

# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2011



La santé en Île-de-France

## Édito



Ce rapport d'activité 2011 est le premier que publie l'Agence. Il démontre l'étendue de ses compétences et présente l'ensemble des actions réalisées au plus près des territoires pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, améliorer la qualité du service rendu et renforcer l'efficacité du système de santé.

Dans un paysage de la santé en pleine mutation, dans une région où les inégalités de santé sont prégnantes, ce bilan illustre l'importance des métiers de l'Agence autour de ses fonctions administratives de régulation, de planification, d'inspection et de contrôle, d'allocation de moyens, et de veille et de sécurité sanitaires.

La forte évolution des besoins de santé des usagers nous amène à mettre au cœur des préoccupations de l'Agence la fluidité du parcours de santé et à agir pour garantir une bonne coordination de tous les acteurs en inscrivant véritablement la prise en charge de la santé et de la maladie dans le parcours de vie des usagers.

D'importants travaux ont été conduits afin d'arrêter notre plan stratégique en octobre 2011 élaboré en concertation avec nos partenaires franciliens (usagers, instances de démocratie sanitaire, professionnels et acteurs de santé, collectivités territoriales etc.). Il définit les grandes orientations d'une nouvelle politique de santé régionale que nous souhaitons construire pour les Franciliens.

Ce bilan symbolise la synergie et la transversalité de l'ensemble des expertises et des métiers de l'Agence, tant au niveau territorial que régional, au service de la santé des Franciliens. Je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui ont contribué à cet important travail collectif.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Claude Évin  
Directeur général



5

L'ARS et la région  
Île-de-France

2011 : L'ARS Île-de-France en action



17

Réduire les inégalités  
sociales et territoriales  
de santé



31

Améliorer la qualité  
du service rendu



43

Renforcer l'efficacité  
du système de santé



57

Vers une organisation  
optimale de l'Agence





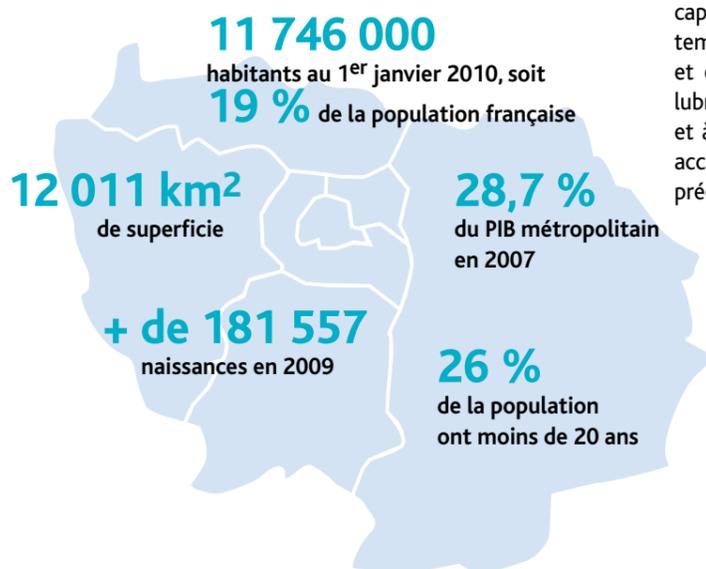
# L'ARS et la région Île-de-France

# Les spécificités de la région Île-de-France

## Des spécificités socio-économiques qui influent sur l'état de santé des Franciliens

La région est globalement plus urbaine, plus riche et plus jeune que les autres régions françaises.

chiffres clés ↓  
en 2011...



L'Île-de-France est la région la plus favorisée mais aussi la plus inégalitaire. La zone centrale fortement urbanisée et densément peuplée s'oppose à la périphérie, où les espaces agricoles et naturels prédominent. Au centre, l'agglomération parisienne regroupe 83 % de la population sur 23 % du territoire de la région. 14 % des ménages franciliens vivent en dessous du seuil de pauvreté régional, en Seine-Saint-Denis 1 enfant sur 4 vit sous le seuil de pauvreté. Son statut de région capitale l'expose à des situations spécifiques : temps de transport longs, difficultés de logement et exposition aux logements indignes ou insalubres, expositions environnementales aux bruits et à la pollution, terre de migrations, sensibilité accrue aux conséquences de la crise économique, précarité, travailleurs pauvres, pauvreté.

L'Île-de-France est une région riche, dynamique, jeune et favorisée sur le plan éducatif et culturel. Mais c'est aussi la région présentant le plus d'inégalités : l'accès aux soins n'est pas équitable et les plus défavorisés sont les plus fragilisés.

## Une situation sanitaire globalement favorable mais inégale

Des indicateurs favorables en termes d'espérance de vie, de morbidité ou de mortalité prématurée : avec une espérance de vie à la naissance qui atteint 79,5 ans chez les hommes et 85 ans chez les femmes en 2009, l'Île-de-France se caractérise par une durée de vie moyenne supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain (77,8 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes). Cependant l'espérance de vie est très inégalitaire. On vit en moyenne deux ans plus vieux dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis.

→ Espérance de vie moyenne : plus ou moins 4 ans le long de la ligne 12 du métro



Une situation préoccupante au regard des moyennes nationales : une surmortalité féminine par cancer, une proportion d'enfants touchés par l'obésité plus importante, des risques liés à l'environnement (le bruit est la première nuisance citée par les Franciliens), des risques liés à l'habitat insalubre (2 enfants sur 3 dépistés pour le saturnisme habitent en Île-de-France), un nombre de cas de tuberculose ou d'intoxication au monoxyde de carbone plus élevé et c'est la région la plus touchée par le VIH (46 % des découvertes de séropositivité en France).

Une région de contrastes et de disparités sanitaires : Paris, le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine affichent un niveau de mortalité par maladies cardiovasculaires inférieur à la moyenne régionale, alors que le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et l'Essonne connaissent une situation de surmortalité significative. Le taux d'obésité infantile est 2 fois supérieur dans les quartiers prioritaires (5,5 % des enfants en CE2) que dans les autres quartiers (2,7 % des enfants en CE2).

## Une offre de santé riche mais contrastée

**47 000 médecins**  
densité moyenne : 405 médecins pour 100 000 habitants

Avec 47 000 médecins, la densité moyenne est de 405 médecins pour 100 000 habitants, mais la répartition est inégale entre territoires avec une densité de 116 en Seine-et-Marne et 530 à Paris. L'Île-de-France compte une proportion de médecins spécialistes importante et une offre de médecine générale fragile. La densité paramédicale est élevée, sauf pour la profession infirmière qui présente une densité deux fois plus faible que le niveau national.

L'offre des établissements de santé est riche et de qualité, avec une forte concentration hospitalière au centre de la région. En Île-de-France, l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est globalement au plus près de la population.

Malgré une offre importante et variée, la région paraît sous-dotée comparée à d'autres régions en termes d'offre médico-sociale. À noter que la part des Franciliens de plus de 75 ans devrait augmenter et passer de 6,1 % de la population totale en 2005 à 7,3 % en 2020.

Enfin, l'offre de santé dans la région comporte également un grand nombre d'actions et de projets soutenus par l'Agence dans le domaine de la prévention et de la santé publique. La région comporte en outre un éventail particulièrement développé de dispositifs de veille et de sécurité sanitaires.

2<sup>ème</sup> rang des régions ayant la plus forte densité médicale

**419** établissements de santé (hôpitaux, maternités, etc.) dont 70 établissements publics, 37 hôpitaux de l'AP-HP, 150 établissements de santé privés d'intérêt collectif et 180 établissements de santé privés

**1 997** établissements et services médico-sociaux (hors services de soins infirmiers à domicile), dont 880 pour personnes âgées et 1 117 pour personnes handicapées

**185** services de soins infirmiers à domicile pour 12 705 places

**603** porteurs d'actions de prévention et de promotion de la santé financées par l'ARS

**+ de 190 000** professionnels de santé, dont 47 000 médecins (20 000 généralistes) et 83 000 infirmiers



# L'ARS Île-de-France

L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France définit et met en œuvre la politique de santé dans la région. Sa compétence porte sur l'ensemble du champ de la santé, de la veille sanitaire à l'organisation des soins hospitaliers, en passant par la prévention et l'organisation de la prise en charge dans les établissements médico-sociaux. Elle dispose donc de larges prérogatives pour construire et mettre en œuvre avec tous ses partenaires un projet global de santé au service des Franciliens.

L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, grâce à sa gouvernance et une large concertation, associe les usagers, l'ensemble des acteurs locaux de santé et les collectivités locales dans la prise de décisions à travers ses principales instances de démocratie sanitaire : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conférences de territoire dans les départements et les commissions de coordination des politiques publiques.

L'ARS Île-de-France a été créée le 1<sup>er</sup> avril 2010

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a créé les Agences Régionales de Santé (ARS), établissements publics placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Chaque Agence est une autorité unique, autonome juridiquement et financièrement, chargée du pilotage et de la mise en œuvre de la politique de santé en région et interlocuteur des professionnels de santé, des établissements médico-sociaux, des collectivités locales et des associations.



## Les missions de l'Agence

- le pilotage de la santé publique dans la région
- la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social

## Ses 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 ambulatoire, les établissements de santé (hôpitaux et cliniques), les structures médico-sociales (structures d'accueil de personnes âgées ou handicapées etc.) ou intervenants à domicile

## Ses principes d'action

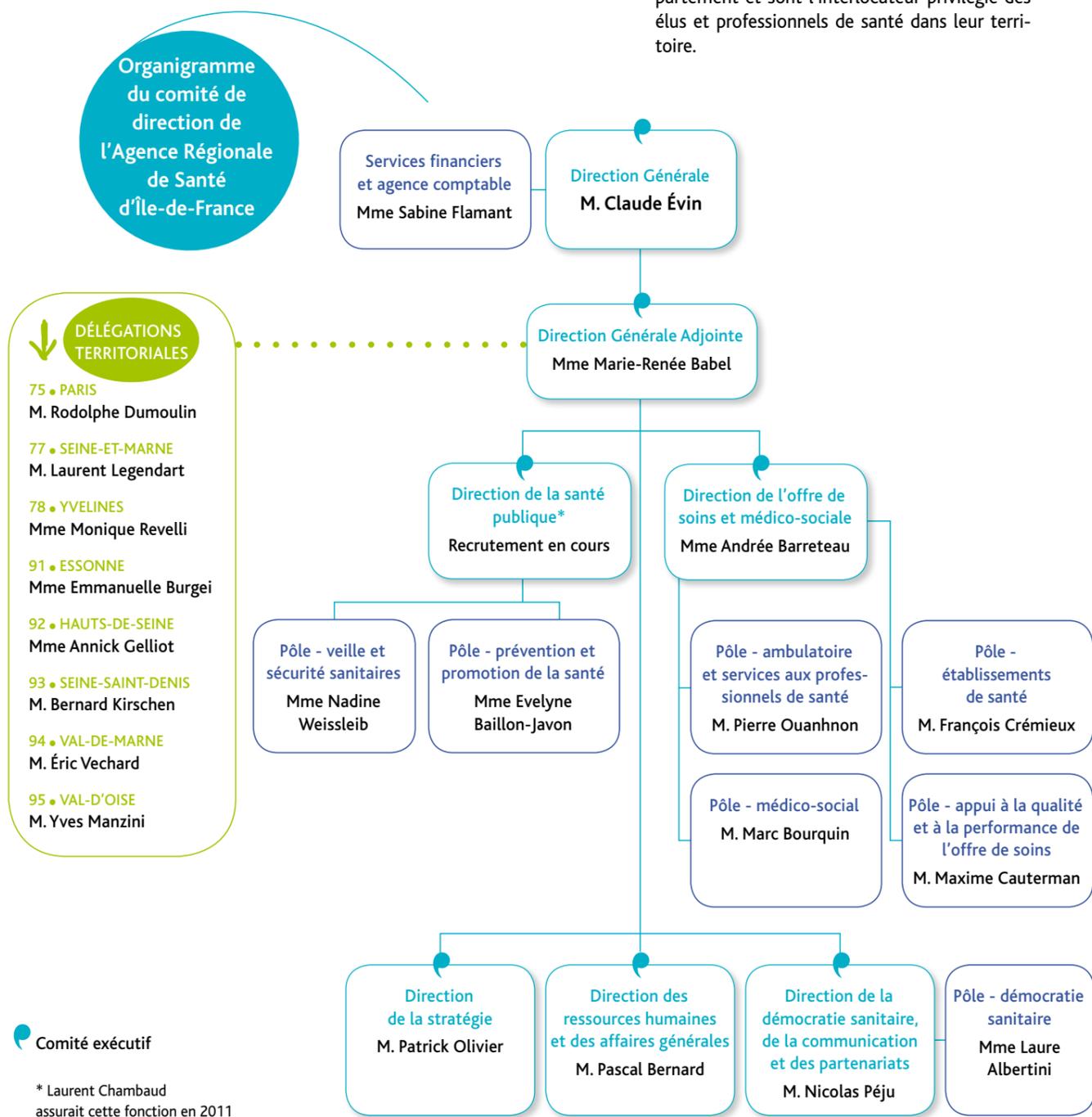
- l'investissement dans la prévention est essentiel pour éviter les soins inutiles
- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé passe par une mobilisation de tous les acteurs
- la protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires
- la structuration de l'offre de santé doit être réellement subordonnée aux besoins de santé des Franciliens
- la cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale
- l'amélioration de l'efficacité et la garantie de la qualité des prises en charge vont de pair
- une démocratie sanitaire effective passe par le développement de l'observation et de l'information en santé
- la créativité des acteurs locaux est un levier majeur du changement

L'ARS Île-de-France est dirigée par un Directeur Général, Claude Evin. Pour l'exercice de ses missions, le Directeur Général s'appuie sur deux instances garantes de la cohérence stratégique de la politique régionale de santé, dont il assure la présidence. Le comité exécutif (COMEX), composé de 7 membres, arrête les orientations stratégiques et les conditions de leur mise en œuvre, définit les priorités d'action, organise l'évaluation des politiques de l'Agence, définit ses principes de management et est garant d'un pilotage interne global, cohérent et transparent. Le comité de direction (CODIR) est composé de 23 membres incluant le comité exécutif, les

délégués territoriaux et les directeurs des pôles métiers de l'Agence. Il partage le discours politique de l'Agence et définit les priorités de travail. Il contribue à la préparation des réflexions stratégiques du COMEX et permet le reporting et l'analyse de l'action de l'Agence.

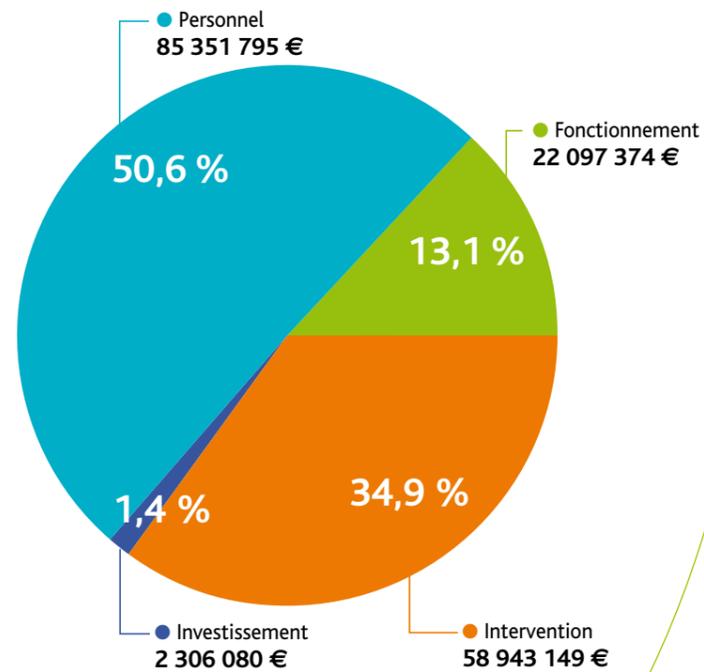
## Les délégations territoriales : un réseau de proximité

L'Agence est représentée dans chaque département par une délégation territoriale, qui décline la stratégie de la politique de santé. Les délégations remplissent une mission de proximité : elles représentent le Directeur Général en département et sont l'interlocuteur privilégié des élus et professionnels de santé dans leur territoire.



## Crédits alloués à l'ARS

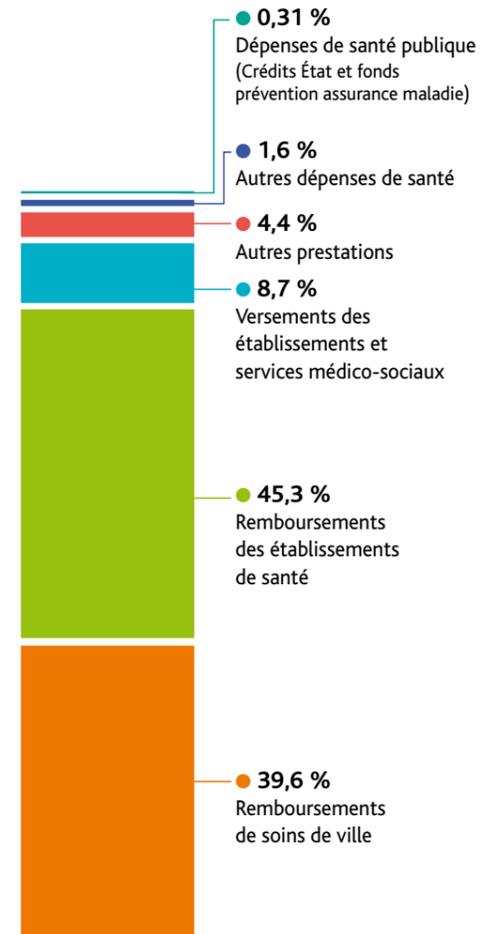
Les crédits ouverts en 2011 s'élèvent à 168 698 399 €



## Répartition des dépenses de santé

Les dépenses de santé en Île-de-France s'élèvent à 30 630,16 M€\* et représentent 17,7% des dépenses nationales.

