

ars

alsace

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015



Sommaire

p.5 **1 — Les orientations de travail de l'Agence en 2015**

p.7 **2 — Les missions de l'Agence**

- p.8 — Planifier l'offre de santé pour répondre aux besoins de la population
- p.12 — Organiser et réguler l'offre de santé
- p.24 — Protéger la population contre les risques pour sa santé
- p.30 — Promouvoir l'amélioration de la santé et prévenir le recours aux soins
- p.34 — Améliorer la qualité et la performance du système de santé
- p.39 — Favoriser les échanges et la démocratie sanitaire
- p.42 — Animer la politique de santé dans les territoires

p.45 **3 — L'Agence régionale de santé d'Alsace**

- p.46 — Organisation et pilotage de l'Agence
- p.50 — Ressources humaines
- p.52 — Instances représentatives du personnel
- p.54 — Communication
- p.56 — Environnement de travail

p.58 **4 — La santé en Alsace : chiffres et dates clés**

- p.59 — Les chiffres clés
- p.62 — Les dates clés de 2015

RAPPORT
D'ACTIVITÉ
2015

ars
alsace

Édito



Marie Fontanel

Directrice générale par intérim
de l'Agence régionale de santé d'Alsace

L'année 2015 a été particulièrement dense avec la poursuite des projets engagés dans le cadre de la feuille de route établie à l'issue du bilan à mi-parcours du Projet régional de santé effectué en 2014 autour des quatre axes de progrès définis pour la période 2012-2016 : diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité évitable et les comportements à risque ; organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation de fragilité ; coordonner la prise en charge autour du patient ; accroître la performance du système de santé.

Les actions développées les années précédentes ont été consolidées, au plus près des opérateurs de santé – professionnels, établissements, services et réseaux de santé, ... – en privilégiant systématiquement les démarches de type partenarial, condition de réussite pour faire évoluer les comportements en santé et atteindre les objectifs fixés dans le cadre des 15 priorités d'action en santé de la région.

Les orientations de travail de l'Agence ont, en outre, intégré les principaux faits marquants et structurants de l'année 2015.

La préparation de l'entrée en vigueur de la réforme territoriale, votée par le Parlement fin 2014, a mobilisé les équipes au sein de groupes de travail interrégionaux destinés à préparer la nouvelle organisation de l'Agence régionale de santé d'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et à garantir qualité et continuité de service au 1^{er} janvier 2016, tout en préservant la proximité dans les actions qui seront mises en œuvre.

La déclinaison du plan triennal ONDAM, dédié à l'efficience en santé, a accentué les efforts déployés par l'Agence jusqu' alors pour améliorer la performance et la qualité de l'organisation hospitalière en région ; de nouveaux champs ont été investis, tels que le suivi de la masse salariale dans les établissements de santé et les transformations capacitaires.

L'anticipation des nouvelles mesures prévues par le projet de loi de santé a également fait l'objet d'une attention particulière, au travers des travaux préparatoires engagés pour la mise en place des groupements hospitaliers de territoires, qui créeront un cadre coopératif renforcé pour les établissements publics de santé et permettront de répondre aux enjeux auxquels est confronté le système de santé : maîtrise des dépenses d'assurance maladie, difficultés de la démographie médicale, évolutions des besoins de santé et nécessité d'adapter l'offre de santé en conséquence.

Ce sixième bilan annuel d'activité de l'Agence retrace les principales réalisations au service des missions confiées à l'Agence : planification de l'offre de santé pour répondre aux besoins de la population, organisation et régulation de l'offre de santé, protection de la population contre les risques pour sa santé, promotion de l'amélioration de la santé et prévention du recours aux soins, amélioration de la qualité et de la performance du système de santé, développement des échanges et de la démocratie sanitaire, animation de la politique de santé dans les territoires.

Il traduit notamment la très forte implication de l'Agence régionale de santé dans les territoires – comme en témoignent les restructurations opérées dans le secteur sanitaire, la signature des Contrats locaux de santé de deuxième génération, ou encore la mise en œuvre des engagements du Pacte Territoire Santé. À signaler également, en 2015, le développement des actions destinées à faciliter les parcours de soins âgés, et une vigilance continue en matière de veille sanitaire et environnementale.

Je vous invite à découvrir, au travers d'illustrations et de témoignages, la forte mobilisation des personnels de l'Agence régionale de santé d'Alsace au service de la santé de la population, qui trouvera toute sa place dans la nouvelle Agence régionale de santé d'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine à partir de 2016.

Les orientations de travail de l'Agence en 2015

CHAPITRE

1

1.

