



● Agence Régionale de Santé  
Normandie

ARS de **Basse-Normandie** & ARS de **Haute-Normandie**



Rapport d'activité | 2015



# ÉDITO



Un seul rapport d'activité pour nos deux ARS – l'ARS de Basse-Normandie et l'ARS de Haute-Normandie – c'est un choix que nous avons spontanément fait pour présenter les actions menées au cours de cette année 2015, consacrée notamment à la préparation de la création de l'ARS de Normandie au 1<sup>er</sup> janvier 2016 !

En effet, au moment de formaliser le bilan des actions menées en 2015 par les équipes des deux ARS, il nous a semblé artificiel de produire deux rapports séparés alors que les équipes avaient préparé la convergence de nos fonctionnements au cours de cette année et que nous fonctionnons en mode "normand" depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Ce travail a donc constitué un pas de plus pour confirmer l'existence d'une politique régionale de santé normande !

À travers les pages qui suivent, vous pourrez découvrir que les actions menées en 2015 par les deux ARS sont en de très nombreux points similaires.

Ainsi, le rapport présente un certain nombre d'éléments où le bilan des deux ARS est comparable en termes d'objectifs, de plans d'actions et d'indicateurs de suivi.

Nous avons souhaité compléter la présentation de nos actions par la mise en exergue d'expériences, d'initiatives ou de dossiers particulièrement illustratifs des actions conduites au cours de l'année écoulée dans chacun des territoires ! Plusieurs de ces initiatives ont vocation à faire l'objet d'une "régionalisation" sur l'ensemble du territoire normand dès 2016 ou dans les années à venir.

La fusion des deux Agences a constitué un défi important pour l'ensemble des équipes qui se sont investies pour construire une agence nouvelle tirant profit des expériences menées sur nos territoires entre 2010 et 2015 pour faire émerger une organisation différente sur un territoire plus vaste.

Je tiens particulièrement à les remercier pour leur engagement au cours de cette année difficile où elles seront parvenues à mener de front les projets en cours au sein de chaque région et poursuivre le travail engagé et accompli avec l'ensemble de nos partenaires tout en élaborant les organisations régionales nouvelles. Au-delà du défi de réaliser la fusion entre deux ARS en un temps aussi court, cinq années seulement après la création de celles-ci en 2010, nous essayons au quotidien de faire de nos différences un atout, de nos complémentarités une force. La création de la nouvelle ARS au 1<sup>er</sup> janvier a été un succès. Il reste à présent à le consolider et à faire vivre nos nouveaux modes de fonctionnement dans la durée.

Maintenant en place, l'ARS de Normandie aura en 2016 pour objectif d'engager la formalisation d'une politique régionale de santé normande à travers le lancement des travaux d'élaboration du futur projet régional de santé. Nous comptons sur vous pour nous aider à concevoir, bâtir et mettre en œuvre un projet 2018-2023 ambitieux dans ses objectifs - améliorer l'état de santé de nos populations et réduire les inégalités de santé -, clair dans ses priorités - contribuant ainsi à faciliter la mobilisation de nos partenaires - et concret dans ses projets de mise en place de parcours de santé.

Bonne lecture.

Monique RICHES,  
Directrice générale



# SOMMAIRE

1

## LA SANTÉ DES BAS ET DES HAUT-NORMANDS

p09 1 Les missions de l'Agence régionale de santé

p09 2 Les problématiques de santé en région

2

## ASSURER LES CONDITIONS D'UNE SANTÉ PRÉSERVÉE POUR LA POPULATION

p12 1 Assurer la sécurité sanitaire

p16 2 Protéger le cadre de vie

p22 3 Soutenir les actions de prévention et de dépistage pour préserver la bonne santé

3

## ADAPTER L'OFFRE AUX BESOINS DES TERRITOIRES

p30 1 Contribuer à l'implantation et à l'organisation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans les territoires

p33 2 Transformer l'offre hospitalière : efficacité, coopérations et nouvelles formes de prise en charge

p42 3 Offrir un accompagnement au long cours pour favoriser l'autonomie des personnes âgées et handicapées

4

## PROMOUVOIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

p52 1 Améliorer la qualité

p56 2 Assurer le respect des normes et de la réglementation en faveur du public

p58 3 Évaluer les prestations mises en œuvre

p58 4 Maîtriser les procédures relatives aux soins psychiatriques sans consentement

5

## PRIVILÉGIER UNE APPROCHE PARTENARIALE ET DÉMOCRATIQUE

p62 1 Développer les contrats locaux de santé

p64 2 Faire vivre la démocratie sanitaire

6

## SE DONNER LES MOYENS D'AGIR

p68 1 La gouvernance de l'ARS

p69 2 L'organigramme

p71 3 Les ressources humaines

p73 4 Le budget

p75 5 Le dialogue social

7

## PRÉPARER LA CRÉATION DE L'ARS DE NORMANDIE

# LA SANTÉ DES BAS ET DES HAUT-NORMANDS



1

p09 1 L'Agence régionale de santé

p09 2 Les problématiques de santé en région



3 327 435 HABITANTS de la Normandie

Basse-Normandie | Haute-Normandie  
1 477 783 | 1 849 652



Basse-Normandie  
25 216

Haute-Normandie  
25 889

51 105  
PROFESSIONNELS DE SANTÉ  
SALARIÉS de la Normandie  
en établissements de santé

Basse-Normandie  
6 666

Haute-Normandie  
7 573

14 239  
PROFESSIONNELS  
AYANT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE  
en Normandie

124 Basse-Normandie  
66 Haute-Normandie

Services de soins infirmiers  
à domicile en Normandie  
offrant

6 352 Basse-Normandie  
3 095 Haute-Normandie  
PLACES

12 477 Basse-Normandie  
6 030 Haute-Normandie  
LITS ET PLACES  
en Normandie

421 établissements normands pour  
PERSONNES HANDICAPÉES offrant

Basse-Normandie | Haute-Normandie  
183 | 238

15 306 Basse-Normandie  
6 793 Haute-Normandie  
PLACES  
en Normandie

384 établissements normands pour  
PERSONNES ÂGÉES offrant

Basse-Normandie | Haute-Normandie  
229 | 155

33 264 Basse-Normandie  
17 565 Haute-Normandie  
LITS  
en Normandie

## 1 L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

### SES MISSIONS :

- le pilotage de la santé publique au niveau régional ;
- la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social afin :
  - d'améliorer la santé de la population ;
  - d'accroître l'efficacité du système de santé.

### SES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION :

- la prévention et la promotion de la santé ;
- la veille et la sécurité sanitaires ;
- l'organisation de l'offre de soins pour le secteur soins de ville, les établissements de santé (hôpitaux et cliniques), les structures médico-sociales (structures d'accueil de personnes âgées ou handicapées, etc.) ou intervenants à domicile.

## 2 LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ EN RÉGION

La Normandie s'éloigne peu de la moyenne des régions françaises en termes de caractéristiques sociodémographiques. À divers égards, notre région est comparable à l'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, la Bourgogne-Franche-Comté ou le Centre-Val de Loire. Si la densité y est légèrement supérieure, la progression annuelle est deux fois moindre, en partie par un solde naturel plus faible, mais aussi un solde migratoire négatif. Des caractéristiques à mettre en parallèle avec une population vieillissante, dans une région d'accueil de retraités, mais avec des jeunes qui la quittent. La part d'ouvriers dans la population ayant un emploi y est légèrement supérieure. Le taux des 75 ans et plus, vivant seuls à domicile est dans les plus élevés de la métropole.

En revanche, la Normandie fait partie des régions les moins dotées en offre de soins de proximité, libéraux. Les densités de médecins spécialistes, de médecine générale, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes sont inférieures à la moyenne constatée en France métropolitaine. Il en est de même pour les gynécologues-obstétriciens et dans une moindre mesure pour les ophtalmologues.

Bien que les indicateurs de mortalité soient généralement supérieurs aux valeurs moyennes, y compris pour la mortalité

prématurée (avant 65 ans), ils s'en détachent de peu au regard des autres régions. On notera cependant des taux élevés concernant les maladies psychiques ainsi que les maladies hypertensives. Plus particulièrement concernant les femmes de moins de 65 ans et les hommes de 65 ans ou plus. La mortalité par suicide est aussi une cause plus fréquente que sur l'Hexagone. C'est aussi le cas concernant la mortalité à la suite de maladies liées à la consommation d'alcool.

Le diabète de type 2 chez les plus de 65 ans, les cardiopathies ischémiques chez les hommes, les maladies vasculaires cérébrales chez les femmes sont la raison de taux d'Affection longue durée (ALD) plus élevés que sur l'ensemble du territoire. En revanche, le diabète de type 1, le cancer du sein chez les moins de 65 ans et la maladie d'Alzheimer chez les plus de 65 ans, semblent, au vu du taux d'admission en ALD, épargner les normands.



# ASSURER LES CONDITIONS D'UNE SANTÉ PRÉSERVÉE POUR LA POPULATION



# 2

- p12 1 Assurer la sécurité sanitaire
- p16 2 Protéger le cadre de vie
- p22 3 Soutenir les actions de prévention et de dépistage pour préserver la bonne santé



## ASSURER LA SÉCURITÉ SANITAIRE

La mission de veille sanitaire est assurée au sein de l'ARS de Normandie par la Direction de la santé publique appuyée par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) de l'Institut de veille sanitaire en région (InVS).

L'ARS s'appuie sur un réseau de partenaires qui signalent les situations préoccupantes pour la santé publique et participent à la mise en œuvre des actions auprès des populations ; il s'agit des professionnels des services de la santé scolaire et de la protection maternelle et infantile, des médecins du travail, des médecins, biologistes et infirmiers exerçant à l'hôpital ou à titre libéral.

Tout événement préoccupant peut être signalé à l'ARS par les professionnels de santé.

Le rôle du Pôle veille et sécurité sanitaires est :

- la réception ;
- l'évaluation ;
- la gestion

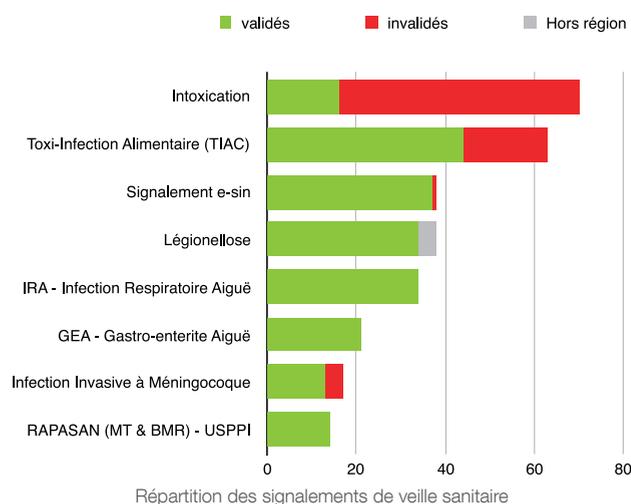
...de tout évènement susceptible de porter atteinte à la santé publique.



## EN HAUTE-NORMANDIE

## LES SIGNALEMENTS DE VEILLE SANITAIRE

Le temps de gestion moyen d'un signal de veille sanitaire est de 39 jours (mini 1 / maxi 291 jours) pour les signaux gérés en intégralité sur l'année 2015. Ce temps de gestion est dû à la spécificité du travail interdisciplinaire. En effet, l'attente de résultats environnementaux, biologiques, l'élaboration de note de synthèse multi-pôles (santé-environnement, veille et sécurité sanitaires, CIRE) est prise en compte dans le temps de gestion.



554

Nombre de signaux réceptionnés

315

Maladies à déclaration obligatoires déclarées

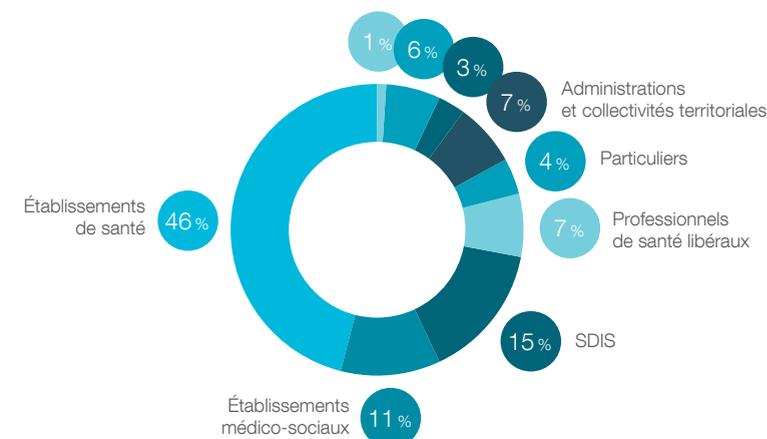
9

Suspicion Ebola (100% invalidées)

6

Suspicion Mers CoV (Coronavirus du syndrome respiratoire de Moyen-Orient) (100% invalidées)

Si on considère les signaux nécessitant une gestion approfondie, la répartition des déclarants pour l'année 2015 est la suivante :



## LE LIEN AVEC LES PARTENAIRES

Au cours de l'année 2015, des formations ont été dispensées dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sur la commune du Havre (2), de Saint-Étienne-du-Rouvray (2) ainsi que dans l'école de sage-femme du CHU de Rouen (1).

Le 17 décembre 2015, l'ensemble des Centres de lutte antituberculeuse se sont réunis à l'ARS avec les Pôles veille et sécurité sanitaires et prévention et promotion de la santé, pour échanger et travailler ensemble sur les orientations de 2016.



## EN HAUTE-NORMANDIE

## LA COMMUNICATION "MÉDIAS" ET PRÉSENTATION AUX ÉTUDIANTS OU PROFESSIONNELS

À la demande des directrices de formation, les infirmières de l'équipe de veille sanitaire sont intervenues sur la thématique "MDO (Maladie à déclaration obligatoire) et signalement en veille sanitaire" lors de formations des étudiants infirmiers :

- l'IFSI de Lisieux (2 heures, une quarantaine d'étudiants) ;
- l'IFSI de Caen (2 heures, une centaine d'étudiants).

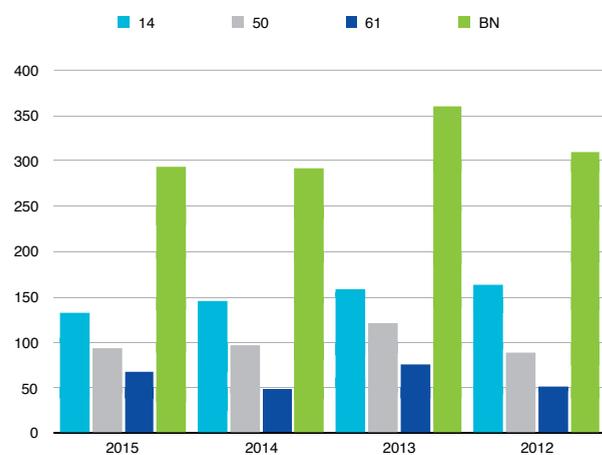
## LA MOBILISATION MERS COV

En juin 2015 a eu lieu une conférence téléphonique nationale qui a permis de mettre à jour les protocoles ARS Veille et Sécurité Sanitaires (VSS) Mers Cov en lien avec la CIRE Normandie. Un travail avec le CHU de Caen en juillet 2015 a abouti à la mise à jour du protocole d'admission d'un patient suspect de Mers Cov et de prise en charge de ce patient (prélèvement, analyse et prise en charge médicale). En septembre 2015, une nouvelle conférence téléphonique entre le Pôle VSS et le SAMU des trois départements a été organisée.

Une fois le dispositif organisé, des messages d'informations vers les établissements sanitaires et SAMU (Service d'aide médicale urgente), SOS médecins, URML (Union régionale des médecins libéraux) ont été réalisés.



## LES SIGNALEMENTS DE VEILLE SANITAIRE



## Les signalements des incidents de radiothérapie en établissements sanitaires

En 2015, 3 signalements d'incidents de radiothérapie ont été effectués par les établissements (1 par Centre hospitalier public du Cotentin (CHPC) à Cherbourg-Octeville, 1 par le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) François Baclesse à Caen, 1 par la polyclinique de la Baie à Avranches).

L'ASN (Agence de sûreté nucléaire) précise qu'ils réalisent une à deux inspections par an (un établissement est inspecté tous les deux ans environ).

En 2015, l'ASN a inspecté le centre Maurice Tubiana à Caen et la polyclinique de la Baie à Avranches.

## Les signalements en radiologie conventionnelle

Le point de situation annuel avec l'ASN a permis de faire un bilan sur des signalements en radiologie conventionnelle (examens de radiologie hors radiothérapie) : 1 signalement effectué par le CLCC François Baclesse (Caen), 1 par la polyclinique du Parc (Caen), 1 par le CHPC (Cherbourg-Octeville), 1 signalement par un cabinet dentaire.

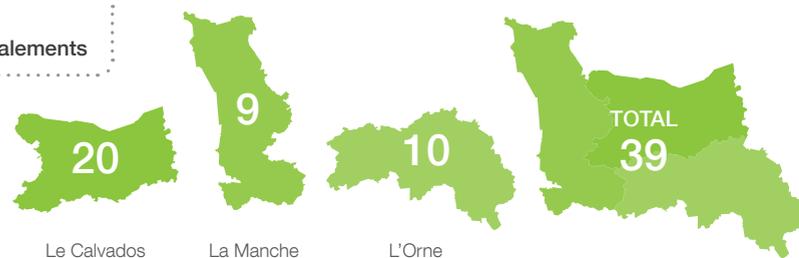
## Les infections nosocomiales

En 2015, les Pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP) et un Infirmier de santé publique (IDESP) étaient référents en lien avec le coordonnateur du département VSS.

(Les deux PHISP et l'IDESP de la DSP (Direction de la santé publique) sont co-référents afin d'assurer la suppléance en cas d'absence).

2015

Nombre de signalements



Les germes les plus rencontrés sont : Pseudomonas aeruginosa carba R, Klebsiella pneumoniae carba R, Staphylococcus aureus, ABRI carba R, Streptocoque A et Aspergillus.

Ces 39 signalements en Basse-Normandie ont concerné 138 personnes.

Le nombre de décès s'élève à 10 personnes soit 7,42 %.

## LES ACTIVITÉS DE LA CELLULE RÉGIONALE DE DÉFENSE SANITAIRE (CRDS)

La CRDS a pour principales missions la préparation de la réponse de l'ARS aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et l'organisation de la réponse du système sanitaire aux SSE.

En 2015, sous coordination préfectorale, la CRDS a participé :

- à la mise à jour de plans préfectoraux, notamment la déclinaison départementale du plan pandémie grippale ;
- à cinq exercices préfectoraux en lien avec les directions territoriale ;
- au lancement des audits des ports et aéroports dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI).

Le travail d'organisation de l'urgence médico-psychologique, à la suite de la parution du nouveau cadre réglementaire, a été finalisé avec la rédaction des schémas type d'intervention et la signature des conventions inter-hospitalières :

- un travail de dimensionnement des capacités de vaccination dans le cadre de la rédaction du schéma régional de vaccination exceptionnelle ;
- une cartographie et synthèse des risques des sites Seveso de la région ont été réalisés.

La CRDS a participé, en appui de la Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), à la gestion de sept situations sanitaires exceptionnelles.

## ÉVACUATION D'UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) À LA SUITE D'UNE FUITE DE GAZ

La gestion de cet événement a nécessité la mise en place d'une Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) avec la mobilisation du Pôle VSS, de la DOSA (Direction de l'offre de soins et de l'autonomie), de la DT14 (Direction territoriale du Calvados) et d'une personne sur site. Les actions menées en lien avec la direction de l'établissement et la préfecture ont été les suivantes : suivi de la mobilisation des établissements de santé de repli pour l'accueil des résidents, mobilisation des transporteurs sanitaires et suivi du dispositif de retour. Au total 121 résidents ont été évacués.



## PROTÉGER LE CADRE DE VIE

La santé environnementale est une composante de la politique de santé publique. C'est une démarche globale de protection et de promotion de la santé de la population actuelle et des générations futures par la préservation et l'amélioration de l'environnement. Elle est prise en compte, au sein de l'ARS, à la fois sous l'angle de la sécurité sanitaire et de la promotion de la santé et par le Pôle santé-environnement de la Direction de la santé publique (siège et unités départementales).

