieurs collèges, elle concourt

par ses avis à la politique régionale de santé. Elle est consultée sur le projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé, et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle détermine, par ailleurs, les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics, qu'elle organise selon des modalités fixées par son règlement intérieur.

La politique régionale de santé se décline ensuite au sein des territoires de santé. Des **conférences de territoire** rassemblent différents acteurs de proximité (représentants des établissements de santé, des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux, des usagers, des collectivités territoriales...), dans le but de contribuer à la mise en cohérence des projets territoriaux avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Ces conférences de territoire peuvent, par ailleurs, faire toute

proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

**Les commissions de coordination des politiques publiques de santé** assurent la cohérence et la complémentarité des actions publiques avec les collectivités territoriales, les services de l'État et de l'Assurance maladie. Les deux commissions - prévention et prise en charge médico-sociale - contribuent à l'élaboration du PRS, déterminent les modalités de co-financement dans leur domaine et organisent un diagnostic partagé.

Durant l'année 2010, les ARS ont tout particulièrement veillé à mettre en œuvre ces instances de travail et de dialogue, en vue de réaliser, dans un premier temps, un diagnostic partagé des enjeux liés à la santé dans la région et dans les territoires puis, dans un second temps, pour lancer l'élaboration de la réflexion stratégique.

## LES COLLÈGES CONSTITUTIFS DE LA CRSA



### Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie



# LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

## LES ÉLECTIONS ET LA MISE EN PLACE DES URPS

La loi HPST crée, dans chaque région, une union régionale des professionnels de santé (URPS) rassemblant, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé libéraux. Partenaires des ARS, elles contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé sur le territoire régional

et en particulier à la préparation et la mise en œuvre du projet régional de santé. Dans chaque région, dix URPS ont ainsi été créées.

Les ARS ont été chargées d'organiser les élections de cinq de ces nouvelles unions. Les résultats ont été connus au cours du second semestre 2010.

## LES DÉBATS PUBLICS

Les ARS ont lancé, dès la période de préfiguration, des actions de communication et de dialogue auprès des acteurs locaux et des partenaires : assemblées générales, rencontres avec les élus, les représentants de l'État, les organismes de sécurité sociale, les usagers, les offreurs de soins, les associations ou les fédérations.

Elles ont également appuyé leur communication sur différents médias : lettres d'information, plaquette de présentation de l'ARS, site internet, blog...

Chaque contact a été l'occasion d'expliquer les modalités de concertation et le rôle des instances, d'échanger sur les attentes en termes d'organisation et de qualité de

l'offre de santé, mais aussi d'impulser une dynamique qui implique les acteurs.

Enfin, la mise en œuvre des instances a permis d'engager la structuration du dialogue entre le niveau régional et le niveau de proximité du territoire.

## initiatives

### ARS Languedoc-Roussillon

#### Association des maires à l'élaboration du projet régional de santé

La démarche progressive et concertée d'élaboration du PRS a débuté en septembre 2010, avec la publication d'un Atlas régional, et s'est poursuivie avec une enquête auprès des 1 545 maires de la région. 823 maires, représentant environ 63 % de la population régionale, ont répondu à cette consultation. Une grille d'analyse mettant en perspective les indicateurs de santé dans la région et dans les départements a complété la vision proposée par les maires. Ces outils ont conduit, de manière convergente, à des choix stratégiques étayés par des critères de faisabilité.

### ARS Guadeloupe

#### Rencontres autour du PRS

L'agence de santé de Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin a mis à profit la taille de son territoire en multipliant les rencontres sur le terrain avec toutes les catégories de professionnels et acteurs de santé, sans oublier les promoteurs de la prévention, les acteurs de ville, les élus, ainsi que les usagers. Son message : diffuser et expliquer la démarche du PRS. Sa mission : collecter et recenser les besoins et attentes des partenaires. Aujourd'hui, ces dizaines de rencontres favoriseront, grâce à l'écoute et à l'échange, une culture du consensus et de l'adhésion autour du PRS.

## témoignages



#### Un diagnostic poussé et précis

Tous les maires de la région ont reçu un questionnaire sur la situation de la santé et les changements à opérer. « Cela a permis de dégager des tendances départementales, mais aussi des différences entre les zones urbaines, situées à proximité du littoral, et les communes rurales », explique le **Dr Alain Corvez, directeur de la stratégie et de la performance à l'ARS Languedoc-Roussillon.**

« Ainsi, si les addictions et les conséquences sanitaires de la précarité sont des priorités régionales, le surpoids est avant tout une préoccupation des grandes villes, tandis que le cancer est le souci premier des campagnes ».

