

PRÉAMBULE AUX 3 SCHÉMAS D'ORGANISATION

Ce préambule est une introduction commune aux trois schémas régionaux (prévention, organisation de soins, médico-social).

Sommaire

1. CONSTRUCTION DES SCHÉMAS	4
1.1. La place des schémas dans le PRS.....	4
1.2. L'élaboration des schémas.....	4
2. LE CONTENU DES SCHÉMAS	5
2.1. Les enjeux des schémas.....	5
2.2. Les parcours de santé.....	8
3. LA MISE EN ŒUVRE DES SCHÉMAS	11
3.1. La territorialisation.....	11
3.2. Les moyens d'action.....	12

1. CONSTRUCTION DES SCHÉMAS

1.1 La place des schémas dans le PRS

Les schémas sont la déclinaison du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Le PSRS a fixé le cadre général à partir duquel sont construits les schémas.

- Il a présenté dans l'Atlas et l'Etude Prévisionnelle de l'Offre (EPO), le contexte dans lequel la politique de l'ARS sera mise en œuvre ;
- Il a défini le découpage territorial de notre région en matière de santé ;
- Il a déterminé au sein de 6 domaines stratégiques, 16 priorités et 45 objectifs généraux en matière de santé ;
- Il a identifié les défis à relever en matière d'organisation de l'offre de santé qui conduisent à 4 axes stratégiques et 16 impératifs.

Les schémas ont pour objet de décliner les priorités du PSRS, en formulant des objectifs opérationnels, bien identifiés, qui permettront d'atteindre les objectifs fixés pour chaque priorité. Les schémas définissent donc, dans chaque domaine, les modalités de réalisation de ces objectifs. De manière synthétique :

- Le Schéma Régional de Prévention (SRP) a pour objectif de structurer l'organisation régionale en matière de prévention en Basse-Normandie ;
- Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) a pour finalité de structurer l'organisation de la prise en charge des patients
 - en s'appuyant en priorité sur le premier recours ;
 - en optimisant les plateaux techniques ;
 - en décloisonnant la relation ville/hôpital/médico-social ;
 - en prenant en compte l'évolution démographique des populations et soignants ;
- le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) vise à agir sur l'organisation médico-sociale de la Basse-Normandie pour une réelle amélioration de la qualité de vie d'une population diversifiée en lui apportant des réponses adaptées tout au long de la vie.

Les trois schémas décrivent donc l'application, au sein de notre région, des principes d'organisation du PSRS et présentent les modalités de mise en conformité des organisations actuelles avec ces principes.

Les schémas sont la base des programmes

Les schémas ne détaillent pas les actions à mener, ils se situent au niveau des objectifs. Ce sont les programmes qui, dans certains domaines, détailleront les actions à mener

pour atteindre ces objectifs.

- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) liste les actions à mener pour remédier aux inégalités sociales en matière de santé et faciliter l'accès à la santé des populations défavorisées.
- Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires au service des axes retenus dans les schémas d'organisation.
- Le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), actualisé chaque année, détaille les actions à mener dans le domaine médico-social.
- Le Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR), également actualisé chaque année, présente les actions destinées à améliorer l'efficacité de notre système de soins.

Les schémas présentent les axes de progrès

Le PRS définit la politique régionale de santé. Il n'a pas vocation à présenter toutes les modalités de prévention, de prise en charge et d'accompagnement qui seront mises en œuvre en Basse-Normandie dans chaque domaine. Il vise à présenter de manière synthétique les axes d'amélioration, notamment dans les domaines prioritaires du PSRS et les dispositions prises pour y parvenir.

Les actions résultant du fonctionnement courant des services de santé ne sont donc pas évoquées, de même que celles résultant de plans nationaux lorsqu'elles ne donnent pas lieu à une déclinaison spécifique en Basse-Normandie. Il ne reprend pas le détail des actions prévues par les différents plans nationaux qui, par nature, devront être mis en œuvre, leurs actions étant ou non priorisées dans le PSRS.

1.2 L'élaboration des schémas

Après la définition du PSRS, élaboré en s'appuyant sur la consultation de la population et des instances de la démocratie sanitaire, la construction des schémas avec des professionnels de santé s'est déroulée **en deux temps**.

1^{ère} étape

17 groupes de travail, réunissant 650 participants ont été constitués pour élaborer des propositions sur des thématiques relevant de modes de prise en charge (exemple : chirurgie) de pathologies (exemple : cancer) ou de populations (exemple : personnes âgées). Ces groupes devaient mener leurs réflexions de manière transversale, intégrant la prévention, l'organisation des soins et de l'accompagnement médico-social. Au terme de 6 mois, ils ont fourni chacun un document appelé « livrable » reflétant les constats et propositions des participants sur la thématique considérée.

Parallèlement **5 groupes de travail spécifiques** (réunissant 70 participants) ont élaboré

un projet de schéma de prévention par des réflexions sur l'organisation de ce domaine spécifique.

Cette procédure a permis de recueillir un grand nombre d'idées sur l'ensemble des thématiques sectorielles.

2^{ème} étape

Pour mettre en cohérence l'ensemble des propositions ainsi recueillies dans une approche transversale des parcours et dans une logique de territorialisation de l'organisation des offreurs de santé, une seconde étape de travail a été mise en place :

Un groupe mixte réunissant des cadres de direction de l'ARS et 12 membres de la CRSA a travaillé pendant 8 séances sur une vingtaine de questions touchant à la naissance, la chirurgie, les soins non programmés, les maladies chroniques, la personne-âgée, les souffrances psychiques et troubles de la santé mentale et défini des lignes de force de l'organisation de la santé servant de guide pour la rédaction des schémas.