Le champ d'intervention de l'ARS en santé environnementale s'organise autour de trois grandes thématiques :

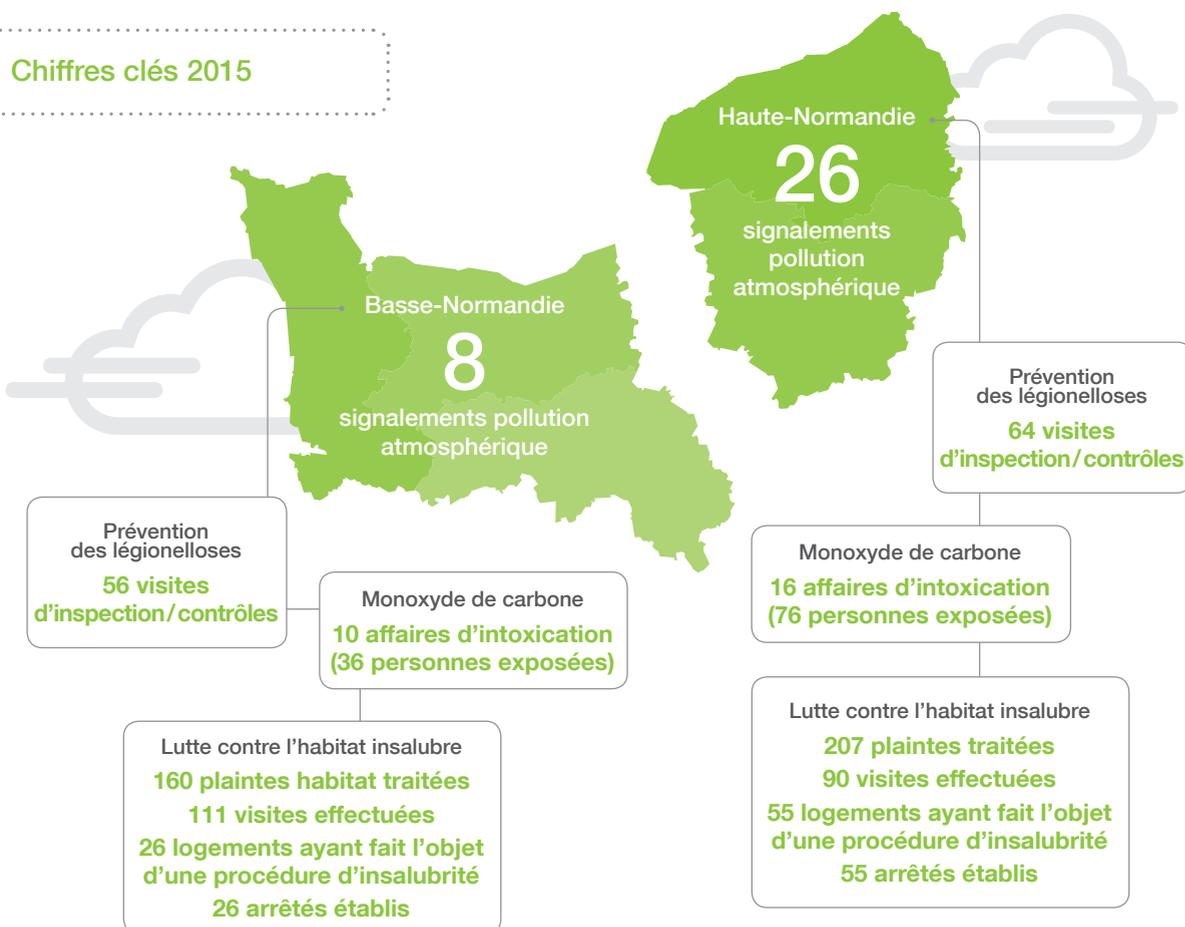
- la prévention et la gestion des risques pour la santé humaine liés à l'eau ;
- la prévention et la gestion des risques dans les espaces clos (habitat et établissements recevant du public) ;
- la prévention et la gestion des risques dans l'environnement extérieur.

Le cadre réglementaire d'intervention des ARS est défini par le Code de la santé publique (CSP) ; certaines missions sont adossées à des directives européennes.

Une partie des missions est effectuée dans le cadre des protocoles signés entre les préfets de départements et la directrice générale de l'ARS. Le Pôle santé-environnement, notamment ses unités au sein des délégations départementales, met en œuvre le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène sur le terrain au plus près des partenaires (préfectures, conseils départementaux, collectivités territoriales).

Les Plans régionaux santé-environnement 2 (PRSE 2) 2011-2015, déclinaison du deuxième Plan national santé-environnement (PNSE), se terminent. Des bilans sont en cours. Le nouveau Plan régional santé-environnement 3 sera élaboré en 2016 au niveau de la région Normandie.

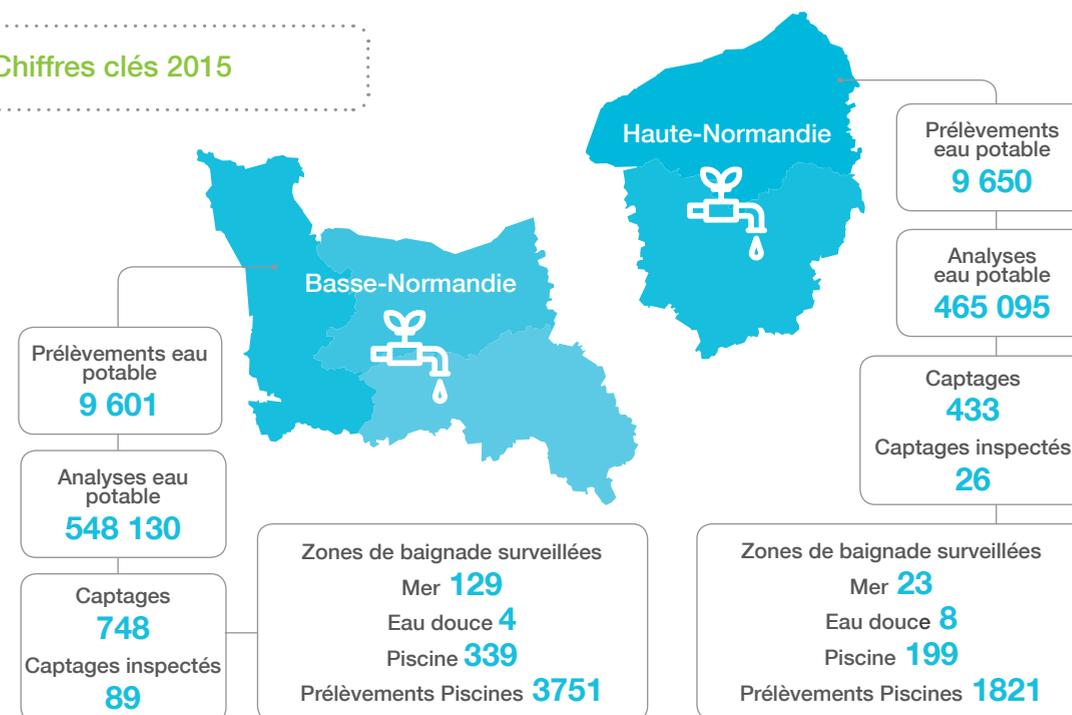
## Chiffres clés 2015



## EAUX DESTINÉES À LA CONSOMMATION HUMAINE

L'ARS définit et coordonne les programmes de contrôle sanitaire dans le domaine des eaux : contrôle des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux de loisirs (eaux de baignade et de piscine). Sur la base de cette surveillance, elle participe à l'évaluation des risques sanitaires et propose les mesures de gestion adaptées pour préserver la santé du consommateur ou du baigneur.

## Chiffres clés 2015



BASSE &amp; HAUTE-NORMANDIE

## UN BILAN EAU POTABLE NORMAND DÈS 2015

Les techniciens et ingénieurs sanitaires des ARS de Basse et Haute-Normandie se sont réunis pour réaliser dès 2015 un travail conjoint sur la qualité de l'eau en Normandie. Cette synthèse permet d'apprécier au niveau du nouveau territoire normand l'organisation de l'alimentation en eau potable des populations: ressources en eau sollicitées, dispositif de contrôle sanitaire mis en œuvre par l'ARS et qualité des eaux distribuées (qualité microbiologique, nitrates, pesticides, aluminium, dureté). Ce guide d'information sur l'eau en Normandie est utile pour conforter les acteurs de l'eau dans leurs actions.

Le bilan 2015 montre l'important dispositif sanitaire mis en place pour assurer la sécurité sanitaire dans le domaine des eaux de consommation (20 000 prélèvements pour plus d'un million de paramètres). L'eau distribuée à la population est de très bonne qualité. Les quelques unités de distribution en non-conformité du fait notamment de la présence de phytosanitaires ou de nitrates, sont en diminution régulière depuis plusieurs années. Pour les unités de distribution enregistrant des dépassements récurrents des limites de qualité, des dérogations ont été instruites (4 en Normandie) et des plans d'actions sont mis en œuvre par les collectivités pour améliorer la qualité.

Le suivi sanitaire montre que certaines ressources sont encore dégradées (teneur en nitrates élevée, présence de phytosanitaires). Les actions initiées en vue de la reconquête de la ressource doivent être confortées et poursuivies.

L'ARS participe aux actions de préservation des ressources (78,2% des captages avec Déclaration d'utilité publique (DUP)) et réalise l'inspection-contrôle annuel d'environ 10% des captages. Elle assure dans ce domaine l'information du consommateur notamment par la mise à disposition des résultats d'analyses (fiche d'informations, factures, site internet).

Il est à noter qu'en situation de gestion de crise (pollutions, déversement, accident), les unités départementales sont amenées à donner leur avis, voire à intervenir.

### Eaux de loisirs

La qualité des eaux de baignade est satisfaisante et son amélioration sur le long terme est confortée. Les efforts importants consentis par les collectivités territoriales en matière d'assainissement en constituent la principale explication. Toutefois, certains problèmes subsistent encore localement, liés essentiellement à la proximité de fleuves côtiers, aux réseaux de collecte, ou à la gestion des eaux pluviales. En raison de la mise en œuvre récente du nouveau mode de classement, plus sévère, il est nécessaire que les efforts des collectivités dans le domaine de l'assainissement soient poursuivis. Un document d'information du public sur la qualité des eaux de baignade en Normandie a été réalisé.

L'ARS accompagne techniquement la mise en œuvre des profils de baignade afin d'améliorer la qualité des eaux et de prévenir les risques sanitaires associés.

La qualité des eaux des piscines (538 établissements) est évaluée aussi bien du point de vue bactériologique qu'au niveau des teneurs en désinfectant. Plus de 5.500 prélèvements ont été réalisés en 2015 ; la bonne qualité des eaux de piscine est à souligner. Par ailleurs en liaison avec l'ordre des kinésithérapeutes, un travail (formation, état des lieux, surveillance contrôlée) a été initié visant à l'amélioration des conditions sanitaires des piscines de kinésithérapie dans la Manche et l'Orne.

### LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES RISQUES DANS L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

(impacts liés aux activités humaines, qualité de l'air extérieur, rayonnements non ionisants, déchets d'activités de soins à risques infectieux, risques auditifs, etc.)

#### Aménagement et urbanisme

L'ARS fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou toute décision impliquant une évaluation sur la santé humaine.

Il s'agit de porter à la connaissance de l'État les dossiers d'urbanisme et d'aménagement

foncier et l'instruction administrative de divers dossiers comprenant : schémas de cohérence territoriale, plans locaux d'urbanisme, dossiers loi sur l'eau, installations classées pour la protection de l'environnement, contribution de l'ARS à l'avis de l'autorité environnementale.



Urbanisme  
**388**



Installations classées  
**58**



Dossiers loi sur l'eau  
**36**



Dossiers autorité environnementale  
**90**

#### DÉMARCHE "ÉTABLISSEMENTS SENSIBLES"

L'ARS de Haute-Normandie contribue au déploiement de la démarche au plan régional permettant de mener des investigations sur la qualité des sols, de l'air et des eaux des établissements recevant des enfants et adolescents (écoles, crèches, etc.). Ces sites peuvent être possiblement pollués car ils ont été le siège d'activités industrielles ou de services "à risque" (stations-service, pressings, fonderies, etc.). Les investigations menées portent sur le recensement et la priorisation des actions à mener, sur l'information des établissements concernés, sur le suivi des dossiers et des investigations complémentaires. Deux sites ont fait l'objet d'un suivi particulier de la part de l'ARS de Haute-Normandie.



#### Qualité de l'air extérieur

En termes de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la pollution atmosphérique, l'ARS a participé à l'élaboration des procédures d'alerte et à la gestion des épisodes de pollution (notamment à l'ozone et aux particules fines) par la rédaction et la diffusion des messages sanitaires à destination des populations sensibles, vulnérables et de la population générale.

L'ARS participe à l'élaboration des actions de planification et de suivi du Plan régional pour la qualité de l'Air (PRQA) et du Schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie (SRCAE). Par ailleurs, l'ARS est membre des conseils d'administration d'AirCOM et d'Air Normand, associations agréées pour la surveillance de la qualité de l'air en Normandie. Avec l'aide de la CIRE Normandie, l'ARS participe aux évaluations de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine.



#### Gestion des risques auditifs

Dans certaines situations, l'ARS peut réaliser des mesures de bruit dans le cadre spécifique des plaintes de "bruit de voisinage" en appui technique : 20 dossiers ont été traités en 2014.

L'Agence poursuit les démarches d'information et de prévention auprès des adolescents sous la forme de concerts pédagogiques sur les deux anciennes régions. Cette action réalisée en partenariat avec les collèges et les lycées dans les deux régions a permis de sensibiliser 7 650 jeunes (53 établissements en 2015).



#### Gestion des Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

L'ARS est chargée de contrôler la conformité des filières d'élimination des DASRI afin de limiter les risques pour la santé qu'ils peuvent présenter auprès des collecteurs de déchets et du public. Trente établissements sanitaires et médico-sociaux et deux tatoueurs ont été inspectés sur cette thématique au cours de l'année 2015.

Des réseaux de collecte de ces déchets existent pour les établissements de santé, laboratoires d'analyses de biologie médicale et professionnels de santé libéraux. La mise en place d'une filière spécifique par l'éco-organisme DASTRI a été finalisée en 2015. Elle permet d'assurer la collecte de plus de 90 % du gisement estimé de piquants/coupants produits par les patients en auto soins sur l'ensemble du territoire normand (estimations DASTRI). Actuellement 870 points de collecte ont été intégrés au dispositif de collecte par DASTRI. Ce sont essentiellement des pharmacies d'officines (participation de plus de 80 % des officines au réseau DASTRI).

#### Rayonnements non ionisants

L'ARS participe à l'information des élus locaux et de la population sur la réalité des effets sanitaires des champs électromagnétiques et sur les niveaux d'exposition, en s'appuyant sur des documents de synthèse réalisés au plan national. L'inquiétude se porte en particulier sur la téléphonie mobile et ses antennes relais.

L'Agence a orienté les personnes hypersensibles aux champs électromagnétiques vers le centre régional participant à cette étude portant sur l'évaluation d'une prise en charge thérapeutique spécialisée des patients atteints du syndrome d'intolérance environnementale idiopathique, attribuée aux champs électromagnétiques.

## LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES RISQUES DANS L'ENVIRONNEMENT INTÉRIEUR

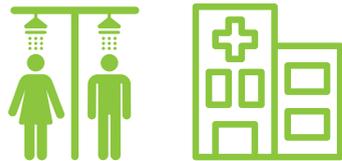
(Amiante, radon, habitat insalubre, plomb, qualité de l'air intérieur, intoxications au monoxyde de carbone, etc.)



### Amiante

L'ARS a pour mission l'information et le suivi de l'application de la réglementation amiante dans les immeubles bâtis, codifiée dans le code de la santé publique, et plus particulièrement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

L'ARS suit tout particulièrement les dossiers du CHU de Caen et du CH de Flers.



### Prévention des légionelloses

L'ARS a pour mission d'informer et suivre l'application de la réglementation sur la prévention de la prolifération des légionelles dans les installations de production et distribution d'eau chaude sanitaire collective.

En 2015, l'ARS a assuré 120 visites d'inspection / contrôle dans les établissements recevant du public.

### Monoxyde de carbone

Comme chaque année, l'ARS a relayé la campagne nationale de prévention des intoxications au monoxyde de carbone aux côtés des services préfectoraux (SIDPC) : communiqué de presse, diffusion coordonnée par messages radio au niveau Normandie (France Bleue et Tendence Ouest) entre novembre et décembre 2015. Par ailleurs, l'ARS est intervenue pour réaliser des enquêtes environnementales à la suite d'intoxications au monoxyde de carbone dans l'habitat. En 2015, 26 affaires d'intoxication concernant 77 personnes ont eu lieu en Normandie, principalement dans l'habitat.

### Saturnisme

En 2015, 3 cas de saturnisme infantile en lien avec l'habitat ont été déclarés en Normandie, requérant la réalisation une enquête environnementale, sans toutefois nécessiter la mise en œuvre d'une procédure administrative. Par ailleurs, l'ARS a été destinataire de 234 constats de risque d'exposition au plomb (CREP) révélant la présence de revêtements dégradés contenant du plomb ainsi que de facteurs importants de dégradations du bâti.

### Lutte contre l'habitat insalubre

L'ARS a pour mission de préparer les décisions du préfet en matière de lutte contre l'insalubrité. En 2015, 367 plaintes d'habitat ont été traitées par les délégations territoriales de l'ARS, 211 visites ont été effectuées. 81 logements ont fait l'objet d'une procédure d'insalubrité aboutissant à la signature de 81 arrêtés.

L'ARS participe aux Pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne et co-anime avec la DREAL (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement) le réseau régional technique de partage d'expériences. La formation des partenaires est poursuivie. Enfin, il est souligné que l'activité de lutte contre l'habitat insalubre (LHI) implique un investissement important dans l'accompagnement des collectivités tant pour la mise en œuvre des démarches techniques, administratives et juridiques que sur l'application des actes administratifs de police.

### Radon

Depuis 2004, et par voie réglementaire, le Calvados fait partie des 31 départements français prioritaires pour lesquels les mesures de concentration en radon sont obligatoires tous les 10 ans dans les établissements d'enseignement, les établissements sanitaires et sociaux et les établissements pénitentiaires du département.

L'IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire) a plus récemment diffusé une carte nationale du potentiel radon des formations géologiques qui met en évidence la région du massif armoricain (l'ouest du département de l'Orne, la partie sud-ouest du département du Calvados et la Manche) avec toutefois, quelques zones localisées à potentiel fort.

L'ARS suit la mise en œuvre par les propriétaires des mesures mises en place pour réduire les concentrations en radon en dessous de 400 Bq/m<sup>3</sup>.

BASSE & HAUTE-NORMANDIE

## AIR INTÉRIEUR

### Prévention de l'asthme et des allergies liés à l'environnement

L'ARS co-finance aux côtés du ministère de l'Écologie, la mise en œuvre du conseil médical en environnement intérieur en Normandie en partenariat avec le CH de Vire et le réseau Asthme 76. Trois infirmières représentant un temps plein, formées sur la thématique de l'habitat et des risques allergéniques interviennent sur la région. Elles effectuent, entre autres actions de prévention, des visites de l'habitat sur prescription médicale pour des personnes souffrant d'asthme instable. Elles identifient les facteurs de risques, en particulier les allergènes, et donnent des conseils d'éviction.

En 2015, un bilan régional de l'intervention des conseillères avec les évaluations, a été réalisé. Les conseillères pratiquent environ 200 visites par an bénéficiant à plus de 200 personnes asthmatiques graves. Les évaluations montrent l'intérêt de la visite pour le bien-être des patients.

### Participation au projet qualité de l'air dans les lycées piloté par le Conseil régional

En 2015, trois lycées pilotes ont permis de développer et tester des outils de sensibilisation des usagers des lycées : réalisation de mesures simples et formation technique des maîtres ouvriers des lycées sur la qualité de l'air.

BASSE-NORMANDIE

## DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

L'ARS, les fédérations hospitalières, le CLCC François Baclesse à Caen et l'ADEME (Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie) Basse-Normandie ont mis en place un comité de pilotage pour décliner une convention nationale incitant les établissements de santé à mettre en œuvre la démarche de développement durable. Cette problématique fait par ailleurs partie des critères de la certification HAS (Haute autorité de santé) V2010.

L'ARS et l'ADEME ont signé un accord cadre de partenariat le 27 novembre 2013, afin de favoriser la mise en œuvre de démarches de développement durable dans les établissements de santé et médico-sociaux. L'ARS s'engage ainsi auprès de l'ADEME sur les domaines suivants :

- la formation des acteurs de la santé ;
- la mise en œuvre d'opérations groupées ;
- la mise en réseau des acteurs ;
- la création, le suivi et le partage d'indicateurs en matière de développement durable.

### Bilan des actions 2015 :

- Réalisation des formations des professionnels des établissements :
  - maîtrise de l'énergie : 3 sessions de 3 jours regroupant 51 participants ;
  - organisation de 2 sessions de 1 journée sur la méthodologie du développement durable : 41 inscrits ;
  - formation d'une demi-journée sur les chauffages bois en établissements de santé : une douzaine de participants.
- Le montage et le coût pédagogique de ces différentes formations a été pris en charge, en grande partie, par l'ADEME et l'ARS en collaboration avec les OPCA (Organismes paritaires collecteurs agréés).
- Organisation d'une réunion spécifique des correspondants PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) des établissements publics de santé bas normands en décembre 2015 sur la réduction du gaspillage alimentaire et la gestion des biodéchets.
- Achèvement de la tranche ferme de l'Opération groupée de diagnostic énergétique regroupant 14 établissements, soit 141 bâtiments et près de 400 000 m<sup>2</sup>. La coordination a été assurée par le CH de Bayeux.

### SOUTENIR LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE POUR PRÉSERVER LA BONNE SANTÉ

#### COMPÉTENCES PSYCHO-SOCIALES : IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN AUX FAMILLES ET À LA PARENTALITÉ EN NORMANDIE

Dans le cadre du développement des compétences psycho-sociales, l'ARS de Normandie a développé un programme probant de soutien aux familles et à la parentalité en Normandie. Cette action aujourd'hui développée dans 35 pays, ayant fait ses preuves, a été implantée en France par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation de la santé) (via le CODES 06). En tant que région pilote, la Normandie a participé activement à son développement.

À la suite de l'expérimentation sur la commune de Mouans-Sartoux, le CODES 06 a adapté le programme de Soutien aux familles et à la parentalité (SFP) en élaborant un protocole d'implantation via les communes. L'ensemble des guides d'animation et la formation des animateurs a aussi été adapté culturellement aux us et coutumes des familles françaises.

Le programme SFP s'adresse aux familles avec des enfants de 6 à 11 ans. Il est constitué de 14 sessions de deux heures. Les parents et enfants sont séparés, puis regroupés.