## ARS Aquitaine

### Enquête et réunions territoriales dans le domaine médico-social

Dans le cadre de l'élaboration de son schéma régional d'organisation médico-sociale, l'ARS Aquitaine a lancé, avec l'appui du Centre Régional d'Études et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations, une vaste enquête par questionnaires.

À partir d'octobre 2010, 750 acteurs du secteur médico-social ont été sollicités sur des indicateurs qualitatifs relatifs à l'accompagnement des publics, aux ressources humaines, à l'accessibilité des lieux d'accueil et de prise en charge... La concertation se poursuivra dans chacun des territoires, par 6 journées de débats.

## ARS Nord-Pas-de-Calais

### Mise en place d'un site internet communautaire à destination des partenaires de l'ARS

L'objectif de ce site est de disposer d'un outil de communication permettant d'entrer en contact avec l'agence, de faciliter la remontée d'informations vers l'ARS et d'impulser une dynamique de collaboration entre les partenaires de l'ARS.

L'ARS du Nord-Pas-de-Calais souhaite ainsi toucher un public élargi, en proposant un contenu complémentaire à celui du site institutionnel. La possibilité d'échanges entre les membres devrait encourager l'émergence d'une dynamique entre les acteurs régionaux de la santé et le partage d'informations.

## ARS Champagne-Ardenne

### Quelle santé demain en Champagne-Ardenne ?

Dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé, l'ARS de Champagne-Ardenne, en partenariat avec la DREAL, a organisé dans les quatre départements de la région, entre novembre 2010 et janvier 2011, des débats publics sur une thématique partagée par tous : quelle santé demain en Champagne-Ardenne ? Plus de 400 personnes - associations d'usagers, élus locaux, professionnels de santé, citoyens - sont venues assister à la présentation du diagnostic sur l'état de santé de la population champardennaise et des besoins et priorités de santé dans cinq grands domaines.

De ces échanges nourris ont émergé des propositions à la hauteur des enjeux de santé, qui ont permis de finaliser le plan stratégique régional de santé. Celui-ci fixe les quinze priorités de santé de Champagne-Ardenne pour les cinq prochaines années.

## ARS Alsace

### Une enquête grand public sur les priorités de santé en Alsace

Dans la perspective de l'élaboration du plan stratégique régional de santé, l'ARS d'Alsace a organisé, du 25 janvier au 20 février 2011, une enquête auprès du grand public sur ses attentes en matière de santé. Cette étude complète le dispositif de concertation engagé avec les partenaires.

Accessible en ligne sur un site internet dédié, le questionnaire portait sur les attentes des usagers en matière de prévention et de soins, d'organisation du système de santé et de prise en charge de populations particulières. Il invitait également les Alsaciens à exprimer leurs préoccupations sur leur santé et celle de leurs proches.



### La CRSA : pilier de la démocratie sanitaire en Aquitaine

Se faire l'interprète de l'ensemble des acteurs et des usagers dans le cadre de l'élaboration du PRS, telle est la mission principale de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

**Son président, le Pr. Patrick Henry,** témoigne : « nous avons beaucoup coopéré à l'établissement du plan stratégique régional de santé. Ainsi, nous avons obtenu l'ajout d'une orientation, l'amélioration de la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système sanitaire ». Il conclut : « nous sommes en contact permanent avec l'ARS, même si nous veillons à garder une indépendance garante de notre efficacité ».



### PRS : l'expérience de la démocratie sanitaire en Champagne-Ardenne

L'élaboration d'un projet régional de santé doit impliquer les collectivités territoriales, les acteurs et les usagers de la santé. L'ARS a donc organisé, à la fin de 2010, quatre débats publics sur l'état sanitaire de la région sur des thèmes comme « périnatalité et petite enfance » ou « maladies chroniques et risques sanitaires ». « Les échanges ont permis à chacun de s'exprimer, ce dont je ne peux que me réjouir » constate **Danièle Quantinet,** présidente du CISS.