Ceux-ci ont été rédigés par les services de l'ARS à partir des livrables et des conclusions du groupe mixte CRSA/ARS.

Il faut noter le fort investissement de tous les acteurs locaux dans l'élaboration du PRS qui démontre l'intérêt porté à cette démarche et l'espoir qu'ils mettent dans la nouvelle approche instituée par la loi HPST.

2. LE CONTENU DES SCHÉMAS

2.1 Les enjeux des schémas

Trois axes principaux sous tendent les organisations proposées par les schémas :

Adapter l'offre aux besoins des populations et aux effectifs de professionnels

> Coordonner voire regrouper les offreurs de soins pour maintenir la qualité et assurer la pérennité de l'offre de santé sur les territoires

Les données statistiques de l'Etude Prospective de l'Offre (EPO) montrent une réduction quasi inévitable de l'offre de professionnels de certaines disciplines comme les anesthésistes, les chirurgiens, les gynécologues obstétriciens. Une telle réduction ne permettra pas de maintenir le fonctionnement de tous les sites actuels dans des conditions de qualité et de sécurité suffisantes. Pour éviter que l'organisation de l'offre ne soit dictée par les aléas des mouvements de professionnels, et afin de maintenir un accès de tous à une offre de proximité de qualité et sécurisée, les schémas prévoient les évolutions en matière d'implantations ou d'autorisations notamment dans les domaines de l'obstétrique et de la chirurgie et préconisent une politique de regroupement des professionnels de santé libéraux.

> Réaffirmer la fonction de premier recours du médecin traitant

La loi de 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie renforce le rôle de coordination des soins du médecin traitant. La loi HPST qui définit les soins confirme cette vision des soins de premiers recours.

L'importance de cette fonction du médecin traitant est renforcée par la faible démographie de certaines spécialités médicales de la région. Il est indispensable de concentrer l'activité de certains praticiens sur les patients qui nécessitent l'exercice de compétences plus spécialisées et ne pas les solliciter pour des prises en charge de premier recours. C'est notamment le cas des gynécologues obstétriciens, des gériatres, des psychiatres.

> Favoriser les « délégations » d'activités entre acteurs de santé pour une meilleure efficience

La prise en charge des patients nécessite de plus en plus souvent un travail en collaboration de plusieurs professionnels. Ils interviennent successivement voire concomitamment dans le parcours de soins dans des activités connexes dont les limites



traditionnelles peuvent être utilement modifiées dans des conditions bien définies. Cette délégation d'activités peut contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge et pallier le manque de disponibilité de certains professionnels.

Les Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) construits sur la base d'un projet de santé d'un territoire et d'un projet médical commun à tous les professionnels constituent un lieu privilégié de mise en œuvre de ce mode d'exercice.

> Penser l'organisation des services de santé dans une logique de parcours de santé

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie prescrit dans son rapport du 22 mars 2012 : « l'attention portée à la qualité d'un parcours suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine que l'on peut appeler de parcours. C'est-à-dire une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante ».

Cette approche qui se fonde sur le besoin de santé plutôt que sur l'offre de soins intègre également une dimension dynamique. Elle oblige à s'interroger sur les étapes antérieures et ultérieures du parcours et donc à prévoir l'organisation de l'offre qui pourrait répondre aux besoins à venir de la personne considérée.

Cette approche est décrite dans les parcours présentés ci-dessous, au sein desquels l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement sont fondés sur l'analyse des besoins des personnes.

Entrer dans une logique d'organisation territoriale

> Favoriser toutes les formes de coopérations notamment entre les établissements de petite taille

Quelque soit le type d'établissement (sanitaire, médico-social...), il existe une taille critique en dessous de laquelle il n'est pas possible de fonctionner de manière efficiente, en raison des charges fixes ou des moyens humains nécessaires pour faire face aux obligations de qualité et de sécurité suffisantes (ex : accouchements).

Pour la cancérologie et la cardiologie interventionnelle les textes réglementaires fixent un seuil minimal d'activité. Dans les autres spécialités, il n'existe pas de seuil d'activité pour les établissements mais des seuils capacitaires : un nombre de lits minimal (15 lits) pour l'ouverture d'un service d'obstétrique, un nombre minimal de places (5) pour la chirurgie ambulatoire.

Pour les établissements médico-sociaux, la taille optimale dépend de la population accueillie, mais il est toujours pertinent de mutualiser, notamment les charges administratives et certaines charges médicales.

La mise en œuvre des schémas du PRS contribuera à développer ces liens entre structures aussi bien entre le privé et le public qu'entre établissements publics.

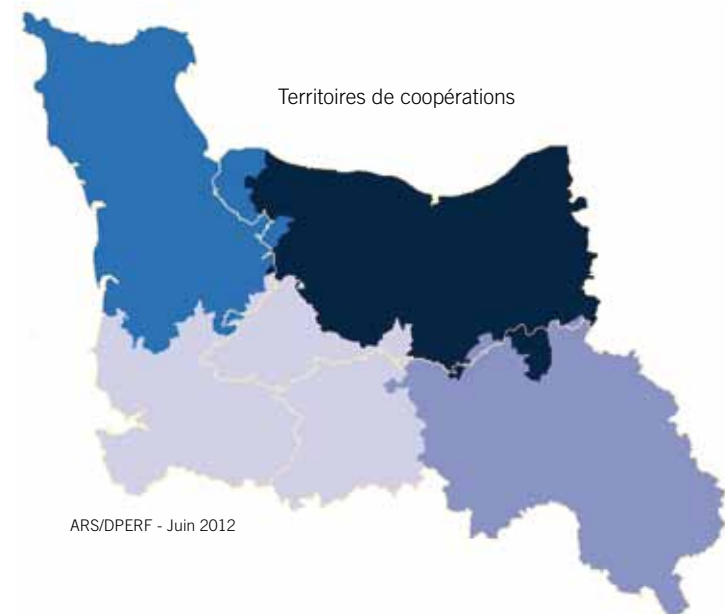
> Développer la coopération entre établissements de santé et établissements ou services médico-sociaux, pour les parcours psychiatrie et personnes âgées notamment