Les ateliers "parents" visent à accroître les capacités en matière d'attention positive aux enfants, en termes de communication, résolution de problèmes, gestion du stress et des conflits.

Les ateliers "enfants" cherchent à favoriser le développement des compétences psycho-sociales tandis que les ateliers "familles" portent sur l'amélioration de la communication familiale et des interactions entre parents et enfants.

Plus de 150 études évaluatives ont permis de démontrer l'efficacité de SFP à différents niveaux :

- réduction de la consommation et de l'initiation de substances psycho actives (alcool, tabac, drogues illicites) chez les jeunes et les parents ;
- diminution des problèmes psychiques (trouble des conduites, dépression, anxiété, trouble de personnalité, phobies) et des problèmes de comportements (violence, délinquance) ;
- diminution des plaintes somatiques ;
- amélioration du climat et de la communication familiale ;
- augmentation de la confiance et du sentiment d'efficacité en matière de parentalité,
- amélioration des résultats scolaires.

#### Résultats

- 4 collectivités en Normandie sont engagées dans l'expérimentation : Évreux, Pont-Audemer, Rouen et L'Aigle.
- L'accompagnement en région est assuré par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS).
- Le programme SFP sera évalué nationalement par l'Agence nationale des services à la personne (ANSP).

#### CRÉATION DES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC (CEGIDD) EN NORMANDIE

Tout au long du 2<sup>e</sup> semestre 2015, par déclinaison des orientations nationales, les deux ARS se sont attachées à mettre en œuvre la réforme pour remplacer les Centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG) et les Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

#### Objectifs

Rendre le dispositif plus lisible pour les usagers et les acteurs par la création au 1<sup>er</sup> janvier 2016 des CeGIDD seule structure de dépistage du VIH (Virus de l'immunodéficience humaine), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Ces centres accueillent toute personne souhaitant une information ou un dépistage et contribuent à :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Les équipes de l'ARS ont procédé à une campagne d'habilitation structurante dans une période de fusion et d'incertitude sur les modes de financements, dans un calendrier très contraint :

- parution de l'arrêté et du décret au 1<sup>er</sup> juillet 2015 ;
- dépôt des dossiers : jusqu'au 30 septembre 2015, les structures CDAG et/ou CIDDIST ont déposé leur dossier de demande d'habilitation auprès des ARS de Basse et Haute-Normandie ;
- notifications aux structures entre les 16 et 22 décembre 2015, après une période d'instruction propre à chaque région, mais convergente ;
- entrée en vigueur de l'habilitation au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### Résultats

- 7 CeGIDD et 11 antennes ont été habilités.
- Des visites d'habilitation sont en cours depuis le 18 février 2016.
- Un accompagnement a été mis en place en lien avec les COREVIH (Comité de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH) pour aider les équipes à véritablement s'inscrire dans une offre de santé sexuelle sur le territoire.

#### Perspectives 2016

Une gestion à optimiser et une observation de l'activité et des besoins à consolider avec le choix d'un logiciel commun.

#### Chiffres clés

Une enveloppe prévisionnelle de plus de  
**2 600 000 €**  
 en 2016

HAUTE-NORMANDIE

### MISE EN PLACE DU PARCOURS DE SANTÉ DES ÉLÈVES EN HAUTE-NORMANDIE

Grâce au contexte favorable et à un partenariat solide, l'Éducation nationale, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et l'ARS de Haute-Normandie ont mis en place courant 2015, des parcours de santé pour les élèves.

Un contexte favorable :

- le schéma régional de prévention de Haute-Normandie intègre une priorité forte sur la santé des jeunes et une déclinaison territoriale de la politique de prévention ;
- des ressources régionales solides : un partenariat établi de longue date avec l'IREPS et le Pôle régional de compétences ;
- une convention-cadre établie entre l'ARS de Haute-Normandie et le Rectorat renouvelée et suivie depuis 2012 ;
- la création d'un parcours éducatif de santé (circulaire du 28 janvier 2016).

Trois enjeux essentiels sont inscrits dans le partenariat entre l'ARS et l'Éducation nationale :

- le développement des compétences psycho-sociales ;
- le développement de Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) inter-degré, outil privilégié de la mise en œuvre d'une politique de santé en faveur des élèves partenariale et à l'échelle d'un bassin de vie ;
- la qualité des interventions.

#### Résultat

- À compter de 2015, seules les actions inscrites dans un parcours de santé des élèves sont éligibles aux financements.

#### Chiffres clés

- 38 groupements d'établissements se sont engagés dans une démarche de CESC.
- 14 territoires ont été identifiés comme prioritaires pour développer un CESC (Concertation Éducation nationale, ARS, coordonnateur de territoire).

#### Perspectives 2016

À partir de 2016, même travail engagé auprès des établissements et des acteurs de Basse-Normandie.

BASSE-NORMANDIE

### PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN BASSE-NORMANDIE : LE PROJET VIGILANS

La Basse-Normandie avait en 2011 un taux de décès par suicide à 25,6 pour 100 000 habitants (contre 18,1 en France métropolitaine). Le taux des tentatives de suicide a diminué de 9,81 % entre 2011 et 2014. Pour autant, la prévention du suicide reste un objectif majeur dans notre région.

L'ARS de Basse-Normandie poursuit donc son travail auprès des acteurs du territoire pour agir sur les différents leviers possibles :

- l'animation du groupe de concertation régionale sur la prévention du suicide ;
- la formation des intervenants de terrain ;
- l'intégration dans les contrats locaux de santé ;
- le soutien du conseil local de santé mentale de Picauville, financement d'actions de terrain, etc.

Dans ce cadre, l'année 2015 a été consacrée à la finalisation du projet Vigilans dans la Manche. Ce dispositif de veille des suicidants a été porté par le Collectif départemental de la prévention du suicide de la Manche (CDPSM). Il s'agit de l'adaptation d'une action issue d'un programme hospitalier de recherche clinique mené à Lille et Brest permettant de démontrer l'efficacité du suivi dans le cadre d'une récurrence.

Le projet consiste à maintenir un lien après les soins immédiats par :

- la distribution d'une carte ressource auprès des primo suicidants ;
- un rappel téléphonique par une plateforme de veille dédiée, des réitérants entre J10 et J21 et de tous les suicidants à 6 mois.

Concrètement, les effets attendus sont la diminution des réitérations du geste suicidaire, la diminution du passage aux urgences et l'amélioration de la prise en charge de la file active des personnes en crise suicidaire dans les structures hospitalières.

#### Perspectives 2016

L'ARS de Normandie accompagnera le déploiement effectif du projet dans la Manche et le démarrage du projet porté par les acteurs de Rouen. La participation à l'évaluation nationale permettra d'inscrire le projet dans une démarche de données probantes et de transférabilité de l'action afin d'envisager à terme une couverture efficace dans l'ensemble de la région.

#### Chiffres clés

Une contribution de l'ARS en 2015 à hauteur de

**120 000 €**

### ACCÈS AUX SOINS : ÉTAT DES LIEUX ET CONTRACTUALISATION DU FONCTIONNEMENT DES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE BASSE-NORMANDIE

Les Permanences d'accès aux soins et de santé (PASS) sont des dispositifs clés de l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du système de santé manquant parfois de lisibilité. Ces cellules de prise en charge sont composées d'un trinôme :

- infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) ;
- assistant(e) social(e) (AS) ;
- médecin référent.

Leur rôle est de faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et d'assurer la continuité de l'insertion médico-sociale en équipe pluridisciplinaire, par une prise en charge globale de la santé.

Depuis 2010, des visites de l'ensemble des PASS de la région Basse-Normandie ont lieu régulièrement pour amener les dispositifs à être visibles et opérationnels. Les PASS bénéficient en outre de l'appui d'une coordination régionale animant ce réseau d'acteurs. Une journée régionale annuelle les réunit depuis quatre ans pour aborder des sujets communs, apporter des ressources, susciter des réflexions.

L'état des lieux et la contractualisation effectués au cours de l'année 2015 avait pour objectifs de s'assurer que les établissements hospitaliers porteurs d'un dispositif PASS, l'organisent et en facilitent la mise en œuvre sur leur territoire de référence. Cela nécessite des temps de personnels (Médecin, IDE et AS au moins) et des locaux dédiés.

#### Résultat

L'ensemble des travaux de l'équipe PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) en transversalité avec la direction de l'offre de santé et de l'autonomie a permis d'aboutir à la signature d'avenants aux CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) de l'ensemble des centres hospitaliers concernés.

#### Chiffres clés

Ce dispositif représente près

d' **1 million d'€/an**



### PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ISSUE D'UNE ÉTUDE OBSERVATIONNELLE TRANSVERSALE

Au niveau national, les études rapportent que les femmes en situation de précarité allaitent presque trois fois moins au sein que l'ensemble des femmes. Face à ce constat, l'ARS de Haute-Normandie a souhaité faire un état des lieux sur son territoire et mettre en place des pistes d'actions et de soutien auprès des mères dans cette situation.

Une étude mixte qualitative-quantitative a été réalisée par une sage-femme stagiaire à l'ARS de Haute-Normandie dans le cadre de son Master 2 en santé publique et environnement, Spécialité périnatalité, management et pédagogie.

Un questionnaire et un travail d'analyse ont permis l'élaboration d'un état des lieux des actions de promotion et de la fréquence de l'allaitement maternel, visant à comprendre les motivations et les freins à l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité en Haute-Normandie.

Les résultats de l'étude ont été présentés le 29 octobre 2015 aux partenaires de l'ARS.

#### Constats

- À peine la moitié des femmes en situation de précarité débutent un allaitement maternel.
- La durée de l'allaitement maternel est moins longue.
- Peu de structures déclarent avoir mis en place des actions.
- Beaucoup font remonter des difficultés et des craintes réelles ou imaginaires.

Grâce à cette étude, des pistes d'actions de soutien auprès des mères en situation de précarité ont été élaborées. Un article a été soumis à la "Revue de Santé Publique".



# ADAPTER L'OFFRE AUX BESOINS DES TERRITOIRES



# 3

- p30 1** Contribuer à l'implantation et à l'organisation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans les territoires
- p33 2** Transformer l'offre hospitalière : efficience, coopérations et nouvelles formes de prise en charge
- p42 3** Offrir un accompagnement au long cours pour favoriser l'autonomie des personnes âgées et handicapées



## CONTRIBUER À L'IMPLANTATION ET À L'ORGANISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX DANS LES TERRITOIRES



Les régions Basse et Haute-Normandie se caractérisent par une situation fragile en terme de démographie médicale. Une situation particulièrement marquée dans certaines zones où le taux de médecins généralistes installés est faible au regard de la moyenne nationale avec une pyramide des âges défavorable (sud du département de l'Eure, nord Cotentin, nord et est de la Seine-Maritime, sud de l'Orne).

Les actions menées en 2015 par les deux ARS ont permis de favoriser de nouvelles installations dans l'ensemble des zones déficitaires ou fragiles. Ces actions ont porté à la fois sur l'incitation et l'accompagnement individuel à l'installation et sur le développement de l'exercice pluridisciplinaire coordonné et regroupé, conformément aux axes stratégiques nationaux arrêtés par le Pacte territoire santé n°1 de novembre 2012.

### AXE 1 : LES ACTIONS INDIVIDUELLES D'INCITATION À L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES ZONES EN DIFFICULTÉ.

- Développement du dispositif des Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) dans les deux régions :
  - 26 contrats actifs à fin 2015 en Haute-Normandie : des relations partenariales développées avec le syndicat de remplaçants et jeunes installés de Haute-Normandie a permis la promotion du dispositif et la détection des candidats potentiels ; participation à "l'après-midi du remplaçant" (juin 2015) et participation aux secondes assises des soins primaires de l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) de Haute-Normandie en 2015 ;
  - 14 contrats actifs en 2015 pour la Basse-Normandie.
- Ses principaux domaines d'intervention et d'accompagnement :
  - Mise en place dès 2014 en Haute-Normandie d'un Guichet unique de l'installation des professionnels de santé (GUIPS) dans le cadre d'une convention (ARS, Conseil de l'ordre, URPS, Assurance maladie, URSSAF (Union de Recouvrement pour la Sécurité sociale et les Allocations familiales), ORIFF-PL (Office régional d'informations de formations et de formalités des professions libérales), REGJIHN (Remplaçants généralistes et jeunes installés en Haute-Normandie)), ce dispositif a poursuivi son développement en 2015. Il rencontre aujourd'hui un vrai succès auprès des jeunes installés, avec l'accompagnement administratif individuel à l'installation libérale par un professionnel ad hoc et le site régional de petites annonces géré par l'ARS de Haute-Normandie.
- Information et mobilisation des élus par l'ARS Haute-Normandie : plaquette de communication aux élus réalisée en 2015 intitulée "l'ARS aux côtés des maires".
- Partenariats des deux ARS avec les facultés de médecine pour la promotion des dispositifs d'aide et le développement de l'internat en médecine générale : Contrat d'engagement de service public (CESP), PTMG, élaboration par l'ARS de Haute-Normandie d'un guide de l'interne mis à jour en 2015 avec information sur la médecine générale et la promotion du GUIPS.
- Attirer les jeunes praticiens en région : ce travail de coopération entre l'ARS, les UFR (Unité de formation et de recherche) de médecine et de pharmacie et les établissements régionaux a permis de développer des postes d'Assistants spécialistes régionaux (ASR) sur les deux ex-régions.
- Il s'agit de proposer aux internes sortants, deux années de surspécialisation ou de bénéficier d'un complément de formation dans nos établissements. Nos jeunes médecins s'inscrivent ainsi dans une logique de parcours professionnalisant dès l'internat. Fin 2015, 106 ASR étaient recrutés en Haute-Normandie et 59 en Basse-Normandie. Ce partenariat existe depuis quatre ans dans les deux régions et a permis de fixer 80 % des jeunes recrutés comme ASR en région. Le mode d'exercice futur peut être libéral, hospitalier ou mixte.

## AXE 2 : DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS ET DU TRAVAIL EN ÉQUIPE



### EN HAUTE-NORMANDIE

- Développement de partenariats avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) et la fédération française des Pôles et Maisons de santé pour l'identification, l'accompagnement et le soutien aux porteurs de projets.
- Recensement en 2015 de 15 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) (+3 en 2015), 3 centres de santé polyvalents (+1 en 2015), 1 Pôle de santé (pas de création en 2015).
- Développement du protocole de coopération "ASALEE" mis en place en 2015 par 5 équipes (soit 64 médecins et 5 IDE).
- Promotion des forfaits d'équipe dans le cadre du règlement arbitral en 2015 et accompagnement des équipes en concertation étroite avec l'Assurance maladie (DCGDR) et l'URPS : 11 sites en forfaits d'équipes règlement arbitral pour 2015.

### EN BASSE-NORMANDIE

**La politique partenariale régionale de déploiement des Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) en Basse-Normandie a été reconduite dans ses orientations stratégiques lors du COPIL (Comité de pilotage) PSLA le 2 juillet 2014. La charte réactualisée a été signée par l'ensemble des partenaires en mars 2015. Cette politique a permis de renforcer l'attractivité des territoires fragiles et contribue à améliorer la démographie des médecins généralistes.**

- Promotion des forfaits d'équipe dans le cadre du règlement arbitral en 2015 : 9 sites ex-ENMR (expérimentation des nouveaux modes de rémunération) ont émergé au règlement arbitral en 2015 et 2 nouveaux PSLA ont postulé auprès de leur Caisse primaire d'Assurance maladie respective.
- Recensement en 2015 de 42 structures d'exercice coordonné et regroupé ouvertes (soit 1 PSLA de plus qu'en 2014) dont 20 structures correspondent à la définition des PSLA de la charte partenariale régionale et 11 correspondent à la définition des maisons de santé visées dans l'article L. 6323-3 du Code de santé publique avec un projet de santé validé ou en cours de validation. 11 structures sont encore de simples regroupements de professionnels de santé dont la rédaction du projet de santé est en cours de réflexion.
- Par ailleurs, il existe 2 centres de santé polyvalents (pas de création en 2015).

La Commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers (CRP) de Basse-Normandie s'est réunie à trois reprises (30 avril, 12 juin et 16 décembre) en 2015 notamment pour faire le point sur les travaux engagés qui ont été menés depuis la première réunion du 14 mai 2014.

Les analyses présentées et débattues ont vocation à être poursuivies dans le cadre de la future CRP normande, ainsi qu'une information régulière sur les travaux initiés en matière de recomposition de l'offre régionale de soins.

Les membres de la CRP ont souligné que ces travaux régionaux devaient :

- s'inscrire dans les réflexions engagées au plan national afin de faire évoluer les textes liés à l'exercice de praticien hospitalier (PH) ;
- s'inscrire, au plan régional, dans le cadre d'un projet médical de territoire défini, formalisé par les différents médecins du territoire, projet médical territorial partagé ;
- s'inspirer des équipes médicales territoriales déjà existantes en région ;
- s'inscrire dans les travaux de la CME (Commission médicale d'établissement) de chacun des établissements de santé.

### LA PSYCHIATRIE EN HAUTE-NORMANDIE

Ce plan d'action psychiatrie santé mentale se caractérise par la structuration territoriale de certaines filières de soins en psychiatrie et la poursuite d'une politique volontariste en matière de démographie des médecins psychiatres.

Afin d'améliorer la lisibilité des organisations psychiatriques, rendre concordants les secteurs avec les territoires de santé (dans les limites départementales) et renforcer l'attractivité médicale en rattachant certains secteurs isolés dans des hôpitaux de plus grande importance, un travail sur les découpages sectoriels a été effectué. Simultanément, en lien avec l'université et le CHU-Hôpitaux de Rouen la politique volontariste en matière de démographie de médecins psychiatres se poursuit en région avec un doublement du nombre d'internes de psychiatrie en sept ans, le classement de la psychiatrie comme discipline prioritaire dans l'affectation des postes d'assistants spécialistes régionaux et la nomination d'un PUPH en psychiatrie générale.

Des actions sur les flux et sur l'accès aux soins ont été menées conjointement. Ainsi, progressivement la partie haut-normande de la région comble son retard en matière de taux d'équipement en hospitalisation à temps complet et à temps partiel. En parallèle, l'offre de psychiatrie privée s'installe (passage de 7 à 25%).

Un renforcement des moyens extrahospitaliers, tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto juvénile, est effectué dans les zones déficitaires, ainsi que la structuration territoriale de filières de soins en psychiatrie, avec le développement de l'intersectorialité en direction de certains publics, (adolescents, personnes âgées, personnes avec autisme, auteurs d'infraction à caractère sexuel), préalable indispensable à la construction d'un parcours de santé.

**L'organisation de l'accès gradué au diagnostic des enfants avec des troubles neuro-développementaux a notamment été un chantier déterminant et précurseur des orientations nationales.**

Un appui structuré au secteur médico-social (secteur "handicap adulte/enfant" et "personnes âgées") est organisé avec l'individualisation d'équipes mobiles fonctionnant dans le cadre du programme Télémédecine en structures médico-sociale (TISSE). Une mobilisation de la psychiatrie en direction des parcours des enfants et adolescents en situation complexe est effectuée au travers d'instances territoriales de concertation avec notamment l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et l'Éducation nationale.

### Résultats

- Doublement du nombre d'internes de psychiatrie : 11 en 2008/09 et 22 en 2015/16
- Délivrance de nouvelles autorisations de psychiatrie qui vont permettre la création à échéance du Schéma régional de l'organisation des soins (SROS)/Projet régional de santé (PRS) de :
  - 240 lits supplémentaires en psychiatrie générale (hors Unité pour malades difficiles (UMD)) pour la région, soit une augmentation capacitaire de plus de 20% ;
  - 12 lits régionaux de psychiatrie infanto juvénile, soit une augmentation de plus de 65% ;
  - 40 lits inter régionaux pour malades difficiles ;
  - 55 places d'hôpital de jour en psychiatrie générale, soit une augmentation capacitaire de plus de 10%.
- Maillage territorial d'équipes mobiles en direction du secteur médico-social dans le cadre du programme TISSE :
  - Par territoire de santé : 1 équipe mobile enfants et adolescents en direction des Instituts médico-éducatif (IME), Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) et foyers de l'enfance pour les situations complexes ;
  - Par territoire de santé : 1 équipe mobile de gérontopsychiatrie en direction des EHPAD.
- Pour la Haute-Normandie : 1 équipe mobile spécialisée dans les troubles envahissants du développement pour les personnes de plus de 15 ans accompagnées dans un établissement médico-social travaillant en lien avec le service universitaire de psychiatrie générale et le CRAHN (Centre de ressource autisme de Haute-Normandie).

#### Chiffres clés

# 13 617 438 €

de mesures reconductibles  
(Dotation annuelle de  
fonctionnement (DAF))  
supplémentaires

## TRANSFORMER L'OFFRE HOSPITALIÈRE : EFFICIENCE, COOPÉRATIONS ET NOUVELLES FORMES DE PRISE EN CHARGE

L'ARS de Basse-Normandie a mis en place :

- une démarche novatrice fondée sur la concertation avec l'ensemble des acteurs locaux de la région ;
- une réflexion d'ensemble issue des propositions des professionnels de terrain.

Cette démarche associait l'ensemble des partenaires de l'Agence (professionnels de santé, élus, Assurance maladie, etc.).