### QUELLES PRIORITES DE SANTE POUR L'ALSACE ?

« Dessinez le paysage de votre santé »



— du 25 janvier au 20 février 2011

— l'Agence régionale de santé recueille vos attentes sur les priorités de santé pour la région

— rendez-vous sur le site [www.projet-sante-alsace.fr](http://www.projet-sante-alsace.fr)



# LE PILOTAGE ET L'ANIMATION NATIONALE DES ARS



## LE CONSEIL NATIONAL DE PILOTAGE DES ARS (CNP)

À l'image de l'ARS, qualifiée de « maison commune », le Conseil national de pilotage (CNP) réunit autour d'une même table l'ensemble des autorités responsables des services issus de l'État et de l'Assurance maladie. Le CNP s'est réuni pour la première fois le 27 juillet 2009.

**Instance de débat, de réflexion et de décision**, le CNP peut se réunir suivant deux configurations. Il est en effet présidé soit par les ministres chargés de la Santé, de l'Assurance maladie, des Personnes âgées et des Personnes handicapées, soit par la Secrétaire générale des ministères sociaux.

La loi HPST et le décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS précisent les missions du CNP. Celui-ci adresse des orientations et des directives aux ARS pour la mise en œuvre des politiques de santé. Il 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 tous les financements et leur répartition, afin de veiller au respect de l'objectif de réduction des inégalités précisé par la loi. Enfin, le CNP conduit le pilotage et l'animation du réseau des ARS.

Pour mettre en œuvre ces missions, **le CNP est assisté d'un secrétariat, placé sous l'autorité de la Secrétaire générale**. Le secrétariat est notamment en charge de l'organisation des réunions des instances de gouvernance des ARS, du suivi des instructions adressées aux agences, de la mise en cohérence des politiques menées par les ARS, ainsi que du pilotage et de l'animation du réseau des ARS.

### COMPOSITION DU CNP (décret du 8 juillet 2010)

**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**

**Le Secrétaire général des ministères sociaux (SGMAS) et son adjoint**

**Les directeurs DGS (et adjoint), DSS, DGOS, DGCS, DREES, DAFJS, DRH**

**Le directeur du Budget**

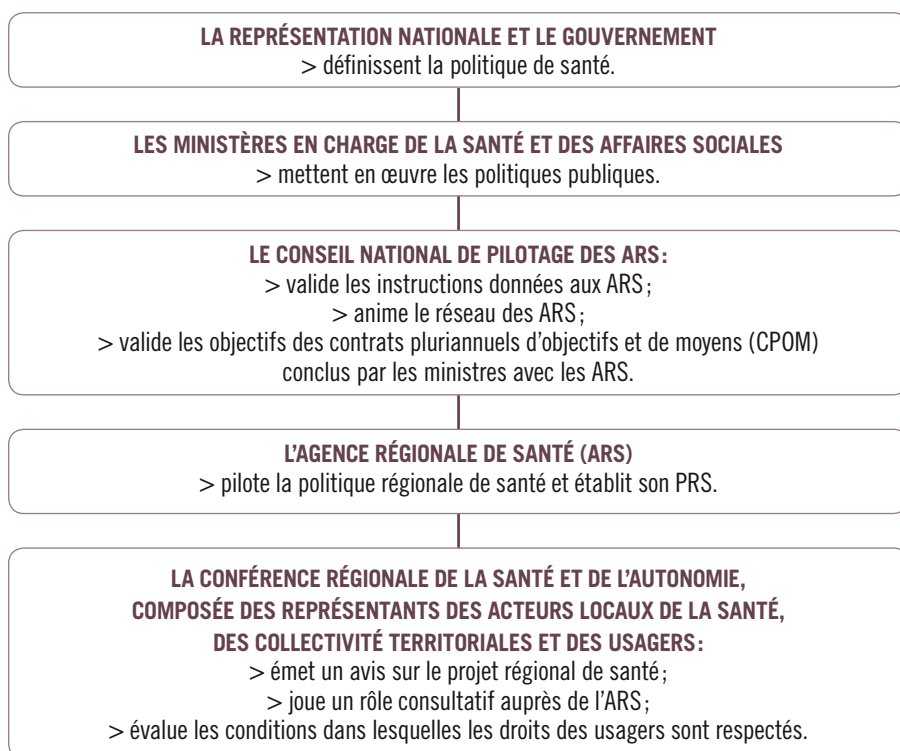
**Le chef de l'IGAS**

**Les directeurs CNAMTS, RSI, MSA**

**Le directeur de la CNSA**

**En l'absence des ministres, le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales préside le CNP**

### LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ EN FRANCE



Les travaux du CNP sont préparés par les instances suivantes :