Dans la logique de parcours de santé évoquée ci-dessus, la coopération entre secteur sanitaire et secteur médico-social est essentielle, notamment pour améliorer la prise en charge de toutes les personnes en situation de vulnérabilité. Le découpage administratif antérieur n'a pas favorisé cette liaison, mais la compétence transversale de l'ARS permet d'y contribuer. Il est nécessaire par exemple de renforcer les liaisons entre les établissements pour personnes âgées et les établissements psychiatriques pour prendre en charge efficacement les maladies mentales liées à la sénescence. De telles « passerelles » de liaison sont également utiles pour certains épisodes de crises de jeunes accompagnés dans des établissements médico-sociaux.

Ce type de coopération se développera dans un cadre de proximité, au sein de territoires de tailles inférieures à celles des territoires de santé, dans la mesure où son objet n'est pas de modifier l'organisation administrative mais de faciliter la prise en charge de proximité.

> Structurer la coopération des établissements sanitaires

L'organisation de la coopération entre structures sanitaires, notamment via des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), doit être bâtie sur des réalités sociologiques. L'examen des flux de patients entre territoires permet de constater des relations privilégiées entre certains d'entre eux, même si l'essentiel des flux converge vers le territoire caennais. A partir des pratiques des patients en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), il a été décidé de constituer quatre ensembles de coopération sanitaire :



ARS/DPERF - Juin 2012

- les territoires bajocasse, caennais, lexovien et deauvillais ;
- les territoires aiglun, alençonnais, argentanais et mortagnais ;
- les territoires virois, flérien, mortainais, saint hilairien ,avranchin et granvillais ;
- les territoires lessayais, coutançais, st lois, carentanais et cherbourgeois.

Si des relations entre l'un et l'autre de ces ensembles ne sont pas exclues, l'ARS privilégiera et incitera les coopérations à l'intérieur de ces ensembles.

> Organiser la communication entre les professionnels libéraux, les établissements et les acteurs du secteur médico-social

Ces pratiques de coopération nécessitent une communication facile entre les intervenants quel que soit leur domaine d'appartenance. Pour être efficace, celle-ci ne doit pas être laissée à la seule initiative des acteurs locaux, ce qui conduirait à une multitude d'outils non compatibles. Il est préférable de construire des outils, testés sur des territoires avec les acteurs, mais ensuite généralisés à la région. Cette communication doit s'appuyer si possible sur des outils nationaux (type Dossier Médical Partagé (DMP)) et privilégier l'usage de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Elle doit naturellement être mise en œuvre dans le respect des règles déontologiques relatives au secret professionnel.

> Organiser le fonctionnement de la permanence des soins par territoire de santé

Dans le domaine particulier des urgences, la coopération est particulièrement indispensable pour mutualiser les moyens disponibles afin de faire face à des surcharges temporaires sur un site. Elle est plus opérationnelle si les services d'urgence sont organisés par territoire. Cette organisation permet aussi une rotation des équipes assurant une meilleure formation et une qualité des soins homogène.

Conforter la place du médecin traitant dans le parcours de santé

> Réaffirmer son rôle de coordination du parcours des patients

Ce rôle a été souligné plus haut. Il est notamment essentiel dans les domaines suivants :

- le suivi de grossesse, pour assurer la prévention des comportements à risque, la prévention de la souffrance psychique, le dépistage des facteurs de risque... ;
- la préparation et les suites des actes chirurgicaux, pour faciliter l'accès notamment à la chirurgie ambulatoire et accompagner la sortie du patient en lien avec l'établissement ;

- le suivi de la santé des enfants, notamment dans les populations défavorisées en détectant les facteurs de risque et mobilisant les accompagnements nécessaires pour les soins ;
- la prise en charge du patient atteint de pathologies chroniques ;
- la détection des signes avant coureurs de la perte d'autonomie ;
- le suivi de la personne âgée et de la personne en situation de handicap, plus généralement de toute personne en situation de vulnérabilité.

> Mettre en place une structuration de la coordination des prises en charge pour les cas complexes en appui aux médecins traitants