Les groupes de travail mis en place en 2015 ont permis de partager de manière consensuelle les principaux éléments de diagnostic portant sur les difficultés relatives à la démographie médicale et la situation financière particulièrement critique de beaucoup d'établissements publics de santé. Il a été largement partagé que cette situation nécessitait d'approfondir la mise en place des coopérations entre établissements sur les spécialités les plus critiques, particulièrement en matière de plateaux techniques hospitaliers, et supprimer les redondances d'activités, afin de garantir à tous les patients, une prise en charge hospitalière répondant aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

Le préambule aux trois schémas d'organisation du projet régional de santé évoquait déjà la nécessité de concentrer les offreurs de soins pour maintenir la qualité, assurer la pérennité de l'offre de santé sur les territoires, dans une logique de développement d'organisation et de coopération territoriales. Ces principes doivent continuer à guider les recompositions à poursuivre au sein de la nouvelle région Normandie.

Les travaux de concertation menés en 2015 ont permis de dégager trois principes clés d'organisation :

- revisiter l'équilibre proximité/qualité-sécurité des plateaux techniques hospitaliers (chirurgie, périnatalité, médecine-HAD (Hospitalisation à domicile), oncologie, Soins de suite et réadaptation (SSR)) ;
- garantir la réponse à l'urgence pour tous (structures d'urgence, SAMU, SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation), permanence des soins) ;
- faire émerger de nouvelles formes de coopérations.

Ces principes ont vocation à être déclinés de manière progressive et pluriannuelle.

### ACTIONS DE RECOMPOSITION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE COOPÉRATION TERRITORIALE RÉALISÉES EN 2015



#### EN BASSE-NORMANDIE

##### • Territoire de santé du Calvados

Le CHU de Caen a signé un Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) fin 2014 avec l'Agence, à la suite de la validation par le Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre hospitalière (COPERMO) du dossier plan d'actions présenté par le CHU.

En juillet 2015, les orientations de projet de reconstruction du CHU de Caen ont été présentées au COPERMO. Les réflexions et analyses sur ce projet majeur pour la région Normandie se poursuivent en 2016 en vue d'une validation définitive du projet par le ministère de la Santé avant fin 2016.

Dans la perspective de la reconstruction du CHU de Caen, plusieurs projets d'évolution de l'offre sur le plateau caennais et plus généralement sur le territoire de santé du Calvados se sont concrétisés en 2015, avec notamment l'ouverture de l'Institut de l'hématologie bas-normand (IHBN) le 12 janvier 2015 dans le cadre d'une coopération entre le CHU de Caen et le CLCC François Baclesse.



### L'INSTITUT D'HÉMATOLOGIE DE BASSE-NORMANDIE

Dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, le CHU de Caen et le CLCC François Baclesse ont créé conjointement l'Institut d'Hématologie de Basse-Normandie "Institut régional du cancer de Basse-Normandie (IRCBN) - Hématologie". Ce dernier groupe les activités d'hématologie adulte des deux établissements en un lieu unique situé dans les locaux du CHU de Caen.

Les équipes d'hématologie et les équipes de direction du CHU de Caen et du Centre de lutte contre le cancer François Baclesse ont décidé de fonder l'IRCBN, groupement de coopération sanitaire permettant une pleine synergie entre les deux établissements, dans le respect de l'identité et de l'indépendance juridique de chaque établissement. L'Institut propose 53 lits et places.

Dans les unités d'hospitalisation, les soins sont dispensés par le personnel des deux établissements, identifiés sous l'entité Institut d'Hématologie de Basse-Normandie, selon les mêmes règles et les mêmes modalités. En pratique, le regroupement des services d'hématologie est effectif depuis le 12 janvier 2015.

Le projet de regroupement de l'activité d'ORL carcinologique constitue également un développement complémentaire important de la coopération entre ces deux établissements.

#### Missions de l'IRCBN-Hématologie :

- L'objectif est de créer et de faire fonctionner un guichet unique afin d'améliorer l'accès des patients aux soins, de concentrer les ressources médicales en matière d'hématologie et de mutualiser les ressources logistiques autour du patient, pour une meilleure prise en charge, dans des conditions optimisées.
- L'IRCBN-Hématologie a également pour but d'améliorer les pratiques professionnelles et de participer au développement des thérapies innovantes complexes.

Il intervient en outre dans la formation des professionnels en matière d'hématologie.

#### Résultats

- Une meilleure prise en charge des patients, une adéquation / déclinaison du Plan cancer renforcée, le développement de la recherche clinique et de l'innovation thérapeutique au service des patients.
- L'IRCBN-Hématologie illustre la mise en place d'une coopération active entre les deux établissements de santé au bénéfice des patients et permet d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre de cette activité.

### En Basse-Normandie d'autres actions de coopération sont à souligner

Une coopération a été engagée entre les deux établissements de santé de Falaise et d'Argentan, sur la base d'un protocole d'accord signé des présidents de conseils de surveillance, des directeurs d'établissement et des présidents de CME. La cessation de l'activité de gynécologie-obstétrique au Centre hospitalier (CH) de Falaise le 1<sup>er</sup> octobre 2015 s'est accompagnée de l'ouverture d'un Centre périnatal de proximité (CPP) par convention avec le CH d'Argentan.

Une action de coopération territoriale a également été engagée par les établissements de santé du Pays d'Auge. L'Agence a participé au financement d'un audit externe afin de définir un projet médical partagé de territoire pour les établissements en direction commune (CH de Lisieux, CH de Pont l'Évêque, CH de Vimoutiers, EPMS (Établissement public médico-social) d'Orbec) et le CH de la Côte Fleurie. Les orientations définies dans ce cadre ont vocation à être validées dans le courant de l'année 2016.

En ce qui concerne le CH de la Côte Fleurie, l'ARS a poursuivi son accompagnement financier lié à la restructuration de l'activité de gynécologie-obstétrique : accompagnement des projets de reconversion professionnelle des personnels concernés et financement du CPP créé par convention entre le CH de la Côte Fleurie et le CH de Lisieux en juin 2015.

#### • Territoire de santé de la Manche

Une action de coopération territoriale a été engagée entre le CHPC et la polyclinique du Cotentin, avec la perspective de formalisation d'un protocole entre les deux établissements. Par ailleurs, le CHPC a signé un CREF fin 2015 avec l'Agence, à la suite de la validation par le COPERMO du plan d'actions présenté par l'établissement.

D'autres actions de coopération territoriale ont été définies entre les établissements de santé du sud Manche (CH Avranches-Granville, CH Pontorson, CH Saint-Hilaire-du-Harcouët, CH Mortain, CH Saint-James, CH Villedieu) afin d'améliorer la gradation de l'offre de soins.

Enfin, l'Agence a soutenu en 2015 les travaux préparatoires à la fusion des deux Fondations du Bon Sauveur (FBS), de Saint-Lô et de Picauville, qui assurent la gestion d'établissements et services sanitaires et médico-sociaux dans le champ de la santé mentale.

#### • Territoire de santé de l'Orne

L'accompagnement de la mise en œuvre du projet territorial de santé du Bocage a été poursuivi. Ce projet d'organisation de l'offre de soins sur le territoire concerné et de mutualisations entre les établissements (CH Flers, clinique de Flers, CH Vire, clinique de Vire, CHIC des Andaines) doit permettre d'optimiser les ressources médicales et de clarifier les champs d'intervention respectifs de chacun des établissements, par spécialité médicale.

Une action en matière de coopération territoriale entre le CHIC, centre hospitalier intercommunal Alençon-Mamers (audits en cours) et la clinique d'Alençon a également été initiée.

**Pour ce qui concerne spécifiquement le CHIC Alençon-Mamers, Établissement de santé de recours de l'Orne, plusieurs accompagnements externes ont été mis en œuvre :**

- modernisation des fonctions logistiques ;
- restructuration du Pôle urgences.

Le financement par l'Agence et par le Ministère de la santé des investissements prioritaires nécessaires à l'amélioration du plateau technique a été poursuivi : Pôle femme-enfant, réorganisation des soins critiques (réanimation-urgences), hémodialyse.

Dans le champ de la psychiatrie, l'ARS a concrétisé des travaux de planification spécifique. L'Agence a proposé aux partenaires la rédaction d'un volet spécifique du SROS relatif à la psychiatrie infanto-juvénile. Le choix a été fait de définir et de mettre en exergue des objectifs régionaux en matière de pédopsychiatrie pour répondre aux orientations nationales récentes et aux réflexions issues des territoires de santé.

Ces éléments ont plaidé pour l'identification de recommandations spécifiques à la prise en charge en santé mentale des enfants et adolescents et en 2014, ont conduit l'ARS à retenir le principe et l'objectif d'identification du volet pédopsychiatrie au sein du SROS, avant la fin de l'année 2015.

Deux groupes de travail associant les acteurs du secteur (services de psychiatrie et pédopsychiatrie, représentants des établissements et services médico-sociaux, PMI (Protection maternelle infantile), etc.) ont été constitués, l'un sur l'offre de soins en pédopsychiatrie, l'autre sur les prises en charge partagées en pédopsychiatrie.

Les propositions des deux groupes ont conduit à la formalisation d'un volet supplémentaire du SROS dédié à la pédopsychiatrie. Le plan d'actions contenu dans ce volet a fait l'objet d'une consultation auprès des services de l'État, collectivités territoriales et instances de démocratie sanitaire (CRSA (Conférence régionale de santé et de l'autonomie) et CSOS (Commission spécialisée dans l'organisation des soins)) avant d'être adopté par la directrice générale de l'ARS au dernier trimestre 2015.

## PROJET ARCHADE

Le projet ARCHADE s'inscrit dans le Plan cancer 2014-2019. Fortement soutenu en région, il vise à créer à Caen un centre de recherche et de traitement par hadronthérapie. L'objectif poursuivi est d'assurer à chacun l'accès à la technique de radiothérapie la plus adaptée.

L'hadronthérapie est une nouvelle modalité de radiothérapie sur l'utilisation d'ions carbone. Elle délivre des doses élevées sur la tumeur améliorant ainsi le contrôle de l'évolution tumorale et limitant les séquelles liées aux lésions des tissus voisins. Cette propriété est particulièrement intéressante chez les enfants pour diminuer le risque de cancer secondaire induit par la radiothérapie et pour les cancers en zone sensible au regard des organes de voisinage (œil, tumeur cérébrales, ORL (Oto-rhyno-laryngologie)).

## Ce projet s'appuie sur trois piliers :

- constituer à Caen un centre de ressources pour la recherche sur le carbone ;
- disposer d'un centre de traitement en protonthérapie et constituer en région Basse-Normandie une filière industrielle d'excellence ;
- concevoir, réaliser et mettre au point des accélérateurs à usage thérapeutique.

Le projet est fondé sur un montage juridique impliquant plusieurs structures et de nombreux partenaires, notamment l'association ARCHADE, dont sont membres le CLCC François Baclesse, le CHU de Caen, l'ENSI (École nationale supérieure d'ingénieurs) Caen, l'université Caen Basse-Normandie, NUCLEOPOLIS, le GANIL (Grand accélérateur d'ions lourds). Les différentes collectivités locales sont également impliquées dans ce projet.

Le 30 octobre 2015, la Directrice Générale de l'ARS a autorisé le CLCC François Baclesse à délivrer des traitements par protonthérapie.

## Résultats attendus

- Meilleure prise en charge des patients et adéquation/déclinaison du Plan cancer.
- Construction d'une filière de recherche, de soins, et une filière industrielle d'un haut niveau d'excellence.
- Prise en charge progressive des patients sur trois années (345 patients pris en charge la troisième année).



## EN HAUTE-NORMANDIE

## • Territoire de santé de Rouen-Elbeuf

Des opérations de modernisation du CHU de Rouen ont été engagées en 2015 :

- création de 20 lits SSR spécialisés en hématologie ;
- création de 20 lits SSR pneumologie, permettant une couverture des besoins du territoire réalisée en matière de SSR.

Ces opérations s'inscrivent plus généralement dans le projet de restructuration du CHU de Rouen, validé en 2014 par le COPERMO et soutenu financièrement par des crédits d'investissement nationaux et régionaux.

## • Territoire de santé de Dieppe

En 2015, la restructuration-extension du centre de SSR du Caux Littoral à Neville a été réalisée avec le déploiement d'une mention spécialisée "affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien" (51 lits).

## • Territoire de santé d'Évreux-Vernon

La restructuration du CH de Pacy-sur-Eure a été finalisée en vue de la transformation de la totalité de la structure en EHPAD en 2016, permettant ainsi l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population locale.

En psychiatrie, la clinique des portes de l'Eure à Vernon a ouvert ses portes en 2015 : 70 lits dont 50 lits de réhabilitation psychosociale (30 lits pour adultes et 10 lits pour les 16-25 ans) et 20 lits de géro-psycho-geriatrie ainsi que 20 places d'hospitalisation de jour dédiées à la réhabilitation psychosociale.

**En matière de recomposition de l'offre de soins urgents, de gradation des dispositifs et afin de répondre à l'objectif national d'accès de l'ensemble de la population à des soins urgents en moins de 30 minutes, les ARS de Haute et de Basse-Normandie ont conduit des actions spécifiques :**

- financement de dispositifs de consultations non programmées en Haute-Normandie (à Neufchâtel et Gournay-en-Bray) ;
- engagement de travaux préalables au lancement d'un appel à projets pour la création de centres de soins non programmés par transformation de service d'urgences en Basse-Normandie (lancement des expérimentations au premier trimestre 2016).

en - de 30 minutes



**ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EN NORMANDIE (AVC) :  
MISE EN PLACE D'UN MAILLAGE TERRITORIAL**

Le maillage territorial en matière de prise en charge de l'AVC s'est complété en 2015 avec la poursuite du déploiement du télé AVC, des consultations d'évaluation et de suivi post AVC. La prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux AVC est organisée autour du centre d'expertise du CHU, de la télé-expertise opérationnelle entre le CHU et :

- pour la partie orientale de la région, les structures d'urgence d'Évreux, Le Havre et Dieppe ;
- pour la partie occidentale de la région, les structures d'urgence du CH de Flers, du CHICAM (Centre hospitalier intercommunal Alençon Mamers), d'Argentan et d'Avranches. Pour la structure d'urgence du CH de L'Aigle, la télé-expertise est également organisée avec l'UNV rattachée au CH de Lisieux ainsi que le CHU. Pour la structure d'urgence du CH de St Lô, la prise en charge est organisée avec l'UNV rattachée au CH, comme pour la structure d'urgence du CHPC qui bénéficie également de la télé-expertise avec le CHU.

Ce dispositif devra être complété avec l'accès à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) 24h/24 à formaliser dans les établissements disposant d'une IRM.

**La consultation d'évaluation post-AVC** s'inscrit dans le parcours de soins de toute personne victime d'AVC. Il s'agit d'une consultation d'évaluation pluri-professionnelle qui doit être systématique au décours de la phase aiguë, au sein des établissements de santé (UNV et SSR), ainsi que par des neurologues de ville.

À visée médicale mais également rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, cette "consultation bilan" est au mieux pluridisciplinaire (consultation complexe) et associe médecins et professionnels paramédicaux et médico-sociaux. Elle vise notamment à la réinsertion sociale et socioprofessionnelle. Elle concerne tous les patients victimes d'AVC et accidents ischémiques transitoires (AIT) qui doivent être reçus de 2 à 6 mois après l'accident, voire jusqu'à 12 mois suivant l'AVC. Il est nécessaire d'en informer le patient dès la sortie de l'hospitalisation, ainsi que son médecin traitant.

Toutes les UNV devront à terme disposer d'une consultation d'évaluation pluri-professionnelle post AVC. L'ARS désigne par ailleurs les sites de consultations en établissement SSR en fonction des compétences identifiées au sein des filières de prise en charge des patients victimes d'AVC.

Deux modèles sont actuellement en place :

- en court séjour, ces consultations sont réalisées :
  - en Haute-Normandie sur le site de l'UNV du CHU de Rouen et du Groupement hospitalier du Havre (GHH) par un neurologue neuro-vasculaire hospitalier dans le cadre d'évaluations pluri-professionnelles ;
  - en Basse-Normandie sur le site de l'UNV du CHU de Caen, du CHPC.
- en SSR, ces consultations sont réalisées :
  - en Haute-Normandie, sur le site du Centre de médecine physique et de réadaptation (CMPR) des Herbiers (agglomération de Rouen) par un médecin de médecine physique et réadaptation, également dans le cadre d'évaluations pluri-professionnelles ;
  - en Basse-Normandie, sur le site du CH d'Aunay-sur-Odon, dans le cadre du SSR spécialisé neurologique.

**PROGRAMME PHARE EN NORMANDIE**

Afin de dynamiser l'essor et la structuration de la fonction Achats au sein des hôpitaux, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé début octobre 2011, le programme PHARE avec l'objectif de "dégager des économies intelligentes". Autrement dit : "mieux acheter" pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire ; tout en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

Les objectifs ont pu être atteints grâce à une forte mobilisation des établissements à tous les niveaux :

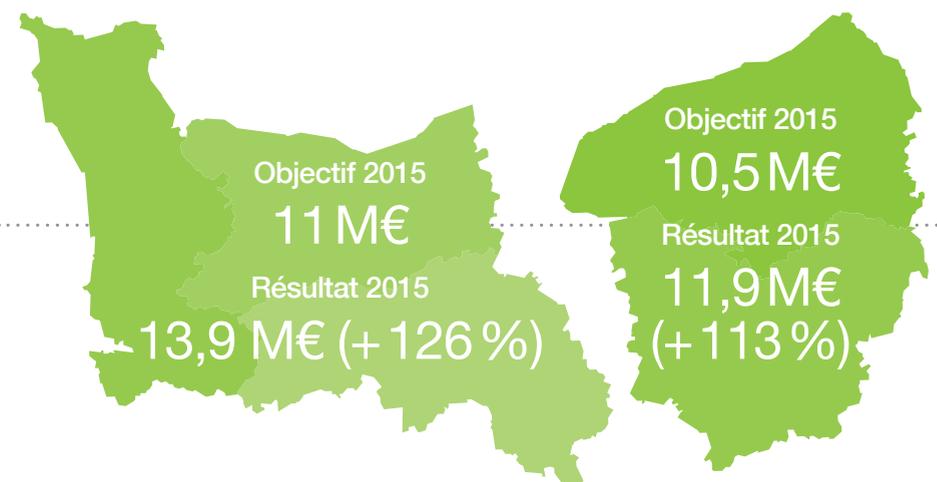
- implication dans les travaux nationaux (ARMEN vague 5 et groupes de travail coordonnés par Alliance groupement) ;
- implication dans les groupements régionaux (plus de 17 filières traitées en groupement d'achat régional) ;
- implication dans la mise en place de stratégie Achats au sein des établissements : pilotage des achats et mesure de la performance.

Le développement du réseau est en constante progression :

- rencontre régulière des acteurs au sein de réunions régionales achats animées par l'ARS ;
- mise en place de groupes experts sur des domaines d'achats ciblés pour favoriser l'échange des pratiques ;
- développement important de la mutualisation régionale (au-delà des effets de massification des volumes, la performance a été atteinte grâce à la mise en commun des ressources et au développement d'établissements experts sur un domaine d'achat précis) ;
- mise en place d'un cursus de formation Achats sur douze mois (24 personnes en cours de formation).

**Résultats**

Mis en œuvre dès 2012, la performance Achats de la région Normandie enregistre d'excellents résultats en 2015.



Chiffres clés de la campagne budgétaire 2015  
dans le champ des établissements de santé

Année 2015	Basse-Normandie	Haute-Normandie
Financement des assistants spécialistes régionaux (ASR)	<b>2,4 M€</b>	<b>1,8 M€</b>
Montants délégués en DAF (SSR, psychiatrie et ex hôpitaux locaux, établissements publics et Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC))	<b>370 M€</b>	<b>399 M€</b>
Montants DAF (USLD (unité de soins longue durée))	<b>20,4 M€</b>	<b>27,6 M€</b>
Montants délégués au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (établissements publics et privés)	<b>120,56 M€</b>	<b>152,56 M€</b>
Montants délégués au titre du fonds d'intervention régional (FIR) (partie "hôpital", établissements publics et privés)	<b>61,2 M€</b>	<b>64,5 M€</b>
Crédits d'aides aux tensions budgétaires (nationaux et régionaux)	<b>26,6 M€</b> vs 48,2 M€ en 2014	<b>9,7 M€</b> (contre 9,8 M€ en 2014) ; (en y intégrant les crédits ponctuels SSR = 10,5 M€ vs 10,3 M€ en 2014)
Résultats (solde excédents-déficits) des établissements (publics et ESPIC) (budget principal - compte administratif anticipé)	<b>- 9,44 M€</b> vs - 6,6 M€ en 2014	<b>- 8,16 M€</b> vs - 12,1 M€ en 2014
Résultats (solde excédents-déficits) des établissements (publics et ESPIC) budget principal - compte administratif anticipé retraités des aides exceptionnelles (tensions + molécules onéreuses SSR)	<b>- 36 M€</b> vs - 54,8 M€ en 2014	<b>- 18,7 M€</b> vs - 22,4 M€ en 2014



## SOUTIEN AUX ÉTABLISSEMENTS EN DIFFICULTÉ

Depuis quelques années, face à un contexte économique de plus en plus contraint l'ARS soutient financièrement les établissements sanitaires en difficulté par l'octroi de crédits dits "de tension".

Ces crédits viennent en appui des établissements de santé pour pallier :

- une évolution des ressources de plus en plus limitée ;
- une frilosité du secteur bancaire limitant le recours à l'emprunt et l'octroi de lignes de trésorerie ;
- un phénomène de surendettement pour certains établissements pouvant par ailleurs pénaliser des cycles d'exploitation positifs.