- le **comité permanent (COPER-ARS)**, réunit les représentants des membres du CNP deux fois par mois. Il prépare le programme de travail du CNP, suit le fonctionnement des ARS et contribue au dialogue de performance avec les agences ;

- le **comité SI ARS**, présidé par la Secrétaire générale, a entre autres pour missions de piloter la réalisation du schéma directeur des systèmes d'information et d'élaborer le budget annuel des systèmes d'information (SI) des ARS ;
- des **comités de pilotage métiers** (performance hospitalière, ambulatoire, gestion du risque) et la **commission**

**communication** suivent les projets prioritaires et font remonter, le cas échéant, des arbitrages au CNP ;

- le **comité des risques financiers** suit, pour le CNP, les établissements de santé dont la situation financière est la plus exposée.

Par ailleurs, la **commission nationale de concertation**, présidée par les ministres, échange avec les organisations syndicales représentatives des personnels des ARS notamment sur les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi dans les ARS. Elle émet également des avis à destination du CNP.



Le conseil national de pilotage (CNP) des ARS réunit autour d'une même table l'ensemble des autorités responsables des services issus des services de l'État et de l'Assurance maladie.

## LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

► Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est le cadre liant les ARS et le niveau national. Révisable chaque année, le CPOM est conclu pour une durée de quatre ans. Il **constitue une feuille de route**, définissant ce que le ministère attend d'une ARS. Définis au niveau national, les objectifs de santé publique sont identiques partout en France, à l'image de ceux relatifs à la lutte contre le cancer ou l'obésité. Ils doivent néanmoins s'adapter, dans chaque région, aux réalités des territoires. Le CPOM permet cette adaptation aux différents contextes.

Aussi la démarche d'élaboration du CPOM a-t-elle associé les directions et caisses

nationales, ainsi que d'autres acteurs de la santé tels l'Institut de Veille sanitaire (InVS), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ou le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Après l'adoption par le CNP, le 17 mars 2010, d'un **projet de CPOM type**, une première phase, d'avril à septembre 2010, a été consacrée au dialogue technique entre les ARS et les directions et caisses nationales, afin de définir des cibles et des plans d'action pour chacun des indicateurs. Une deuxième phase, d'octobre à décembre 2010, a été consacrée au dialogue stratégique entre les ARS et les membres du CNP sur le diagnostic de l'état

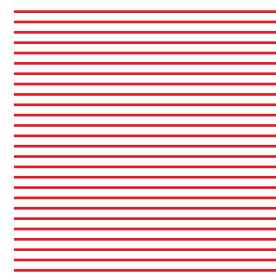
de santé, l'organisation de l'agence, le bilan à six mois et les orientations stratégiques et les priorités 2011 pour chaque région.

**À l'issue de ce dialogue, les CPOM des agences ont été validés par le CNP du 14 janvier 2011 et signés le 8 février 2011** par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale et chaque directeur général d'ARS.

PRIORITÉS NATIONALES	OBJECTIFS*	N°	INDICATEURS DE RÉSULTAT
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé	Réduire la mortalité prématurée évitable	1.1	Taux de mortalité prématurée évitable, dont taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge**
		1.2	
	Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies	2.1	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle
		2.2	
		2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
	Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires	2.4	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
		3.1	% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année
3.2	% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité		
Promouvoir l'égalité devant la santé	Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé	4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale
		4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP
		4.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans
		4.4	Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)
		4.5	Écarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)
Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient	Améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services médico-sociaux	5.1	% d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)
		5.2	% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe
		5.3	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque
	Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins	6.1	Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée
		6.2	Taux de places installées/places financées en ESMS par public
		6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale
		6.4	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
		6.5	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés
		6.6	Nombre de journées de HAD / 10 000 hab.
	Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire	6.7	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé)
		7.1	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS
	7.2	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)	
	Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé	8.1	Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé
		8.2	Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours
		8.3	Taux d'établissements publics dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008
8.4		Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6	
Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées	9.1	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional	
	9.2	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)	

\* Les objectifs figurant dans ce tableau constituent le socle national qui s'impose à toutes les ARS. Les objectifs spécifiques à chaque région seront ajoutés en tant que tels dans les lignes prévues à cet effet.

\*\* Dans tout le tableau, il s'agit des taux standardisés.