\* en 2010



# La démocratie sanitaire, au cœur du processus décisionnel de l'Agence

La loi HPST prévoit l'animation des instances de démocratie sanitaire et leur coordination. L'ARS Île-de-France a fait le choix de donner une réelle envergure à la démocratie sanitaire : elle en fait un métier, au même titre que la santé publique ou l'offre de soins. L'Agence a intégré la participation du plus grand nombre à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé comme une condition sine qua non de sa réussite. Une politique de santé partagée et comprise doit être un élément structurant de toute décision et action.

L'Agence a engagé des actions importantes pour développer et structurer le débat public autour des thèmes prioritaires de santé publique, mais aussi pour améliorer la gestion des réclamations et promouvoir les droits des usagers.

43 réunions de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

52 Conférences de territoire organisées dans les huit départements d'Île-de-France

En 2011, l'Agence a organisé et mis en place...

Le colloque interrégional sur la dépendance, le forum santé citoyen, le renouvellement des cinq COREVIH d'Île-de-France, un réseau de médiateurs médicaux pour améliorer les pratiques, l'examen des 65 dossiers présentés dans le cadre de la labellisation « 2011, année des patients et de leurs droits », l'harmonisation de la gestion des réclamations.

L'Agence a initié et publié...

Les cahiers des États Généraux du VIH, une nouvelle convention de partenariat avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC).

L'Agence a créé...

Le premier indicateur de démocratie sanitaire, un outil de recueil informatisé des rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.



Les membres de la commission permanente de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

# Une feuille de route pour les 5 ans à venir

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) arrêté le 11 octobre 2011, définit les objectifs et les priorités de santé en région pour les cinq prochaines années. Il s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) en cours d'élaboration.

Le plan stratégique régional de santé est une démarche inédite : offrir aux Franciliens une vision globale et transversale de la santé au niveau régional.

**DEUX CONSTATS**  
 Accès à la santé : tous les Franciliens ne sont pas égaux  
 Le système de santé n'est pas adapté aux nouveaux besoins des Franciliens

Face à ces deux constats, l'Agence se donne pour objectif d'accompagner les mutations qui s'imposent en relevant trois défis : adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens, renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous et construire une politique de santé partagée au plus près de la réalité des territoires.

Le plan stratégique représente un exercice inédit de démocratie sanitaire, élaboré en lien étroit avec l'ensemble des acteurs de terrain et des professionnels de santé.

De mars à juin 2011, l'Agence a soumis une première version du plan au débat public et recueilli les premiers avis des instances de la démocratie sanitaire : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les conférences de territoire.

Une deuxième version a été ensuite soumise à une large consultation de juin à septembre 2011 : 1 280 mairies et les 8 conseils généraux ont été



consultés. 20 % des communes d'Île-de-France représentant environ 55 % de la population francilienne (soit 6 millions) ont émis un avis qui a modifié ou amendé les précédentes versions du plan stratégique.

### L'élaboration des schémas : un travail de concertation amorcé en 2011

Les travaux nécessaires à l'élaboration des schémas et programmes ont été menés tout au long de l'année 2011, dans le souci d'associer l'ensemble des acteurs concernés (collectivités territoriales, représentants des établissements et services, des professionnels de santé, des usagers, des associations de prévention, etc.).



### Focus

#### Schéma régional d'organisation médico-sociale

Le processus d'élaboration de ce schéma a été lancé fin 2010 avec la création d'un comité de pilotage et de 11 groupes de travail par population (personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté spécifique). Le projet de schéma a notamment été présenté aux 8 conférences de territoire de la région en décembre 2011 et janvier 2012.

### Focus

#### Schéma régional d'organisation des soins : le volet ambulatoire

Le premier volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins constitue une innovation importante issue de la loi HPST. Dans un contexte de fragilité de l'offre, avec notamment une inégale répartition sur le territoire qui constitue un risque majeur d'accès inégalitaire aux soins, l'ARS entend initier le renforcement du premier recours et de l'offre ambulatoire. Avec l'ensemble de ses partenaires et la création des Unions Régionales des Professionnels de Santé\*, l'ARS a donc entrepris dès 2011 un partenariat dynamique dans l'élaboration du volet ambulatoire qu'il importe de poursuivre et de renforcer. À travers divers axes de travail, notamment l'aide à l'installation des professionnels de santé, le soutien aux structures d'exercice collectif et le développement de l'exercice coordonné, les groupes de travail mis en place ont nourri la réflexion régionale et défini des actions dont certaines ont été mises en place fin 2011.  
 \*cf p 23

### Focus

#### Schéma régional de prévention

Piloté par une cellule stratégique et des groupes de travail, en collaboration avec les associations et les institutions, le schéma régional de prévention met à disposition des professionnels de santé et des citoyens un cadre de réflexion et d'actions, en particulier dans les domaines prioritaires de la périnatalité et petite enfance, des adolescents et jeunes adultes, de la santé mentale, de l'habitat indigne et de la lutte contre les bactéries résistantes aux antibiotiques.

Plus de 30 réunions ont eu lieu entre mars et décembre 2011. Différents groupes de travail se sont mis en place : critères de ciblage des territoires pertinents, promotion de la santé, éducation pour la santé, prévention dans les parcours de santé, amélioration de la qualité de l'offre, structuration de la plateforme régionale de veille et d'alerte sanitaires, préparation à la gestion des alertes et des crises sanitaires. L'avancée des travaux a été présentée à la commission de coordination des politiques publiques et à la commission spécialisée « Prévention » de la CRSA. Le projet de schéma a ensuite été largement diffusé fin novembre.

### Focus

#### Schéma régional d'organisation des soins : le volet biologie médicale

les travaux d'élaboration du volet biologie médicale ont mobilisé de nombreux acteurs (biologistes, cliniciens et autres professionnels de santé, usagers et gestionnaires de structures) de mars à septembre 2011. Cette première phase a été l'occasion de clarifier les enjeux liés à cette activité, dont la réglementation a considérablement évolué depuis janvier 2010 et qui contribue à la pose des diagnostics, à la définition des conduites à tenir et au suivi des patients. Ces travaux ont permis d'identifier des priorités d'actions garantissant l'accessibilité des laboratoires de biologie médicale et la qualité globale des prises en charge sur le territoire francilien. Il est recommandé spécifiquement aux laboratoires des établissements de santé de privilégier la mise en œuvre d'organisations territoriales afin d'améliorer leur efficacité et de renforcer leurs capacités d'investissement, pour pouvoir répondre au défi de l'accréditation.

# Les faits marquants de l'année 2011



## JANVIER

- 12 • Installation des huit conférences de territoire



- 27 • Signature de la nouvelle convention de partenariat avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC)

## FÉVRIER

- 8 • 125 M€ pour la création de 6 000 places supplémentaires dans le secteur médico-social



- 8 • Signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'État

## MARS

- 15 • Élection des membres du comité d'Agence et des délégués du personnel



- 30 • Le plan stratégique régional de santé soumis à la concertation et au débat public

## AVRIL

- 1<sup>er</sup> • 1<sup>er</sup> anniversaire de l'Agence



## MAI

- 27 • Débat interdépartemental sur la dépendance des personnes âgées en Île-de-France



## JUIN

- 9 • Co-organisation du colloque : « Mort d'un enfant autour de la naissance, quel accompagnement ? »



- 15 • 27 M€ pour soutenir des actions de prévention et promotion de la santé

## JUILLET

- 1<sup>er</sup> • Lancement de la plate-forme Internet d'appui aux professionnels de santé (PAPS)



- 19 • Publication des Cahiers des États-Généraux sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Île-de-France



## AOÛT

- 1<sup>er</sup> • Soins psychiatriques sans consentement : de nouvelles modalités de prise en charge



## SEPTEMBRE

- 5 • Convention de partenariat avec les trois rectorats d'Île-de-France pour la promotion et l'éducation pour la santé



- 9 • 400 professionnels de santé réunis autour de la lutte contre les bactéries multi résistantes

- 21 • 2<sup>ème</sup> édition du Train Alzheimer



## OCTOBRE

- 4 • 1<sup>ère</sup> journée d'intégration des nouveaux arrivants à l'Agence

- 13 • Signature du premier partenariat URPS Médecins/ARS

- 19 • Publication du plan stratégique régional de santé

- 29 • Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : présentation de « Téléneuro », un nouvel outil de télémédecine



## NOVEMBRE

- 10 • Journée régionale professionnelle sur la lutte contre l'habitat indigne

- 19 • 15<sup>ème</sup> journée régionale d'hémovigilance

- 29 • 1<sup>ère</sup> journée régionale de veille et de sécurité sanitaires



## DÉCEMBRE

- 1<sup>er</sup> • Mise en place de la permanence des soins pour les activités de chirurgie en nuit profonde



- 2 • Signature des premiers contrats locaux de santé

- 5 • 1<sup>er</sup> Forum Santé Citoyen en Île-de-France



**‘ Réduire  
les inégalités  
sociales et  
territoriales  
de santé**



## Le cadre de vie : la santé commence ici

### Développer des partenariats pour impulser des dynamiques locales de santé adaptées aux besoins des populations

V eiller à une meilleure santé publique, c'est d'abord réfléchir à la qualité de vie de chacun.

La santé ne dépend pas seulement de notre condition individuelle : notre lieu et nos habitudes de vie ont également une influence considérable. La qualité de l'eau, de l'air, le bruit, la situation économique et sociale dans laquelle nous évoluons, nos modes de déplacement, l'urbanisme... autant de sujets sur lesquels de nombreux acteurs interviennent : les collectivités territoriales, les services de l'État, les professionnels du champ sanitaire et social, les associations, les usagers, etc.

C'est pourquoi, avant même l'adoption de son projet régional de santé (PRS), l'ARS a mis en place le contrat local de santé, outil de contractualisation avec les collectivités territoriales vi-

sant à accompagner et soutenir des dynamiques locales de santé pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Il est le résultat d'un diagnostic partagé participatif, fondé sur des données sociodémographiques et de santé, ainsi que sur des informations qualitatives recueillies auprès des élus, de la population et des professionnels de santé.

### Le contrat local de santé, un outil très bien accueilli

Dès la création des contrats locaux de santé, de nombreuses communes et communautés d'agglomération ont souhaité s'impliquer dans la mise en place de ce dispositif sur leur territoire. La Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise ont signé leurs premiers contrats en 2011, dans des communes abritant des populations vulnérables.

### Sur le terrain SEINE-SAINT-DENIS Les contrats locaux de santé

En Seine-Saint-Denis, les acteurs de la santé et les élus se sont très vite mobilisés. Fin 2011, quatre contrats étaient finalisés pour les communes d'Epainay, Aulnay, Saint-Denis et Stains. La délégation territoriale de Seine-Saint-Denis affiche un objectif de 20 contrats d'ici fin 2012, soit une couverture de 70 % de la population. L'évaluation d'impact sur la santé permet d'estimer les effets potentiels d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population. Ce nouvel outil a été testé dans les villes de Saint-Denis, Montreuil et Epainay sur les thématiques d'habitat dégradé, de logement et d'éducation. À Epainay particulièrement, une réflexion a été initiée sur l'impact des politiques éducatives sur la santé. Les CLS de Seine-Saint-Denis ont des contenus variables et se focalisent notamment sur les inégalités sociales de santé et leur origine.



chiffres clés ↓ en 2011...

28 contrats locaux de santé signés, près de 40 contrats étaient en cours de négociation.

### Santé et aménagement du territoire, une priorité stratégique pour l'ARS Île-de-France

### Le projet du Grand Paris, une opportunité majeure pour la santé de demain

L'ARS a fait du thème de l'aménagement du territoire un chantier prioritaire de son plan stratégique régional de santé publié en 2011. Dans le même temps, l'ARS affiche l'ambition de « mettre la santé dans toutes les politiques ».

L'ARS poursuit trois objectifs dans le cadre du projet du Grand Paris : encourager les acteurs du Grand Paris à considérer l'impact de leurs décisions sur la santé et l'équité, et les accompagner dans leur choix ; favoriser des décisions de régulation de l'offre de santé adaptées aux évolutions démographiques futures liées au Grand Paris ; et enfin s'assurer que l'évaluation environnementale du projet tienne compte de la qualité de vie de la population.

## Intégrer la prévention au sein des parcours de santé

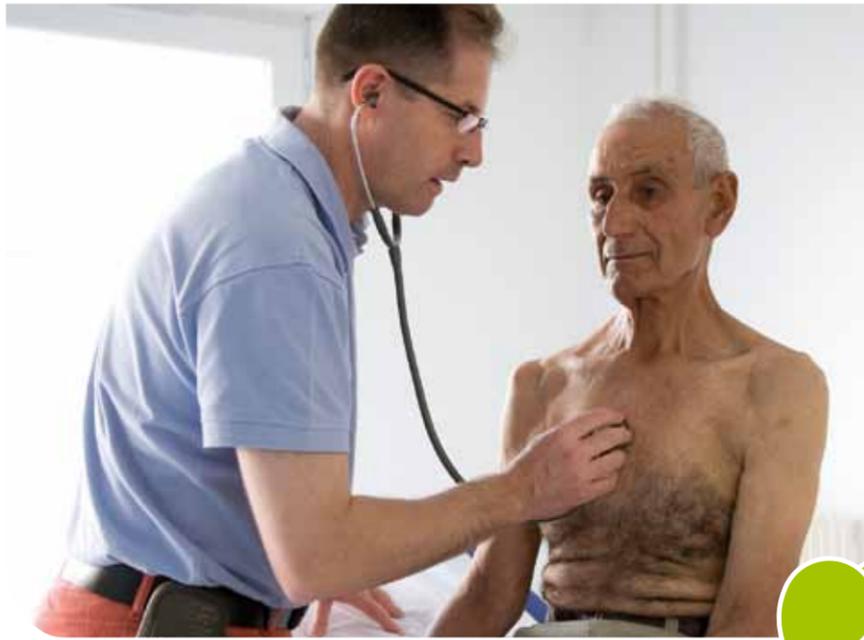
La prévention est associée aux soins dans le parcours de vie des personnes pour améliorer leur santé. Cela concerne l'éducation à la santé qui vise à donner aux individus la capacité d'agir positivement sur leur santé et leur bien-être, mais également au dépistage des pathologies, qui n'a de sens que s'il est suivi d'une orientation vers le dispositif de soins adapté. Enfin, elle encourage une « culture du signalement », qui permet aux professionnels de santé et aux citoyens d'être à la fois plus vigilants et réactifs face aux risques sanitaires.

### Permettre aux opérateurs de prévention de s'engager

L'efficacité des actions de prévention dépend de la qualité de leur définition, de leur cohérence et de leur évaluation. L'ARS a publié en 2011 un guide destiné à tous ceux qui souhaitent agir pour la promotion de la santé. Il constitue à la fois un soutien méthodologique et un guide stratégique pour orienter les opérateurs dans les actions qu'ils réalisent. Parallèlement, l'ARS a lancé des appels à projets en matière de prévention, pour lesquels 468 dossiers ont été présentés et un tiers d'entre eux retenus.

chiffres clés ↓ en 2011...

- ▶ L'ARS a assuré le suivi de près de 400 acteurs de prévention
- ▶ 898 actions financées pour un montant total de subventions de 33 857 631 €, dont :
  - 596 projets associatifs
  - 245 projets de collectivités territoriales
  - 28 projets d'établissements de santé
  - 29 projets de missions locales



## La tuberculose sous haute surveillance

On observe une diminution régulière des cas de tuberculose depuis plusieurs décennies en France. Derrière ce constat se cache une réalité : la tuberculose est toujours présente sur le territoire et l'Île-de-France est la région métropolitaine la plus touchée, dénombant en 2009 15,8 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Chaque département francilien est doté d'un Centre de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT) chargé de mener une enquête dans l'entourage de chaque cas contagieux de tuberculose afin de limiter la survenue de cas secondaires et de proposer le traitement de certaines infections tuberculeuses latentes, notamment chez l'enfant de moins de 15 ans.

### Un dispositif spécifique pour les situations les plus à risques : les populations précaires

L'ARS Île-de-France finance une équipe mobile de lutte contre la tuberculose, intervenant à Paris et en petite couronne.

En Seine-Saint-Denis, où l'incidence de la maladie reste la plus élevée avec 30,3 nouveaux cas pour 100 000 habitants, l'ARS a mis en place un plan complémentaire de dépistage systématique pour les populations à risque élevé, dont les foyers de travailleurs migrants, les campements de Roms et les primo-arrivants. Les camions-radios se déplacent directement sur le lieu de vie, en concertation avec les représentants locaux et les associations impliquées.

### Un dépistage de grande ampleur dans le quartier du Chêne Pointu à Clichy-sous-Bois



Aminata Sarr,  
Délégation territoriale de Seine-Saint-Denis

#### ● Pourquoi avoir mené un dépistage de grande ampleur ?

« Entre octobre 2010 et juin 2011, plusieurs cas de « tuberculose maladie » et d'infections tuberculeuses latentes ont été identifiés sur une zone géographique restreinte d'habitats collectifs, dans le quartier du Chêne Pointu à Clichy-sous-Bois. Plus de la moitié des cas concernait des enfants de moins de 15 ans.

#### ● Quel dispositif avez-vous mis en place ?

« Le Centre de Lutte Anti-Tuberculose a réalisé un premier dépistage actif en juillet et août 2011, avec la collaboration des services de la ville, des associations et des professionnels de santé.

#### ● Ce dispositif a-t-il suffi à enrayer la propagation ?

« Un second dispositif de dépistage systématique, par consultations médicales et camions-radios, a été mis en place entre fin septembre et mi-octobre 2011. Les efforts se sont concentrés sur le groupe scolaire du quartier, soit près de 600 enfants, ainsi que sur le gymnase.

#### ● Où en êtes-vous aujourd'hui ?

« Nous poursuivons les enquêtes autour des cas détectés car plusieurs personnes sont concernées. Nous avons également mis en place une vaccination systématique par le BCG à la maternité de l'hôpital Montfermeil, afin de protéger les nouveau-nés avant leur retour à domicile.

## Les mauvaises conditions de logement au cœur des inégalités de santé

Pathologies allergiques et respiratoires, saturnisme infantile, les conséquences sanitaires des logements de mauvaise qualité sont dramatiques et constituent une priorité en Île-de-France, région la plus touchée par l'habitat indigne. À ce titre, la mission de l'ARS consiste à évaluer les risques des logements dégradés pour la santé de leurs occupants. Il s'agit d'inciter ou d'obliger, par le biais d'un arrêté préfectoral, les propriétaires et les marchands de sommeil à assurer la salubrité de leurs logements.