Les orientations de travail de l'Agence en 2015

L'année 2015 a été consacrée à la poursuite des projets engagés avec les opérateurs de santé suite au bilan à mi-parcours du Projet régional de santé effectué en 2014. Elle a également été marquée par les actions induites par le déploiement du plan triennal ONDAM ainsi que la préparation de la mise en œuvre de la réforme territoriale et de la loi de santé.

Les orientations de travail définies pour l'année 2015 ont été les suivantes :

- **orientations internes à l'Agence** : optimisation du pilotage de l'activité, formalisation et simplification des processus, consolidation des avancées en matière de travail transversal, poursuite de l'amélioration des conditions de travail des agents, préparation de la nouvelle organisation dans le cadre du rapprochement des ARS d'Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine ;
- **orientations relatives aux métiers de l'Agence** : accompagnement des établissements et opérateurs de santé dans la démarche de performance, suivi et travaux autour de l'équilibre financier structurel des établissements de santé, promotion des coopérations et mutualisations sur une base territoriale, poursuite de la mise en œuvre du Projet régional de santé 2012-2016 et des projets transversaux ;

- **orientations en collaboration avec les partenaires de l'Agence** : approfondissement de la démarche de contractualisation avec les partenaires et opérateurs de santé, animation de la démocratie sanitaire, notamment dans les territoires, poursuite des actions de communication destinées à rendre plus visibles et lisibles les actions de l'ARS Alsace.



À NOTER

Le nouveau CPOM État - ARS 2015-2018

Le nouveau Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'État et l'ARS Alsace en août 2015. Outil de référence du dialogue de gestion entre l'État et l'Agence régionale de santé d'Alsace pour la période 2015-2018, il vise à renforcer l'articulation entre les priorités régionales issues du Projet régional de santé et les priorités de la politique de santé nationale.

Utilisé dans la relation entre le Conseil national de pilotage (CNP) et l'ARS, ainsi qu'en appui du management interne de l'Agence, il se différencie de la génération précédente de CPOM par :

- un resserrement du nombre d'objectifs : 11 objectifs (8 métiers, 3 management) contre 40 précédemment (31 métiers, 9 management) ;
- la prééminence de la logique d'objectifs sur celle d'indicateurs.

Les objectifs fixés concernent :

- la maîtrise de la dépense de santé en région et le renforcement de la gestion du risque ;

- la rationalisation de la gestion des établissements (établissements de santé et établissements et services médico-sociaux) et l'accélération du redressement financier des plus déficitaires ;
- l'amélioration de la pertinence des prises en charge ;
- la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, médecine de ville) ;
- la prévention et le traitement des risques sanitaires ;
- l'organisation de la coordination de prises en charge adaptées aux besoins des usagers ;
- la facilitation de l'accès au système de santé pour les personnes qui en sont les plus éloignées ;
- l'action sur les déterminants de santé comportementaux, environnementaux et sociaux.

Le CPOM est construit également en tenant compte de la nécessité d'une mobilisation autour de la mise en œuvre du plan triennal (ONDAM), avec une analyse renforcée des dépenses au travers d'un suivi des établissements et de la réalisation de programmes prioritaires de gestion du risque.

Les missions de l'Agence

CHAPITRE

2



2.1

Planifier l'offre de santé pour répondre aux besoins de la population

L'Agence régionale de santé est chargée d'organiser la réflexion stratégique pour répondre aux besoins de la population en Alsace. Les actions impulsées, coordonnées et mises en œuvre s'inscrivent dans le cadre déterminé par le Projet régional de santé 2012-2016 et les orientations de la politique nationale de santé.

La mise en œuvre du Projet régional de santé d'Alsace 2012-2015 s'est poursuivie tout au long de l'année 2015, dans le prolongement des actions engagées autour des 15 priorités d'actions en santé définies pour la région :

- diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents ;
- prévenir et diminuer les complications du diabète et de l'hypertension artérielle ;
- améliorer la prise en charge des accidents cardio-neurovasculaires ;
- mieux dépister et traiter les cancers ;
- prévenir les conduites à risque chez les jeunes ;
- favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile ;
- faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de prise en charge adaptées ;
- adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique ;
- réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins ;
- développer les organisations et les outils permettant d'assurer la continuité du parcours de soins ;
- faciliter la circulation et le partage de l'information entre les acteurs de la santé ;
- poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques ;
- promouvoir un recours efficace aux soins ;
- anticiper dans l'organisation des soins les évolutions de la démographie et des modes d'exercice des professionnels de santé ;
- développer le positionnement d'excellence de la région en matière d'activités de recours, de recherche et d'innovation.