# LE PILOTAGE ET L'ANIMATION NATIONALE DES ARS

## L'ANIMATION DU RÉSEAU DES ARS

► 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. En matière d'animation du réseau, le secrétariat du CNP joue un rôle pivot. Il s'agit non seulement d'assurer le lien entre le niveau national et les agences régionales, mais aussi de faire dialoguer entre elles les ARS, afin de pouvoir mutualiser les bonnes pratiques. Tous les mois, l'ensemble des directeurs généraux d'ARS sont réunis pendant une journée et demie pour un temps d'échange avec la Secrétaire générale et les directions et caisses nationales, lors des **séminaires des DG ARS**.

**D'autres événements sont organisés pour animer le réseau des ARS**, parmi lesquels les visites en région de la Secrétaire générale, les ateliers interrégionaux PRS, le « club VSS » (veille et sécurité sanitaires), les séminaires mensuels des DRH des



Séminaire des DG ARS

agences, les réunions des directeurs de la communication des agences, les réunions des référents SI.

Des ateliers sur les thèmes des soins de premier recours, de l'animation territoriale et

de la performance hospitalière ont également été organisés dans plusieurs régions. Ils ont permis la diffusion d'outils méthodologiques et l'échange de bonnes pratiques.



Lettre d'information du réseau ARS

De gauche à droite : Danielle Toupillier (Directrice générale du Centre national de gestion – CNG – des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière), Emmanuelle Wargon (Secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales), Gilles de Lacaussade (chef de mission auprès du SCNP instances et accompagnement régional), Nicolas Grivel (chef de mission auprès du SCNP appui, ressources, stratégie des ARS).

# 2011 2012

Après une première année principalement consacrée à leur mise en place, à la constitution de leurs équipes et au lancement de leurs projets prioritaires, les ARS engagent une phase déterminante de leur courte histoire. Déterminante pour leur ancrage durable dans le paysage renouvelé des politiques de santé. Déterminante aussi pour la définition de leur stratégie régionale de santé qui guidera, durant plusieurs années, leurs interventions et les évolutions structurelles des acteurs de santé de leur région. Clé de voûte de cet édifice, le projet régional de santé, dans ses différentes composantes, imprimera la marque donnée par les ARS à l'ensemble de la politique régionale de santé, conçue pour la première fois de manière transversale et cohérente : à la fois les soins et la prévention, le sanitaire et le médico-social, l'hospitalier et l'ambulatoire. Chacune de ces segmentations antérieures, chacune de ces césures dans le parcours de santé des individus, est appelée à être revisitée et repensée par les ARS et leurs partenaires, à l'échelle de la région, du territoire de santé et du bassin de vie. Il s'agit d'un défi de taille. Il exigera des réponses qui ne pourront être que progressives. Il impliquera sans doute de donner petit à petit des marges d'action et de souplesse croissantes pour les ARS. Mais il constitue assurément la raison d'être de la réforme issue de la loi HPST, dont les ARS sont et seront les chevilles ouvrières.

Dans le cadre de cette stratégie régionale de santé redéfinie, les ARS seront jugées à l'aune de leur réussite sur des enjeux majeurs, dont notamment :

- 1 leur action en faveur de l'adaptation continue de l'offre de santé (prévention, hôpital, ambulatoire, médico-social), aux besoins régionaux et à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales ;
- 2 leur capacité à inscrire leur rôle de régulation dans une logique de performance, alliant efficacité, qualité et soutenabilité financière du système de santé ;
- 3 la plus-value qu'elles apporteront en exerçant ce rôle de pilotage et de régulation à l'échelon régional : déploiement d'une réelle stratégie territoriale, inscription de leur action dans une logique de démocratie sanitaire associant les acteurs de terrain, prise en compte des spécificités et difficultés particulières de leurs territoires régionaux.

**1** L'action des ARS en faveur de l'adaptation de l'offre de santé déclinera naturellement les priorités définies au sein du projet régional de santé et, en son sein, des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), de l'organisation médico-sociale (SROMS) et de la prévention (SRP). La lutte contre les inégalités sociales et territoriales constitue à cet égard un fil rouge de l'action des ARS.

Parmi les chantiers prioritaires conduits par les agences en 2011-2012, l'adaptation des soins de premier recours constituera un levier important. Mise en place d'une plate-forme régionale d'appui aux professionnels de santé, organisation de la permanence des soins ambulatoire, appui au déploiement des différentes formes d'exercice coordonné des soins, notamment au travers des maisons de santé pluri professionnelle... : l'ensemble de ces interventions, nouvelles ou renouvelées, permettront à l'ARS de redéfinir les contours de l'accès à la santé sur ses territoires.