À cela s'ajoutent certaines situations où le fonctionnement courant est par lui-même déficitaire.

L'objectif poursuivi par l'ARS est :

- d'éviter des ruptures de trésorerie entraînant des non paiements de salaires/fournisseurs, ou une augmentation de la dette fiscale et sociale ;
- de permettre aux établissements de mener les réorganisations nécessaires permettant de retrouver un équilibre de financement ;
- de permettre aux établissements d'assurer les investissements indispensables notamment en termes de sécurité incendie et de mise aux normes ;
- de permettre aux établissements en cycle d'exploitation positif de réduire les pénalités liées à leurs dettes sociales et fiscales.

## Résultats

Sur 2015, les crédits de tension octroyés ont permis d'éviter des ruptures de trésorerie sur les salaires mais n'ont pas permis d'éviter la survenance de nouvelles dettes sociales et fiscales.

Par ailleurs, un suivi de trésorerie renforcé a été mis en place en Basse-Normandie par l'ARS, en lien avec les créanciers publics. Il est ainsi indispensable de compléter ces mesures de soutien de réorganisation de l'offre et d'optimisation des structures (plan triennal, COPERMO), afin de retrouver des indicateurs financiers attractifs pour le secteur bancaire et des capacités d'autofinancement.

Ces crédits de tensions, notamment nationaux, sont indispensables mais insuffisants pour des effets globaux. En parallèle, des actions de fond permettant le redressement des cycles d'exploitation, génèrent des actions positives à moyen voire long terme.

## Chiffres clés

## Crédits de tensions 2015 :

Basse-Normandie : **26,6 M€**  
(dont **16,9 M€** de crédits nationaux)  
contre **48,2 M€** en 2014  
(dont **36 M€** de crédits nationaux).

Haute-Normandie : **9,7 M€**  
(contre **9,8 M€** en 2014)

### OFFRIR UN ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS POUR FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

#### UNE POLITIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP FONDÉE SUR L'APPROCHE PARCOURS

L'identification des ruptures de parcours dans les divers diagnostics de territoire implique une nécessaire adaptation de l'offre. Pour favoriser ces évolutions, les deux ARS normands ont poursuivi leur engagement aux côtés des départements dans le déploiement des méthodes d'action pour l'intégration de l'offre de services, tant sur le champ des personnes âgées que du handicap.

#### Cette méthode est déployée en Normandie pour quatre publics :

- les personnes âgées en perte d'autonomie avec le déploiement des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), financées initialement dans le Plan Alzheimer, puis dans le Plan maladies neurodégénératives (PMND) ;
- les personnes en situation de handicap rare : conformément au schéma national handicap rare, l'équipe relais nord-ouest a été sélectionnée par les ARS de Normandie et Nord Pas-de-Calais Picardie sur la base d'un projet de mise en œuvre de cette méthode ;
- les personnes avec un trouble du spectre de l'autisme : les instances de pilotage régionales du Plan Autisme de Normandie ont retenu cette méthode face aux difficultés rencontrées par les familles et la fragmentation des services ;
- les personnes handicapées vieillissantes présentant des pertes cognitives via le dispositif MAIA déployé dans le champ des personnes âgées.

#### Les objectifs sont :

- pour les usagers et les familles :
  - une amélioration de la qualité du service rendu ;
  - une approche globale de la personne, de sa prise en charge et de son accompagnement ;
  - une évaluation multidimensionnelle ;
  - une meilleure orientation ;
  - une continuité de la prise en charge ;
  - une plus grande lisibilité de l'offre de services, etc.
- pour les professionnels :
  - une meilleure connaissance des ressources ;
  - un partage d'expériences et une mutualisation des moyens et outils ;
  - la promotion d'une démarche qualité via la contractualisation ;
  - le renforcement des savoir-faire par la collaboration, etc.

Le déploiement de cette méthode bénéficie d'un appui via les Plans Alzheimer, Autisme, Handicap rare et Schémas.

#### Cette méthode a pour objectif de :

- faire évoluer globalement les pratiques professionnelles, les politiques d'admission des Établissements et services médico-sociaux (ESMS), la coordination des interventions à domicile, les compétences au regard de l'évolution de la clinique (autisme notamment) ;
- promouvoir la coresponsabilité dans les prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales de toute personne en situation de handicap et/ou âgée en perte d'autonomie.

#### Elle implique la mise en place d'une gouvernance de l'organisation des parcours à plusieurs niveaux :

- Le niveau stratégique : celui de l'harmonisation des politiques publiques en faveur d'une organisation cohérente de ces parcours, d'un partage des stratégies sanitaires, éducatives, médico-sociales, sociales dans des collèges "parcours" pilotés par l'ARS et les départements en tant que chefs de file des politiques de l'autonomie, telles les tables stratégiques départementales MAIA dans les cinq départements, les COPIL autisme, etc.
- 2<sup>e</sup> niveau : celui de la mobilisation des acteurs dans les tables tactiques ou table de l'autisme à l'échelle des territoires de parcours afin de construire de nouvelles réponses dans le cadre de projets de territoire partagés, associant les gestionnaires des secteurs médico-sociaux, sanitaires, les représentants des usagers et leur familles. Cette mobilisation doit permettre d'accueillir de nouveaux publics sans réponse adaptée et notamment ceux en situation critique : évolution des agréments, transformation de places, construction de réponses innovantes telles les dispositifs de répit PA et PH en voie de développement.
- 3<sup>e</sup> niveau : celui de la coordination des interventions autour des personnes avec la mise en place des guichets intégrés (MAIA), les commissions de situations critiques, les Groupes opérationnels locaux de concertation (GOLC) réservés aux situations d'enfants et adolescents confiés à l'ASE, etc.

La mise en œuvre de la démarche "Une réponse accompagnée pour tous" en Seine-Maritime s'appuie sur cette méthode intégrative. Elle permettra de finaliser la gouvernance partagée des politiques du handicap avec les cinq départements.



**AGIR EN FAVEUR DU MAINTIEN À DOMICILE**

Le Projet régional de santé (PRS) a fait du maintien à domicile des personnes âgées une priorité. Dans ce contexte, de nombreuses actions ont été menées afin d'améliorer les parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles et de développer une palette diversifiée de structures de répit dans tous les territoires.

Dans ce cadre, l'ARS a lancé au 2<sup>nd</sup> semestre 2015 des appels à projets dans l'Eure et la Seine-Maritime relatifs à la mise en place de "dispositifs innovants de répit" afin de répondre aux besoins non pris en compte dans le dispositif financé dans le cadre du Plan Alzheimer.

**Les objectifs poursuivis :**

- dans l'Eure :
  - création d'une offre innovante de répit et de soutien des aidants, par transformation de 6 places d'accueil de jour de l'EHPAD Auguste Ridou de Vernon à moyens constants (mise en œuvre en 2016) ;
  - création d'une offre d'hébergement temporaire de nuit par transformation de 4 places d'accueil de jour de l'EHPAD de Brionne et création de 5 lits d'hébergement temporaire d'urgence (mise en œuvre en 2016) ;
  - transformation d'une place de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en SSIAD de nuit au CH de Bernay ;
  - création pour un montant de 120 000€ de 5 places d'hébergement temporaire d'urgence à l'EHPAD de Pacy-sur-Eure et la création d'une plateforme de répit et d'accompagnement (PFRA) et transformation de 6 places d'accueil de jour (mise en œuvre en 2016).
- en Seine-Maritime :
  - transformation de 8 places d'accueil de jour en dispositif de répit et/ou de soutien à domicile à moyens constants à l'EHPAD Madeleine de Pavilly (mise en œuvre en 2016) ;
  - création d'une offre de répit et de soutien des aidants par mesures nouvelles sur l'EHPAD Fondation Beauvils de Forges-les-Eaux (mise en œuvre en 2016) ;
  - création d'une offre de répit et de soutien des aidants dénommée "ensemble" par mesures nouvelles sur l'EHPAD Bouic Manoury de Fauville-en-Caux (mise en œuvre en 2016).

**Résultat**

- Création de trois PFRA, hors Plan Alzheimer et d'un dispositif d'hébergement d'urgence.

**POURSUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN RÉGIONAL D'ACTIONS  
AUTISME DE HAUTE-NORMANDIE**

Le 3<sup>e</sup> Plan national autisme et les Plans régionaux d'Actions autisme de la Haute-Normandie 2013-2017 visent à améliorer l'accompagnement des personnes autistes tout au long de leur vie conformément aux recommandations de bonnes pratiques publiées par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

L'année 2015 a été marquée par la poursuite ou la mise en œuvre d'actions majeures du Plan régional autisme tel que l'accompagnement à la création d'Équipe territoriale d'appui au diagnostic de l'autisme (ETADA) de deuxième ligne dans l'Eure et sur Rouen-Dieppe et la mobilisation des acteurs sanitaires et médico-sociaux pour développer des plateformes d'interventions précoces (travaux relatifs à la création de postes d'intervenants pivots).

**Résultats**

- Poursuite de la territorialisation de l'organisation de l'accès gradué au diagnostic de l'autisme des enfants.
- Poursuite de la formation d'acteurs du repérage (par exemple : PMI du département de l'Eure, appui sur les journées médicales havraises, etc.) et du diagnostic de 1<sup>re</sup> ligne (installation en 2016).
- Appui à la création de deux ETADA des enfants sur les territoires de parcours de l'Eure et Rouen sur la base du cahier des charges régional.
- Organisation des interventions précoces et inclusion scolaire sur chaque territoire.
- Organisation de groupes de travail avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux sur chaque territoire de parcours pour développer des plateformes d'interventions précoces (ouverture de la première plateforme au premier semestre 2016 à Rouen).
- Ouverture d'une seconde Unité d'enseignement en maternelle (UEM) à Évreux après celle de Rouen.
- Amélioration de l'accompagnement des familles et coordination des interventions.
- À la suite de l'animation en 2015 d'un groupe de travail avec les acteurs du territoire de parcours du Havre et la MDPH pour définir la fonction d'intervenants pivots, le rôle et les missions de ce nouvel acteur ont été définis. Le recrutement de 8 intervenants pivots, en charge de la coordination des interventions autour des personnes avec autisme et de leur famille, a été lancé en fin d'année par le CRAHN.
- Inclusion des adultes par l'accès au logement, aux études supérieures, à l'emploi, aux loisirs, à la citoyenneté
  - via la création de 45 places de SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) conjointement avec les départements de Seine-Maritime et de l'Eure. Ces structures comptent parmi leurs professionnels, des jobs coach en charge de favoriser l'insertion professionnelle.
- Développement de l'offre médico-sociale et amélioration de la qualité des accompagnements des ESMS :
  - développement d'une nouvelle offre médico-sociale : installation en 2015 de 3 places d'IME sur le territoire déficitaire de Dieppe ; autorisation de 20 places de Maison d'accueil spécialisée (MAS) : 10 sur le territoire de parcours de l'Eure et 10 sur le territoire de parcours de Rouen-Dieppe (installation prévisionnelle 2017), poursuite de création de places de Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;
  - renfort de l'équipe mobile adultes (dès 16 ans) (Unité mobile spécialisée dans les troubles envahissants du développement (UMOSTED)), qui intervient au sein des ESMS et établissements de santé (+4 Équivalent temps plein).

**Chiffres clés**

Programmation autisme  
pour l'année 2015  
en Haute-Normandie :

**782 915 €**

**POURSUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN RÉGIONAL D'ACTIONS  
AUTISME DE BASSE-NORMANDIE**

L'année 2015 a été marquée par l'adoption du Plan d'actions régional autisme bas-normand. Fruit d'une concertation, nourrie notamment des réflexions menées par les quatre groupes thématiques issus du Comité technique régional autisme (CTRA), il a permis d'adapter au contexte régional les orientations nationales du troisième plan autisme (2013-2017). Parmi les actions engagées, peuvent être soulignés des travaux relatifs au dépistage précoce, à l'inclusion scolaire ou encore aux déploiements d'actions de formation, notamment à destination des aidants des personnes avec troubles du spectre autistique.

Le développement de l'offre médico-sociale s'est également poursuivi en 2015. Après celle de Cherbourg, une seconde UEM a ainsi été ouverte à Caen, ainsi que 33 places de SESSAD réparties sur l'ensemble du territoire afin de favoriser la scolarisation en milieu de vie ordinaire.

**Chiffres clés**

Programmation autisme  
pour l'année 2015  
en Basse-Normandie :

**265 839 €**

**INTERNAT SOCIO-ÉDUCATIF MÉDICALISÉ (ISEMA) :  
UN DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL POUR AMÉLIORER  
LE PARCOURS DE JEUNES AUX SITUATIONS COMPLEXES**

L'ISEMA est une structure expérimentale autorisée par arrêté du 15 septembre 2010 par l'ARS, le Conseil départemental de la Manche et la préfecture de la Manche, pour une durée de trois ans renouvelable, sous réserve du résultat positif de l'évaluation des activités réalisées. Cette structure assure une prise en charge pluridisciplinaire de jeunes âgés de 12 à 16 ans, présentant de grandes difficultés psychologiques et comportementales. La nécessité d'une prise en charge soignante intensive du public accompagnée par l'ISEMA trouve sa traduction dans l'attribution de crédits Assurance maladie, permettant le recrutement d'une équipe médicale et paramédicale renforcée.

L'année 2015 a été marquée par l'évaluation de l'expérimentation et par un contexte de vacance du mi-temps de pédopsychiatre au sein de la structure.

L'objectif poursuivi par l'Agence était :

- d'évaluer l'expérimentation ;
- d'améliorer la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Ainsi, le Conseil départemental de la Manche, la PJJ et l'ARS de Basse-Normandie se sont accordés pour organiser l'évaluation des résultats au regard des objectifs du cahier des charges de l'appel à projets après trois années d'activité. Sous l'impulsion de la PJJ, un audit complémentaire de l'établissement a également été réalisé.

Les nombreuses recherches réalisées par l'association Montjoie pour pourvoir le poste de pédopsychiatre vacant n'ont pu aboutir. La poursuite de l'expérimentation a nécessité la recherche d'une nouvelle association gestionnaire en mesure d'affecter des ressources garantissant une approche thérapeutique renforcée.

**Résultats**

- L'évaluation positive de l'expérimentation a donné lieu à des préconisations. L'autorisation de l'ISEMA a été renouvelée à titre expérimental pour une durée de trois ans, par arrêté en date du 3 février 2015. L'arrêté était accompagné d'un plan d'actions facilitant le suivi des mesures.
- Un transfert de l'autorisation a été réalisé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au bénéfice de l'association d'aide aux adultes et jeunes en difficulté au regard de ses ressources humaines lui permettant d'affecter un mi-temps de pédopsychiatre à l'ISEMA.



**AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE (PECM)  
CHEZ LE SUJET ÂGÉ EN EHPAD**

Face au constat d'un recours aux services d'urgence pour iatrogénie médicamenteuse chez les résidents d'EHPAD encore trop fréquent, corroboré par deux études régionales, l'ARS a œuvré pour une amélioration de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé en EHPAD.

Dans un premier temps, il s'est agi :

- d'identifier et prévenir en EHPAD, les différentes situations à risque liées à la PECM ;
- puis d'accompagner sur site les EHPAD sur la sécurisation du circuit du médicament.

Afin d'établir une cartographie des risques, deux études ont été réalisées en Basse-Normandie sur la population âgée d'EHPAD :

- en 2012, évaluation des risques liés aux pratiques de prescription des médicaments considérés comme "inappropriés" chez le sujet âgé et liés au circuit du médicament (auprès de 66 EHPAD/5 818 résidents de plus de 75 ans) ;
- en 2015, évaluation de l'antibiothérapie dans les infections urinaires et pulmonaires en EHPAD.

Ces études ont été suivies d'un accompagnement des EHPAD à travers des visites sur site après identification de difficultés sur le circuit du médicament.

**Cela a conduit à l'élaboration de trois guides, désormais couramment utilisés au sein des EHPAD :**

- **la liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD**, accessible sur [medehpad.free.fr](http://medehpad.free.fr) ;
- **le guide Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD** : organisation de la PECM, sécurisation du circuit du médicament, médicaments à surveillance particulière, recommandations de prise en charge et protocoles ;
- **l'Antibioguide**, aide à la prescription des antibiotiques et au bon usage des anti-infectieux, proposant un référentiel régional pour les principales situations cliniques nécessitant une prescription d'antibiotiques, et favorisant le maillage infectiologique dans la région, accessible sur [antibioguide.free.fr](http://antibioguide.free.fr)

**Résultats**

- Courant 2015, 7 visites sur site ont été réalisées et 32 conventions EHPAD-officines analysées par l'Agence.
- Des indicateurs de pratiques cliniques en lien avec l'Assurance maladie ont été élaborés afin d'évaluer l'évolution du taux de prescriptions inappropriées chez les sujets âgés en sortie d'hospitalisation et en EHPAD.

**Chiffres clés**

Plus de **4 000** exemplaires papier du guide Qualité de la prise en charge médicamenteuse et liste préférentielle distribués aux EHPAD.

L'Antibioguide a été présenté en région et sa promotion par le centre de conseil en antibiothérapie sera poursuivie et développée en 2016.

**UN RÉFÉRENTIEL DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
POUR LES SSIAD DE HAUTE-NORMANDIE**

Les SSIAD constituent un des maillons essentiels du maintien à domicile et jouent un rôle de coordination gérontologique de premier plan auprès des professionnels de santé et d'accompagnement à domicile. Ils interviennent à des moments clés de l'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie et de santé et plus particulièrement dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation. Dans le contexte de vieillissement de la population, la place des SSIAD et leurs missions méritaient d'être réaffirmées.

Fruit d'une réflexion régionale menée entre 2014 et 2015 par une cinquantaine de professionnels, ce référentiel de bonnes pratiques professionnelles a pour objectif de redéfinir les missions attendues des SSIAD.

**Six grands chapitres déclinent les impératifs d'évolution des pratiques pour faciliter l'accès aux services de soins infirmiers à domicile :**

- l'harmonisation des critères d'inclusion ;
- l'amélioration de la fluidité (prise en charge en 48h, absence de liste d'attente) ;
- la révision du processus d'évaluation ;
- la redéfinition du rôle de coordination de l'infirmière coordonnatrice des autres acteurs de l'accompagnement et du maintien à domicile (pour construire et mettre en œuvre le projet personnalisé) ;
- le développement de meilleures collaborations avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile via les SSIAD ressources ;
- l'identification d'indicateurs susceptibles d'évaluer les évolutions dans les pratiques.

**Résultats**

- Présentation du référentiel à l'ensemble des gestionnaires de SSIAD et IDEC (Infirmier(e) coordinateur(trice)) en novembre 2015.
- Présentation dans le cadre des tables territoriales (76) et tables tactiques (27).
- Présentation aux médecins libéraux du Havre début 2016.
- Communication sur le référentiel par l'URPS auprès des infirmiers libéraux.

**Chiffres clés**

- 50 personnes ont contribué à la réalisation de ce document : infirmières coordonnatrices ou cadres de santé de SSIAD, pilotes MAIA, équipes ARS et conseils départementaux (27) et (76).

**À noter**

- Ce référentiel est disponible sur le site de l'ARS de Normandie : [goo.gl/sPHpZt](http://goo.gl/sPHpZt)

# PROMOUVOIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE



# 4

- p52 **1** Améliorer la qualité
- p56 **2** Assurer le respect des normes et de la réglementation en faveur du public
- p58 **3** Évaluer les prestations mises en œuvre
- p58 **4** Maîtriser les procédures relatives aux soins psychiatriques sans consentement



## LA DÉCLINAISON DU PLAN TRIENNAL EN NORMANDIE

Lancé en février 2015 par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le plan triennal vise une évolution structurelle du système de santé sur trois ans (2015-2017). En alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé, 10 milliards d'euros d'économie sont attendus au plan national d'ici fin 2017 dans le champ de la santé. Depuis mars 2015, les ARS de Haute et de Basse-Normandie et l'Assurance maladie ont lancé conjointement le déploiement régional du plan triennal auprès des établissements de santé. L'année 2015 a été marquée par deux événements : l'évaluation de l'expérimentation et la vacance du mi-temps de pédopsychiatre au sein de la structure.

Dans le cadre de dialogues de gestion, 21 établissements normands ont établi une feuille de route stratégique, composée d'objectifs et de jalons de mise en œuvre. Les feuilles de routes stratégiques ont fait l'objet d'une validation conjointe de l'ARS et de l'Assurance maladie en commission de gestion du risque plan triennal. Ces objectifs déclinés sur 3 ans ont ensuite été contractualisés dans les CPOM des établissements.

L'objectif poursuivi est de mobiliser les établissements de santé autour de transformations structurelles et organisationnelles ambitieuses.

Quatre blocs sont pilotés conjointement avec l'Assurance maladie :

- virage ambulatoire ;
- transports ;
- produits de santé ;
- pertinence des actes ;

Trois blocs sont pilotés en direct par l'ARS :

- maîtrise de la masse salariale ;
- optimisation des achats ;
- appui aux établissements en difficultés.

## Résultats

- À fin 2015, les résultats régionaux ne sont pas à la hauteur des cibles fixées pour l'ensemble des blocs. Les blocs Maîtrise de la masse salariale et Dépense de produits de santé doivent faire l'objet d'une vigilance particulière en 2016. Depuis septembre 2015, 11 établissements font l'objet d'un accompagnement par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Ils ont ainsi élaboré une feuille de route opérationnelle, qu'ils déclinent en associant l'ensemble de la communauté de l'établissement.