La mission de l'ARS consiste également à développer des actions de prévention et d'information de la population vis-à-vis des risques sanitaires liés à ces logements. Ces actions visent notamment à augmenter le nombre d'équipes capables de mener des projets de promotion de la santé en direction des familles vulnérables et à mobiliser les réseaux locaux de santé communautaires autour de l'habitat indigne. En 2011, l'Agence a consacré près d'un million d'euros au soutien de ces projets.

chiffres clés  
en 2011...

1 100 arrêtés préfectoraux d'insalubrité qui ont concerné environ 1 200 logements



### Sur le terrain

#### PARIS La lutte contre l'habitat insalubre comme levier contre les inégalités sanitaires

Faute d'offres accessibles sur le marché immobilier francilien, une part croissante des ménages, notamment les plus vulnérables, est contrainte de se tourner vers une offre de logement de mauvaise qualité dont une forte proportion se localise dans le secteur nord-est de Paris.

Afin d'organiser efficacement la lutte contre l'habitat indigne, la délégation territoriale de Paris a confié, par convention, les visites d'évaluation de l'insalubrité des logements aux services techniques de la ville de Paris. Ce partenariat a permis d'augmenter considérablement le nombre de logements évalués : de 92 arrêtés en 2006 on passe en 2011 à 349 arrêtés d'insalubrité. Ces actions coercitives sont, par la suite, fortement relayées au niveau pénal par le parquet de Paris, avec la poursuite des marchands de sommeil.





## Sur le terrain

### SEINE-ET-MARNE Le département s'engage contre l'habitat indigne

Les situations d'habitat indigne sont souvent difficiles à identifier. Malgré 16 arrêtés d'insalubrité et trois cas de saturnisme infantile déclarés en 2011, il reste toujours 11 720 logements du parc privé évalués comme potentiellement indignes. En octobre 2011, un plan départemental de lutte contre l'habitat indigne fédérant l'ensemble des acteurs du département a été signé, autour de six grands objectifs : repérer et connaître les situations d'habitat indigne, mieux dépister le saturnisme infantile, améliorer le suivi des arrêtés, renforcer le volet pénal et valoriser les actions engagées. Ce plan établi pour une durée de cinq ans a pour but d'impulser avec les partenaires institutionnels une véritable concertation pour la résorption de l'habitat indigne.

## Focus

### Remobiliser les forces : une journée pour faire le point sur la situation

Le 10 novembre 2011, l'ARS a organisé conjointement avec la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) une journée régionale consacrée à la mobilisation des acteurs des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne. Un bilan de l'action de ces pôles a été présenté à l'ensemble des partenaires d'action : collectivités, services communaux d'hygiène et de santé, caisses d'allocations familiales, agences départementales d'information sur le logement, magistrats et conseils généraux d'Île-de-France. Près de 165 participants ont répondu présents. Le partage d'expériences a permis d'identifier les améliorations possibles et d'encourager la convergence des compétences et des partenariats au niveau local.

## chiffres clés en 2011...

Nombre d'arrêtés d'insalubrité

▶ Paris	338	Hauts-de-Seine	71
▶ Seine-et-Marne	16	Seine-Saint-Denis	284
▶ Yvelines	162	Val-de-Marne	144
▶ Essonne	22	Val-d'Oise	79



## Accompagner et impliquer les professionnels de santé

**A**fin de limiter les inégalités en termes d'offre de soins ambulatoires sur le territoire francilien, la concertation avec les professionnels de ville est essentielle. Qu'il s'agisse de la détermination des zones fragiles, du soutien à l'installation dans les territoires déficitaires, de la création de structures d'exercice collectif, la collaboration et l'association des représentants des professionnels libéraux à la réflexion et à l'intervention est indispensable.

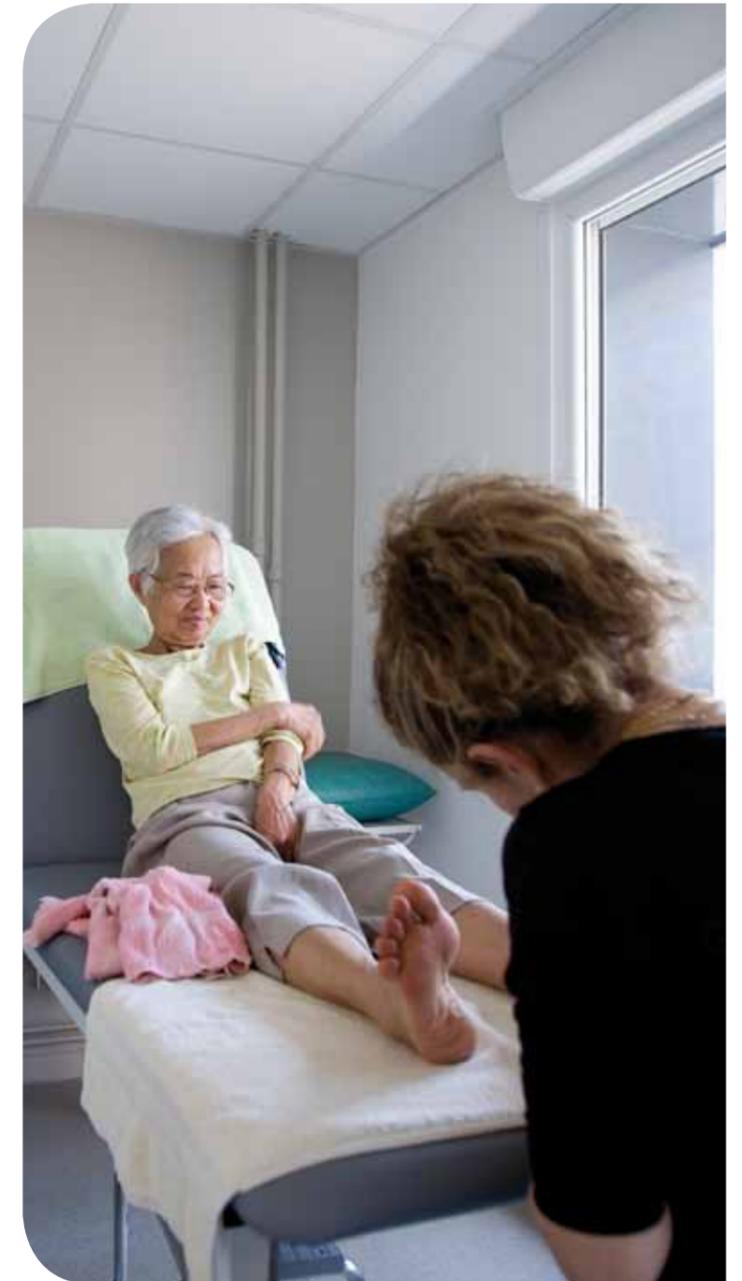
Dans ce cadre, l'ARS entretient un dialogue permanent avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) qui regroupent les représentants de chaque profession de santé libérale conventionnée.

Outre les sujets évoqués ci-dessus, ces rencontres et échanges permettent de travailler plus largement sur la démographie, la formation, la construction d'une offre de premier recours, l'accessibilité des soins, les pratiques cliniques préventives ou encore la veille sanitaire.

Ces rencontres permettent de travailler sur la démographie, la formation, l'aide à l'installation dans les zones déficitaires, le développement des structures d'exercice collectif, l'accessibilité des soins, la construction d'une offre de premier recours, les pratiques cliniques préventives ou encore la veille sanitaire.

### Deux sujets particulièrement prioritaires en 2011 : l'ambulatoire et la prévention

Chacune des Unions travaille sur des actions spécifiques, en portant une attention particulière au suivi des maladies chroniques et aux populations spécifiques telles que les personnes dépendantes. La coordination des soins et la coopération interprofessionnelle y sont tout aussi essentielles, puisqu'elles participent au renforcement de certaines professions dans le parcours de santé. Le protocole signé le 13 octobre 2011 entre l'Agence et l'URPS Médecins illustre parfaitement ce travail de partenariat.



### ▶ Neuf Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) se sont installées en Île-de-France :

médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinés, sages-femmes, orthophonistes, pédicures-podologues et orthoptistes.

chiffres clés  
en 2011...

## Prévoir et répartir les postes d'internat pour une santé publique homogène

La gestion des internes de médecine est un levier nécessaire pour générer au mieux les ressources médicales et enrayer le phénomène de désertification. Pour les étudiants, c'est la garantie d'avoir une formation de grande qualité et d'être accueillis en stage au sein de structures ayant un double label : celui de l'université et celui de l'ARS.

L'Île-de-France a la responsabilité de 4 000 internes qui se répartissent entre 11 Unités de Formation et de Recherche (UFR) dont 7 de médecine, un chiffre en progression depuis l'ouverture progressive du Numerus Clausus dans les années 2000. Chaque année, l'Agence évalue le nombre de nouveaux médecins à former par spécialité médicale et détermine, en collaboration avec le Ministère de la Santé, les internats pour cinq ans.

### Veiller à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire

L'Agence assure la promotion du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), qui vise à mieux répartir l'offre de soins sur le territoire. 26 contrats ont été signés en 2011. Tout en anticipant les besoins des départements franciliens pour les disciplines couvertes par un internat, elle encourage les partenariats entre universités et structures d'accueil en stage. C'est là que se joue le redéploiement géographique de l'offre de santé, en étroite relation avec le positionnement des postes. L'ARS délivre les agréments de terrains de stage, en partenariat avec les UFR et les établissements de santé, et y détermine la répartition des internes. Afin que les étudiants puissent effectuer leur parcours de formation qui est très réglementé, l'ARS organise deux fois par an la procédure des choix de stage.

chiffres clés ↓  
en 2011...

- ▶ 70 millions d'euros pour les postes d'internes
- ▶ 2 460 services d'accueil de stage agréés pour le secteur hospitalier
- ▶ 842 maîtres de stages en ambulatoire



## Encourager l'installation de structures d'exercice collectif

La majorité des professionnels libéraux, en particulier les plus jeunes, préfèrent exercer leur activité au sein d'une structure pluri-professionnelle qui favorise la coopération entre professionnels de santé. Ces Structures d'Exercice Collectif (SEC) prodiguent des soins ambulatoires de premier recours, en pratiquant majoritairement des tarifs du secteur 1 et le tiers payant. Elles peuvent bénéficier du dispositif des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR), incitation financière encourageant la bonne qualité de prise en charge ainsi que l'efficacité des prescriptions.



Sur le terrain

### SEINE-SAINT-DENIS « La Place santé », la nouvelle génération de centres de santé

En octobre 2011, le quartier des Franc-Moisin/ Bel-Air à Saint-Denis a vu l'ouverture d'un centre de santé pluri-professionnel. Porté par l'association communautaire Santé/Bien-être, il répond au besoin de ce quartier d'un service de santé de premier recours à la fois proche, complet et accessible. Les habitants bénéficient dorénavant d'un service de médecine générale en secteur 1 et tiers-payant, proposant des visites à domicile pour les patients qui en ont besoin, ainsi que d'un service d'aide aux démarches administratives et d'un service d'éducation thérapeutique.

### ESSONNE Un département actif dans le développement des structures d'exercice collectif

Après l'ouverture en 2010 d'une première maison de santé pluri-professionnelle à Grigny, la délégation territoriale de l'Essonne a accompagné en 2011 cinq projets de structures collectives, et deux projets de maisons de santé pluri-professionnelles vont faire l'objet d'une étude de faisabilité. Un « kit » à l'attention des promoteurs a été élaboré. Cinq structures d'exercice collectif existantes ont signé une convention avec l'ARS pour bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération : 1 maison de santé pluri-professionnelle, 2 cabinets médicaux, 1 pôle de santé et 1 centre de santé.

L'ARS encourage le déploiement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) notamment dans les territoires fragiles.

### Pérenniser, développer, promouvoir

En 2011, l'Agence a défini un processus d'accompagnement des porteurs de projet de MSP et mis en place un cahier des charges spécifiant les clauses techniques qui doivent être prises en considération lors de la réalisation d'une étude de faisabilité. L'Agence s'est par ailleurs impliquée en collaboration avec l'URPS médecins dans une démarche de recensement des cabinets de groupe avec l'objectif de les accompagner vers un mode de fonctionnement davantage axé sur celui d'une MSP. Pour promouvoir l'exercice en structures collectives, l'ARS a mis en place une plateforme d'appui aux professionnels de santé, relayée par une série de séminaires dans les huit territoires, mettant à disposition informations et services pour tous ceux qui seraient intéressés par ce mode d'exercice.

chiffres clés ↓  
en 2011...

- ▶ 27 Structures d'Exercice Collectif ont été accompagnées par le dispositif des Nouveaux Modes de Rémunération
- ▶ 15 maisons de santé pluri-professionnelles ou pôles de santé en fonctionnement
- ▶ 15 projets de maisons de santé en cours de finalisation
- ▶ 37 projets en réflexion

## L'éducation thérapeutique du patient, un sujet à développer

**20 %** des Franciliens sont atteints d'une maladie chronique, soit deux millions et demi d'individus. L'accès à l'éducation thérapeutique constitue un enjeu majeur de santé publique régionale : elle rééquilibre l'offre entre hôpitaux et services ambulatoires de Paris et de ses couronnes, et améliore l'information de tous, professionnels et patients.

En 2011, un partenariat avec le laboratoire de l'Université de Bobigny a été initié afin de créer un site Internet sécurisé, sur lequel sont présentées les différentes thématiques. Le site propose également la localisation des organismes dispensant des programmes d'éducation thérapeutique, offrant ainsi le soutien pédagogique et technique nécessaire pour vivre avec la maladie, en évitant les complications et les événements indésirables. Un projet de développement de plateformes ressources est également en cours, afin de diffuser les outils et les méthodes auprès des professionnels situés dans les zones dépourvues de dispositifs.

[www.educationtherapeutique-idf.org](http://www.educationtherapeutique-idf.org)

chiffres clés  
en 2011...

698 dossiers  
ont été déposés  
auprès  
de l'ARS

Région	autorisations délivrées de programmes	dossiers instruits
Paris	216	233
Seine-et-Marne	30	33
Yvelines	53	60
Essonne	44	47
Seine-Saint-Denis	60	77
Val-d'Oise	67	69
Hauts-de-Seine	68	86
Val-de-Marne	85	93



## VIH/SIDA, une politique régionale adaptée

En Île-de-France, le nombre de découvertes de séropositivité rapporté à la population est quatre fois supérieur au reste du territoire national<sup>1</sup>. C'est la région française la plus touchée par le VIH.

À ce titre, il est fondamental de mettre en œuvre une politique régionale sur le VIH/SIDA adaptée, en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés.

Lors de sa mise en place, l'ARS s'est rapprochée des cinq comités de coordination de lutte contre le VIH (COREVIH) d'Île-de-France, structures regroupant l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH. En lien avec les associations de patients, des États Généraux sur « la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH » ont été mis en place fin 2010. Ils ont permis d'aboutir à des propositions concrètes retranscrites dans les cahiers des États Généraux. Ces propositions portent sur l'offre de soins, les lieux de vie, la « prévention positive », l'accès aux soins, la tarification et le financement, et l'épidémiologie prospective.

<sup>1</sup>) ORS, Suivi de l'infection à VIH/sida en Île-de-France, BULLETIN DE SANTÉ, 2010 : n°16.



Les cahiers des États Généraux du VIH ont été publiés



Marie-France d'Acremont, Laetitia Mailho et Jeanne-Marie Pascal, Siège

### Quelle est l'origine de cette publication ?

« En novembre 2010, l'ARS a organisé, à la demande des associations, des États Généraux sur « la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH en Île-de-France ». À cette occasion, des préoccupations, attentes et propositions relatives à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Île-de-France ont émergé. Ces cahiers ont pour objectif de retranscrire de manière fidèle et complète les axes de réflexion, les témoignages recueillis et les propositions faites en amont et pendant l'événement des 26 et 27 novembre 2010.

### Comment s'articulent les cahiers ?

« Nous avons opté pour une présentation par thématique, qui reprend l'expression des personnes vivant avec le VIH, les constats des groupes de travail, les débats en atelier et lors des tables rondes, puis la synthèse des propositions émises.

Pour que la consultation soit rapide et facile, nous avons fait une synthèse globale des propositions autour des principales questions :

- la place des personnes vivant avec le VIH dans la société
- les recherches et études à mener en Île-de-France pour améliorer la prise en charge et éclairer la réorganisation des soins
- l'offre de soins
- la qualité de la prise en charge globale
- l'amélioration de la qualité de vie
- la recherche

### Quelles sont les perspectives ?

« Les Cahiers vont alimenter notre politique régionale de santé et éclairer la prise en charge des différents acteurs concernés. Ils ont d'ores et déjà permis de définir des propositions concrètes, validées par l'Agence et présentées aux différents acteurs de la lutte contre le VIH. Celles-ci irrigueront les différents schémas du Projet Régional de Santé en cours d'écriture.

## Faciliter le retour au droit commun des populations à l'écart des parcours de santé

### Un accompagnement sanitaire pour les personnes placées sous main de justice

Première région carcérale de France, l'Île-de-France dénombre treize établissements pénitentiaires dont la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, plus grande prison d'Europe.

La surpopulation est constante (plus de 130 %), 13 000 personnes sont incarcérées, avec un flux annuel de 30 000 personnes et un taux de récidive de 50 %.

L'ARS met en place un programme spécifique pour améliorer la santé des personnes vivant en milieu carcéral. Il s'agit de mieux répondre à l'état de santé des personnes détenues, plus par-

ticulièrement en matière de prévention du suicide et d'accompagnement de la santé mentale. Il prévoit également un dispositif de préparation à la sortie des détenus, en étroite collaboration avec l'administration pénitentiaire, les services pénitentiaires d'insertion et de probation, les organismes d'assurance maladie, les secteurs de la cohésion sociale, de l'emploi, de l'hébergement et du logement.

Le renforcement de la prise en charge de la santé des personnes détenues en milieu carcéral s'appuie aussi sur deux programmes, l'un dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et l'autre en télémédecine pour accroître l'efficacité dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires.