L'évolution des offres hospitalière et médico-sociale devra veiller à la complémentarité entre ces deux secteurs et à la continuité – en leur sein – entre les différentes formes de prises en charge, en établissement ou à domicile. Les enjeux liés à la dépendance et au handicap traversent à cet égard les frontières traditionnelles entre le sanitaire et le médico-social.

Le développement de la télémédecine, qui fera l'objet d'un programme régional spécifique, constitue également un enjeu nouveau.

Enfin, l'accès à la santé, entendue au sens large et incluant la prévention, est un enjeu fort d'adaptation des services offerts aux personnes les plus en difficulté.

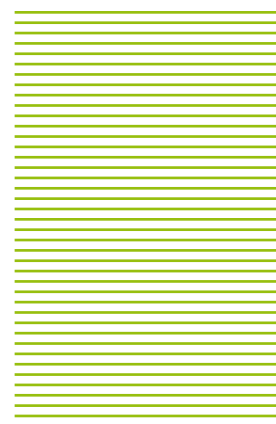
**2** L'action des ARS s'inscrit par ailleurs au croisement des enjeux de qualité et d'efficacité du système de santé, pour atteindre des soins plus performants tout en maîtrisant les dépenses.

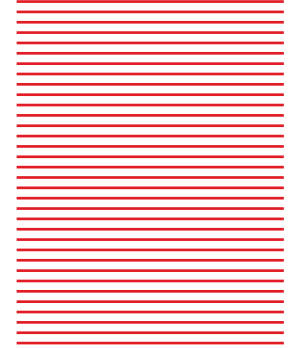
À cet égard, les ARS devront développer avec leurs partenaires des organismes d'assurance maladie un programme régional de gestion du risque permettant d'adapter les pratiques dans le sens d'une efficacité accrue des services offerts, par exemple sur la question de la chirurgie ambulatoire ou celle des transports sanitaires. Elles auront également à s'engager dans des projets de performance des établissements de santé et médico-sociaux, visant à améliorer leur efficacité en maîtrisant leurs coûts.

**3** Enfin, l'enjeu territorial est également crucial pour les ARS. Leur ancrage régional doit leur permettre d'arrêter des choix prenant en compte les spécificités de leurs territoires et les priorités des acteurs régionaux s'exprimant dans le cadre des différents espaces de démocratie sanitaire, notamment la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire. Leur projection territoriale, au plus proche des offreurs de santé et des usagers, constitue une exigence essentielle, qui s'exprimera à l'échelle du territoire de santé, mais aussi au niveau local, par exemple dans le cadre des contrats locaux de santé. Cet ancrage territorial des ARS est une force pour faire face aux défis de la veille et de la sécurité sanitaires.

# GLOSSAIRE

<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	<b>COREVIH</b>	Coordination régionale de lutte contre le VIH
<b>AGRUM</b>	Action du groupe de recherche ultramarine	<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux	<b>CPER</b>	Contrat pluriannuel État-Région
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>AP-HM</b>	Assistance publique-hôpitaux de Marseille	<b>GRAM</b>	Caisse régionale d'assurance maladie
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation	<b>CROSMS</b>	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé	<b>CRSA</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral	<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CCMU</b>	Classification clinique des malades des urgences	<b>CUS</b>	Communauté urbaine de Strasbourg
<b>CH</b>	Centre hospitalier	<b>CVAGS</b>	Cellule de veille, d'alerte et gestion sanitaire
<b>CHITS</b>	Centre hospitalier Intercommunal de Toulon-la Seyne sur Mer	<b>DAFJS</b>	Direction des affaires financières, juridiques et des services
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional	<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>CHRU</b>	Centre hospitalier régional universitaire	<b>DG ARS</b>	Directeur général de l'agence régionale de santé
<b>CHT</b>	Communauté Hospitalière de Territoire	<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire	<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>CIRE</b>	Cellule interrégionale d'épidémiologie	<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>CISS</b>	Collectif interassociatif sur la santé	<b>DOM</b>	Département d'outre-mer
<b>CLASMO</b>	Cellule locale d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux	<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer	<b>DREAL</b>	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
<b>CLS</b>	Contrat local de santé	<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement	<b>DRH</b>	Direction des ressources humaines
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	<b>DRSM</b>	Direction régionale du service médical
<b>CNG</b>	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière	<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>CNP</b>	Conseil national de pilotage des agences régionales de santé	<b>DT</b>	Délégué territorial
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>COPER-ARS</b>	Comité permanent des agences régionales de santé	<b>EID</b>	Entente interdépartementale pour la démoustication
		<b>ESMS</b>	Établissements sociaux et médico-sociaux