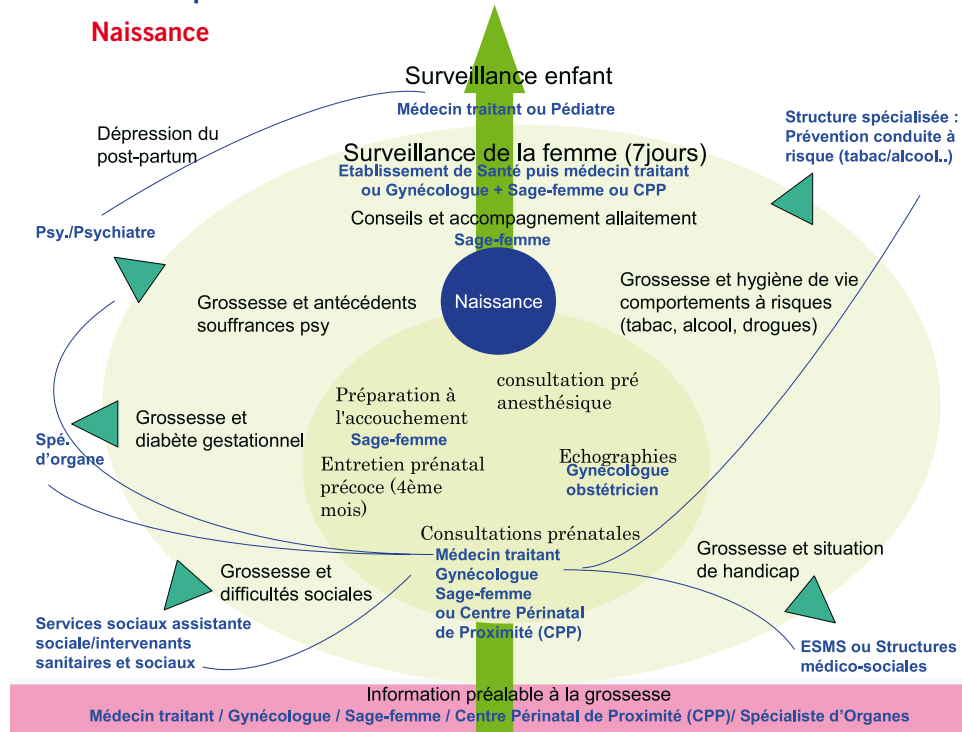
Bien que la coordination médicale suppose d'intégrer dans la pratique nombre de facteurs non médicaux (environnement, logement, situation sociale...), il n'appartient pas au médecin de chercher les solutions à l'ensemble de ces difficultés et les patients ne sont parfois pas en mesure de faire face à ces difficultés eux-mêmes. Il est donc nécessaire d'offrir la possibilité, pour les cas les plus complexes, d'un appui à cette coordination. Celui-ci peut être assuré par le CLIC pour les personnes âgées ou par des gestionnaires de cas dont les modalités de fonctionnement devront être expérimentées dans le cadre du PRS.

> Développer des collaborations étroites, formalisées avec d'autres acteurs de santé

Pour exercer cette fonction de coordination, le médecin traitant doit mobiliser de multiples acteurs de santé issus de champs divers. Afin de faciliter ces démarches et de les rationaliser, il est préconisé de les formaliser par des outils ou des conventions. Elles pourront être élaborées, selon le cas au sein des territoires de proximité ou au niveau des territoires de santé. Les commissions de coordination des politiques publiques pourront utilement être associées à cette démarche.

2.2 Les parcours de santé

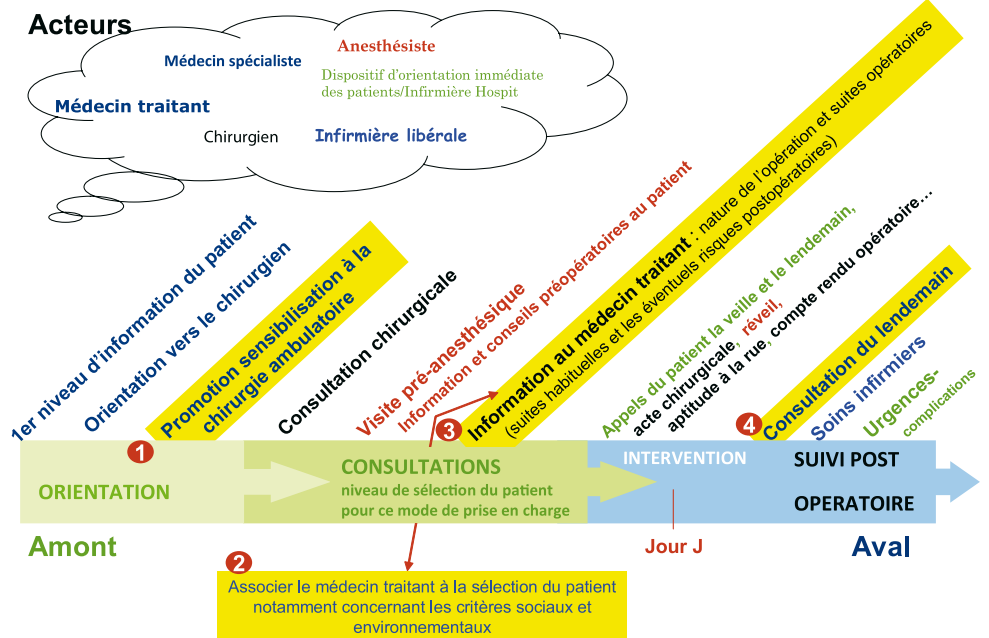
Naissance



Les points remarquables :

- Le suivi du parcours est assuré par le médecin traitant (modalité à développer davantage), un gynécologue médical, une sage femme ou un Centre Périnatal de Proximité (CPP) ;
- L'intervention des gynécologues obstétriciens est plutôt à réserver pour les suivis des grossesses à risque ou complexes, tout en respectant le libre choix des patientes ;
- L'importance de l'information préalable à la grossesse pour qu'elle soit initiée dans de bonnes conditions physiques et psychologiques ;
- Le professionnel responsable du suivi mobilise des compétences adéquates ou pour des actes techniques (échographie, entretien du 4^{ème} mois...) ou pour prendre en charge des problèmes spécifiques (diabète, conduites à risque, dépression, problèmes sociaux...) et assure la coordination entre ces intervenants ;
- La continuité des soins de l'enfant et de la mère doit être assurée entre l'établissement et le médecin traitant par une bonne communication d'informations.