### YVELINES Les foyers de travailleurs migrants au cœur d'une médiation sanitaire et sociale

Les actions dont peuvent bénéficier les résidents des foyers de travailleurs migrants doivent être transversales, pédagogiques et pérennes. Elles nécessitent pour toutes ces raisons l'appui d'un médiateur, en coordination avec les gestionnaires des foyers, pour rompre l'isolement et renouer au mieux avec des dispositifs de droit commun.

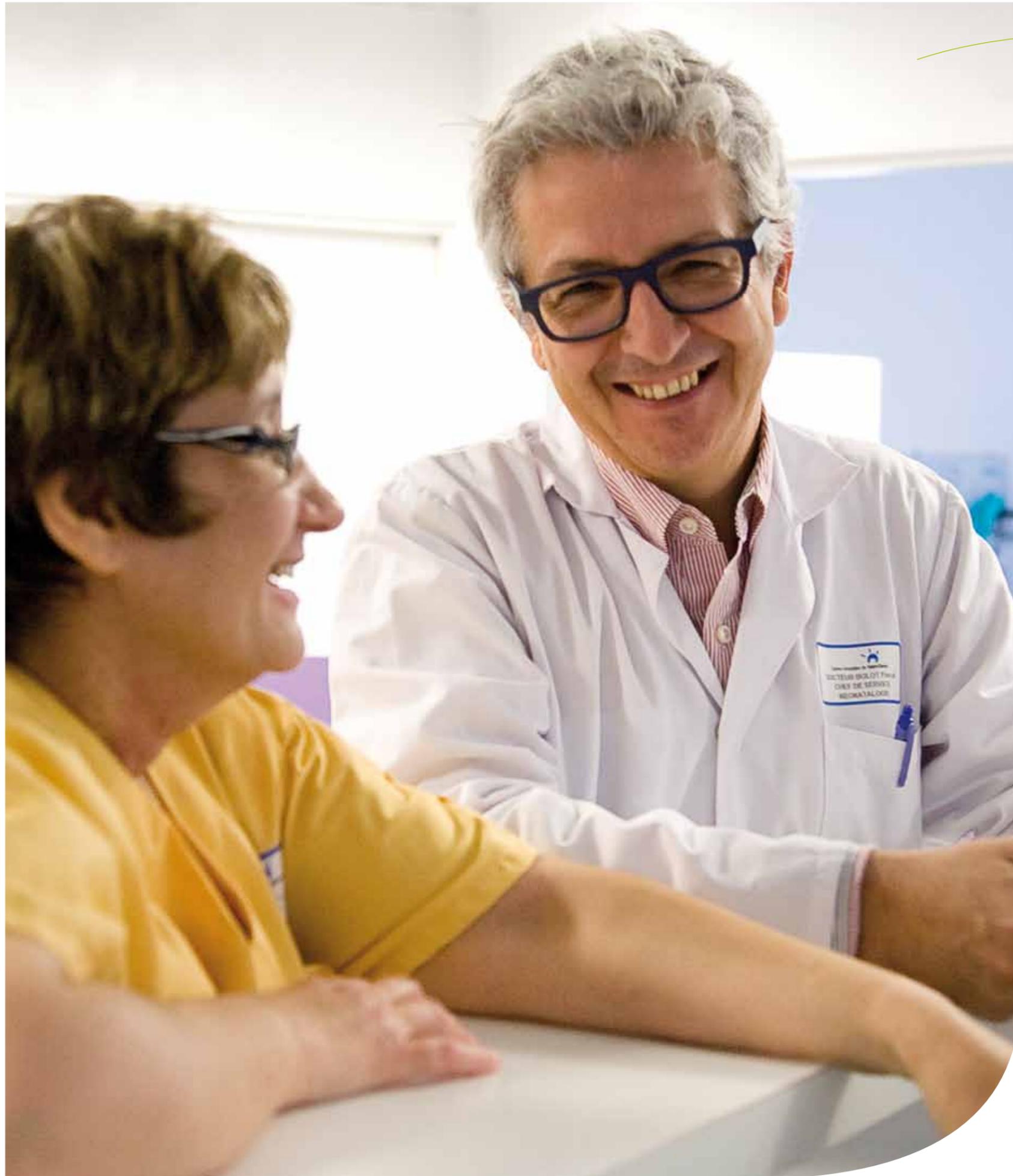
#### Accompagnement individuel et prévention collective

Dans une dynamique commune, le gestionnaire Adoma (bailleur social des foyers) des foyers de Sartrouville, de Mantes et de Saint-Quentin-en-Yvelines, l'ARS et la préfecture des Yvelines ont mis en place une action « médiation santé et social ». Elle prévoit une permanence pour dix foyers de travailleurs migrants des Yvelines, et fait l'objet d'un suivi très strict via des indicateurs d'évaluation et un comité de pilotage trimestriel. L'ensemble est co-financé par l'ARS, la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances et Adoma.

#### Un bilan encourageant

Deux nouveaux foyers ont été créés en 2011. Conçue dès le départ comme un accompagnement individuel associé à des actions collectives de prévention et de sensibilisation, la « médiation santé et social » devrait s'élargir rapidement, après une phase de mise en place par permanences et accueil individuel, à des actions collectives de prévention et de pédagogie sanitaire, notamment par des dépistages organisés dans les foyers Adoma (ACSé) du département.





**Améliorer  
la qualité  
du service  
rendu**

## Un secteur médico-social porteur de projets

contexte ↓

### L'appel à projets

Instituée par la loi HPST, la nouvelle procédure d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux par appel à projets a été conçue dans le but d'accroître l'efficacité du processus d'autorisation. Cette nouvelle procédure se fixe comme objectifs de réduire les délais entre le dépôt d'un dossier et la délivrance de l'autorisation tout en garantissant le financement. C'est aussi le moyen d'adapter rapidement l'offre régionale aux besoins des Franciliens.

Visibilité, efficacité et anticipation : les appels à projets médico-sociaux se veulent réactifs et transparents pour les candidats. Ils sont inscrits dans un calendrier prévisionnel et s'accompagnent d'un cahier des charges, contenant des critères objectifs de sélection, des variantes pouvant être proposées par les candidats.

En 2011, les cinq premiers appels à projets médico-sociaux ont été élaborés en concertation avec la ville de Paris, suivis d'un appel à projets pour la création de 59 Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile, cette fois-ci sous la seule autorité de l'ARS.



Laure le Coat, Anne-Nathalie Kellershohn, Coralie Tremblay, Françoise Mermet, Délégation territoriale de Paris



### Une dynamique médico-sociale entre la délégation territoriale de Paris, le siège de l'ARS et la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) de la ville de Paris.

#### ● Comment avez-vous abordé la nouvelle procédure d'appels à projets ?

« Alors que les autres Agences ont en premier lieu expérimenté des thématiques relevant de leur seule compétence, les équipes médico-sociales de la délégation territoriale de Paris ont travaillé conjointement avec les équipes de la DASES et celles du siège de l'ARS, ce dernier étant chargé d'assurer le bon déroulement de la procédure.

#### ● Quels ont été les sujets prioritaires ?

« Les appels ont porté sur deux autorisations de foyers d'accueil médicalisés sur le site de l'ancien hôpital Saint Michel (Paris 15<sup>ème</sup>) dans le domaine du handicap, et dans le domaine des personnes âgées, sur l'autorisation d'une petite unité de vie dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris et de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les 15<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> arrondissements. Les avis d'appel à projet et les cahiers des charges ont été publiés au cours de l'année 2011.

#### ● Comment avez-vous travaillé ensemble ?

« Les équipes de la délégation territoriale et celles de la DASES se sont coordonnées afin d'organiser l'instruction conjointe des dossiers. Une grille de notation commune a été élaborée et une harmonisation de l'étude des dossiers réalisée. Les commissions d'appel à projets se sont tenues au siège de l'Agence et à la DASES.



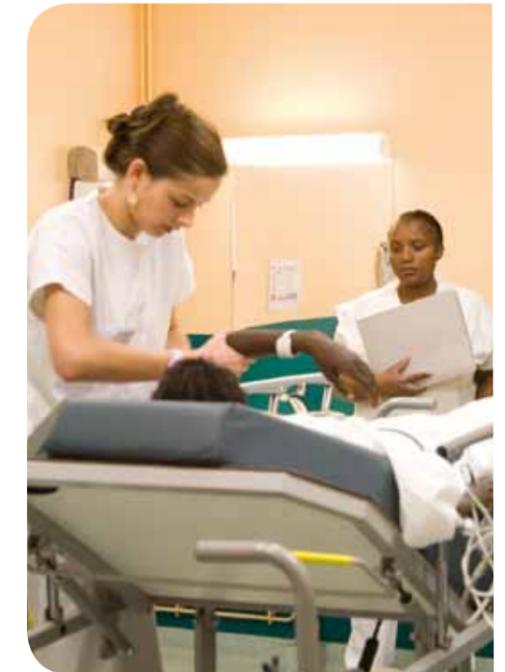
## Sécuriser la permanence des soins de nuit

### La permanence des soins en établissements de santé

Si la prise en charge des patients la nuit est de fait restreinte par rapport à la journée, elle se doit d'être de qualité égale.

Avant la réorganisation, 87 sites étaient en activité la nuit en Île-de-France pour accueillir des patients en urgence pour une intervention chirurgicale orthopédique et viscérale. L'ARS a souhaité se porter garante pour les Franciliens d'une prise en charge de qualité, à travers le renforcement des équipes aux horaires de permanence et une amélioration de la sécurité de l'ensemble du dispositif. Le choix\* de sélectionner un nombre plus restreint d'établissements, qui permet d'avoir des équipes complètes, disponibles et également réparties, suit la recommandation du Conseil National de la Chirurgie d'un établissement pour 400 000 à 600 000 habitants, soient 31 sites.

Après un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs, un cahier des charges a été diffusé auprès de tous les établissements, prônant la politique « zéro refus » et donc l'engagement d'accueillir tous les patients adressés dès lors que l'établissement serait retenu. Autour de cet engagement, une gouvernance interne et territoriale dédiée à la permanence des soins doit être nommée dans chaque établissement, ainsi qu'un coordonnateur, pour assurer le suivi du



dispositif. Leurs priorités sont de dimensionner les ressources de l'établissement de manière à pouvoir assurer la mission de permanence des soins, de participer au suivi et à l'évaluation du dispositif, de favoriser le retour des patients vers les établissements de leur choix et de garantir l'accessibilité financière aux soins.

\* La réorganisation est mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> février 2012. 31 sites ont été désignés pour assurer la permanence des soins pour les activités de chirurgie en nuit profonde.



### Sur le terrain

#### VAL-D'OISE La permanence des soins en établissement de santé, tremplin de partenariat public-privé

La réorganisation territoriale des soins demande de construire une stratégie territoriale commune, par la mutualisation des moyens humains et matériels. Pour travailler en complémentarité, il faut parfois dépasser un clivage établissement public-établissement privé. C'est le cas dans le Val-d'Oise : à l'ouest et à l'est du département, plusieurs acteurs hospitaliers se partagent le même territoire, certains publics, d'autres privés. Pour mener à bien le projet, le Centre Hospitalier de Pontoise a été désigné tête de réseau pour l'ouest du département. Il a signé un accord avec les établissements du bassin (Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise, Centre Hospitalier de Pontoise, Clinique Sainte-Marie, Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin) permettant la participation des praticiens libéraux à la mission de permanence des soins en établissement de santé. À l'est du département, la coopération s'organise entre le Centre hospitalier de Gonesse et l'Hôpital Privé Nord Parisien de Sarcelles.

#### PARIS Une permanence pharmaceutique pour fluidifier la demande en nuit profonde

Jusqu'en 2011, seules deux officines de pharmacie étaient de permanence de 2 h à 8 h. Pourtant, les besoins de la population requièrent une offre plus équitable et plus importante. Pour sécuriser le dispositif de permanence pharmaceutique, à la demande des organisations professionnelles des pharmaciens, la délégation territoriale de Paris a réorganisé, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011, ce système basé sur le volontariat : le service d'urgence est désormais assuré par huit à neuf officines de 21 h à 8 h, et par quelques 120 officines chaque dimanche et jour férié de 8 h à 21 h.



## ● L'environnement, un déterminant de santé publique

L'environnement est non seulement à l'origine de pathologies à fort impact sur la santé, mais il est également responsable de fortes inégalités territoriales. Pour réduire son impact sanitaire et social, l'ARS doit travailler en transversalité, puisque la santé environnementale croise des champs sanitaires très différents. Le bruit, l'eau, l'air, les substances toxiques, autant de sujets autour desquels neuf actions ont été développées via le plan régional santé-environnement II, approuvé en juillet 2011.

L'Agence souhaite ainsi lutter contre les atteintes et traumatismes auditifs liés à l'écoute de musique amplifiée, réduire les risques liés aux activités de pressing, évaluer l'impact des plateformes et trafic aéroportuaires, améliorer la sécurité sanitaire des eaux, lutter contre l'habitat indigne et enfin, améliorer la détection des cas d'intoxication aux substances chimiques.

### Installer la santé environnementale

Autour de ces thématiques, une démarche de démocratie sanitaire a été initiée en 2011 autour d'une zone industrielle en Vallée de Seine. Pour encourager les initiatives collaboratives ou associatives, deux associations intervenant pour sensibiliser les jeunes aux dangers de l'écoute de musique amplifiée ont été financées. Une collaboration interservices au sujet des plaintes liées aux pressings a été mise en place. Pour favoriser la coordination professionnelle et l'accès de la population à un réseau de consultations spécifiques, l'Agence a en outre passé une convention de partenariat avec le Centre Anti-Poison de l'Hôpital Fernand Widal pour la prise en charge des maladies liées à l'environnement. Enfin, l'ARS s'est engagée dans le développement d'évaluations d'impact santé.



### Des eaux franciliennes contrôlées et sécurisées

#### Une police sanitaire des eaux

L'ARS est chargée du contrôle sanitaire des eaux afin d'assurer leur bonne qualité, qu'elles soient de consommation humaine (robinet ou embouteillée) ou de loisirs (piscines et baignades). Pour cela, l'Agence réalise un programme de prélèvements et d'analyses d'eaux, en lien avec des laboratoires agréés par le ministère chargé de la santé. Elle procède également à des inspections régulières des installations sur le terrain et, dans les cas de non-conformité, elle contraint les responsables à remédier aux dysfonctionnements dans les plus brefs délais.

#### Un expert qualité

L'Agence assure l'interprétation sanitaire des résultats d'analyses d'eau. De nombreux bilans de qualité sont communiqués aux maires et aux responsables d'établissements, ainsi qu'aux particuliers via l'info-facture. Elle instruit pour le compte des préfets les demandes d'autorisation des captages d'eau, des installations de traitement et de conditionnement d'eau. Dans ce cadre, elle instruit les demandes de déclaration d'utilité publique des captages et de leur zone de protection, en lien avec des hydrogéologues agréés. L'Agence émet des avis sanitaires sur différents projets (documents d'urbanisme, projets d'utilisation d'eaux de pluie, etc.) et participe à des actions de sensibilisation des institutions et associations.

L'Île-de-France compte :

- ▶ 941 captages d'eau
- ▶ 522 usines de traitement qui alimentent en eau les Franciliens
- ▶ 4 usines de conditionnement d'eau
- ▶ 791 piscines et 16 sites de baignade



### Sur le terrain

#### VAL-D'OISE Innovation : un contrôle sanitaire mutualisé sous l'égide de la délégation territoriale du Val-d'Oise

▶ Le Val-d'Oise compte deux des quatre usines de conditionnement des eaux d'Île-de-France. En concertation avec les deux autres départements concernés, la Seine-et-Marne et les Yvelines, une mutualisation du contrôle sanitaire des eaux embouteillées et des usines a été mise en place début 2011. L'instauration d'un service unique permet à la fois une compétence réglementaire et technique pérenne, ainsi qu'un même niveau d'exigence pour l'ensemble des installations franciliennes. Depuis le 31 décembre 2011, le contrôle sanitaire des eaux embouteillées dans les Yvelines est assuré par la délégation du Val-d'Oise.

chiffres clés  
en 2011... ↓

**98,9 %** du programme de prélèvements et d'analyses d'eaux réalisé (soit plus de 45 000 prélèvements réalisés dont 22 500 prélèvements d'eau de consommation humaine, 22 500 d'eau de piscines et 120 d'eau de baignades)

**650** situations de non-conformité de la qualité des eaux gérées

**342** inspections au sein des installations

**30** autorisations d'installations de production / distribution d'eau de consommation humaine, comprenant 18 arrêtés déclarant d'utilité publique et 32 captages d'eau

**45 500** bulletins d'analyse et 1 503 synthèses sur la qualité de l'eau de consommation humaine



## Une journée d'information sur les piscines en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, 50 piscines sont soumises au contrôle sanitaire réglementaire. La délégation territoriale a organisé, le 24 mars 2011, une journée d'information et de sensibilisation sur la prévention des risques sanitaires et chimiques. La journée a débuté par une présentation des installations et du bilan sanitaire 2010, où la bonne qualité de l'eau des bassins a été mise en évidence. Elle s'est ensuite poursuivie par un rappel des textes réglementaires, des obligations qui incombent aux gestionnaires, ainsi que par une présentation des différents risques sanitaires pour les usagers (chimiques et biologiques, dont le risque lié aux légionelles). Elle s'est achevée par la simulation d'une inspection à la piscine de Bobigny, en insistant sur les points de vigilance particulière. 12 établissements, dont 75 % d'établissements publics, ont assisté à cette journée d'information.



### Une montagne de déchets à Limeil-Brévannes



Anne-Laure Borie,  
Délégation territoriale du Val-de-Marne

#### ● Comment est-on arrivé à autant de déchets sur ce site ?

« Le site de Limeil-Brévannes est un centre de tri et de transit de déchets industriels. Mais il est devenu au fil du temps un énorme amoncellement finissant par atteindre 25 m de hauteur, 200 m de long et contenant 150 000 tonnes de déchets. La société avait été placée en liquidation judiciaire, et son exploitant n'a pas été en mesure de mettre le site en conformité.

#### ● Quelles en ont été les conséquences environnementales et sanitaires ?

« Il y a eu des incendies fréquents, notamment au printemps 2011, des odeurs et des fumées très nuisibles pour les riverains. Il fallait agir. Lors du chantier d'évacuation des déchets, il y a eu aussi des incidents liés aux eaux pluviales chargées en H<sub>2</sub>S (hydrogène sulfuré).