<b>ETP</b>	Équivalent temps plein	<b>PRIAC</b>	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<b>FÉMASAC</b>	Fédération des maisons de santé comtoises	<b>PRISME</b>	Programme de lutte contre le risque médicamenteux
<b>FIQCS</b>	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire	<b>PRSE</b>	Plan régional santé environnement
<b>GDR</b>	Gestion du risque	<b>PRSP</b>	Pôle de santé pluridisciplinaire
<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique	<b>PSRS</b>	Plan stratégique régional de santé
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile	<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé	<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale urgente
<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la santé publique	<b>SCNP</b>	Secrétariat du conseil national de pilotage des ARS
<b>HPST (loi)</b>	Hôpital, patients, santé, territoires	<b>SEGA</b>	Surveillance épidémiologique et gestion des alertes
<b>ICALIAM</b>	Indicateur de mesure des améliorations dans le processus de prise en charge médicamenteuse	<b>SGMAS</b>	Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales
<b>ICR</b>	Indice de coût relatif	<b>SI-ARS</b>	Systèmes d'information des ARS
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales	<b>SMUR</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	<b>SNIIRAM</b>	Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie et obstétrique	<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>MILDT</b>	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies	<b>SRP</b>	Schéma régional de prévention
<b>MRS</b>	Mission régionale de santé	<b>TED</b>	Trouble envahissant du développement
<b>MSA</b>	Mutualité sociale agricole	<b>UHR</b>	Unité d'hébergement renforcée
<b>MSP</b>	Maison de santé pluri-professionnelles	<b>URCAM</b>	Union régionale des caisses d'assurance maladie
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé	<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé
<b>ONDAM</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie	<b>URVN</b>	Union Régionale Vie et Nature
<b>OVE</b>	accompagner et servir la personne	<b>VAGUSAN</b>	Dispositif de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires
<b>PASA</b>	Pôle d'activités et des soins adaptés	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>PDSA</b>	Permanence des soins ambulatoire	<b>VSS</b>	Dispositif de veille et de sécurité sanitaires
<b>PDSSES</b>	Permanence des soins en établissement de santé	<b>ZEP</b>	Zone d'éducation prioritaire
<b>PPRGDR</b>	Programme pluriannuel régional de gestion du risque		
<b>PRAPS</b>	Plan régional d'accès à la prévention et aux soins		