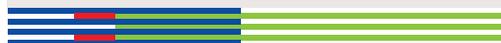
Les enjeux de la mise en œuvre opérationnelle du Projet régional de santé

**Hélène Hollier-Larousse, chargée de mission
Projet régional de santé à l'ARS**

« L'Agence a régulièrement adapté son organisation pour privilégier une logique de gestion de projets, afin de consolider sa capacité à faire et à garantir l'atteinte des objectifs du Projet régional de santé. La première phase de mise en œuvre du PRS et de son bilan à mi-parcours durant l'été 2014 a été riche d'apports et d'enseignements de méthode.

La gestion de projet exige **une structuration forte de la méthode, des échéances, des livrables et vise un travail partenarial efficace et une capacité d'adaptation** au plus près de la réalité du terrain.

L'Agence a ainsi cherché à « outiller » ses agents. Une cartographie du PRS a été réalisée afin d'identifier l'ensemble des projets, de les planifier et de responsabiliser les porteurs de projets. La gouvernance du PRS mise en place repose sur un comité de pilotage transversal chargé du suivi et de l'évaluation des projets. L'année 2015 a été marquée par **la mise en place d'accompagnements individuels** proposés notamment par le pôle chargé du projet régional de santé et de la démocratie sanitaire de l'ARS, à tous les référents qui le souhaitaient, en termes de formalisation de processus, de clarification des rôles, de conception de plans d'actions ».





Mutualisation des compétences des structures d'appui et d'expertise (IREPS, ORS, CREAI)

En amont de la réforme territoriale, l'ARS Alsace a demandé à ses trois principales structures d'appui et d'expertise en santé – l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORS Alsace), le Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité d'Alsace (CREAI Alsace), et l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Alsace (IREPS Alsace) de réfléchir à une éventuelle mutualisation de leurs compétences afin d'asseoir de manière plus pérenne leurs activités respectives et favoriser une offre de services diversifiée.

Ces structures collaborent déjà étroitement entre elles pour la mise en œuvre de certains travaux (diagnostics locaux de santé, études médico-sociales, etc.). Après plusieurs réflexions, les trois organismes ont exprimé leur préférence pour un **approchement entre structures du même type** plutôt qu'une fusion entre eux.

Ainsi, l'ORS Alsace et l'ORSAS Lorraine ont engagé, dès 2015, un travail préparatoire reposant notamment sur une analyse comparative des deux observatoires, dans le but de réunir les deux structures. La fusion des deux observatoires sera effective au cours de l'année 2016.

Suite à la liquidation judiciaire du CREAI Alsace prononcée le 19 octobre 2015, l'Assemblée Générale de l'Association Nationale des CREAI (ANCREAI) a voté la mise en place, à compter du 2 novembre 2015, d'une délégation Alsace, confiée au CREAI Champagne-Ardenne-Délégation-Lorraine, afin que celui-ci dispose de toute la légitimité pour intervenir rapidement en Alsace (en plus des régions Champagne-Ardenne et Lorraine), et ce avant même la mise en place de la grande Région.

Les IREPS des régions Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace ont également opéré un travail de rapprochement entre elles, estimant qu'il leur fallait maintenir le lien avec leur fédération nationale, instance d'appui jouant un rôle majeur pour la reconnaissance de l'intérêt de la promotion de la santé.

À
NOTER

Analyse des parcours de prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein

En 2015, le pôle Observation et analyse des données de santé de l'ARS a mené une étude sur les parcours de prise en charge des patients atteints de cancer du sein en 2012 et 2013, à partir des données issues du PMSI.

L'analyse a été réalisée sur un total de 1980 patientes domiciliées en Alsace, pour lesquelles la prise en charge d'un cancer du sein a été initiée en 2012. Ce travail a permis de constituer une base de connaissances robustes et documentées sur les parcours hospitaliers de prise en charge thérapeutique des patientes atteintes de cancer du sein en Alsace.

L'objectif de l'étude a été d'identifier et de comprendre les parcours types de prise en charge dans leurs différentes composantes (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, autres), d'analyser des « filières » de prise en charge en fonction des territoires de résidence des patients et de mettre en évidence des parcours ou filières de prise en charge atypiques.

Cette analyse permet d'alimenter la réflexion sur l'organisation optimale de l'offre hospitalière de soins en cancérologie, celle-ci devant concilier, au travers notamment d'outils de coordination appropriés, l'orientation engagée vers une sur-spécialisation des prises en charge au sein de centres d'excellence pouvant être éloignés du domicile du patients et la nécessité de pouvoir garantir au patient une prise en charge de proximité pilotée par le médecin traitant.