#### ● Qu'avez-vous mis en place pour remédier au problème ?

« L'État, sous l'autorité du Préfet, a élaboré un plan d'actions pour la mise en sécurité du site et l'évacuation des déchets. La délégation territoriale a joué un rôle majeur en matière d'analyse des résultats de la surveillance environnementale, d'évaluation des risques sanitaires pour les riverains et de conseil au Préfet pour la gestion des risques et la communication.

#### ● Quelle est aujourd'hui la situation ?

« Grâce à ce plan d'actions et à la surveillance mise en place, le chantier s'est déroulé sans impact sanitaire pour les riverains. Le calendrier a été respecté et les derniers déchets ont été évacués début mai 2012.



## Diffuser l'information sur la sécurité sanitaire des milieux

L'Agence a créé des outils partagés de sensibilisation du public, tels que la brochure « La légionellose : connaître la maladie et la prévenir » destinée aux syndic et propriétaires d'immeubles, ou la mise en ligne sur le site Internet de l'ARS d'informations sur le bruit, l'air, l'eau, les légionelloses, les déchets d'activité de soins et le monoxyde de carbone. 50 cartes sont notamment disponibles pour connaître la qualité de l'eau en Île-de-France, ainsi que les résultats des analyses d'eau potable les plus récentes réalisées par l'ARS dans le cadre du contrôle sanitaire sur l'ensemble du territoire francilien.



— LA  
LÉGIONELLOSE  
— Connaître la maladie  
et la prévenir

ars  
Agence régionale de  
santé publique



## Anticiper et préparer les crises sanitaires

### Fédérer les dispositifs départementaux

En cas de crise sanitaire, l'existence d'une doctrine commune aux établissements d'Île-de-France et d'une interopérabilité des plans de crise départementaux est primordiale. L'Île-de-France est une région à la démographie dense, dont les établissements sont implantés de façon hétérogène : une harmonisation s'impose pour la bonne gestion d'un événement exceptionnel, qu'il soit climatique, épidémique ou malveillant (attentat).

La cohérence et la rigueur des procédures d'urgence sont travaillées de façon collégiale au sein de la région et sont testées à l'occasion d'exercices. L'Agence a harmonisé les « plans blancs élargis » et les plans de gestion de crise, et les a coordonnés avec les dispositifs ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile). Développé en parallèle, le plan d'appui réciproque des SAMU permet à un SAMU départemental de venir en appui dans un autre département afin d'assurer la régulation médicale des victimes, si une situation exceptionnelle de très grande ampleur le justifie.

39 exercices  
ont ainsi  
été organisés  
par les Préfectures  
en Île-de-France  
pour l'année 2011.





## Sur le terrain

**HAUTS-DE-SEINE**  
La délégation territoriale des Hauts-de-Seine met en pratique la réponse aux événements indésirables

Au cours de l'année 2011, une série d'exercices a été réalisée dans le département. Simulation d'un attentat au réservoir d'eau potable à Châtillon, d'une explosion aggravée dans un dépôt de carburant à Nanterre... Le plus important reste l'exercice mené par la Préfecture sur le site de La Défense, en novembre 2011. Pour accompagner la mise en place du nouveau centre opérationnel départemental de la Préfecture, une semaine entière d'exercices de défense a été organisée.

## Une plateforme pour centraliser les signalements

Véritable point focal régional, la Plateforme Régionale de Veille et d'Urgence Sanitaire reçoit et assure la prise en charge de tous les signalements susceptibles d'avoir un impact sur la santé. Elle associe la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaires et la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie qui apporte l'expertise de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS). Chacune des huit délégations territoriales, proche des acteurs territoriaux de la santé, est dotée d'une Cellule Départementale de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire qui assure la prise en charge des signalements.

En dehors des heures ouvrées, un système d'astreintes fonctionne à la fois par département et par mobilisation des expertises techniques de l'Agence, qu'elles soient environnementales, médicales ou pharmaceutiques.



## chiffres clés ↓ en 2011...

- ▶ 4 400 signalements ont été reçus et régulés par la plateforme dont :
- ▶ près de 3 000 étaient relatifs à des maladies infectieuses, dont une part importante relève du dispositif des maladies à déclaration obligatoire qui concerne 30 pathologies nécessitant une intervention urgente locale ainsi que des maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique
- ▶ 350 concernaient des infections associées aux soins
- ▶ 500 concernaient un événement indésirable déclaré par un établissement de santé ou médico-social (difficulté en termes de qualité ou quantité de l'offre de soins et médico-sociale)

Une expertise particulière de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) a été sollicitée auprès de la CIRE (cellule interrégionale) sur 90 dossiers (67 pour des risques infectieux et 18 pour des risques environnementaux)



## La lutte contre les bactéries multirésistantes

La résistance des bactéries aux antibiotiques est un sujet préoccupant : la découverte de nouveaux antibiotiques s'amenuise tandis que les antibiotiques à spectre large, les plus récents, peuvent se révéler inactifs. En 2011, plusieurs services de réanimation ont dû fermer en Île-de-France en raison de foyers d'épidémies à bactéries multirésistantes.

### Les établissements doivent s'engager

L'ARS a rappelé aux établissements de santé la nécessité de disposer d'un plan local de maîtrise d'une épidémie à bactéries multirésistantes, sur la base d'une maquette réalisée par l'ARS et le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN Paris-Nord). En juin 2011, seuls 14 % des établissements d'Île-de-France avaient envoyé un plan validé à l'ARS.

Face à la recrudescence des signalements de colonisation ou d'infection et à la méconnaissance des équipes sur les mesures à adopter, l'Agence a organisé une réunion de sensibilisation des établissements de santé et rappelé l'importance de disposer d'un plan local de lutte contre les épidémies. Enfin, il a été rappelé d'inscrire certains antibiotiques sur une liste de prescription restreinte à certains professionnels de santé hospitaliers. Pour compléter le dispositif, un plan à l'échelle régionale est à l'étude au sein de

Fin 2011,  
le nombre  
de plans validés  
s'est élevé  
à 41 %



## Sur le terrain

▶ **ESSONNE**  
Infections aux bactéries multirésistantes dans un service hospitalier

Un hôpital a fait l'objet en juillet 2011 d'un signalement de cas groupés d'infections nosocomiales à bactéries multirésistantes émergentes. Des actions correctives ont été immédiatement mises en place grâce à l'étroite coopération de l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) et l'ARS. Cet épisode a permis de mesurer l'importance de la mise à disposition d'une équipe opérationnelle d'hygiène, en charge de la prévention des risques infectieux et de la gestion d'infections associées. Des sessions de formation ont notamment été organisées.

▶ **HAUTS-DE-SEINE**  
La collaboration biologique au service de la détection

Le 18 octobre 2011, la délégation territoriale des Hauts-de-Seine a relayé l'urgence de la rédaction des plans locaux de maîtrise des bactéries multirésistantes auprès des établissements : au 31 décembre 2011, le taux de retour était de 51 %. Elle a par ailleurs initié une collaboration entre laboratoires hospitaliers de microbiologie pour faciliter le diagnostic difficile de ces bactéries, nécessitant une expertise en biologie moléculaire. Le laboratoire universitaire de l'hôpital Beaujon s'est proposé et a été désigné laboratoire de référence pour l'ensemble des établissements hospitaliers du département.

## Une vigilance renforcée sur la sécurité sanitaire des produits de santé et la qualité des analyses de biologie médicale

La sécurité des patients exige des pratiques rigoureuses de la part des professionnels de santé.

Pour les médicaments et les dispositifs médicaux stériles, l'ARS veille à ce que leur préparation, leur dispensation et leur utilisation se déroulent dans des conditions optimales de qualité et de sécurité. Pour ce faire, elle met en œuvre des programmes pluriannuels d'inspection et d'évaluation sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse et sur la préparation des médicaments et/ou des dispositifs médicaux stériles en établissement de santé, EHPAD et pharmacie d'officine.

De même, en procédant à des enquêtes dans les laboratoires de biologie médicale, l'Agence veille à la qualité des résultats d'analyses.

En Île-de-France, le risque de survenue d'événements indésirables graves (EIG) est majoré par les caractéristiques de la région : densité de population, nomadisme des patients, offre de soins multiple et complexe. Lorsqu'un EIG en lien avec un médicament ou concernant une analyse de biologie médicale est signalé soit en milieu hospitalier, soit en ville, l'Agence mène une enquête pour en déterminer les causes, avec l'établissement, et lui apporter une réponse adaptée : mesures conservatoires, mise en conformité, voire décision de suspension d'activité.

Enfin, dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'offre de soins, l'ARS conduit des enquêtes afin de vérifier l'adéquation des moyens proposés par les établissements en vue d'obtenir des autorisations d'activité. Ces évaluations sur site sont souvent précédées d'un accompagnement des établissements dans leurs projets.

chiffres clés ↓  
en 2011...

- ▶ 250 inspections et évaluations dont 109 dans des pharmacies hospitalières et 141 dans des pharmacies d'officine
- ▶ 17 enquêtes suite à EIG dont quatre liés à des médicaments et 13 concernant des analyses de biologie médicale
- ▶ 292 enquêtes et évaluations des moyens proposés par les établissements pour être autorisés à réaliser certaines activités, dont 109 en lien avec le traitement des cancers ou la chirurgie esthétique



## Poursuite de l'activité sur l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle

Le réseau transfusionnel francilien est constitué de 273 établissements transfuseurs, des 27 sites de distribution de l'Établissement Français du Sang (EFS) ainsi que du centre de transfusion sanguine des armées. Le dispositif d'hémovigilance mis en place à l'Agence assure la surveillance et l'évaluation des incidents, et contribue à la sécurité transfusionnelle. L'ensemble de la chaîne transfusionnelle est concerné, de la collecte des produits sanguins labiles jusqu'au suivi des receveurs, en passant par le suivi épidémiologique des donneurs, sous l'égide de la coordination régionale d'hémovigilance.

**Les coordonnateurs régionaux, des agents de terrain à l'expertise complète**

Les coordonnateurs reçoivent les déclarations d'incidents graves, effets indésirables survenus sur les receveurs et sur les donneurs de sang. Ce sont eux qui animent le réseau régional d'hémovigilance et participent à la formation des différents acteurs de la chaîne transfusionnelle. Ils veillent à l'informatisation de la traçabilité des produits sanguins labiles et contribuent aux échanges de données informatisées entre établissements de santé et établissements de transfusion sanguine. Ils participent à l'instruction des dossiers de demande d'autorisation de dépôt de sang et en assurent le suivi. Ils assistent enfin les inspecteurs, à titre d'experts, lors des missions d'inspection ou de contrôle des dépôts de sang et des laboratoires de biologie médicale dans leur activité transfusionnelle. Ils veillent ainsi à la cohérence entre les activités de soins et l'organisation de la sécurité transfusionnelle.

chiffres clés ↓  
en 2011...

- ▶ 1 172 événements indésirables receveurs
- ▶ 315 événements indésirables graves donneurs
- ▶ 80 fiches « incident grave »
- ▶ 14 participations aux inspections des dépôts de sang



## L'exercice de la psychothérapie soumis à réglementation

chiffres clés ↓  
en 2011...

- ▶ 3 500 dossiers ont été déposés en Île-de-France
- ▶ 419 dossiers ont été examinés

Jusqu'en 2010, l'usage du titre de psychothérapeute ne faisait l'objet d'aucune réglementation en France. Il est désormais soumis à l'inscription à un registre national. Pour y figurer, les professionnels ont l'obligation de suivre une formation en psychopathologie clinique dans un centre agréé, sous réserve d'être titulaire d'un doctorat de médecine ou d'un master spécialisé. Seuls les psychiatres\* sont dispensés de cette formation. Les centres de formation sont agréés par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, après avis d'une commission régionale. La commission a émis un avis en 2011 sur cinq dossiers. Trois établissements sur les cinq ont été agréés par la suite.

Les professionnels justifiant d'au moins cinq ans d'exercice de la psychothérapie en mai 2010 pouvaient déposer un dossier à l'ARS pour être autorisés, à titre dérogatoire, à faire usage du titre de psychothérapeute. L'ARS prend les décisions après avis d'une commission composée de professionnels.

\* depuis le décret n°2012-695 du 7 mai 2012, les psychologues ayant effectué leur stage professionnel dans une structure sanitaire, sociale ou médico-sociale sont également dispensés de cette formation.

## L'ARS s'attache à améliorer la réponse aux usagers

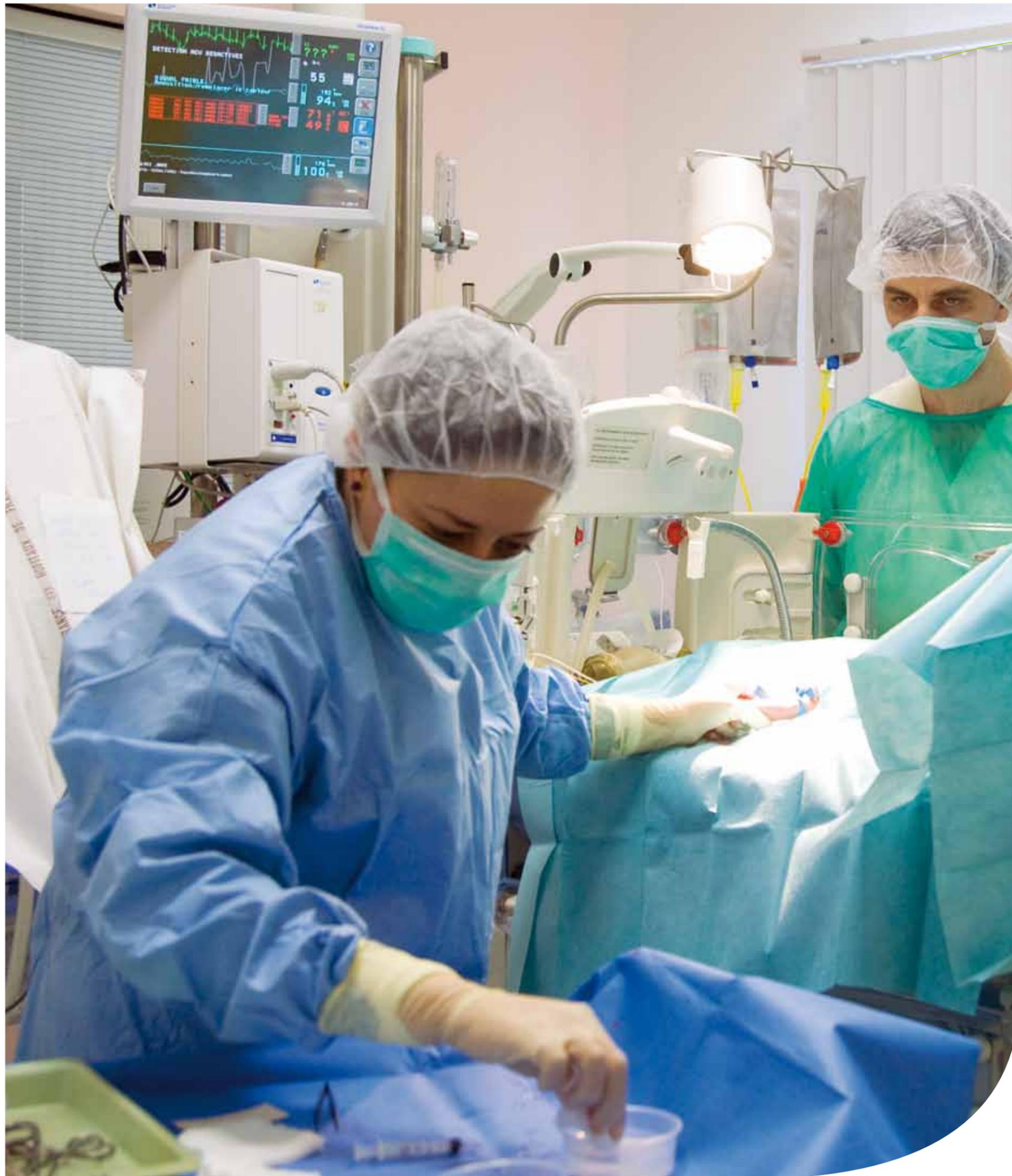
1 219 réclamations des usagers ont été reçues par l'ARS

Au cours de l'année 2011, plusieurs axes d'amélioration ont été introduits afin de garantir une réponse de qualité à l'utilisateur dans des délais impartis. Ainsi, un indicateur relatif aux délais de réponse aux usagers a été inscrit dans le CPOM conclu entre l'ARS et le Ministère : 80 % des réclamations (hors inspection) doivent être traitées en moins de 90 jours. L'ARS s'est engagée à répondre à 100 % des réclamations qu'elle reçoit et à informer l'utilisateur de la réception de sa réclamation par un accusé de réception dans un délai de 15 jours.

Fin 2011, une commission des réclamations inter-directions a été créée afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques. Elle identifie les thématiques récurrentes de réclamation et propose une réflexion régionale pour les réclamations identifiées complexes.

Les enjeux futurs sont notamment de suivre les délais de traitement et de veiller à l'équité du traitement des réclamations.





**Renforcer  
l'efficience  
du système  
de santé**

## Maîtriser les dépenses de santé pour pérenniser le système de soins

L'objectif de la Gestion du risque (GDR) est l'amélioration de l'efficacité du système de santé. Elle consiste à développer des actions de prévention de la maladie et de ses complications, améliorer la qualité des soins par l'application de recommandations, optimiser l'organisation du parcours de santé, des conditions de prise en charge, de l'autorisation et du fonctionnement des structures. Autrement dit, la GDR ambitionne d'offrir la qualité des soins au meilleur coût.

### Dix priorités nationales et cinq actions régionales complémentaires

Au niveau national, il s'agit de développer des modes de prise en charge plus souples, mieux coordonnés et plus efficaces : les transports sanitaires prescrits à l'hôpital, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la liste en sus\*, les prescriptions hospitalières délivrées en ville, l'imagerie médicale, la chirurgie ambulatoire, l'efficacité des EHPAD, les prescriptions en EHPAD, les soins de suite et de réadaptation, la permanence des soins ambulatoire et les urgences. Ces actions sont pilotées par l'ARS, en partenariat avec l'Assurance Maladie.