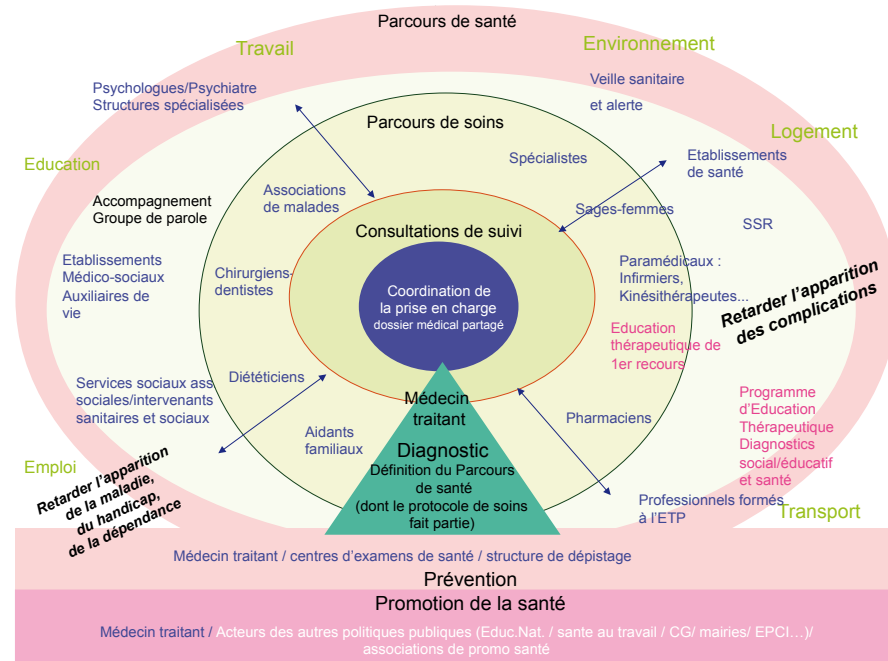
Chirurgie



Les points remarquables :

- Le médecin traitant participe à l'orientation du patient vers la structure de prise en charge chirurgicale. Il doit dans ce cadre contribuer à la promotion de la chirurgie ambulatoire auprès du patient ;
- Le médecin traitant, en raison de sa bonne connaissance du patient, doit être associé à la décision de choix du mode de prise en charge chirurgicale ;
- Il doit être informé de la nature de l'intervention et de ses suites éventuelles pour participer à l'information du patient ;
- Il peut procéder à une consultation du patient le lendemain de la sortie à partir des informations communiquées par l'équipe chargée de l'intervention et est donc en mesure de coordonner les intervenants des soins d'aval.

Maladies chroniques

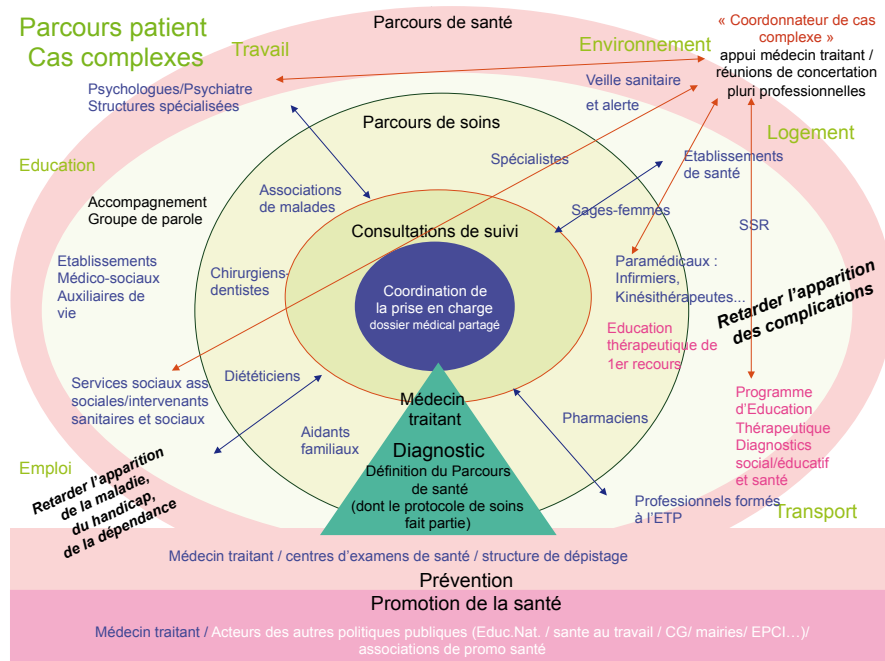


La promotion et la prévention de la santé interviennent tout au long du parcours de vie et en lien avec les déterminants de santé tels que présentés sur la diapositive du réseau de recherche en santé des populations du Québec (qui figure à la page 4 du SRP).

Les points remarquables :

- Le parcours de santé du malade chronique débute bien avant l'apparition de la maladie. Le médecin traitant incite donc le patient à participer aux dépistages et à limiter les facteurs de risques. Par ailleurs, la prévention des risques liés à l'environnement social et physique du patient relève de la coordination de l'ensemble des politiques publiques ;
- Après diagnostic, le médecin élabore, avec le patient, un Programme Personnalisé de Soins (PPS) et d'éducation thérapeutique incluant l'intervention de différents professionnels, dont il assure la coordination ;
- Dans certains cas, en raison de difficultés sociales, de maladies psychiatriques, de polypathologies, un coordinateur assiste le médecin dans cette fonction de coordination.

Parcours patient Cas complexes



Complexité ?