## Chiffres clés

- 21 établissements ciblés prioritairement dans le cadre du plan triennal
- 21 feuilles de route stratégiques
- 11 feuilles de route opérationnelles

## DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Dans la continuité de la concertation des éléments de méthode avec les élus et les fédérations hospitalières relative à l'organisation territoriale de l'offre de soins en Basse-Normandie, l'équipe "statistique" de l'ARS a conduit des analyses territoriales supports à l'élaboration de scénarios d'organisation. Ces analyses ont permis d'initier les premières réflexions sur la composition des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Ces analyses statistiques ont porté sur la démographie régionale, l'efficacité des établissements de santé, leurs ressources humaines et les volumes d'activité, ainsi que sur la démographie des professionnels de santé.

Les données ont notamment permis de mettre en évidence l'impact du développement des alternatives à l'hospitalisation et d'identifier entre autres, les établissements de santé fragiles en termes de volume d'activité, et donc de dimensionnement.

Par ailleurs, des travaux sur les temps d'accès ont permis de visualiser la couverture régionale des services d'urgence et des maternités.

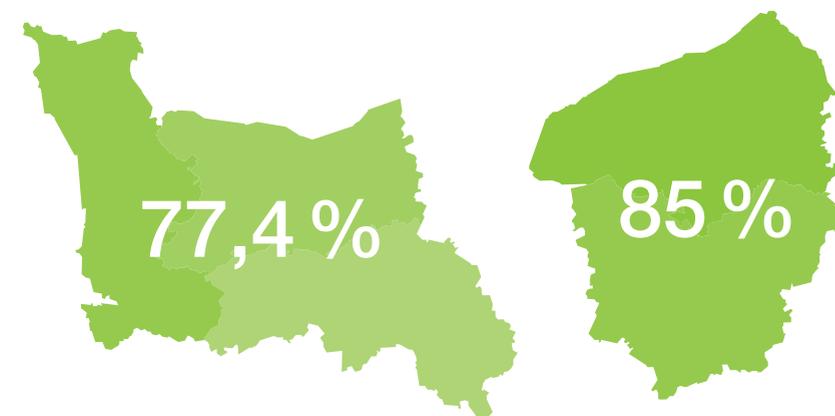
L'objectif poursuivi était de présenter une analyse prospective de l'activité hospitalière afin d'éclairer les choix relatifs à :

- l'accélération de la recherche de coopération et de complémentarité entre établissements publics et publics/privés ;
- la structuration d'équipes médicales territoriales visant à conforter la démographie médicale ;
- la position stratégique et régionale du CHU de Caen et de l'IRCBN dans le cadre du projet de reconstruction du CHU de Caen.

## Résultats

- Les éléments ont été présentés dans le cadre de la démarche visant à doter la région d'un projet médical régional à l'horizon 2025 et associant les directeurs d'établissements et membres des fédérations hospitalières.

La sécurité et la qualité dans toutes les prestations de santé en établissement sont parties intégrantes du dispositif de certification de la HAS. Ces thématiques ont par ailleurs été inscrites comme impératives dans l'ensemble des schémas d'organisation et du plan stratégique régional de santé des ARS de Basse et Haute-Normandie.



Pourcentage d'établissements de santé certifiés sans réserves ni réserves majeures après mesures de suivi

**L'analyse des motifs de réserve met en évidence deux problématiques récurrentes : la prise en charge médicamenteuse (référence 20) et le management de la qualité et de la sécurité des soins (référence 8).**

Les programmes mis en œuvre en 2015 ont donc porté en grande partie sur ces thématiques à travers des actions de gestion du risque, des actions de formations, la mise en œuvre de différents supports (listes préférentielles, guides régionaux, etc.), la mise à disposition de fonds (pour favoriser l'accès au dossier pharmaceutique), des actions de conseils (antibiothérapie), de sensibilisation et de partage d'expérience (antibioguide).

Sur les autres thématiques (gestion du dossier patient, identité-vigilance, évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et blocs opératoires), les actions ont porté sur l'organisation de formations, la diffusion d'outils, de guides, des démarches d'accompagnement.

Avec la réunification des régions Basse et Haute-Normandie, l'orientation prise a été de réunir et concentrer les moyens financiers disponibles, sur des actions relevant du bon usage des médicaments, mais également sur des mesures de conseils et d'accompagnement des établissements, sanitaires ou médico-sociaux par l'ARS et par une structure régionale d'appui, dotée de moyens importants au travers d'un CPOM, en coordination avec l'ensemble des structures régionales d'appui, que sont : les OMÉDIT (Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovation thérapeutique), les ARLIN (Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales), les CCLIN (Centres inter-régionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins) et le réseau qualité de Basse-Normandie.

## Formations aux retours d'expérience sur le secteur ambulatoire

**L'organisation de retours d'expérience permet une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable grave associé aux soins (décès, menace vitale, complication, handicap, incapacité, hospitalisation ou prolongation d'une hospitalisation, etc.) ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient ("presqu'accident").**

Par l'analyse des dysfonctionnements avérés ou potentiels qui ont ou auraient pu produire un événement indésirable, ces retours d'expérience généralisés sur l'ensemble des établissements bas-normands ont contribué à construire une culture de sécurité et à mettre en œuvre, des actions d'amélioration de la prise en charge des patients et de la sécurité des soins sur la région.

Des formations ont été renouvelées pour la troisième année consécutive. Au 31 décembre 2015, un total de 838 personnes ont été formées sur 60 sessions : 388 comme pilotes de Comité de retour d'expérience (CREX), 304 en qualité d'analystes et 146 sur les facteurs humains. Des films d'analyse de scénario clinique sur les erreurs médicamenteuses ont été réalisés par l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT).

L'ARS a souhaité étendre cette politique au secteur ambulatoire. Les deux enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins effectuées en 2004 et 2009 ont démontré que parmi les événements indésirables graves cause d'hospitalisation, 4,5 % étaient survenus en médecine de ville (au domicile, en maison de

retraite ou en HAD/soins à domicile), et que parmi ces événements, la moitié d'entre eux était évitable.

Les HAD et les professionnels libéraux y exerçant sont concernés. Le nombre d'intervenants, leur organisation pour se coordonner et communiquer, sont à la fois des points très positifs, mais aussi des points sensibles à maîtriser, pour assurer la sécurité des soins. Cela nécessite une attention particulière pour prévenir et détecter la survenue d'événements indésirables associés aux soins et mettre en place des démarches préventives.

Une expérimentation régionale a été proposée cette année aux HAD autonomes, pour réaliser des Revues de morbi-mortalité (RMM) pluri-professionnelles avec les professionnels de santé libéraux sous coordination des HAD.

Trois HAD ont eu un accompagnement financier pour la mise en place et l'évaluation de ces RMM en secteur ambulatoire.



## Qualité des prises en charge médicamenteuses

Quatre films pédagogiques ont été développés par l'OMÉDIT relatifs à la "sécurité de la prise en charge médicamenteuse", en partenariat avec l'ARS, le CHU de Caen, le groupement des cliniques privées Manche et Orne, la Polyclinique de la Baie, le centre hospitalier (CH) de Lisieux, le CH de Vire, le CH de Falaise et le CH de Flers.

La méthode d'analyse de scénario clinique d'un accident ou presqu'accident vise à aider à leur maîtrise, améliorer la culture des facteurs contributifs et mesures barrières, promouvoir le travail en équipe.

**Film n°1 : Monsieur Lecœur en hospitalisation à domicile**

**Film n°2 : Monsieur Hialat en chirurgie**

**Film n°3 : L'admission du samedi en soins de suite et réadaptation**

**Film n°4 : Transfert des urgences à un service de soins**

**Film n°5 : Il y a de l'eau dans le gaz**

Ces films sont disponibles sur [www.omedit-basse-normandie.fr](http://www.omedit-basse-normandie.fr)

## Contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations

L'année 2015 correspond à la première année d'exécution du Contrat de bon usage des médicaments produits et prestations (CBUMPP) de troisième génération.

Conformément au décret du 27 septembre 2013, le comité de pilotage régional a eu pour mission de fixer les objectifs prioritaires, indicateurs de suivi et modalités d'évaluation.

Afin d'apprécier les engagements du CBUMPP de troisième génération, l'évaluation des contrats a été réalisée pour l'année 2014 au 1<sup>er</sup> avril 2015 sur la base des différents éléments de preuve fournis par chaque établissement.

Le bilan du rapport d'étape annuel régional 2014 a été présenté aux membres du comité de pilotage. Il a permis d'apprécier les évolutions attendues sur l'ensemble des chapitres en particulier sur le développement des liens ville/hôpital. L'analyse du respect des objectifs prioritaires et l'écart à la moyenne régionale ont été précisés pour chaque établissement dans un courrier adressé début mai 2014.

Six établissements ne respectaient pas un des objectifs prioritaires (d'après les éléments renseignés sur le rapport d'étape 2015).

À la suite de l'analyse des éléments complémentaires en phase contradictoire, le respect des engagements souscrits a permis le remboursement intégral de la part

prise en charge par l'Assurance maladie des médicaments, produits et prestations financés en sus des prestations d'hospitalisation (ce taux pouvant être réduit et fixé entre 70 % et 100 % pour l'année suivant l'évaluation annuelle).

L'accompagnement des établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi que des professionnels de santé libéraux pour l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, se fait au travers d'outils développés par l'OMÉDIT, constitué de professionnels de santé de la région et de l'ARS.

Ainsi l'OMÉDIT a mené une enquête relative à la prise en charge des infections urinaires et bronchopulmonaires en EHPAD, permettant d'objectiver l'intérêt de la mise en place d'un antibioguide régional.

L'OMÉDIT a également élaboré un guide de prise en charge des intoxications par les champignons en partenariat avec les référents urgentistes, mycologues et pharmacologues de la région. Ce guide est à rapprocher du "Guide des antidotes et médicaments d'urgence en Normandie" qui recense les antidotes et médicaments d'urgence détenus en région, les indications, posologies et modalités d'administration.

Ce document est disponible sur le site de l'OMÉDIT de Basse-Normandie : [www.omedit-basse-normandie.fr/gallery\\_files/site/1533/1534/1571/14197.pdf](http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/14197.pdf)

## ASSURER LE RESPECT DES NORMES ET DE LA RÉGLEMENTATION EN FAVEUR DU PUBLIC (inspections réalisées)

L'ARS élabore chaque année un programme régional d'inspection-contrôle ciblé sur les principaux risques auxquels est exposé l'utilisateur lors de son parcours de soins.

L'objectif est d'utiliser l'inspection comme un levier de régulation au service d'une politique de prévention du risque et d'amélioration continue de la qualité des prises en charge. Ce programme d'inspection et de contrôle comporte à la fois des orientations nationales et régionales.

L'ARS réalise également des inspections ou des enquêtes non programmées, en réaction à des réclamations reçues des usagers ou des événements qui lui sont signalés.

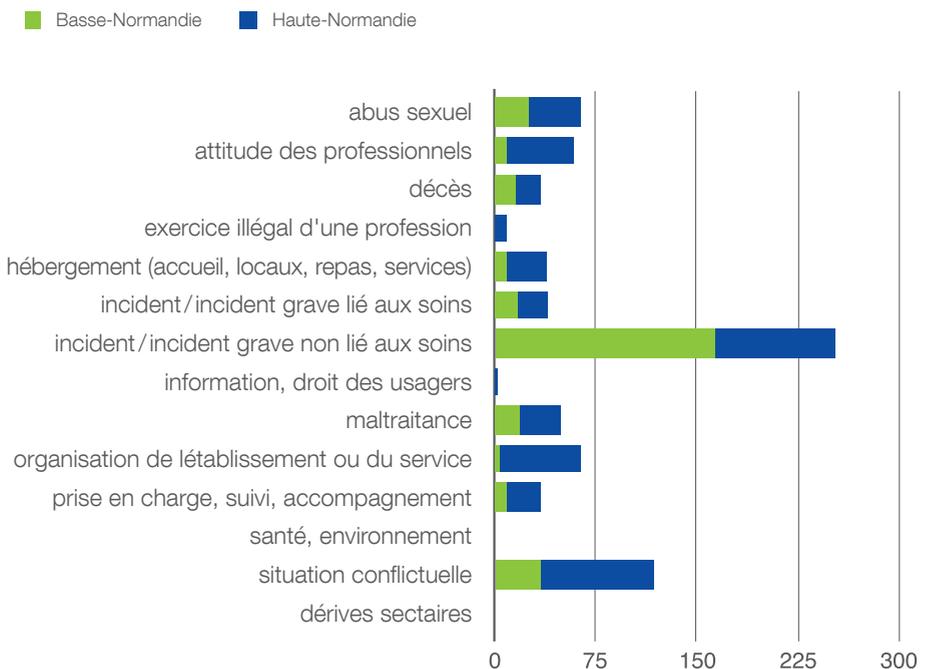
L'ACTIVITÉ PAR THÉMATIQUE OU RISQUE EN HAUTE ET EN BASSE-NORMANDIE	NOMBRE DE CONTRÔLES
Événements indésirables graves/organisation et fonctionnement des établissements ou services médico-sociaux/gouvernance et difficultés institutionnelles	14
Enquêtes sur réclamations ou signalements en établissement médico-social	9
Événements indésirables graves/organisation et fonctionnement des services ou activités de soins autorisées des établissements de santé/programme hôpital numérique/dépôt de sang/procréation médicalement assistée/qualité des données	42
Enquêtes sur réclamations ou signalements en établissement de santé	7
Gestion du médicament en établissements de santé	1
Sécurisation du circuit du médicament dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées	3
Gestion du médicament en officines et distributeurs en gros de médicaments	79
Contrôle des entreprises de transport sanitaire	5
Prévention du risque environnemental en établissement : déchets de soins à risque, légionelles, hygiène alimentaire et des locaux	90
Contrôle des établissements de natation/thermaux/eaux de baignade	82
Contrôle habitat indigne et/ou bruit	153
Contrôle des captages d'eau potable	71
<b>TOTAL</b>	<b>556</b>

## LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET SIGNALEMENTS PARVENUS À L'ARS EN 2015

L'instruction des réclamations des usagers des établissements ainsi que les signalements d'événements déclarés par les professionnels, répond à un objectif de qualité et permet de vérifier la bonne application des normes en faveur du public.

EN 2015	BASSE-NORMANDIE	HAUTE-NORMANDIE
<b>NOMBRE DE RÉCLAMATIONS ET SIGNALEMENTS</b>	<b>302</b>	<b>487</b>
Domaine sanitaire	93	148
Domaine médico-social	209	308
Domaine ambulatoire	nc	31

### Classement par thématiques



## 3 ÉVALUER LES PRESTATIONS MISES EN ŒUVRE

Pour plus de 98 % d'entre eux, les ESMS remplissent leur obligation d'évaluation externe avec transmission à l'ARS. Un tableau de bord régional de suivi des réceptions et analyses des rapports d'évaluation a été mis en place dans chacune des deux régions normandes.

Les injonctions ont été réalisées en direction des ESMS qui n'avaient pas retourné leur rapport dans les délais ou jugé non conforme, ainsi que les lettres de renouvellement tacite avec ou sans points de vigilances signalés.

Des grilles de lecture des rapports ont été mises en place en lien avec les conseils départementaux. Ces axes de travail seront développés sur l'ensemble du territoire normand dès 2016.

En 2015, le réseau de santé régional "Réseau de services pour une vie autonome et la plateforme régionale" (RSVA) et l'Espace régional d'éducation (ERET) ont fait l'objet d'évaluations externes. Les conclusions et recommandations ont été rendues début 2016.

Par ailleurs, un dispositif médico-social expérimental "Semi-internat à temps partagé" (SITP) et la maison des adolescents de la Manche ont fait l'objet d'évaluations directement réalisées par l'ARS.

## 4 MAÎTRISER LES PROCÉDURES RELATIVES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

### Chiffres clés

	Mesures de soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État (SDRE) du 01/01/2015 au 31/12/2015		Nombre de requêtes transmises, par l'ARS, au juge des libertés et de la détention du 01/01/2015 au 31/12/2015	Mesures de soins psychiatriques sur décision d'un directeur d'établissement SDDE (à la demande d'un tiers, en urgence ou en péril imminent)
	Arrêtés	Admissions		
<b>Basse-Normandie</b>	<b>1739 dont</b>	<b>254</b>	<b>330</b>	<b>1123</b>
Calvados	1005	160	200	442
Manche	457	49	72	409
Orne	277	45	58	272
<b>Haute-Normandie</b>	<b>2230</b>	<b>446</b>	<b>402</b>	<b>2078</b>
Eure	2230	90	402	627
Seine-Maritime	(gestion régionalisée)	356	(gestion régionalisée)	1451
<b>TOTAL</b>	<b>3969</b>	<b>700</b>	<b>732</b>	<b>3201</b>

	Dispositifs de sorties de courte durée (patients faisant l'objet d'une mesure préfectorale)	Sorties de moins de 12h accompagnées	Sorties de moins de 48h non accompagnées
<b>Basse-Normandie</b>		<b>1095</b>	<b>1028</b>
Calvados		518	328
Manche		198	60
Orne		379	640
<b>Haute-Normandie</b>		<b>831</b>	<b>233</b>
Eure		831	233
Seine-Maritime			
<b>TOTAL</b>		<b>1926</b>	<b>1261</b>

HAUTE-NORMANDIE

### CONVENTION MULTIPARTITE VISANT À L'ORGANISATION EN HAUTE-NORMANDIE D'UN DISPOSITIF DE RÉPONSE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

Face à des difficultés et des freins rencontrés dans la prise en charge de certaines urgences psychiatriques, l'ARS de Haute-Normandie a initié un travail multipartenarial visant à répondre aux exigences légales et à la forte attente sociétale (associations de familles d'usagers). Ce travail a été mené entre 2013 et 2015.

L'objectif de ces travaux est de faciliter la résolution de certaines situations complexes notamment dans :

- l'organisation de l'admission en soins psychiatriques sans consentement (évaluation médicale, décision administrative, transport) ;
- la réintégration en hospitalisation complète d'un patient connu (en fugue ou en rupture de soins prescrits dans le cadre d'un programme de soins) ;
- le transport vers un établissement de santé de toute personne présentant des troubles mentaux manifestes, en tout point du territoire, et non consentante aux soins.

Les deux années de travaux pilotés par l'ARS ont abouti à la rédaction d'une convention proposant une organisation dont le médecin régulateur de chaque SAMU/Centre 15 est le pivot. Cette convention définit des principes et des outils validés collégialement, avec un appui juridique.

Les dispositions de cette convention ne se substituent pas aux organisations existantes dans chaque territoire de santé. Les mesures de contrainte prises dans ce cadre conventionnel doivent répondre aux exigences suivantes :

- but légitime (assurer des soins et protéger la personne concernée ou les tiers) ;
- situation d'urgence, mesure strictement nécessaire et proportionnée au but légitime poursuivi ;
- moyens "adaptés" et "appropriés" à l'état du patient ;
- nécessité d'un avis médical préalable ;
- information des autorités selon les procédures habituelles.

### Résultats

- Le 25 juin 2015, une convention réunissant 14 signataires a eu lieu. Elle est applicable depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015.
- Depuis, les dispositions de cette convention ont été présentées aux acteurs concernés (établissements, médecins régulateurs, UNAFAM (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), etc.) et également aux acteurs sociaux et médico-sociaux, aux associations tutélaires, etc.
- Cela a déjà permis de résoudre quelques situations complexes. Un comité de suivi annuel est prévu. La 1<sup>re</sup> évaluation aura lieu courant septembre 2016. Le bilan dressé pourra servir de base à de nouvelles propositions.



# PRIVILÉGIER UNE APPROCHE PARTENARIALE ET DÉMOCRATIQUE



# 5

p62 1 Développer les contrats locaux de santé

p64 2 Faire vivre la démocratie sanitaire



## 1 DÉVELOPPER DES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

Les Contrats locaux de santé (CLS) associent, sur le territoire d'une ou plusieurs communes, l'ARS, la ou les municipalités, ainsi que les conseils départementaux et les caisses d'Assurance maladie qui le souhaitent.

Ces CLS bénéficient à des territoires défavorisés où les besoins de santé sont plus importants qu'ailleurs en raison notamment, d'indications socio-démographiques défavorables ou de l'offre de santé existante. À partir d'un diagnostic partagé, les différents signataires mettent en œuvre des actions adaptées au territoire concerné.

Les CLS présentent plusieurs points forts :

- ils définissent une géographie des besoins prioritaires : l'Agence renforce significativement sa propre intervention sur ces territoires ;
- ils favorisent la participation des professionnels et des habitants à la définition et à la mise en œuvre des actions ;
- ils s'efforcent de décloisonner localement les actions qui ont un impact sur la santé.



## CONTRAT LOCAL DE SANTÉ DU PAYS DU PERCHE ORNAIS

Lundi 5 octobre 2015, Monique Ricomes, directrice générale de l'ARS de Basse-Normandie signait le Contrat local de santé du Pays du Perche ornais au côté du Pôle d'équilibre territorial et rural du Pays du Perche ornais, représenté par son président et sénateur de l'Orne, Jean-Claude Lenoir, en présence d'Isabelle David, préfet de l'Orne.

L'objectif poursuivi par tout CLS est de fédérer les acteurs et améliorer la santé de la population sur un territoire donné. Outil de déclinaison du Projet régional de santé dans les territoires, il contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il a pour ambition d'améliorer la santé et les conditions de vie de tous sur un territoire de proximité et de faciliter une meilleure coordination entre les acteurs locaux dans une démarche innovante et structurante.