Au niveau régional, les actions complémentaires tiennent compte des spécificités territoriales : mieux connaître le risque en santé, renforcer l'accessibilité financière des soins, renforcer l'information et la prévention, promouvoir des parcours de santé plus cohérents et efficaces, promouvoir l'efficacité en matière de médicaments.

\* produit de santé financé en sus des prestations d'hospitalisation

### Les transports sanitaires sous la surveillance rapprochée des délégations territoriales



La délégation territoriale de l'Essonne prend des mesures face à la recrudescence des réclamations



Christine Vaccarin,  
Délégation territoriale de l'Essonne

#### ● Quelle est la situation des transports sanitaires en Essonne ?

« Les réclamations déposées à l'encontre des sociétés de transports sanitaires ont progressé de 115 % ces trois dernières années. Nous avons décidé de mettre en place un contrôle conjoint des transports sanitaires avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de l'Essonne. Nous avons élaboré un protocole de contrôle et les outils de contrôle : feuilles de recueil de données, plans de contrôle... Nous espérons ultérieurement y associer les forces de l'ordre.

#### ● Quelles sont les perspectives pour 2012 ?

« Plusieurs contrôles sont prévus, ciblés à partir des réclamations ou tout signalement de dysfonctionnement. La délégation territoriale participera au comité opérationnel départemental anti-fraude. Cela nous permettra de nous associer aux contrôles prévus, dès qu'il s'agit de notre champ de compétence.

### Chiffres clés ↓ en 2011...

#### ► Transports sanitaires :

- Un objectif d'évolution des dépenses de transports prescrits à l'hôpital de +4,2 %
- Un résultat très positif de +2,7 %

#### ► Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville

- Un objectif d'évolution des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital de +6,2 %
- Un résultat très positif de +4,7 %

#### ► Chirurgie Ambulatoire

- Un objectif de taux de pratique de chirurgie ambulatoire (sur 17 gestes marqueurs) de 81 %
- Un résultat fin 2011 à 83,3 %

#### ► ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie)

- Un objectif national d'évolution des dépenses d'Assurance maladie fixé à +2,9 % pour 2011 (dont +2,8 % pour les soins de ville)
- Un résultat encourageant de +1,8 % pour l'ONDAM (dont 1,8 % pour les soins de ville)



### Sur le terrain ► VAL-D'OISE

#### La formation des forces de l'ordre permet de travailler en transversalité

La délégation du Val-d'Oise a organisé une formation pour la Police Nationale du département, afin qu'elle soit en mesure de contrôler les véhicules sanitaires. Parmi les points abordés : la réglementation, les éléments à inspecter, les infractions qui peuvent être relevées et verbalisées, etc. Tout au long de l'année, une formation continue est assurée pour les nouveaux effectifs de la Police Nationale du Val-d'Oise. La même formation sera proposée à la Police Nationale des Yvelines, de l'Essonne, ainsi qu'à la gendarmerie de Cergy, Fosses et Marines.



### Promouvoir les bonnes pratiques dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Deux des programmes nationaux de la gestion du risque concernent les EHPAD, portant une vigilance particulière sur leur efficacité et sur la qualité de la prescription des soins.

Ces établissements accueillent des personnes âgées devenues dépendantes, qui ne peuvent plus rester à domicile et requièrent une prise en charge médicale et paramédicale. L'ARS a organisé en collaboration avec l'Assurance Maladie une réunion dans chaque département francilien, afin de diffuser les bonnes pratiques et sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenant autour des résidents EHPAD. Deux aspects essentiels ont été abordés : le circuit du médicament à travers l'exemple de la prescription des diurétiques, ainsi que le thème de la nutrition.



### Un programme d'accompagnement des établissements sensibles pour faciliter le retour à l'équilibre financier

Le retour à l'équilibre financier des établissements de santé fait l'objet d'une contractualisation avec l'État. L'Agence a souhaité structurer une démarche d'accompagnement et de suivi de quelques établissements concentrant le déficit global de la région en :

- développant une approche diagnostique fondée sur la valorisation des données existantes pour un établissement donné
- faisant la promotion de la mise en œuvre d'actions opérationnelles d'optimisation de l'organisation des établissements de santé
- accompagnant les plans d'actions des établissements et en veillant à l'implication forte des directions et du corps médical
- favorisant le partage d'expérience entre établissements

En 2011  
12  
établissements  
ont été inclus  
dans ce  
programme

## Repenser la territorialisation hospitalière

La construction de projets médicaux coordonnés et la mutualisation des moyens sont des priorités pour réduire les inégalités territoriales, notamment en termes de densité médicale, et atteindre des tailles critiques d'organisation et des pratiques garantant de la sécurité et de la qualité des soins.

Dans les prochaines années, les établissements de santé devront faire face à une triple problématique : le ralentissement économique et son impact sur les tarifs hospitaliers, la réorganisation territoriale en vue d'une meilleure distribution de l'offre de soins, et enfin, la révision des organisations pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques.

Face à la rareté des ressources médicales, à l'évolution des pratiques et au coût croissant des plateaux techniques, les établissements desservant une même population doivent rechercher la cohérence plutôt que la concurrence.

L'ARS encourage et suit activement la politique de recomposition de l'offre des soins territoriale en s'appuyant sur de nouveaux outils de coopération. La plupart des groupements déjà mis en place concerne essentiellement la mise en commun des moyens logistiques, médico-techniques et administratifs ; désormais ce sont les activités cliniques qui font l'objet d'actions de coopération parfois très intégrées avec des équipes médicales de territoire.



## Prendre la mesure de l'efficacité

### La création d'un réseau de gestionnaires des risques des établissements de santé

La gestion des risques associés aux soins est une discipline encore jeune en France. Pour la promouvoir et développer une « culture de sécurité », les professionnels doivent sortir de leur isolement.

L'Île-de-France a développé en 2011 un réseau dédié aux gestionnaires des risques, regroupant les gestionnaires de 28 établissements de tous types, CHU, CH, ESPIC\* ou établissement privé. Il se limite pour le moment aux seuls établissements de santé, avec une ouverture prochaine vers les gestionnaires de risques du secteur médico-social. Le réseau s'organise en groupes de travail autour de quatre pôles : « alerte », « journée régionale pour la sécurité du patient », « culture de sécurité » et « bibliographie ».

L'ARS a accompagné le réseau en lui apportant un support logistique, une aide en communication et le cadre administratif nécessaires.

\* Établissement de santé privé d'intérêt collectif

### Le retraitement comptable, un instrument de dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements de santé

Le retraitement comptable est un outil de comptabilité analytique hospitalière, obligatoire pour les établissements de santé publics et ESPIC. Il permet la transparence des coûts de fonctionnement et la mise en place d'indicateurs de productivité. Les données permettent d'alimenter la réflexion sur l'efficacité des soins en établissements de santé. Des comparaisons régionales peuvent ainsi être réalisées sur l'ensemble des processus de soins et des activités supports aux soins.

En parallèle, l'Agence a développé des accompagnements, dont les méthodes évoluent chaque année, pour améliorer la production de traitement comptable de qualité par les établissements (édition d'un guide méthodologique, soutien par des conférences, coaching, etc.)

### L'ambulatoire comme levier de performance en chirurgie

L'hôpital de demain sera plus ouvert, en réseau avec les autres offreurs du territoire et recentré sur son rôle d'expertise. Le développement de la chirurgie ambulatoire est autant un pré-requis qu'une illustration de ce mouvement. Elle permet une prise en charge qualitative grâce aux progrès des techniques chirurgicales, d'anesthésie et d'analgésie. C'est aussi un moyen de structurer l'offre de soins, de dégager des marges de manœuvre pour les établissements et de réduire les dépenses de l'Assurance Maladie.

Pour soutenir cette ambition, l'ARS a lancé fin 2010 un projet d'accompagnement au développement de la chirurgie ambulatoire. 35 établissements se sont engagés dans ce projet de réorganisation. Conçu pour être collaboratif, il prévoit un calendrier structuré et la mise à disposition d'outils de diagnostic et de suivi.

Six vagues constituées au total d'une trentaine d'établissements ont été lancées en 2011. Quatre vagues ont été clôturées et évaluées, soit l'équivalent de 20 établissements. Parmi les réalisations et résultats les plus significatifs, nous pouvons citer l'ouverture d'Unités de Chirurgie Ambulatoire, l'augmentation du volume et du taux d'actes chirurgicaux en ambulatoire, la réalisation de nouveaux gestes, la diminution des incidents organisationnels (déprogrammations et transformations) ainsi que la restructuration du capacitaire des services de chirurgie classique.



### Les outils mis à disposition des établissements

- **DIMCHIRAMB** : analyser son potentiel ambulatoire
- **CONVISCAN** : connaître la conviction des professionnels et leurs connaissances en chirurgie ambulatoire
- **EvalUCA** : évaluer l'organisation de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire
- **Parcours** : cartographier le parcours du patient
- **DEPROG et TRANSFO** : mesurer les déprogrammations et les transformations en hospitalisation

## Moderniser les structures médico-sociales pour leur restituer une énergie d'action

### Une évaluation continue dans les établissements

Les établissements ou services sociaux et médico-sociaux doivent transmettre à l'ARS une évaluation externe, afin de déterminer si leur autorisation d'activité peut être renouvelée ou non. Ce système permet une amélioration constante et le respect des délais de renouvellement d'autorisation. Les résultats des évaluations externes sont analysés par les huit délégations territoriales, soutenues méthodologiquement et techniquement par le siège. En 2011, les établissements

En 2011  
3 millions  
d'euros  
ont été alloués aux  
établissements médico-  
sociaux pour financer  
leur évaluation  
externe

### Un accompagnement des structures gestionnaires

Le secteur médico-social est caractérisé par un grand nombre de gestionnaires, malgré l'existence d'importantes associations rassemblant plusieurs dizaines d'établissements et services. Afin de les aider à se structurer et pour les encourager à coopérer, l'Agence dispose de différents leviers. Des contrats entre l'Agence et le gestionnaire permettent d'établir des objectifs sur cinq ans et des moyens associés. Une trentaine de contrats ont été signés en 2011. L'ARS peut autoriser le siège d'une structure gestionnaire à prélever des moyens afin de le faire fonctionner. Une dizaine de dossiers ont été instruits en 2011. Enfin l'Agence aide méthodologiquement les gestionnaires ou les établissements de santé médico-sociaux à monter des Groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS).

### La poursuite des travaux engagés sur l'autisme

Deux mesures du plan autisme 2008-2010 ont fait l'objet en 2011 d'une déclinaison régionale. La première concerne les modalités de prise en charge des autistes dans le médico-social et le sanitaire, en lien avec l'éducation nationale. La seconde porte sur la formation de formateurs et la diffusion des connaissances et recommandations de la HAS. L'Agence a notamment pour objectif la mise en place de dispositifs gradués et coordonnés de diagnostics et de prise en charge précoces.

### Différentes mesures pour lutter contre la maladie d'Alzheimer

Le plan national Alzheimer 2008-2012 a également fait l'objet d'une déclinaison régionale avec notamment la première phase de déploiement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), le lancement d'un appel à projets permettant la sélection de 32 nouvelles équipes spécialisées « Alzheimer » à domicile, un appel à candidatures pour la création de plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants et la poursuite du processus de labellisation d'unités spécialisées au sein des EHPAD pour les malades ayant des troubles du comportement.



### Des enveloppes régionales de crédits pour financer les projets médico-sociaux

L'allocation de ressources dans le champ médico-social est régie par un principe d'« enveloppes », c'est-à-dire un montant déterminé en volume, en délais et en cohérence avec les objectifs de dépenses nationaux. En outre, les autorisations ne sont délivrées et financées qu'à la condition de l'installation effective du projet : c'est ce que l'on nomme le diptyque « autorisation d'engagement/crédits de paiement ».

Des crédits non reconductibles pour des projets d'investissement peuvent être alloués pour soutenir l'investissement et minimiser ainsi les surcoûts ou la hausse des tarifs à la charge des usagers. Une enquête régionale « BATI » a ainsi été menée en 2011 auprès de l'ensemble des établissements, afin d'évaluer leurs besoins en matière de rénovation/construction.

### Un financement réparti par champ d'action

La part principale des enveloppes est constituée des crédits Assurance Maladie, qui financent les établissements accueillant les personnes handicapées (hors Établissement et services d'aide par le travail (ESAT), financés par le programme Handicap de l'État), les personnes âgées dépendantes et les personnes en difficultés spécifiques. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) délègue également des crédits spécifiques pour les groupes d'entraide mutuelle et les MAIA, les sessions de formations du personnel des EHPAD (Pathos) et contribue à la formation des aidants. Enfin, la CNSA peut allouer des crédits dans le cadre des Plans d'Aide à l'Investissement (PAI).

### Le rôle de régulateur de l'Agence

Le siège de l'ARS assure le pilotage de l'allocation de ressources médico-sociales. Il élabore une doctrine régionale, délègue les enveloppes départementales, arbitre sur les crédits non reconductibles, et effectue un reporting à l'échelon national. Le siège de l'ARS travaille en étroite collaboration avec la CNSA et la Direction Générale de la Cohésion Sociale pour évaluer les besoins de financement d'une année sur l'autre. Les délégations territoriales, quant à elles, assurent la tarification par établissement : elles en prennent les arrêtés et procèdent à l'examen des comptes administratifs. En 2011, la campagne budgétaire et les enquêtes tarifaires ont conduit à une harmonisation des pratiques notamment à travers des modèles d'arrêtés tarifaires pour l'ensemble des structures médico-sociales de la région.

### Sur le terrain

#### VAL-DE-MARNE La délégation territoriale du Val-de-Marne accompagne l'association ETAI



En mai 2010, l'association ETAI s'est vue transférer par l'ARS les autorisations de gestion de quatre établissements médico-sociaux, soit une capacité totale de 300 places.

La délégation territoriale du Val-de-Marne a accompagné cette association dans la prise en charge de ces nouveaux mandats. Suite à une inspection début 2011 mettant en évidence les mauvaises conditions d'accueil et d'accompagnement dans les établissements, un effort a été fait pour la restructuration de la section « polyhandicapés » et des ateliers de l'IMPRO (1,5 M €), et pour la réhabilitation complète de l'établissement (2,8 M €).

La délégation territoriale s'est par ailleurs impliquée dans le processus de dévolution des biens de l'ancien gestionnaire vers l'ETAI, aboutissant en novembre 2011 à une convention validée par l'ARS et le Conseil Général du Val-de-Marne.

### chiffres clés en 2011... Les ressources médico-sociales franciliennes



#### Personnes Agées

- 894 établissements
- 76 298 places
- Enveloppe de 1 008 585 508 €
- 65 298 801 € dont 25 M€ pour l'investissement



#### Personnes Handicapées

- 1 026 établissements
- 32 970 places
- Enveloppe de 1 373 330 224 €
- Crédits non reconductibles alloués 33 682 261 € dont 21 M€ pour l'investissement



#### Campagne budgétaire des ESAT

- 184 établissements financés sur crédits d'État soit 16 401 places pour un montant de 197 662 628 €
- Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) : 51 dossiers de demandes de subvention

## Faire de la prise en charge du cancer une priorité régionale

On dénombre 50 000 nouveaux malades du cancer par an en Île-de-France. Ce nombre est en augmentation continue depuis plusieurs années, notamment en raison du vieillissement de la population et du développement des dépistages précoces. Le cancer est aujourd'hui responsable du décès de 21 500 Franciliens chaque année et demeure la première cause de mortalité globale et prématurée (42 % des personnes décédées ont moins de 65 ans). Les cancers les plus fréquents touchent le poumon, le colon-rectum, la prostate chez l'homme et le sein chez la femme. Le traitement du cancer implique une prise en charge multidisciplinaire (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) et globale de chaque patient. La lutte contre le cancer et l'amélioration du suivi de chaque patient sont des priorités inscrites dans un plan national, déclinées au niveau régional.

Depuis 2007, les établissements exerçant ces activités sont soumis à une autorisation, délivrée en 2009 pour deux ans. Dans ce cadre, une campagne de vérification de la conformité des établissements a été menée, en 2011, pour toutes les activités de traitement du cancer. 156 établissements ont ainsi été visités par les équipes de l'Agence. Cette procédure a permis d'améliorer la qualité et l'organisation de prise en charge des patients en établissement (critères élaborés par l'Institut National du Cancer).

Concernant plus particulièrement la radiothérapie, 27 centres ont été inspectés pour vérifier le respect de la réglementation. Etape essentielle dans le parcours des patients, cette activité se réorganise afin, notamment, d'offrir à la population francilienne les techniques les plus modernes.



**Cancer du sein : un mal qui touche particulièrement les Franciliennes**

### Un dépistage systématique pour un traitement efficace

Le cancer du sein reste une cause de décès très préoccupante en Île-de-France, que seul le dépistage peut contribuer à enrayer. En effet, le diagnostic précoce de la maladie augmente les chances de réussite des traitements. Destiné aux femmes de 50 à 74 ans, le dépistage organisé du cancer du sein concerne près de 1,5 millions de Franciliennes. Tous les deux ans, elles sont invitées à faire une mammographie : 500 centres agréés sont répartis sur la région et ont accueilli 41 % de la population en 2009.

### L'ARS Île-de-France présente son tableau de bord annuel de suivi

Dans le cadre de l'opération Octobre Rose, l'Agence a publié un outil de suivi annuel autour du dépistage organisé du cancer du sein, permettant à la fois le pilotage et l'orientation des actions à entreprendre pour améliorer cette opération. Ce tableau de bord, unique en France, délivre ainsi une analyse claire et précise du dépistage.



## L'évolution des pratiques de soins grâce aux technologies de l'information et de la communication

Les TIC s'invitent dans le monde de la santé au service d'une médecine de qualité, à la fois plus accessible, plus personnalisée et plus efficiente.

### L'innovation technologique lève les frontières de l'exercice de la médecine

L'ARS joue un rôle déterminant dans le développement d'une médecine innovante, capable d'être exercée à distance, au plus près des besoins identifiés dans les territoires franciliens. À ce titre, les activités de « télémédecine » prennent une part de choix dans les politiques de santé régionales et font l'objet d'un programme d'actions dédiées, le programme régional de télémédecine. Elles visent l'optimisation de la coordination entre les professionnels, des prises en charge en urgence, en ambulatoire, de la permanence et de la continuité des soins.