Complexité médicale :

- Association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs Affections de Longue Durée (ALD)
- Degré de sévérité des pathologies
- Equilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique

Complexité psychosociale :

personne ayant un faible recours aux soins

- Isolement social, vulnérabilité sociale
- Pratiques de santé inadaptées
- Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs

Personne âgée

De l'évaluation préventive à l'évaluation gériatrique

On peut distinguer **3 types** d'évaluation répondant au besoin d'anticipation de la dépendance

1 Le repérage des risques

qui consiste à s'interroger régulièrement où à l'occasion d'un épisode de vie sur les capacités d'autonomie d'une personne âgée : un rendez-vous chez l'ophtalmologue, un rendez-vous chez l'audioprothésiste, une adaptation simple du logement

Je dois parler de plus en plus fort avec mamie... Je vais lui prendre un rendez-vous avec le médecin pour voir s'il ne lui faut pas un appareil

Il est encore tombé ce matin... c'est la 3^{ème} fois en 15 jours, est-ce qu'il ne faudrait pas retirer les tapis dans sa chambre, est-ce qu'il ne faudrait pas éclairer mieux sa cuisine...est-ce que ses lunettes sont toujours bien adaptées ?

Les résultats interrogent le médecin traitant sur un des aspects de la grille et/ou l'adéquation de la prise en charge actuelle ...

3 L'évaluation gériatrique /expertise

qui se fait lorsque le besoin d'une expertise par un gériatre se fait sentir à la suite de l'évaluation « outillée »

L'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) est un ensemble d'outils qui permet d'évaluer les troubles et le degré de dépendance de la personne âgée afin de lui apporter la prise en charge la plus adaptée.

Les choses mises en places n'ont pas suffi...

2 L'évaluation médico-psycho-sociale « outillée »

qui en fonction de l'évaluation préventive peut être déclenchée. Elle consiste à l'analyse précise et formalisée des différents paramètres de l'autonomie. Elle se fait sur la base d'une grille d'évaluation type GEVA ou AGGIR

*Volet familial, social et budgétaire
Volet habitat et cadre de vie
Volet parcours professionnel
Volet médical
Volet psychologique
Volet capacités fonctionnelles, activités et environnements*



Les acteurs de ces évaluations ?

« Le repérage des risques »

1 **Toutes personnes en contact avec la personne âgée ou en perte d'autonomie :**

Med traitant, infirmier, intervenant au domicile (SSIAD, SAAD, aide ménagère, auxiliaire de vie...), famille, hôpital, document d'information sur points de vigilance et lieux d'accès aux aides à créer ?

3 L'évaluation gériatrique /expertise

qui se fait sentir à la suite de l'évaluation « outillée ». **Le gériatre, l'équipe mobile gériatrique** est un ensemble d'outils qui permet d'évaluer les troubles et le degré de dépendance de la personne âgée afin de lui apporter la prise en charge la plus adaptée.

2 L'évaluation médico-psycho-sociale « outillée »

qui en fonction de l'évaluation préventive peut être déclenchée. Elle consiste à l'analyse précise et formalisée des différents paramètres de l'autonomie. Elle se fait sur la base d'une grille d'évaluation type GEVA ou AGGIR. **Le médecin traitant** Réalise l'évaluation médicale et sollicite le CLIC voire d'autres professionnels de santé dans le cadre d'accord de coopération pour coordonner la suite de l'évaluation

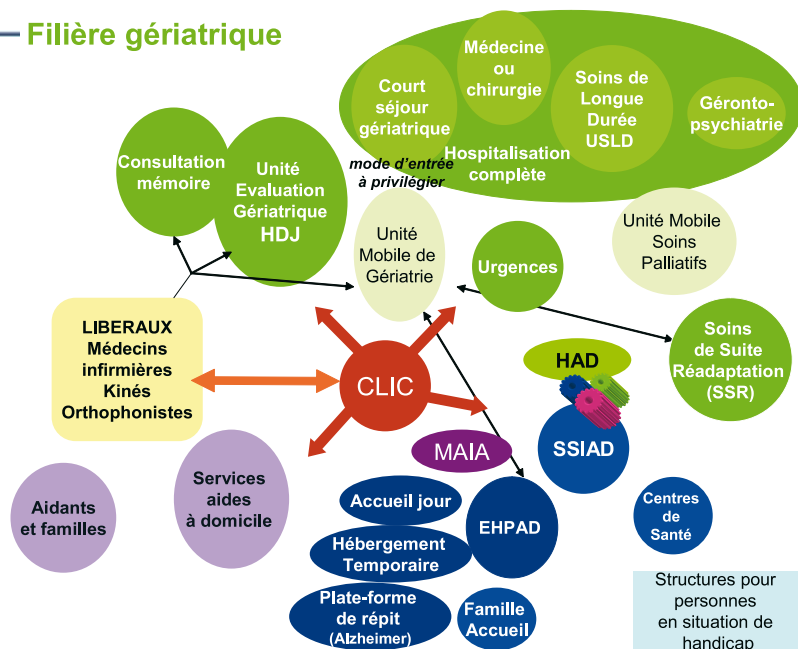
grille d'évaluation adaptée à créer ?

Une GEVA-A simplifiée intégrant la grille AGIRR ?

Le point remarquable :

- L'évaluation du risque de dépendance est nécessaire à toutes les étapes pour préparer les évolutions ultérieures. Au premier stade 1, il s'agit d'un simple repérage des risques par l'entourage et d'une aide à la prise de conscience par la personne âgée de la nécessité de prévenir et prendre en compte les évolutions liées à l'âge. Au stade ultérieur 2, le médecin traitant sollicite le CLIC pour procéder à une évaluation complète et coordonner en appui du médecin, la mise en œuvre du programme qui en résulte. Enfin 3, une évaluation gériatrique mobilisant une équipe spécialisée peut être nécessaire pour évaluer des troubles plus importants et le degré de dépendance afin d'y apporter des réponses adaptées.