Ce travail a mis en évidence l'**homogénéité des parcours de prise en charge au niveau régional** ainsi que leur cohérence avec les recommandations nationales en vigueur. Des filières de prise en charge claires en fonction du territoire de résidence des patients ont pu être identifiées, avec dans la majorité des cas un recours à l'offre du territoire. Un enjeu spécifique a toutefois été mis en exergue pour le territoire de santé 1, caractérisé par un taux de « fuite » important vers le territoire de santé 2 pour l'ensemble des étapes de prise en charge : chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.



Mon Projet PRS en 2015
Le développement de l'hospitalisation à domicile
Dr Valérie Pichault-Klein,
référént thématique chirurgie
et HAD à l'ARS

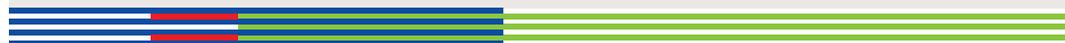
« L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile ou substitut de domicile de la personne (établissements sociaux ou médico-sociaux : EHPAD, EHPA, MAS, FAS...). Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, fréquents ou techniques, pour des personnes nécessitant une prise en charge coordonnée, médicalisée (assurée par un médecin coordonnateur) et pluridisciplinaire (infirmiers, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...). Sans ce type de prise en charge, ces personnes seraient hospitalisées en établissement hospitalier conventionnel. Ce mode de prise en charge offre donc **un relais ou une alternative à l'hospitalisation conventionnelle**. Son fonctionnement implique une forte coordination et collaboration avec les acteurs de soin libéraux. De plus, d'un point de vue économique, l'HAD présente un intérêt lié à son coût : le coût moyen pour l'Assurance maladie d'une journée en HAD est de 200 euros, soit moitié moins qu'une hospitalisation en secteur conventionnel avec hébergement.

Malgré tous ces atouts, les établissements HAD d'Alsace sont en difficulté notamment financière par manque d'activité.

Forte de ces constats, l'ARS Alsace a décidé d'initier un projet de promotion de l'HAD dans la région. Ce projet présente trois axes : la pertinence du recours à l'HAD pour les prescripteurs, la fluidité du parcours patient en amont et en aval de l'HAD, et la promotion de ce mode de prise en charge auprès du public et des prescripteurs. Par ailleurs, la question de la diversification des activités et prises en charge en HAD devra être posée (chimiothérapies, rééducation...).

Le projet initié fin 2015 se poursuivra jusqu'au 1^{er} trimestre de 2017. Il associe au sein de groupes de travail les professionnels de santé des cinq HAD de la région, mais aussi l'Assurance maladie et divers partenaires du champ sanitaire et médico-social.

Certaines actions de promotion ont déjà été finalisées : mise en place d'avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre l'ARS et les établissements exerçant des activités de médecine-chirurgie-obstétrique comportant un objectif chiffré d'adressage en HAD, courrier aux directeurs d'hôpitaux afin de promouvoir ce mode de prise en charge en sortie d'hospitalisation. Par ailleurs, l'ARS a participé au financement d'un audit externe ayant pour but d'améliorer l'organisation interne et la promotion de l'activité pour les établissements d'hospitalisation à domicile Sud Alsace et Centre Alsace. Enfin, l'ARS accompagne les établissements dans la mise en œuvre d'un système d'information partagée ».



À
NOTER

Cartes d'identité territoriales de santé des quartiers prioritaires de la politique de la ville

Le Ministère de la santé a chargé les Agences régionales de santé de réaliser un diagnostic local de santé partagé dans le cadre de l'élaboration et de la signature des contrats de ville pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPPV).

En Alsace, 31 QPPV ont été identifiés par le décret du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains. Ont été exclus de la réflexion ceux des communes de Saint-Louis et Cernay pour lesquelles il n'existe pas de volet santé dans les contrats de ville.

Afin de mettre à disposition des équipes locales impliquées un outil de comparaison pour les quartiers concernés, l'Agence régionale de santé a mandaté l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace **pour réaliser des cartes d'identité territoriales de santé pour chacun des QPPV alsaciens**. L'objectif est de mobiliser un certain nombre d'indicateurs permettant de décrire l'état de santé de la population, l'offre de soins existante ainsi que les besoins couverts en matière de santé à l'échelle de plusieurs découpages géographiques (niveaux infra-communal, communal, territoires de santé, etc.). À l'issue de plusieurs réunions de travail entre l'ARS et l'ORS, environ 60 indicateurs ont été retenus.

Les champs concernés par la carte d'identité territoriale sont les suivants :

- contexte démographique ;
- contexte socio-économique (ménages et logements, emplois et revenus, diplômes et formations) ;
- état de santé ;
- soins et prévention : offre de soins sanitaire, offre de soins médico-sociale, offre de soins médecine de ville, recours aux soins, réseaux de santé, prévention ;
- environnement ;
- santé de l'enfant.