**13 millions d'euros consacrés aux Systèmes d'Information (SI) de santé**

La modernisation des systèmes d'information passe par des investissements conséquents. L'ARS a donc augmenté en 2011 le budget qui lui est consacré en le portant à 13 millions d'euros dont 7 millions provenant des crédits nationaux

FMESPP (fonds d'intervention pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) ont été attribués pour la modernisation des SAMU, le déploiement du programme Région sans film\*, TRAJECTOIRE, la télémédecine, l'informatisation de la gestion des risques en établissement de santé et la plateforme régionale de services SI.

\* services mutualisés de production, de partage en temps réel et de stockage au format numérique de comptes-rendus et d'images médicales pour les établissements de santé, hôpitaux, cliniques, cabinets de radiologie et professionnels libéraux

### Derrière les outils technologiques, le pilotage concerté des acteurs de la santé

Pour construire et animer un système d'information (SI) partagé en Île-de-France, l'ARS a travaillé en 2011 à la mise en place d'une structure force d'impulsion et de cadrage des grandes orientations régionales : le comité d'orientation stratégique des SI de santé et médico-sociaux (COSSIS), réunissant l'ensemble des acteurs de la santé. Parallèlement, pour porter les grands projets régionaux de SI partagés entre les différents opérateurs de santé et médico-sociaux, l'ARS a renforcé sa maîtrise d'ouvrage opérationnelle déléguée, le groupement de coopération sanitaire D-SISIF. Il porte une quinzaine de projets et joue un rôle d'appui technique régional auprès des établissements et groupes de professionnels qui le nécessitent.



## Sur le terrain

### ESSONNE ▶ La télémédecine au service de la gériatrie : Les Magnolias

Depuis 2008, l'hôpital gériatrique « Les Magnolias » a mis en place une plateforme de service médicalisée pour sécuriser le retour à domicile. Face aux résultats positifs de cette expérience, quatre EHPAD partenaires bénéficient de ce dispositif à titre expérimental depuis 2010. L'objectif est d'optimiser la permanence des soins, notamment la nuit et le week-end, et d'éviter ainsi le transfert aux urgences ou une hospitalisation inappropriée, souvent délétère pour la personne âgée. Un projet d'extension du service 7J/7 et 24h/24, avec des sessions de téléconsultations et de téléexpertises de spécialités impliquant deux hôpitaux de recours est financé par l'ARS.



### SEINE-SAINT-DENIS ▶ Expérimentation réussie de Teleneuro au Centre Hospitalier de Saint-Denis

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) représentent une pathologie sévère : ils sont la première cause de mortalité féminine, la première cause de handicap chez l'adulte et la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer. Plus la prise en charge est rapide et spécialisée, meilleur est le pronostic. Le Centre Hospitalier Delafontaine à Saint-Denis expérimente « TELENEURO », outil de télémédecine innovant dans la prise en charge des AVC en urgence. Il permet à la fois une communication verbale et visuelle entre le patient, l'urgentiste et le neurologue, et le transfert de l'imagerie cérébrale du patient. À titre encore expérimental, le Centre Hospitalier propose son expertise neurologique aux établissements dépourvus d'unité neuro-vasculaire. L'objectif est de déployer une solution TELENEURO dans l'ensemble des services d'urgences, unités neuro-vasculaires, services de neuroradiologie diagnostique, interventionnelle et de neurochirurgie franciliens.

### chiffres clés ↓ en 2011...

- ▶ Le Répertoire Opérationnel des Ressources\* (ROR) couvre plus de 90 % des établissements Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) d'Île-de-France ; des travaux ont démarré pour intégrer l'offre de médecine libérale.
- ▶ L'outil Trajectoire couvre plus de 90 % des établissements de santé et gère 25 % des transferts des patients qui le nécessitent vers les SSR.
- ▶ Le programme Région sans Film a validé ses deux premiers sites pilotes et a débuté sa phase de déploiement industriel.

\* annuaire de l'offre de soins des établissements de santé franciliens



## Améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients

L'Agence bénéficie de l'appui et l'expertise de l'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique). Cette structure observe les pratiques d'utilisation des produits de santé et intervient, par la contractualisation avec les établissements de santé, en accompagnement des professionnels sur le bon usage des médicaments.

L'OMEDIT coordonne également la mise en place et le suivi des contrats de bon usage. Ces contrats engagent les établissements de santé dans des démarches de qualité et de sécurisation des produits de santé, mais également dans l'optimisation des prescriptions en conformité avec les référentiels de bon usage. Ils sont signés conjointement par l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé.

L'analyse des rapports d'étape annuels des établissements concernés a montré que :

- 32 % des établissements de santé ont débuté l'informatisation du circuit du médicament ;
- la préparation de 89 % des traitements anticancéreux injectables est sécurisée sous responsabilité pharmaceutique ;

- 3,5 % des établissements d'Île-de-France n'ont pas atteint les objectifs fixés par le contrat et subiront une diminution du taux de remboursement des médicaments et dispositifs médicaux onéreux par l'assurance maladie.

### Deux outils pour prévenir les événements indésirables graves liés aux médicaments : ARCHIMED et OMAGE

Chaque établissement de santé est tenu de réaliser une analyse des risques associés à la prise en charge médicamenteuse. L'OMEDIT a créé ARCHIMED, outil d'évaluation qui propose un diagnostic consolidé sur la prise en charge médicamenteuse, tant au niveau des unités de soins qu'au sein de la pharmacie à usage intérieur. Il permet de cibler rapidement les points positifs des organisations et d'identifier des pistes d'amélioration. Il identifie les points les plus critiques sur lesquels les équipes de l'ARS engagent un processus d'accompagnement.

L'utilisation de l'outil OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGes) vise à diminuer les réhospitalisations des sujets hospitalisés en gériatrie par une formation gériatre/infirmière combinant l'optimisation de la prescription, l'éducation du patient et l'amélioration de la coordination ville-hôpital.



### Trajectoire, un outil au service du parcours de santé des patients

En Île-de-France, 15 % des patients hospitalisés au sein des services de court séjour sont en attente de solutions d'aval permettant une continuité des soins (structures de soins de suite, d'hospitalisation à domicile, médico-sociales). Demain, ces structures seront les lieux privilégiés d'accueil et de suivi des enfants, adolescents et adultes en situation de handicap lourd, des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées. Les admissions se feront directement depuis le domicile dans ce type de structure.

### Plus qu'un outil informatique, une démarche visant l'efficacité médico-économique

Trajectoire participe à la fluidité des parcours de santé en détectant les besoins non couverts par les structures d'aval et les cas dits complexes (patients ne trouvant pas de solutions d'aval). Un observatoire des filières contribuera dès 2013 à adapter l'offre de soins aux besoins réels des patients. L'outil améliore également la coordination des acteurs et la qualité des adressages en structures d'aval grâce à un thésaurus décrivant les différents chemins cliniques de réadaptation.

L'ouverture de l'outil aux champs du médico-social (EHPAD courant 2013) et à terme à la médecine libérale permettra une gestion intégrée des orientations incluant le domicile, et un observatoire facilitant la lisibilité et l'optimisation des parcours de santé des enfants, adolescents, adultes et des personnes âgées.

## Promouvoir la transparence du financement pour limiter les surfacturations

La tarification à l'activité est le mode de financement des établissements de santé publics et privés en court séjour. L'activité est financée sous la forme d'un forfait par patient correspondant à un Groupe Homogène de Séjour (GHS).

L'objectif de la tarification à l'activité est la transparence du financement, l'efficacité et l'équité entre chaque établissement. La bonne application des règles du codage de GHS détermine la facturation des soins et doit donc être vérifiée.

chiffres clés ↓  
en 2011...

► La commission de contrôle a examiné 27 établissements publics.

24 ont fait l'objet d'une notification de sanction financière. Parmi les 13 établissements privés examinés, 6 ont fait l'objet de cette même sanction. Le montant total des sanctions s'élève à 9 854 181 euros.

► **Et sur le plan financier ?**

« Nous avons révisé le niveau de financement des Missions d'Intérêt Général dans les établissements de santé de l'AP-HP, ainsi que la programmation des investissements. Un contrat de préfiguration du futur dispositif de régulation des transports sanitaires a été signé.

### Collaboration étroite entre l'AP-HP et l'ARS



Sébastien Leloup, Catherine Broutin-Piolot, Marion Deverrière et Linda Besnainou, Siège

#### ● Depuis juillet 2009, l'AP-HP est placée sous tutelle de l'ARS. En quoi cela consiste-t-il ?

« L'ARS garantit un dialogue de gestion stratégique, financière et juridique avec les responsables de l'AP-HP. De nombreux échanges ont eu lieu en 2011, pour nourrir une réflexion commune sur des thèmes forts tels que les neurosciences, l'organisation des activités de chirurgie cardiaque, les conditions de réalisation des greffes de cellules souches hématopoïétiques pour les enfants atteints de drépanocytose, ou encore la permanence des soins là où les sites de l'AP-HP sont implantés.

#### ● Quels sont les objectifs de cette tutelle ?

« Il est nécessaire de renforcer l'insertion de l'AP-HP dans son environnement territorial et améliorer son efficacité globale. Pour cela, il faut mettre en œuvre le schéma régional d'organisation des soins, notamment en chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle. Il faut aussi développer les relations hospitalo-universitaires en instaurant des pôles et des groupes de travail. Il faut enfin renforcer le pilotage financier, encourager l'innovation, repenser la qualité de l'accueil et la sécurité de fonctionnement pour mieux définir la place des usagers.

#### ● Quelles ont été les actions marquantes en 2011 ?

« L'ARS a défini, avec l'Établissement Français du Sang d'Île-de-France, un schéma d'organisation du stockage et de la délivrance des produits sanguins à l'AP-HP. Elle a également mis en œuvre le schéma régional des disciplines régies par les dispositifs interrégionaux, et créé un comité régional ARS/AP-HP des produits de santé (CRPS).

#### ● Y-a-t-il eu des changements structurels ?

« Il y a eu des actions stratégiques pour réorganiser l'offre de soins et assurer un meilleur fonctionnement. Le projet de suppression de l'activité de chirurgie cardiaque à l'hôpital Henri Mondor a donné lieu à un certain nombre de débats. L'activité de néonatalogie de l'Institut de Puériculture de Paris a été reprise par l'AP-HP. Nous avons élaboré une stratégie de coopération entre le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre et l'hôpital Louis Mourier à Colombes. Un chantier de création d'une USIDATU, c'est-à-dire d'une unité pour l'accueil des patients autistes, a été lancé sur le site de La Pitié-Salpêtrière.

## Mutualiser les forces intellectuelles pour renforcer la coopération scientifique

L'Île-de-France est l'un des premiers pôles mondiaux d'innovation en santé. En collaboration avec les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les universités, l'ARS facilite la constitution de pôles de recherche franciliens de haut niveau, en cohérence avec la planification territoriale de l'offre de soins

### L'ARS tisse des liens plus étroits avec les instituts de recherche et l'Université

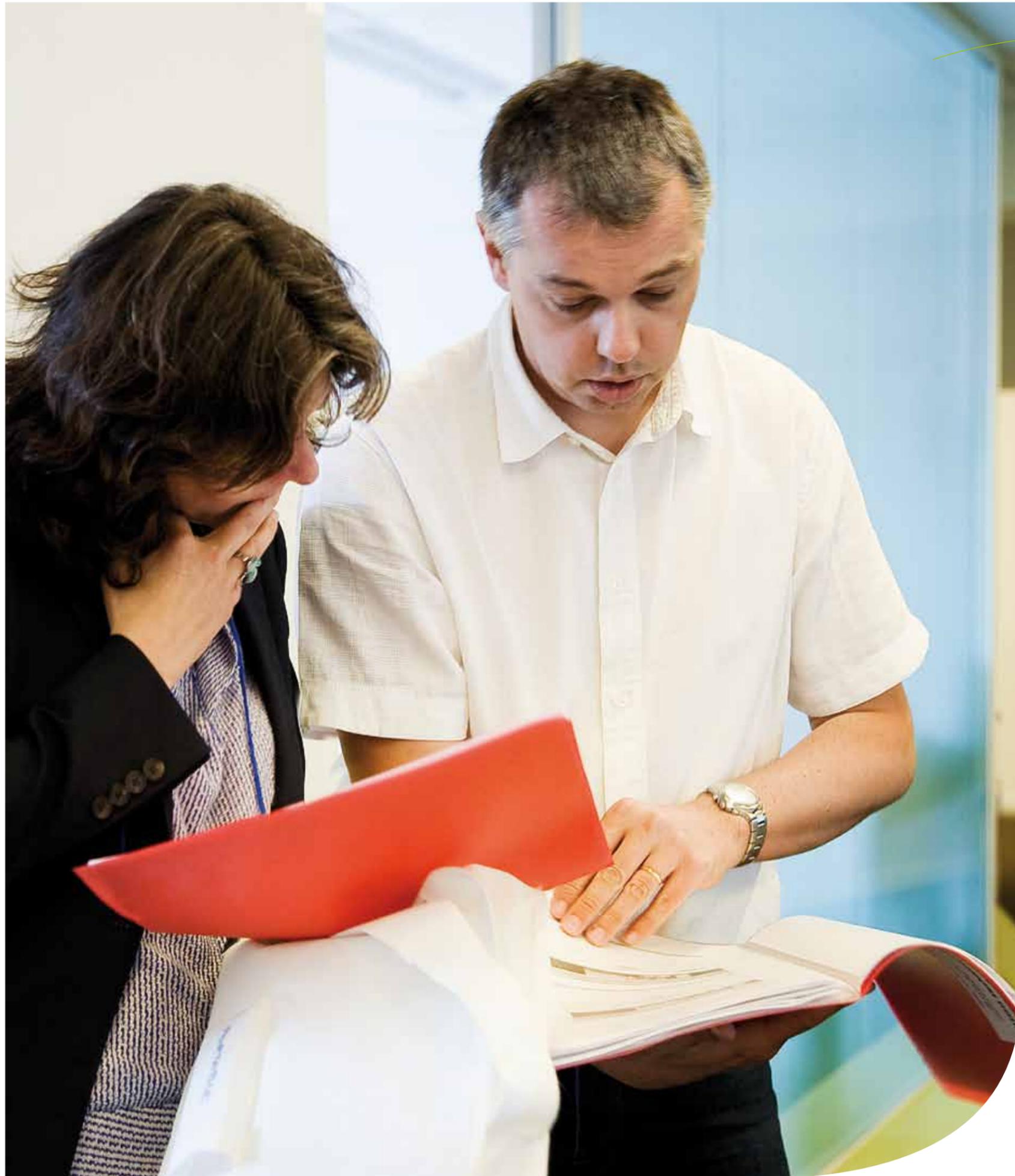
Afin de promouvoir les pratiques de santé efficaces, l'ARS finance les travaux d'organismes chargés de produire de la connaissance et des appels à projets de recherche auprès d'opérateurs scientifiques. Depuis avril 2011, un Comité de Pilotage des Coopérations Scientifiques (COPILCOS) recense l'ensemble des coopérations engagées entre les différentes directions de l'Agence et les organismes scientifiques. Il répertorie les étudiants, stagiaires et doctorants accueillis dans les différents services. Il élabore enfin une grille de sélection des projets, proposés par des organismes scientifiques pour obtenir un financement et/ou une labellisation de la part de l'ARS.

Une coopération plus étroite et plus précoce avec les équipes de recherche devrait permettre d'optimiser l'utilisation des financements.

### Les premiers pas des coopérations en 2011

En 2011, l'ARS a accueilli 15 Masters 2 et cinq Masters 1 pour une durée moyenne de quatre mois. Une vingtaine de projets ont été présélectionnés. Par ailleurs, huit coopérations scientifiques entre l'ARS et des organismes de recherche sont en cours, pour une enveloppe participative de 150 000 €, sur des questions relatives à l'épidémiologie, la sociologie, l'organisation des soins ou les technologies de l'information et de la communication en santé.





 **Vers une  
organisation  
optimale de  
l'Agence**

## Une politique de ressources humaines prospective



Au 31 décembre 2011,  
**1 246 agents**  
composent  
l'ARS Île-de-France

### Le recrutement en 2011 : gérer de façon prévisionnelle les emplois et les compétences

Le plan de recrutement de l'ARS est élaboré en amont, afin d'anticiper les besoins du siège et des délégations territoriales, en nombre d'effectifs et en qualifications. Chaque année, le plan prévisionnel de recrutement est réajusté. Il constitue un outil d'organisation des mouvements dans chaque service et indique les profils prioritaires.

#### ● Mettre en œuvre l'engagement de service « allocation des ressources humaines »

En 2011, l'engagement de service « allocation des ressources humaines », véritable contrat interne tripartite, a été défini et mis en place. Il a permis d'optimiser les processus de recrutement, d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants.

### Manager, former, intégrer : le développement des ressources humaines

#### ● Le management : instaurer une culture fédératrice

L'Agence a défini une ligne commune aux trois échelons décisionnels, à savoir la sphère de décisions stratégiques (cadres dirigeants), la sphère de coordination représentée par les cadres supérieurs et la sphère de proximité. Outre divers séminaires, un cursus a été proposé à tous les managers de coordination autour de quatre thèmes : la conduite du changement, le bien-être au travail, le développement des compétences, l'animation d'équipe et l'évaluation.

En 2011,  
**72 %**  
des managers ont  
suivi ce cursus.

#### ● La formation professionnelle, pivot essentiel du développement des compétences

Au cours de l'année 2011, 64 % du personnel a bénéficié d'une ou plusieurs formations, plus particulièrement concentrées sur des connaissances techniques ou managériales. Former, c'est aussi aider à la réussite des concours : 155 agents ont suivi 283 jours de formations dédiées à la préparation des concours. L'ARS Île-de-France a par ailleurs accueilli 92 stagiaires (collège, lycée, enseignement supérieur).