— Filière gériatrique



Les points remarquables :

- Le renforcement du rôle des CLIC dans la coordination est nécessaire de même que leur déploiement sur l'ensemble du territoire en vue d'assurer la couverture de l'ensemble de la région ;
- L'accès à l'hospitalisation doit se faire par les unités de courte durée et l'entrée par les services d'urgence doit rester l'exception ;
- L'état de santé des personnes accueillies dans les structures d'aval doit être en adéquation avec la vocation de celles-ci, afin d'éviter les dysfonctionnements et les risques de saturation de ces structures.

3. LA MISE EN ŒUVRE DES SCHÉMAS

3.1. La territorialisation

La loi HPST a défini les territoires de santé, qui sont des territoires de concertation. C'est à ce niveau que se situent les conférences de territoire et que se mettent en œuvre les principes d'organisation du PRS.

Ces **territoires de santé** ont été élaborés par une agrégation de dix neuf territoires de vie à l'intérieur desquels les comportements, les habitudes spatiales de la population et les caractéristiques sociologiques sont communes.

Afin de visualiser précisément l'état de santé et les inégalités de santé dans la région, ces **territoires de vie** ont été eux-mêmes construits à partir de plus petites unités territoriales reflétant la vie quotidienne autour de services élémentaires (épicerie, boulangerie, écoles...) qui ont été agrégés sur la base des déplacements du domicile vers le lieu de travail. Ces territoires de vie servent de base pour l'observation des caractéristiques sanitaires de la population et notamment des inégalités en matière de santé.

Ils se différencient des **territoires de développement** : territoires voulus par les habitants, les élus, les forces vives, afin d'élaborer et de contractualiser un projet territorial de développement durable et de services aux habitants. Ce sont ces territoires vécus, de proximité, qui peuvent être porteurs d'un projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale en cohérence avec leur projet de développement. Ces territoires sont intimement liés à la question sanitaire : le service public de la santé et du médico-social détient une place importante dans l'économie et la vitalité des territoires.

Ce concept est illustré par les Ateliers Santé Ville (ASV) mis en place dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (C.U.C.S.) qui se caractérisent par des objectifs de santé publique à destination d'une population identifiée. Les A.S.V. peuvent être considérés comme la mise en œuvre d'une démarche territorialisée cohérente de promotion de la santé au plan local. Ces projets bénéficient d'un financement spécifique et d'un pilotage départemental renforcé. Cette démarche devra être engagée sous des formes analogues dans les territoires ruraux.

Les **territoires de collectivités territoriales, communes ou communautés de communes** ont l'avantage de pouvoir faire intervenir les cofinancements, la collectivité venant par des actions complémentaires et intersectorielles (notamment agissant sur les déterminants sociaux de santé : infrastructures routières, urbanisme, transport, logement, culture...) favoriser l'accès à un meilleur état de santé. La légitimité des élus locaux à se saisir des questions de santé publique est d'autant plus grande qu'ils sont en première ligne pour répondre aux attentes de leurs concitoyens et qu'ils disposent de moyens pour intervenir sur de nombreux déterminants de santé. Ils ont aussi un rôle fédérateur envers les

associations et services, une très bonne connaissance du contexte, du milieu social et des ressources locales dans différents champs.

Si le territoire de la décision est régional, les territoires de l'observation et de la concertation doivent être superposés, seul le diagnostic partagé permettant la mise en synergie. Les territoires de l'action sont des territoires de proximité inclus dans les territoires de l'observation et de la concertation.

3.2. Les moyens d'action

Les dispositions contenues dans les schémas seront mises en œuvre sur la période du PRS (5 ans). Pour les réaliser, l'ARS dispose de **trois moyens d'action** : les autorisations, la contractualisation et les enveloppes d'intervention.

Les autorisations

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) définit pour chaque discipline, le nombre d'implantations, les créations et suppressions d'activité et les coopérations. Les autorisations délivrées et les renouvellements d'autorisations doivent être mis en conformité avec ces dispositions. Les activités non conformes aux prescriptions du SROS seront remises en cause dans le délai d'un an suivant la publication du PRS.

La contractualisation

> Avec les acteurs de soins

La loi HPST prévoit la signature de conventions avec tous les acteurs de soins. Ce sont notamment les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui seront conclus avec les établissements sanitaires, les établissements et services médico-sociaux, les pôles de santé, les réseaux de santé. Le contenu de ces contrats sera mis en conformité avec le PRS et intégrera des dispositions pour la mise en œuvre des priorités du PRS et l'application des préconisations des schémas et programmes. De même, les conventions passées avec les promoteurs d'actions de prévention s'inscriront naturellement dans les priorités et modalités d'action prévues par le PRS.

> Avec les partenaires de l'ARS

La loi HPST a créé les Contrats Locaux de Santé (CLS) qui ont pour vocation de mobiliser sur un territoire l'ensemble des partenaires sur des objectifs définis par un Plan Local de Santé (PLS). Ces contrats sont signés entre une collectivité territoriale (commune ou groupement de communes) et l'ARS mais fédèrent autour de ces deux pilotes de projet tous les acteurs locaux ayant participé à l'élaboration du PLS. C'est à la fois un des moyens de décliner sur le territoire, le PRS et de conjuguer les efforts de l'ensemble des politiques publiques. C'est aussi un instrument de lutte contre les inégalités territoriales de santé qui a vocation à être développé en priorité dans les territoires dont les indicateurs de santé sont défavorables.