Le CLS du Pays du Perche ornais décline quatre priorités de santé sur le territoire :

- promouvoir la santé mentale et un environnement sain (6 fiches actions) ;
- prévenir et agir sur les conduites addictives (5 fiches actions) ;
- prévenir et prendre en charge les maladies cardiovasculaires (4 fiches actions) ;
- garantir l'accès aux soins pour tous (2 fiches actions).

Il regroupe 12 structures signataires partenaires :

- la préfecture de l'Orne ;
- le conseil départemental de l'Orne ;
- le centre hospitalier de Mortagne-au-Perche ;
- le centre psychothérapeutique de l'Orne ;
- la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- l'Espace régional d'éducation thérapeutique de Basse-Normandie ;
- le Centre Local d'Information et de coordination du Perche ;
- la Mission locale de L'Aigle-Mortagne-au-Perche ;
- la Mutualité sociale agricole Mayenne Orne Sarthe ;
- l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de l'Orne ;
- le comité départemental olympique et sportif de l'Orne ;
- le conseil de l'ordre des médecins de l'Orne.

## Résultat

- Mise en place des fiches actions par les promoteurs signataires et partenaires locaux à partir de janvier 2016.

## Chiffres clés

17 fiches actions

04 thématiques traitées

12 porteurs d'actions

07 communautés de communes (près de 50 000 habitants)

+ de 70 partenaires locaux mobilisés

## 2 FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

## LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

La CRSA est une assemblée consultative qui concourt par ses avis à la politique régionale de santé. Elle est composée d'une centaine de membres nommés pour 4 ans, dans chacune des régions.

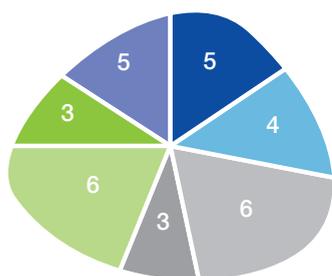
Elle rend des avis publics, notamment sur :

- le projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé et les projets de schémas régionaux ;
- le rapport annuel sur le respect des droits des usagers.

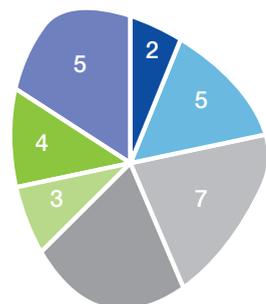
La CRSA organise ses travaux au sein d'une commission permanente et de quatre commissions spécialisées :

- la commission spécialisée de la prévention ;
- la commission spécialisée de l'organisation des soins ;
- la commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social ;
- la commission spécialisée des droits des usagers et du système de santé.

## Basse-Normandie



## Haute-Normandie



## 32 réunions en 2015 pour la Haute-Normandie et Basse-Normandie

- CRSA plénière
- Bureau de la CRSA
- Commission permanente
- Commission spécialisée de la prévention
- Commission spécialisée de l'organisation des soins
- Commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social
- Commission spécialisée des droits des usagers et du système de santé

La CRSA organise également des débats publics sur les questions de santé de son choix.

## Basse-Normandie

Débat relatif au "Respect de la dignité et des droits des personnes" en fin de vie  
29 avril à Saint-Lô  
27 mai à Alençon  
9 juin à Caen

3<sup>e</sup> rencontre de la Santé sur la promotion de l'activité physique dans le cadre du CLS de Caen (soirée débat)  
17 novembre à Caen

## Haute-Normandie

Séminaire de réflexion sur le Plan cancer III  
22 avril à Rouen

Enfin la CRSA est chargée de l'attribution annuelle du label "droits des patients" dont l'objectif est de valoriser les actions en direction des patients.

## Basse-Normandie

"Création d'un support d'information sur les droits pour les personnes hospitalisées en soins sans consentement"  
par le CH Jacques Monod à Fiers

"Prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée de chaque parcours de santé"  
par l'association calvadosienne HOSPIHARM

"Ma santé chez moi, même en EHPAD en toute sécurité"  
par l'EHPAD Saint Vincent de Paul à Occagnes

"Quiz : des droits des usagers en pratique"  
par le CH d'Argentan

## Haute-Normandie

"Prévention et réduction des risques pour les personnes se prostituant à Rouen", par l'Association Médecins du monde de Rouen (À noter que ce projet a également été primé nationalement)

"Voc'Appli : création d'une application de vocalisation personnalisable sur tablette pour des personnes en situation de déficiences intellectuelles et de handicaps qui ont la volonté de communiquer mais qui n'ont pas la possibilité d'oraliser ni d'accéder au langage écrit"  
par l'Association Rouennaise de Réadaptation de l'Enfance Déficience (ARRED) de Bois-Guillaume

## LES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

Les conférences de territoires sont le lieu privilégié de la concertation dans les territoires de santé. Elles contribuent à l'ancrage territorial des politiques de santé.

## Chiffres clés 2015

Conférences de territoires  
Nombre de réunions



# SE DONNER LES MOYENS D'AGIR

6



p68 **1** La gouvernance de l'ARS

p69 **2** L'organigramme

p71 **3** Les ressources humaines

p73 **4** Le budget

p75 **5** Le dialogue social



## 1 LA GOUVERNANCE DE L'ARS

### LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

En tant qu'établissement public, chaque ARS dispose d'une instance délibérante présidée par le préfet de région et composée de 25 membres, représentants l'État, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, les usagers et les personnes qualifiées ; sont également membres avec voix consultatives, le directeur général de l'ARS, deux représentants du personnel de l'ARS, l'agent comptable, le directeur régional des finances publiques et le président de la CRSA.

Le Conseil de surveillance émet un avis sur le Plan stratégique régional de santé (PSRS), sur le CPOM signé entre l'État et l'ARS ainsi que sur les résultats de l'action de l'ARS. Il approuve le budget et le compte financier de l'ARS.

#### Chiffres clés

Nombre de réunions  
4 en Basse-Normandie  
2 en Haute-Normandie



### LES COMMISSIONS DE COORDINATION

Les commissions veillent à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans les domaines de la prévention, de la prise en charge des soins et de l'accompagnement médico-social.

Deux commissions de coordination des politiques de santé associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents :

- la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;
- la commission de coordination dans les domaines des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

NOMBRE DE RÉUNIONS EN 2015	BASSE-NORMANDIE	HAUTE-NORMANDIE
Commission de coordination dans les domaines des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux	1	1 réunion commune aux 2 commissions
Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile	1	

### SIGNATURE DES NOUVEAUX CPOM ÉTAT-ARS

Tout au long de l'année 2015, les travaux autour de la nouvelle génération de CPOM, entrepris en 2014, se sont poursuivis afin d'intégrer les objectifs du plan triennal dans la nouvelle génération de CPOM État-ARS.

Cette nouvelle génération de CPOM État-ARS a pour ambition de revenir d'une part à l'essence même d'un contrat pluriannuel resserré sur un nombre limité de priorités et d'objectifs cohérents avec ceux assignés au Directeur général de l'ARS dans sa lettre de mission, et d'autre part, de mieux articuler les priorités régionales issues du PRS avec les priorités nationales. Débutés en 2014, les travaux d'élaboration se sont poursuivis en 2015 par la modification *in fine* de la trame du CPOM État-ARS, afin de pouvoir intégrer les objectifs du plan triennal avant négociation régionale en 2015.

#### Résultat

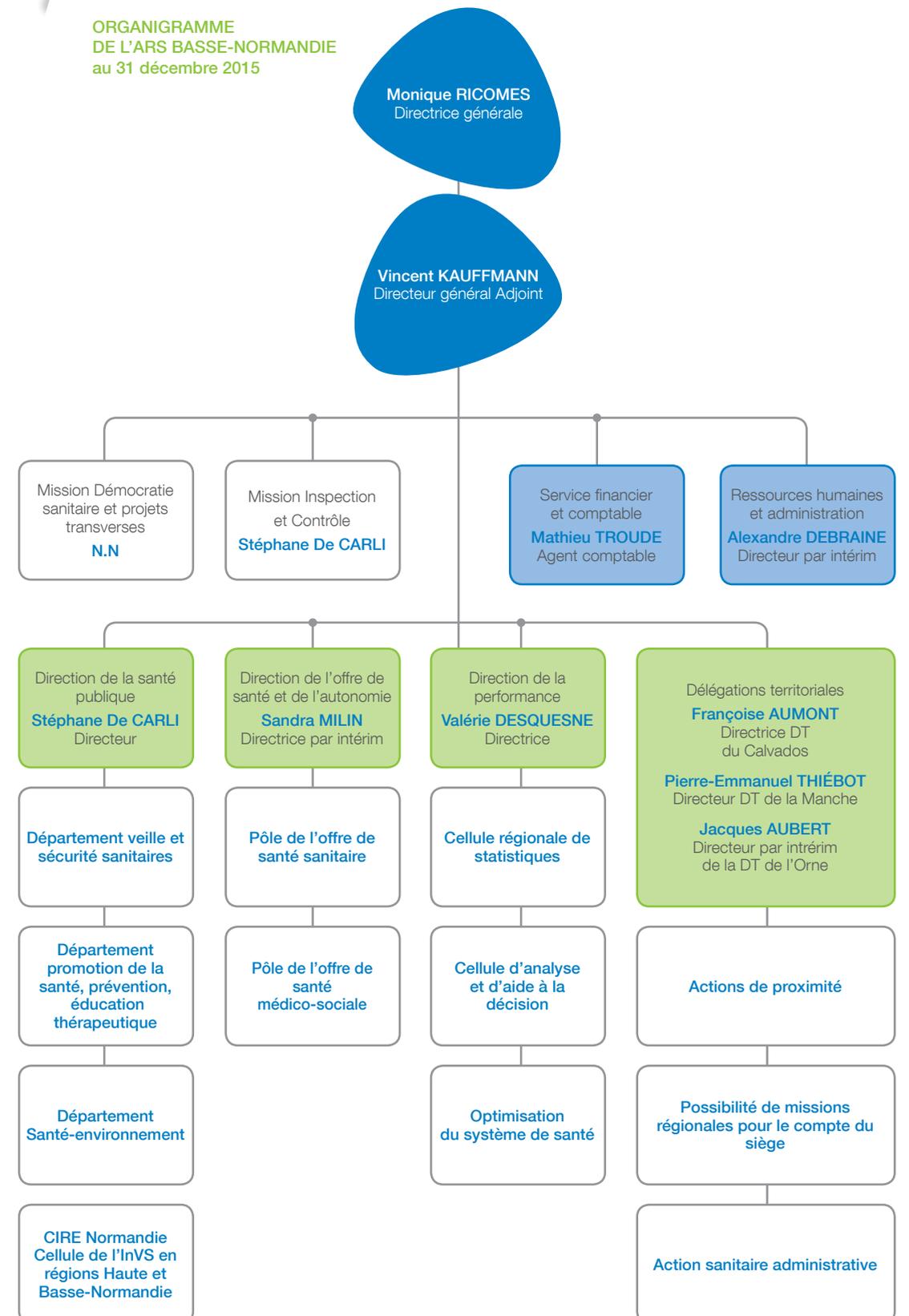
- Signature des deux CPOM État-ARS bas et haut-Normands en juillet 2015.

#### Chiffres clés par CPOM :

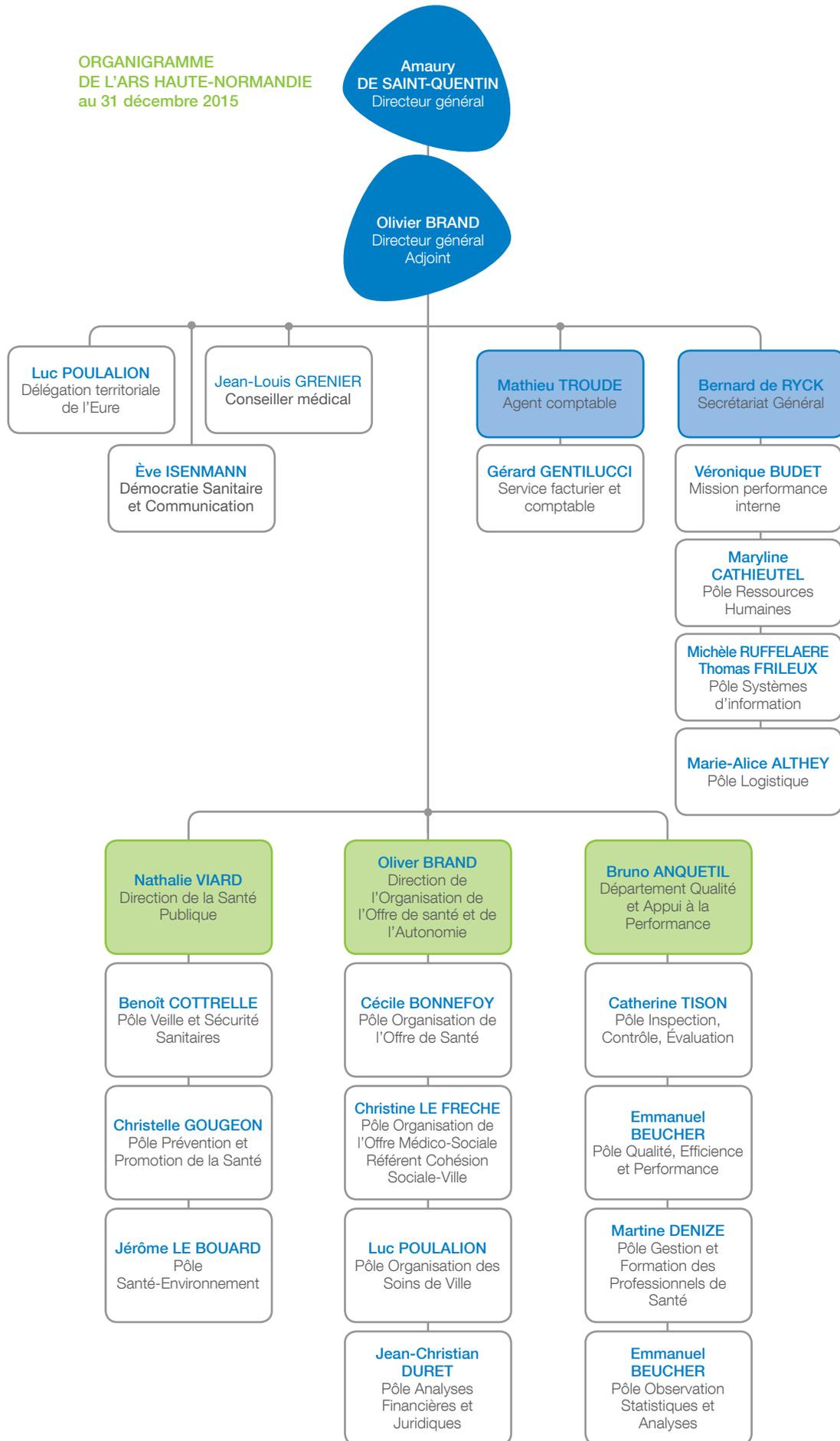
05 objectifs prioritaires  
11 objectifs opérationnels  
19 indicateurs contractuels  
10 indicateurs de suivi complémentaires

## 2 L'ORGANIGRAMME

### ORGANIGRAMME DE L'ARS BASSE-NORMANDIE au 31 décembre 2015



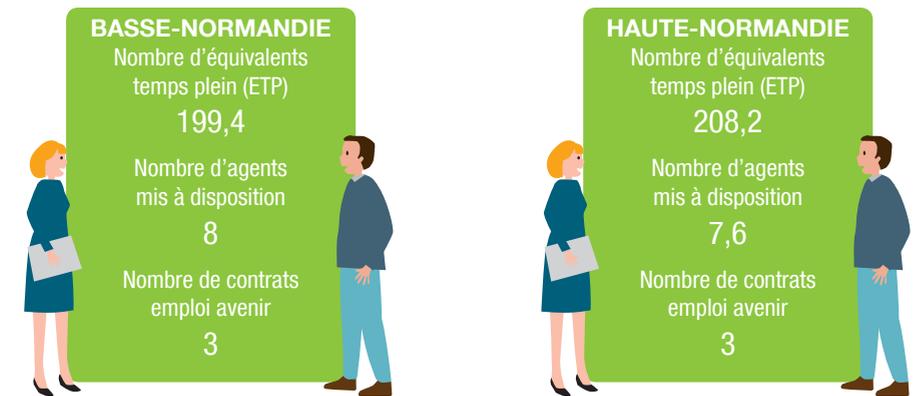
ORGANIGRAMME  
DE L'ARS HAUTE-NORMANDIE  
au 31 décembre 2015



## 3 LES RESSOURCES HUMAINES

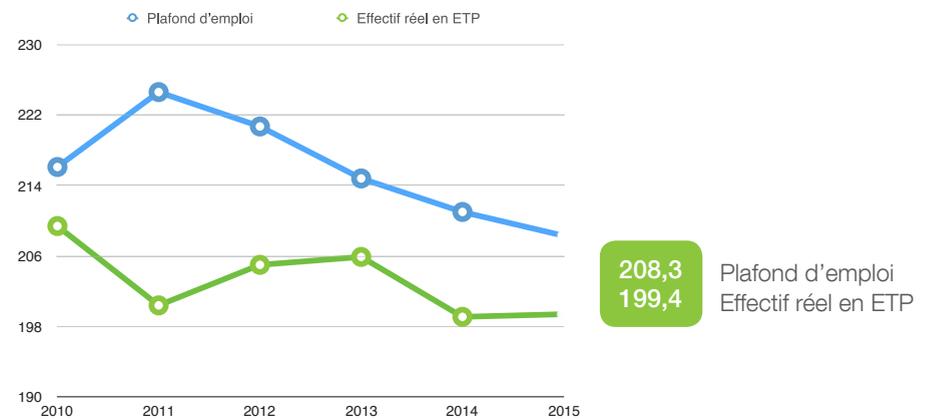
### LES EFFECTIFS

#### Chiffres clés

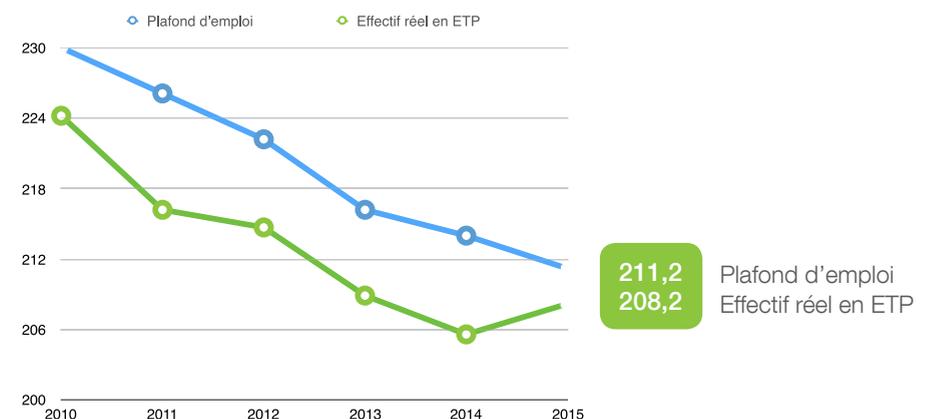


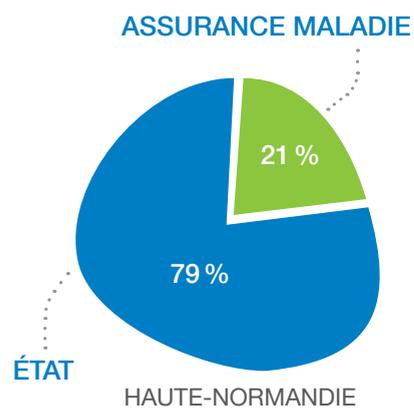
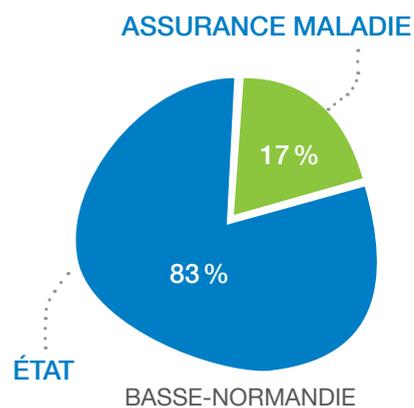
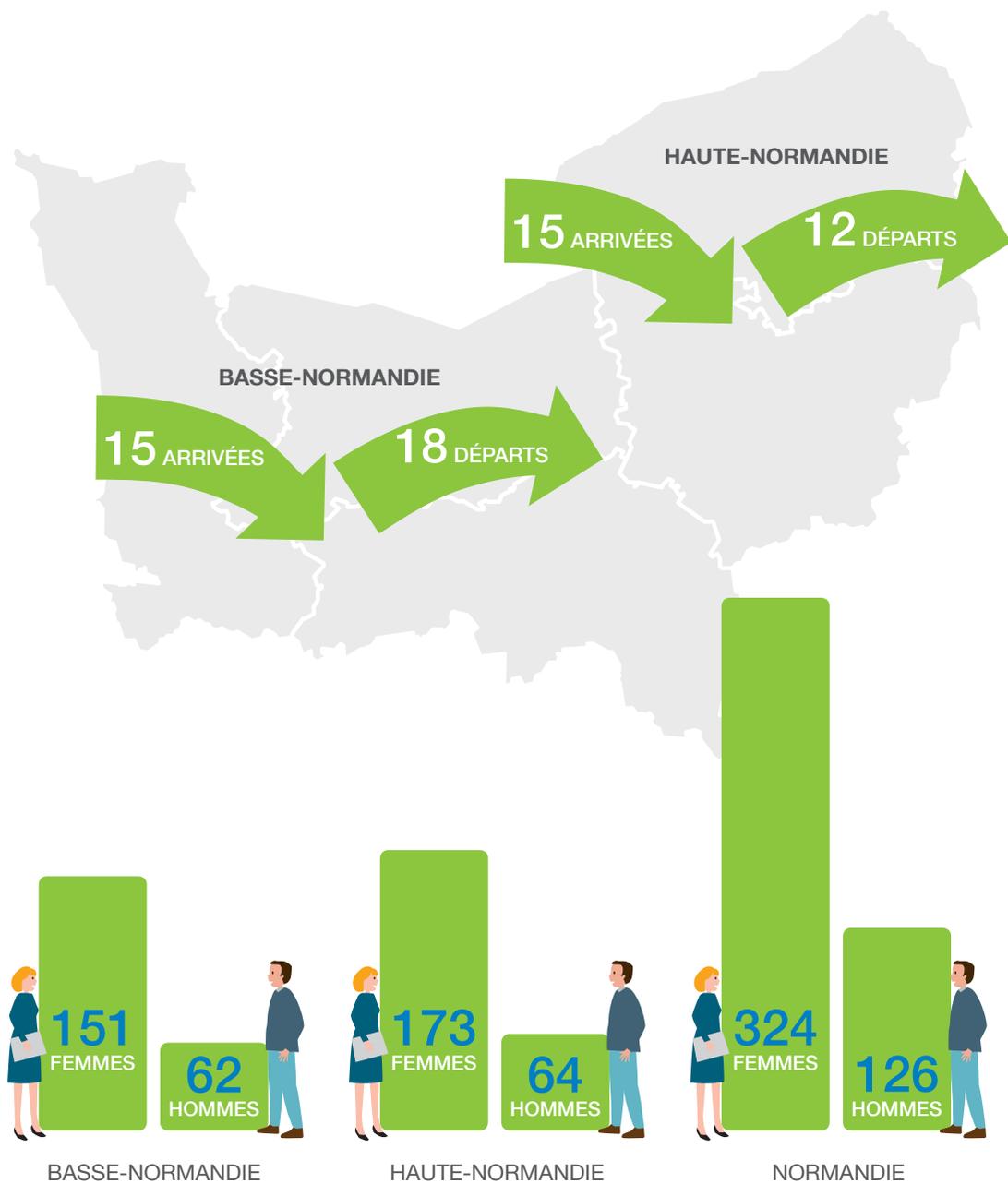
Dans le cadre des efforts de rationalisation demandés à l'ensemble des services publics, les effectifs des ARS de Basse et de Haute-Normandie ont connu une baisse régulière depuis 2010, sur des rythmes à peu près similaires. Le plafond d'emploi a ainsi été réduit en 2015 de 2,7 ETP en Basse-Normandie et 2,8 ETP en Haute-Normandie.