#### ● Suivre l'évolution des équipes en place et y intégrer les nouveaux arrivants

Une trame unique d'entretien annuel a été créée en 2011, accompagnée d'un guide. 95 % des personnes concernées ont pu en bénéficier. Lorsque les équipes s'enrichissent de nouveaux collaborateurs, une journée d'accueil collective leur présente les activités et directions de l'Agence.

#### ● Connaître les métiers

Dernière étape, la gestion prévisionnelle des compétences met en place une cartographie des emplois-types. En 2011, les fiches de postes ont

été harmonisées, permettant une meilleure définition des activités et besoins en formation, pour l'élaboration d'un plan triennal. À terme, il sera possible d'établir des mobilités professionnelles à partir de fiches-emplois spécifiques à l'ARS Île-de-France.



Installer  
le dialogue social  
pour veiller  
à la qualité  
de vie au travail

### Le dialogue par la concertation

Des élections professionnelles ont eu lieu en mars 2011 pour élire le Comité d'Agence, représentant les agents sous conventions collectives et les agents de l'État. S'en est suivie l'installation du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Les délégués du personnel élus et issus de l'Assurance Maladie ainsi qu'une représentation composée des agents de l'État sont reçus tous les mois afin de répondre aux réclamations individuelles ou collectives sur l'application des lois, conventions et statuts.

### Le dialogue par la régulation

La commission « bien-être au travail » contribue à la promotion de l'égalité et de la diversité, la réduction des risques psychosociaux et l'amélioration des conditions de travail. La commission a contribué à élaborer un baromètre social, fondé sur un questionnaire anonyme envoyé à l'ensemble des agents. Plus de 725 agents y ont répondu.

### Le dialogue par la négociation

En juin 2011, la majorité des organisations syndicales ont signé un accord pour prolonger les règlements intérieurs locaux et les accords issus des structures antérieures jusqu'au 30 juin 2012.

Deux accords sur l'organisation du temps de travail ont ensuite établi des dispositifs harmonisés de gestion du temps de travail : des plages fixes et variables ont été proposées ainsi que des aménagements d'horaires, en adéquation avec les nécessités de service.

### Le dialogue par l'instauration d'une cellule d'écoute

Dès la création de l'Agence, une cellule d'écoute spécifique à l'ARS a été instaurée, orientée sur les questions de bien-être au travail. Dans le prolongement de l'engagement Diversité de la Direction Générale, son existence et son fonctionnement seront formalisés en 2012 en veillant à la prévention des discriminations et des risques psycho-sociaux.

## Le « management des métiers », audit interne des process



Le management des métiers vise à clarifier les responsabilités de chacun des agents du siège de l'ARS et des délégations territoriales.

Une analyse a été réalisée sur des processus définis comme prioritaires au regard de deux critères : le nombre d'agents concernés et les difficultés majeures rencontrées. Sept processus ont été examinés avec précision : autorisations, appels à projets, inspection contrôle, campagne budgétaire (sanitaire et médico-sociale), allocation des ressources humaines, gestion des alertes et des signaux et paiement de la dépense. Les travaux ont été menés soit directement en interne, soit pour la majeure partie des thèmes en groupes de travail pilotés par des consultants externes.

Les rapports détaillés ont été présentés lors d'un séminaire de management le 9 décembre 2011.

La démarche se poursuit en 2012 avec la mise en œuvre des axes d'amélioration définis et l'élargissement de la démarche à d'autres process.

## Partager les outils de contrôle et de sécurité sanitaire des milieux

Mener une politique de santé environnementale commune est indispensable au sein d'une même région. Depuis l'installation de l'ARS, la nouvelle dynamique de collaboration s'est orientée vers des méthodes de travail partagées.

### Une matrice technique pour l'habitat, l'eau et l'environnement sonore

En matière d'habitat indigne, l'application PHI (Procédure Habitat Indigne) de gestion des procédures portant sur l'habitat indigne a permis de réunir les informations sur près de 9 000 nouvelles localisations de logement. En parallèle, un travail d'harmonisation des modalités de calcul de la surface habitable d'un logement a été mené sur l'ensemble de la région et un guide à destination des professionnels intervenant dans la suppression de l'accessibilité au plomb a été finalisé.

Autre domaine : la sécurité sanitaire des établissements. Une convention de coordination avec la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Environnement et de l'Énergie (DRIEE) a été signée pour les risques liés aux légionelles. Les outils d'inspection et de suivi ont eux aussi été mutualisés : grille d'inspection, courriers types, etc. Un logigramme d'intervention et une base régionale ont été instaurés pour la gestion des dossiers de l'amiante.

Pour la gestion des risques liés au bruit, les lieux musicaux ont désormais leur propre fiche d'inspection, accompagnée d'une démarche de sensibilisation des Services Communaux d'Hygiène et de Santé (SCHS).

Pour la gestion des risques liés à l'eau, des requêtes informatisées ont été créées pour suivre la bonne exécution des marchés octroyés à des laboratoires chargés de réaliser les prélèvements et analyses d'eau.



## Maîtriser les circuits financiers : le contrôle de gestion de l'Agence

L'ARS Île-de-France, c'est 1 246 collaborateurs, neuf sites, un budget de fonctionnement de 110 millions d'euros soumis à la Cour des Comptes.

L'ARS Île-de-France traite une politique de santé à enjeux multiples. Une information budgétaire, financière et comptable partagée est donc indispensable. La structure de contrôle de gestion facilite la prise de décisions. Elle établit les indicateurs d'activité et les tableaux de bord vérifiant la bonne adéquation avec les objectifs de l'Agence. Elle mesure les résultats, analyse les

écarts, détermine leurs causes et propose des actions correctives. Elle organise également le calendrier de mobilisation de ressources en priorisant les activités.

Le plan stratégique régional de santé fait ainsi l'objet d'un suivi centralisé, commun à l'ensemble des portefeuilles de l'Agence. La situation budgétaire est sécurisée par la maîtrise des éléments de renégociations et des réallocations de ressources. L'élaboration des budgets est alimentée de façon claire par chaque direction, aboutissant à un état de lieux précis où chaque indicateur est relié à des actions.

## Des systèmes d'information dynamiques et lisibles



Dans le cadre de la mise en œuvre du schéma directeur SI des ARS, la constitution d'un pôle maîtrise d'ouvrage (MOA) SI des ARS au sein de l'Agence d'Île-de-France a également été initiée. Elle s'est concrétisée par le lancement réussi de deux projets aux fonctionnalités nouvelles, Diamant et Arhgos. Dans ce cadre, l'ARS est maître d'ouvrage délégué auprès du Secrétariat Général des Ministères Sociaux pour cinq projets opérationnels essentiels aux missions des ARS et construit, pour le compte du Secrétariat Général (SG), une partie des outils nationaux qui seront utilisés par l'ensemble des 26 ARS.

En complément, et de façon convergente avec la mise en œuvre des outils nationaux, de nombreuses « applications métiers » sont élaborées localement, en quelques jours ou quelques semaines. Elles sont conçues pour être évolutives et répondre aux besoins opérationnels urgents.

Enfin, les solutions de mobilité (téléphonie mobile et accès aux données à distance) ont été étendues et celles de téléphonie fixe ont fait l'objet d'une homogénéisation à la faveur des déménagements des délégations territoriales. Les chantiers menés sur les systèmes d'information ont participé à l'efficacité de l'Agence : les moyens de communication ont été modernisés, les données sécurisées et leur lecture facilitée, offrant des moyens efficaces d'arbitrage.

chiffres clés ↓  
en 2011...

► Plus de 180 espaces collaboratifs Sharepoint ont été créés, 20 applications développées et 15 enquêtes mises en ligne.

Pour construire un système d'information (SI) adapté à l'ARS, un décloisonnement s'est avéré nécessaire, de façon à faire émerger une organisation structurée régionalement. Outre la constitution d'une équipe répondant à des processus clairs et la mise en œuvre de formations techniques avancées, il s'agissait de travailler sur des solutions cibles en termes d'infrastructures (serveurs, réseau, données), de téléphonie, d'équipements bureautiques, de logiciels et enfin, d'optimisation des coûts.

Au cours de l'année 2011, les besoins techniques des délégations territoriales ont été analysés pour élaborer une offre matérielle et préparer les investissements permettant d'élever le niveau d'équipement bureautique des agents.

## Mettre la santé francilienne en perspectives : études, analyses de données et cartographie

Des études ont été réalisées sur l'ensemble des missions de l'ARS, notamment l'offre de soins ambulatoire, la phase de diagnostic du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de l'Imagerie, les ressources humaines dans les établissements, ou encore la problématique de la dépendance en collaboration avec l'Institut national de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

En 2011, des études spécifiques ont été menées, comme l'étude du parcours de soins des patients victimes d'Accidents Vasculaires Cérébraux, sélectionnée pour être présentée à une conférence nationale, ainsi qu'un bilan social des établissements de santé d'Île-de-France.

### Étudier les métiers pour leur donner le relief nécessaire

De nouveaux champs ont été investis dans la conception de cartes et analyses géographiques et dans la recherche de données. Une trentaine d'études à caractère statistique ont été réalisées sur des thèmes aussi variés que le handicap, les interruptions volontaires de grossesse, la démographie des professionnels de santé, les laboratoires.



## Sécuriser les métiers par le conseil et l'encadrement juridique

Le domaine de la santé présente un risque de recours juridique, tant de la part des usagers que des professionnels. Il est donc indispensable de garantir le niveau optimal de sécurité juridique des actes réglementaires et des contrats signés par le Directeur Général de l'ARS (DGARS).

Dans cette optique, la première démarche est d'intervenir en amont dans l'activité quotidienne de l'Agence, afin de sécuriser la production d'actes et de contrats, et de favoriser l'intégration, la compréhension et la bonne application des règles juridiques spécifiques qui encadrent l'action de l'Agence.

Un appui est proposé pour l'interprétation du droit applicable, la formalisation des procédures ou encore la sécurisation des conventions.

L'appui juridique s'exerce également lors de réformes législatives d'ampleur qu'il faut ensuite mettre en œuvre au sein de l'ARS. Ce fut notamment le cas en 2011 avec la loi sur l'hospitalisation sous contrainte, la loi Fourcade, la mise en œuvre de la télémédecine et la réforme des autorisations en matière médico-sociale.

Ce travail en amont vise essentiellement à prévenir les recours. Toutefois, lorsque ceux-ci apparaissent, une aide au traitement des contentieux est apportée. En 2011, ce fut le cas notamment dans le domaine des transports sanitaires, des autorisations dans divers secteurs hors établissements de santé, de l'habitat insalubre, des officines de pharmacie, des sanctions T2A, du contentieux ordinal.

En 2011, plus de **450 dossiers** ont été traités, transmis autant par les directions du siège que par les délégations territoriales.



## Les inspections, une mission de terrain stratégique et rigoureuse

Pour veiller au bon déroulement de la politique publique de santé, l'ARS joue un rôle de police administrative, notamment dans le cadre de sa fonction d'inspection-contrôle. Les missions d'inspection visent à s'assurer qu'un service ou un organisme de soins se trouve dans une situation conforme à l'ensemble des normes qui constituent le référentiel d'organisation et de fonctionnement. Lorsqu'elle identifie des signes ou dispose d'indications faisant craindre qu'une activité est mal gérée ou que les ressources ne sont pas utilisées de façon rationnelle, l'inspection permet d'établir des recommandations à visée corrective ou des injonctions. La structure fait ensuite l'objet d'un suivi par les services de l'ARS.

Dans le cadre du plan de lutte contre la maltraitance et de la promotion de la bientraitance dans les établissements médico-sociaux, c'est un des leviers d'action à visée préventive, en partenariat avec les services des Conseils généraux.

### Un outil complet pour piloter le programme d'inspection

En 2011, la démarche de programmation a privilégié l'analyse de l'adéquation entre les besoins requis pour mener à bien les missions d'une part, et d'autre part les ressources humaines dispo-

nibles. La réalisation des inspections est suivie à travers différents indicateurs. Les tableaux de suivi sont conçus par thèmes, ainsi qu'un tableau de bord trimestriel, fondé sur le taux de missions réalisées. L'Agence a encadré les missions d'inspections par un plan pluriannuel et la mise en place d'un réseau de référents dans les délégations territoriales et au siège. Un comité technique a été instauré pour la concertation et la validation des actions d'inspection.

### Amélioration de l'organisation de la fonction Inspection-contrôle

Une réflexion a été menée sur le positionnement des inspecteurs lors des missions d'inspection-contrôle. L'identification de 19 processus contribue à améliorer le cadrage de certaines missions. Un réseau pluri-professionnel a été initié pour soutenir le retour d'expérience et permettre la construction d'un outil d'aide à la décision d'une inspection. Un espace collaboratif a été ouvert pour permettre l'accès ciblé à la réglementation, à des référentiels et aux outils existants, et renforce l'appui méthodologique à toutes les étapes d'une inspection (conseils juridiques, organisation d'une inspection ou aide à la relecture des rapports).

### chiffres clés ↓ en 2011...

- ▶ 154 visites de conformité en cancérologie dans des établissements de santé.
- ▶ 51 missions d'inspection en établissement de santé.
- ▶ 87 contrôles de produits de santé.
- ▶ 67 contrôles au titre de la prévention de la maltraitance ou de l'analyse du fonctionnement d'une structure médico-sociale suite à réclamation (taux de réalisation de 73%).
- ▶ Au total, 2 906 missions réalisées sur l'ensemble de l'offre de soins.

Au titre du contrôle de la sécurité sanitaire des milieux, des contrôles divers sont réalisés, représentant les 2/3 des journées inspection-contrôle, comme par exemple 2 105 missions dans le cadre de l'habitat indigne ou 25 920 prélèvements dans le cadre du contrôle sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine.



### Sur le terrain ▶ HAUTS-DE-SEINE Les inspections dans les Hauts-de-Seine



Deux missions d'inspections centrées sur le management ont eu lieu en 2011 au centre de gérontologie Les Abondances à Boulogne et à la Fondation Roguet à Clichy.

La délégation territoriale des Hauts-de-Seine a traité 203 réclamations et signalements. 13 missions d'inspection ont été menées. Deux d'entre elles ont donné lieu à une mise sous administration provisoire. Les inspections se sont concentrées sur la lutte contre la maltraitance, en collaboration étroite avec le Conseil Général, la Maison Départementale des Personnes Handicapées et l'association SOLRES 92. Six commissions ont été pilotées pour des plaintes « personnes âgées », 5 commissions pour des plaintes « handicap ».

## La communication en matière de santé, un métier à part entière

L'Agence s'est dotée en 2011 d'un schéma directeur de la communication qui fixe les enjeux, les orientations stratégiques et les principes d'actions de la fonction communication de l'Agence pour cinq ans. Il est organisé autour de cinq axes majeurs : contribuer à la mise en place d'une communauté de travail et à la construction d'une culture commune ARS ; positionner l'Agence comme le pilote et le référent de la santé en Île-de-France ; appuyer les actions de l'ARS ; initier des projets de communication-santé ; préparer la communication en cas de crise.

Dans ce cadre, plusieurs colloques ont permis aux acteurs de santé de la région de trouver un lieu de dialogue et d'échanges sur des sujets majeurs comme l'hémovigilance, l'habitat indigne ou encore la veille sanitaire.

Afin d'appuyer et d'amplifier les actions de l'ARS auprès du grand public, plusieurs actions d'information et de prévention ont été spécifiquement développées par l'Agence, notamment sur la légionellose ou sur les risques liés aux chenilles du chêne.

Parallèlement, l'information par voie de presse et par le biais d'internet a été largement développée. Au total, l'ARS a organisé 10 conférences de presse et a diffusé 50 communiqués. Le site internet a fait l'objet de 650 mises à jour et 70 actualités ont été mises en ligne.

Enfin, le partage d'informations en interne autour des différents métiers et projets développés par l'ARS a été une priorité. Ainsi, 11 numéros de la lettre mensuelle (ARS Info) et 44 messages d'actualité (ARS Info Flash) ont été diffusés à l'ensemble des agents de l'ARS. En outre, 13 séminaires d'échanges sur les missions et activités de l'Agence ont été organisés et un guide sur l'organisation de l'ARS a été distribué.

Le site internet :  
**650** mises à jour  
**70** actualités  
mises en ligne.



## Documentation -archives : de l'actualité à la mémoire

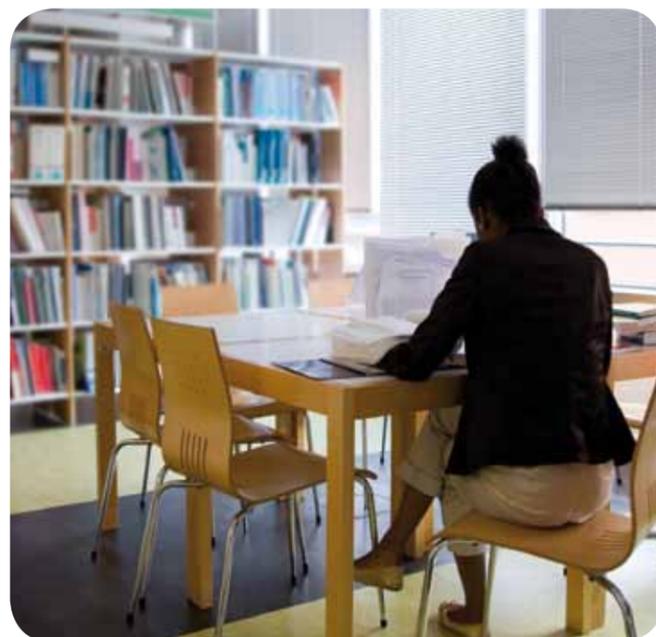
Lieux ressources, la documentation et les archives œuvrent à organiser une mémoire structurée au sein de l'Agence.

Les documentalistes diffusent chaque jour des produits de veille pour suivre l'actualité sanitaire et médico-sociale : revue de presse, veille « presse et juridique » et une actualité professionnelle hebdomadaire.

Les archivistes collectent, classent, conservent et communiquent les documents de l'Agence pour répondre aux demandes des usagers et défendre les intérêts de l'Agence.

Au cours de l'installation de l'ARS, deux kilomètres d'archives des anciennes structures ont été déménagées dans un local à proximité du siège.

Enfin, la gestion électronique des documents et la sélection de l'information sont, plus que jamais, une priorité pour le bon fonctionnement de l'Agence.





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