# SIÈGES DES ARS EN RÉGIONS

- Alsace** ■ Cité Administrative Gaujot  
14 rue du Maréchal Juin  
67084 Strasbourg  
ars-alsace-direction@ars.sante.fr
- Aquitaine** ■ Espace Rodesse  
103 bis rue Belleville  
CS 91704  
33063 Bordeaux CEDEX  
ars-aquitaine-direction-generale@ars.sante.fr
- Auvergne** ■ 60, avenue de l'Union Soviétique  
63057 Clermont-Ferrand CEDEX 1  
ars-auvergne-direction-generale@ars.sante.fr
- Basse-Normandie** ■ Espace Claude Monet  
2 place Jean Nouzille  
CS 55035  
14050 Caen CEDEX 4  
ars-bnormandie-direction-generale@ars.sante.fr
- Bourgogne** ■ Le Diapason  
2 place des Savoirs CS 73535  
21035 Dijon CEDEX  
ars-bourgogne-direction-generale@ars.sante.fr
- Bretagne** ■ Immeuble Hermès – 6 place des Colombes  
CS 14253  
35042 Rennes CEDEX  
ars-bretagne-dg@ars.sante.fr
- Centre** ■ Cité Coligny  
131 rue du faubourg Bannier  
BP 74409  
45044 Orléans CEDEX 1  
ars-centre-direction-generale@ars.sante.fr
- Champagne-Ardenne** ■ 2 rue Dom Pérignon  
Complexe tertiaire du Mont Bernard  
CS 40513  
51007 Châlons en Champagne  
ars-ca-communication@ars.sante.fr
- Corse** ■ Quartier Saint Joseph  
CS 13 003  
20700 Ajaccio CEDEX 9  
ars-corse-direction-generale@ars.sante.fr
- Franche-Comté** ■ La City - 3 Avenue Louise Michel  
25044 Besançon CEDEX  
ars-fc-communication@ars.sante.fr
- Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy** ■ Rue des Archives – Bisdary  
97113 Gourbeyre  
ars971-direction-generale@ars.sante.fr
- Guyane** ■ 66 avenue des Flamboyants  
Lieu-dit «Vendôme» – BP 696  
97300 Cayenne  
ars-guyane-direction-generale@ars.sante.fr
- Haute-Normandie** ■ 31 rue Malouet  
BP 2061  
76040 Rouen CEDEX  
ars-hnormandie-direction-generale@ars.sante.fr
- Ile-de-France** ■ 35, rue de la Gare  
75935 Paris CEDEX 19  
ars-idf-direction@ars.sante.fr
- Languedoc-Roussillon** ■ 26-28 Parc Club du Millénaire  
CS 30001  
34067 Montpellier CEDEX 2  
ars-lr-direction-generale@ars.sante.fr
- Limousin** ■ 24 Rue Donzelot  
CS 13108  
87031 Limoges CEDEX 1  
ars-limousin-dg@ars.sante.fr
- Lorraine** ■ Immeuble « Les Thiers » – 4 rue Piroux  
CO 80071  
54036 Nancy CEDEX  
ars-lorraine-direction-generale@ars.sante.fr
- Martinique** ■ Centre d'affaires AGORA  
Zac de l'Étang Z'abricot, Pointe des grives  
BP 656 Fort de France CEDEX 97263  
ars-martinique-directeur-general@ars.sante.fr
- Midi-Pyrénées** ■ 10 chemin du raisin  
31050 Toulouse CEDEX 09  
ars-midipy-communication@ars.sante.fr
- Nord-Pas-de-Calais** ■ 556, avenue Willy Brandt  
59777 Euralille  
ars-npdc-directeur-general@ars.sante.fr
- Océan Indien** ■ 2 bis avenue Georges Brassens  
CS 60050  
97408 Saint-Denis CEDEX 09  
ars-oi-direction-generale@ars.sante.fr
- Pays de la Loire** ■ CS 56233  
44262 Nantes CEDEX 2  
ars-pdl-direction-generale@ars.sante.fr
- Picardie** ■ 52 rue Daire  
80000 Amiens  
ars-picardie-dg@ars.sante.fr
- Poitou-Charentes** ■ 4 rue Micheline Ostermeyer  
BP 20570  
86021 Poitiers CEDEX  
ars-pch-contact@ars.sante.fr
- Provence-Alpes-Côte-d'Azur** ■ 132 bd de Paris  
13003 Marseille  
ars-paca-dg@ars.sante.fr
- Rhône-Alpes** ■ 129 rue Servient .  
69418 Lyon CEDEX 03  
ars-rhonealpes-communication@ars.sante.fr



## Remerciements

Muriel AMILHAT-GUELFY; Joseph BALTIDE; Bernard BASSET; Isabelle BATANY; Sophie BENTEGEAT; Jean-Marc BETEMPS; Valérie BOURGEOIS; Sandra CAYET; Ségolène CHATELIN; Véronique CHENAIL; Caroline COURAULT; Béatrice DEGRUGILLERS; Catherine DESSEIN; Patricia DIETRICH; Laurence DOMINGE; Jérôme DUPONT; Agnès GIFFARD; Delphine GNECCHI; Nicolas GRIVEL; Stéphane GROSSIER; Cécilia HAAS; Alice HASSOUNE DE MAXIMY; Hélène HELFENSTEIN; Séverine HUGUET; Marie-Anne JACQUET; Huguette JULIE; Amah KOUEVI; Gilles de LACAUSSE; Valérie LAGIER; Hélène LANDEAU; Annie LE GUEVEL; Martine LE QUELLEC-NATHAN; Marie-Hélène LECENNE; Claire LE PRIVE; Caroline LHOÏTE; Valérie LUTTENBACHER; Béatrice MAGI; Mylène MARTHELY; Sophie MAURICE; Olivier OBRECHT; Sébastien PAGEAU; Olivier PAILHOUX; Thierry PAUX; Nicolas PEJU; Pascal POETTE; Perrine RAMÉ-MATHIEU; Marie REAUX; Patricia RENAUDIN; Marion RIBOU; Axel de SAINT JUST; Séverine SALGADO; Rémy SAVANNE; Magali SCHWEITZER; Véronique SEGUY; Corinne VACHET; Hélène VASSEUR.