#### • ARS Basse-Normandie



#### • ARS Haute-Normandie





## LA FORMATION PROFESSIONNELLE

397 stagiaires bas-normands et 412 stagiaires haut-normands ont fait l'objet d'une action de formation. Cela représente en 2015, 720,5 journées de formation pour la Basse-Normandie et 808,5 journées de formation pour la Haute-Normandie.

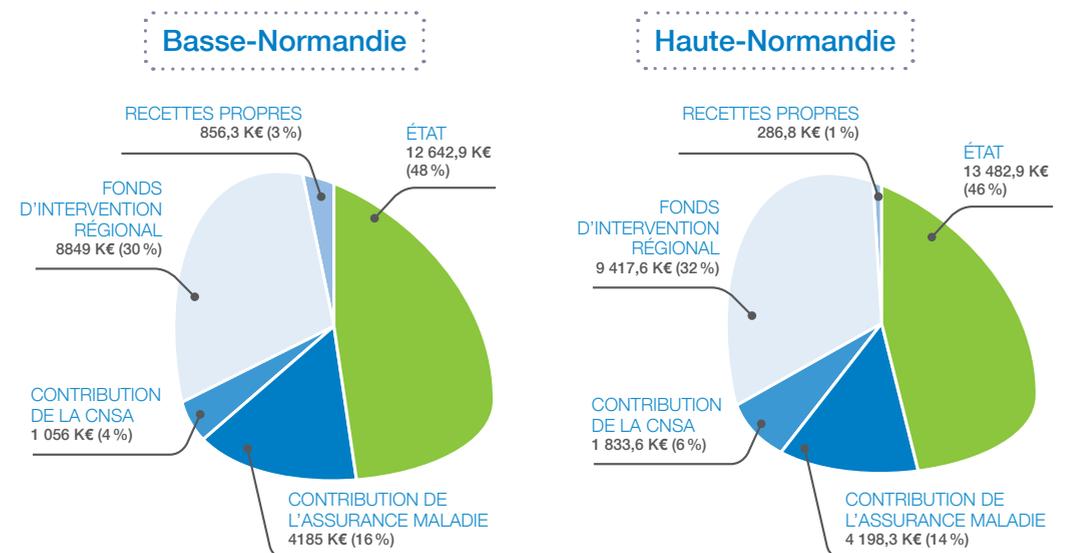
Le montant des dépenses de formation s'élève à 62 571 € pour la Basse-Normandie et 65 598,72 € pour la Haute-Normandie. Il concerne les frais pédagogiques et n'inclut pas les frais de déplacement et d'hébergement liés à la formation.

Nombre de jours de formation	Basse-Normandie	Haute-Normandie
Formations individuelles	64,5	108,5
Formations statutaires	57	72,5
Préparation à des concours	122	62,5
Formation offres communes transversales de la plateforme Ressources humaines de la préfecture	102	73
Formation d'actions d'initiative régionale	245	339
Formation d'actions d'initiative nationale	130	153

## 3 LE BUDGET

### RECETTES

Les ressources de l'ARS sont constituées de subventions versées annuellement par l'État et l'Assurance maladie et déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale auxquelles s'ajoutent les ressources propres de l'ARS.



## DÉPENSES

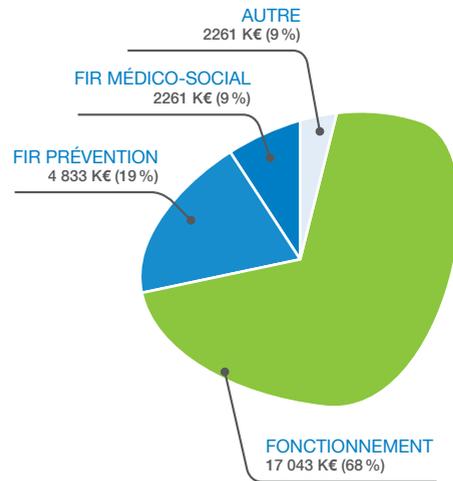
Les dépenses réelles de l'exercice 2015 se sont élevées respectivement à 25 130 K€ pour la Basse-Normandie et 30 177 K€ pour la Haute-Normandie. L'essentiel des charges porte sur le fonctionnement courant des deux ARS, pour des montants relativement similaires (17 043 K€ en Basse-Normandie et 18 364 K€ en Haute-Normandie).

Les dépenses en personnel représentent l'essentiel des charges de fonctionnement : 57 % en Basse-Normandie (14 407 K€) et 50 % en Haute-Normandie (15 195 K€). Le plus faible niveau de réalisation du budget en Basse-Normandie s'explique par un "turn over" plus important des effectifs.

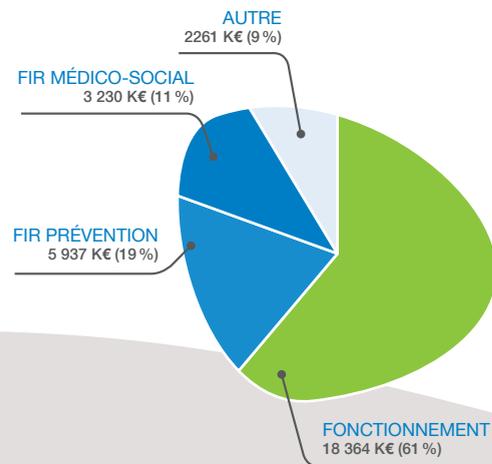
Les charges immobilières représentent le second poste de dépenses, particulièrement important en Haute-Normandie, en raison d'une situation immobilière très spécifique.

Le budget comprend également des dépenses en interventions, notamment la partie "prévention santé publique" et "médico-sociale" du Fonds d'intervention régional (FIR).

Dépenses en Basse-Normandie en 2015  
**25 130 K€**



Dépenses en Haute-Normandie en 2015  
**30 177 K€**



## 4

## LE DIALOGUE SOCIAL

### LE COMITÉ D'AGENCE

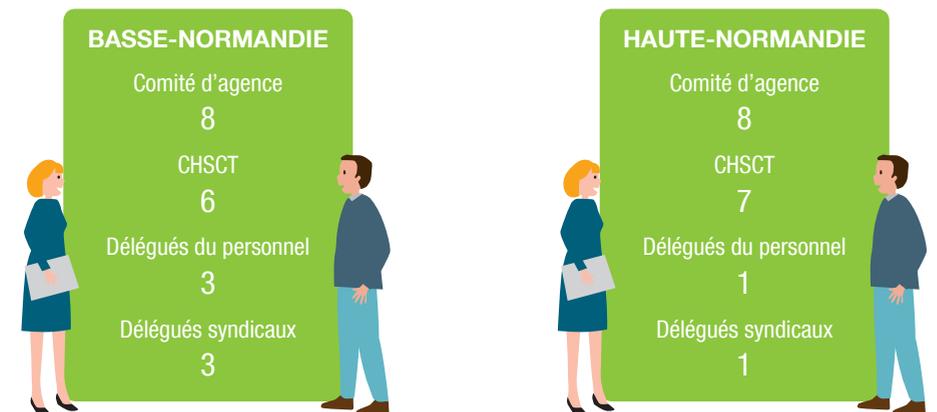
Le Comité d'agence a pour mission d'examiner les questions relatives à l'organisation et aux conditions générales de fonctionnement de l'ARS, ainsi que les mesures relatives aux effectifs, aux conditions d'emploi et à la formation professionnelle. Il organise les activités sociales et culturelles à destination des agents et de leur famille.

### LE COMITÉ D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) contribue à l'amélioration des conditions de travail, à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des agents de l'ARS, ainsi qu'à la promotion de la prévention des risques professionnels et propose à cet effet des actions de prévention.

#### Chiffres clés

Nombre de réunions



Dans le cadre de la préfiguration de l'ARS de Normandie et parmi les réunions du Comité d'agence (CA) et du CHSCT, 6 dates pour le CA et 4 pour le CHSCT ont été organisées en commun.



# PRÉPARER LA CRÉATION DE L'ARS DE NORMANDIE



7



### PRÉFIGURATION DE LA NOUVELLE ARS DE NORMANDIE

La loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, a instauré, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 13 régions issues du regroupement des 22 régions métropolitaines.

Cette réforme territoriale a par conséquent conduit à la création au 1<sup>er</sup> janvier 2016 de nouvelles Agences régionales de santé par regroupement de celles préexistantes dans les anciennes régions.

La majeure partie de l'année 2015 a ainsi été consacrée à préfigurer la nouvelle ARS de Normandie, résultant de la fusion des ARS de Basse et de Haute-Normandie.

Cette préfiguration a été pour les équipes une opportunité pour repenser le mode de pilotage des politiques de santé au niveau régional et pour moderniser les organisations mises en place en 2010 afin de les ajuster aux enjeux nouveaux de la stratégie nationale de santé.

Monique Ricomes, directrice générale de l'ARS de Basse-Normandie a été désignée directrice générale préfiguratrice de l'ARS de Normandie par le Conseil des ministres du 22 avril 2015. Sa lettre de mission définissait trois grandes étapes dans la préparation de la nouvelle ARS de Normandie :

- la réalisation d'un état des lieux du fonctionnement et des organisations des deux ARS de Basse et de Haute-Normandie ;
- l'élaboration d'un schéma cible d'organisation ;
- la mise en œuvre de l'organisation détaillée pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### DIALOGUE SOCIAL

Après la réalisation d'un diagnostic territorial partagé entre les équipes des deux ARS au 30 avril 2015, la réflexion sur le schéma cible d'organisation a été menée par l'équipe projet mise en place par la Directrice préfiguratrice, appuyée par plus d'une trentaine de chantiers opérationnels.

Ces travaux ont fait l'objet d'un dialogue social soutenu tout au long de l'année 2015, avec une forte attention portée sur les conséquences du projet de réorganisation sur les personnels. L'accompagnement des agents impactés par la réforme territoriale constituait en effet un critère important de réussite du changement.

Ce dialogue social spécifique à ce chantier a été mis en place par plusieurs jalons :

- **4 juin 2015** : consultation des Comités d'agence, en réunion conjointe, sur le principe de la réforme territoriale, avec présentation de l'organisation projet mise en place ;
- **29 juin 2015** : consultation des Comités d'agence sur le macro-organigramme de la nouvelle ARS ;
- **21 et 24 septembre 2015** : présentation du schéma cible d'organisation de la nouvelle ARS aux CHSCT et CA ;
- **3 et 6 novembre 2015** : après réalisation d'une expertise à la demande des CHSCT, ceux-ci et les Comités d'agence rendent un avis négatif au projet de nouvelle organisation, s'inquiétant notamment de l'accompagnement des agents et de l'impact du projet sur les conditions de travail ;
- **1<sup>er</sup> décembre 2015** : présentation aux Comités d'agence du dossier d'organisation détaillé, de l'étude d'impact Ressources humaines et du processus d'affectation des agents dans la nouvelle ARS.

Après la réalisation de près de 150 entretiens de manifestation d'intérêt au cours de l'automne 2015, de la mise en place d'un blog et d'une "foire aux questions" permettant de communiquer rapidement en interne sur l'avancée du projet, les postes impactés par la réorganisation ont fait l'objet d'un appel à candidatures interne le 20 novembre 2015, qui a permis d'affecter la quasi-totalité des agents dans la nouvelle organisation, dès fin décembre 2015.

### TRAVAUX DE PRÉFIGURATION

Par ailleurs, d'importants travaux ont été menés par les équipes support, dans le cadre de la préfiguration, pour garantir le bon fonctionnement de la nouvelle agence :

- préfiguration des nouveaux services Ressources humaines et comptable et préparation des travaux de la première paie ;
- harmonisation des systèmes d'information entre les deux ARS (gestion des temps et absence, réservation de véhicules, gestion des entretiens d'évaluation, gestion des frais de déplacement, etc.) ;
- déploiement de nouveaux outils de visioconférences ;
- lancement d'un chantier relatif à une gestion électronique du courrier.

L'ensemble de ces travaux de préfiguration a ainsi permis de démarrer la nouvelle ARS de Normandie, avec le nouvel organigramme correspondant au schéma cible, dans des conditions optimales, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

BASSE-NORMANDIE

#### MUTUALISATION INTER-SERVICES SUR LE SITE CAENNAIS

Le Pôle logistique regroupe quatre missions que sont :

- le courrier entrant et sortant, navettes préfecture ;
- l'accueil téléphonique et physique ;
- la gestion immobilière (maintenances et entretien, contrôles réglementaires, etc.) ;
- la gestion interne (salles de réunion, véhicules de service, gestion des copieurs, gestion des frais de déplacement, etc.) ;
- les archives.

L'ARS de Basse-Normandie sur le site de Caen a mis en place, à partir du 20 avril 2015, une convention de mutualisation des activités logistiques avec les co-occupants sur bâtiment (DDCS (Direction départementale de la cohésion sociale) & DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale)) pour faire face aux baisses d'effectifs. Ces activités logistiques concernent :

- le suivi du bâtiment ;
- l'accueil physique et téléphonique ;
- le courrier et navettes.



**HARMONISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION**

**Le système d'information est un élément clé de l'ARS de Normandie. Il doit reposer sur une infrastructure robuste, sécurisée et évolutive, de manière à assurer flexibilité et réactivité.**

Après réalisation d'un état des lieux des équipements existants sur les cinq sites géographiques de la future ARS de Normandie, plusieurs travaux d'harmonisation ont été engagés. Les équipements vieillissants ou obsolètes ont été ainsi remplacés. Les sites de Rouen et Évreux ont été équipés de matériels de visioconférence, des baies de données pour le stockage des fichiers, des arborescences, des serveurs virtuels et des répliques de données ont été déployés. Le site de Rouen a bénéficié du renouvellement des commutateurs principaux et le site d'Évreux a bénéficié du redéploiement d'un serveur de Caen.

**Résultats**

- L'objectif poursuivi par les services informatiques des deux ARS normandes au cours de l'année 2015 a permis d'homogénéiser et moderniser les équipements afin de sécuriser mais également fluidifier les débits inter et intra-sites.

**ACHATS, MARCHÉS ET LOGISTIQUE**

L'environnement de travail constitue un élément important dans le développement de la qualité de vie, du bien-être et de la prévention des risques en entreprise. À cet effet et dans le cadre de ses missions ainsi que sa stratégie immobilière, le Pôle achats, marchés et logistique a entrepris quelques travaux de remise en état des locaux dans l'attente de la décision finale liée au projet de déménagement. Elle s'est, par ailleurs, dotée d'un outil de réservation des billets de train.

L'objectif poursuivi par le Pôle achats :

- se positionner en qualité de prestataire interne de service et poursuivre la mise en œuvre de son offre de services ;
- intégrer les enjeux économiques et sociaux dans la gestion des activités du pôle et faire de la commande publique un levier de développement durable (clauses environnementales lors des marchés publics et achats de fournitures, achat de véhicules hybrides, etc.) ;
- veiller à la sécurité des biens et des personnes ainsi qu'aux conditions de travail ;
- garantir une information complète au quotidien dans le cadre de la gestion de la documentation et de la veille réglementaire.



<b>ADEME</b>	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie	<b>IDESP</b>	Infirmier(e) de santé publique
<b>ALD</b>	Affection longue durée	<b>IFSI</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>AS</b>	Assistant(e) social(e)	<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance	<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>ASN</b>	Agence de sûreté nucléaire	<b>IRCBN</b>	Institut régional du cancer de Basse-Normandie
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral	<b>IREPS</b>	Instance régionale d'éducation pour la santé
<b>CBUMPP</b>	Contrat de bon usage des médicaments produits et prestations	<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>CDAG</b>	Centre de dépistage anonyme et gratuit	<b>ISEMA</b>	Internat socio-éducatif médicalisé
<b>CeGIDD</b>	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	<b>ITEP</b>	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
<b>CESC</b>	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté	<b>MAIA</b>	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
<b>CH</b>	Centre hospitalier	<b>Mers Cov</b>	Coronavirus du syndrome respiratoire de Moyen-Orient
<b>CHPC</b>	Centre hospitalier public du Cotentin	<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	<b>OMéDIT</b>	Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovation thérapeutique
<b>CIDDIST</b>	Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles	<b>PASS</b>	Permanences d'accès aux soins et de santé
<b>CIRE</b>	Cellule interrégionale d'épidémiologie	<b>PECM</b>	Prise en charge médicamenteuse
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer	<b>PFRA</b>	Plateforme de répit et d'accompagnement
<b>CLS</b>	Contrat local de santé	<b>PHARE</b>	Performance hospitalière pour des achats responsables
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement	<b>PHISP</b>	Pharmaciens inspecteurs de santé publique
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre hospitalière	<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>COFIL</b>	Comité de pilotage	<b>PMI</b>	Protection maternelle infantile
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>CPP</b>	Centre périnatal de proximité	<b>PRSE</b>	Plan régional santé-environnement
<b>CRAHN</b>	Centre de ressources autisme de Haute-Normandie	<b>PSLA</b>	Pôle de santé libéral et ambulatoire
<b>CRDS</b>	Cellule régionale de défense sanitaire	<b>PTMG</b>	Praticien territorial de médecine générale
<b>CREF</b>	Contrat de retour à l'équilibre financier	<b>SAMU</b>	Service d'aide médicale urgente
<b>CRP</b>	Commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers	<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<b>CRSA</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie	<b>SFP</b>	Soutien aux familles et à la parentalité
<b>DAF</b>	Dotation annuelle de fonctionnement	<b>SROS</b>	Schéma régional de l'organisation des soins
<b>DASRI</b>	Déchets d'activités de soins à risques infectieux	<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>SSE</b>	Situations sanitaires exceptionnelles
<b>ESMS</b>	Établissements et services médico-sociaux	<b>SSR</b>	Soins de suite et réadaptation
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif	<b>TISSE</b>	Télémédecine en structures médico-sociales
<b>ETADA</b>	Équipe territoriale d'appui au diagnostic de l'autisme	<b>UEM</b>	Unité d'enseignement en maternelle
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein	<b>UMOSTED</b>	Unité mobile spécialisée dans les troubles envahissants du développement
<b>FIR</b>	Fonds d'intervention régional	<b>UNV</b>	Unité neuro-vasculaire
<b>GUIPS</b>	Guichet unique de l'installation des professionnels de santé	<b>URPS</b>	Union régionale de professionnels de santé
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile	<b>USLD</b>	Unité de soins longue durée
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé	<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>IDE</b>	Infirmier(e) diplômé(e) d'État	<b>VSS</b>	Veille et sécurité sanitaires



design © **Zig Zag** 2016

[www.normandie.sante.fr](http://www.normandie.sante.fr)  
[twitter.com/ars\\_normandie](https://twitter.com/ars_normandie)

## AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE NORMANDIE

Espace Monet  
2, place Jean Nouzille  
CS 55035  
14050 CAEN CEDEX 4

02 31 70 96 96  
[ars-normandie-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-contact@ars.sante.fr)