Les enveloppes d'intervention

L'ARS dispose de leviers budgétaires pour la déclinaison des politiques nationales et la mise en œuvre des orientations stratégiques régionales en termes de santé publique et prévention, d'offre de santé ainsi que de performance et qualité des soins.

Ces leviers prennent la forme d'enveloppes ou de fonds régionaux qui disposent chacun(e) de règles d'éligibilité et de gestion propres.

Les enveloppes et fonds mobilisables pour la mise en œuvre des priorités du PRS et l'application des schémas régionaux sont les suivants.

> Dans le champ de l'offre de soins

En dehors des activités financées par la tarification à l'activité – T2A (médecine [hormis pour les hôpitaux locaux], chirurgie et obstétrique), l'ARS dispose de trois autres enveloppes à destination des établissements de santé :

- les Dotations Annuelles de Financement (DAF) : pour le financement du fonctionnement des services de psychiatrie, soins de suite et réadaptation et hôpitaux locaux ;
- la dotation dédiée au financement des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ;
- les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) : cette enveloppe permet de financer :
 - les Missions d'Intérêt Général dont la liste est règlementairement définie (activités de recherche, missions de coordination et d'évaluation des besoins des patients, aide médicale urgente, prise en charge des patients en situation de précarité...) ;
 - les Aides à la Contractualisation qui constituent la marge de manœuvre régionale laissée aux agences afin de répondre à des problématiques régionales, non prises en compte par les autres sources de financement : il s'agit notamment du financement des surcoûts induits par la réalisation d'investissement ou de l'accompagnement au développement de nouvelles activités...

> Dans le champ de l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté spécifique

- Le PRIAC, outil de programmation, traduit la mise en œuvre financière du schéma. Il a pour rôle de programmer les financements permettant la réalisation de celui-ci et l'atteinte des objectifs du PRS.

Il a vocation à rendre lisible, sur la durée du PRS, la programmation de l'évolution de l'offre médico-sociale : type de prise en charge, territoire (départemental ou infra-départemental), capacités en nombre de places ou de services...

C'est à partir de cette programmation pluriannuelle, dont le cadrage financier s'appuie sur le montant des enveloppes médico-sociales mobilisables, que seront allouées les ressources pour la création et l'adaptation des établissements et services médico-sociaux via notamment des appels à projets.

> De manière transversale aux différents champs d'intervention de l'ARS et notamment dans le champ de la prévention/promotion de la santé

Afin de donner une plus grande souplesse de gestion aux ARS dans la gestion de certains de leurs crédits au service d'une stratégie régionale de santé transversale, le Fonds d'Intervention Régional (FIR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et est entré en vigueur le 1^{er} mars 2012.

Dans un cadre budgétaire général contraint, il regroupe au sein d'une même enveloppe, des enveloppes déjà existantes. Par un principe de fongibilité asymétrique, le FIR permet de préserver les crédits destinés au financement de la prévention et du médico-social.

Les missions qui ont vocation à être financées par le FIR sont au nombre de sept :

- la permanence des soins (ambulatoire et en établissement de santé) ;
- l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé et des centres de santé (nouveaux modes d'exercice, télémedecine, réseaux de santé, centres périnataux de proximité...) ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;
- l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences...) ;
- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire (prévention et observation de la santé, éducation thérapeutique, gestion des situations sanitaires exceptionnelles...) ;
- la mutualisation des moyens des structures sanitaires en particulier en matière de systèmes d'information et d'ingénierie de projets ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

De manière de plus en plus systématique, l'attribution des crédits donne lieu à contractualisation entre l'ARS et l'opérateur (établissement de santé ou médico-social, association, réseau de santé...).

La signature d'un engagement contractuel permet de définir, notamment, l'objet de l'accompagnement financier, les dépenses éligibles, les résultats attendus ainsi que les modalités d'évaluation de l'action.

Des partenariats financiers développés notamment dans le champ de la prévention

Dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, l'ARS de Basse-Normandie avec ses partenaires institutionnels a renforcé ses moyens d'actions en assurant notamment des instructions communes sur certains appels à projets.

C'est le cas des projets nutrition et activité physique qui ont fait l'objet d'une instruction commune avec la DRAAF et la DRJSCS. Les projets retenus pourront bénéficier de cofinancements.

L'Assurance Maladie participe également aux financements des priorités de santé publique en complément des financements de l'ARS dans le cadre des campagnes de dépistage organisé des cancers, du financement de certains programmes d'éducation thérapeutique autorisés.

Le Conseil Général de l'Orne continue, pour sa part, à assurer certaines missions de santé recentralisées comme le dépistage des cancers, des infections sexuellement transmissibles, la vaccination et la lutte contre la tuberculose.

Par ailleurs, dans le champ des établissements et services médico-sociaux, il convient de préciser que les Conseils Généraux interviennent en complément des moyens délégués par l'ARS (au titre des prestations de soins) pour le financement des établissements et services qui relèvent d'une compétence conjointe ARS-Conseil Général (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyers d'accueil médicalisé...).

Récapitulatif des financements 2012

Enveloppe	Montant 2012
DAF	350 346 480 €
USLD	20 303 550 €
MIGAC	145 762 810 €
Personnes âgées	241 181 793 €
Personnes handicapées	252 037 756 €
Personnes en difficultés spécifiques	5 348 858 €
ESAT	41 619 086 €
Contribution CNSA	1 785 060 €
FIR	31 146 828 € dont 4 305 419 € destinés au financement des actions tendant à la promotion, la prévention de la santé et la sécurité sanitaire
TOTAL	1 089 532 221 €

* Montant 2011. Montant de l'enveloppe 2012 non connu à ce jour.