Pour chacun des QPPV, un document a minima de 8 pages est produit et comporte des tableaux dans lesquels la situation du QPPV (ou à défaut de la commune si les données à l'échelle du quartier s'avèrent non pertinentes ou non disponibles) est comparée à la moyenne communale, alsacienne et à la moyenne nationale (sauf exception), complété de cartes.

Ces cartes d'identité territoriales permettront de situer chaque quartier dans son environnement à travers des thématiques clés, et constitueront une aide à la décision pour la détermination des actions à mener dans le secteur de la santé ou permettront d'identifier de nouvelles thématiques à approfondir.

2.2

Organiser et réguler l'offre de santé

L'année 2015 a été notamment marquée par la poursuite de la mise en œuvre des orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire, par le suivi et le traitement de la situation financière dégradée de certains établissements de la région et par les premiers travaux autour des groupements hospitaliers de territoires.

Secteur sanitaire

Deuxième évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et poursuite du travail de simplification

La deuxième évaluation des Contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) signés en 2012-2013 avec les établissements de santé d'Alsace (77 CPOM) a été réalisée en 2015. Tous les établissements de santé de la région ont été concernés par ce deuxième exercice destiné à disposer d'une vision régionale de l'avancée de la mise en œuvre du Schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Le travail de simplification des annexes, engagé en 2014, a été poursuivi et accéléré en 2015 compte tenu du contexte de mise en œuvre du plan triennal ONDAM. Ainsi l'accent a été mis principalement sur **certaines objectifs du plan triennal tels que les achats, le virage ambulatoire et la pertinence des actes**, les autres objectifs étant traités dans un autre cadre (état prévisionnel des recettes et dépenses, contrats de retour à l'équilibre financier, contrats de gestion du risque...).

Les objectifs achats ont été adaptés, de même que les objectifs de chirurgie ambulatoire qui tiennent compte du périmètre élargi de cette activité ; des objectifs de recours à l'hospitalisation à domicile ont également été fixés aux établissements potentiellement les plus pourvoyeurs au regard de leur activité et en fonction de leur case-mix. Les objectifs de pertinence des actes ont été maintenus, dans l'attente de la signature des Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS).

Les objectifs obligatoires mentionnés dans le Code de la santé publique ont été maintenus (contrats cliniciens, reconnaissances contractuelles...), ainsi que les objectifs relevant des priorités du Projet régional de santé (AVC, cancer, parcours personnes âgées...). Les autres objectifs ne seront plus évalués mais restent des priorités au sein des établissements.

Les modalités de mise en œuvre de cette évaluation ont été identiques à celles de la 1^{re} campagne d'évaluation. Elle a débuté en septembre 2014 par l'envoi des supports aux établissements pour se terminer par le retour signé des établissements fin août 2015 des avenants 2015. L'évaluation a concerné tous les établissements et structures et a porté sur 21 annexes pour environ 1700 objectifs évalués.

Poursuite de l'accompagnement de la création du Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace

L'opération de recomposition de l'offre de soins du territoire de santé 4, initiée par l'ARS en 2014, a vu la naissance au 1^{er} janvier 2015 d'un nouvel établissement de santé : le Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA), issu de la fusion des Centres hospitaliers de Mulhouse, Thann, Cernay et de l'EHPAD de Bitschwiller-lès-Thann.

Destinée à préserver et à conforter l'activité et le positionnement de chacun des trois sites sur leur territoire, cette création a été mise en œuvre sans difficultés particulières, traduisant la qualité du travail préparatoire accompli.

L'accompagnement de la fusion s'est prolongé tout au long de l'année 2015 autour de plusieurs axes :

- l'élaboration du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement tenant compte des objectifs de la fusion ainsi que des orientations du plan triennal (au même titre que pour les autres établissements de santé de la région) ;
- la mise en place des instances de gouvernance ;
- la poursuite des travaux sur le plan budgétaire ;
- l'authentification du patrimoine immobilier du nouvel établissement au travers d'un recensement de l'ensemble des biens transférés du GHRMSA ;
- l'élaboration d'un nouveau projet médical d'établissement.

Mise en place de l'hôpital intercommunal d'Ensisheim - Neuf Brisach

Dans un contexte où le Centre hospitalier d'Ensisheim et l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Neuf-Brisach étaient en direction commune depuis avril 2014, l'Agence régionale de santé a sollicité la direction des deux établissements ainsi que les élus des communes de Neuf-Brisach et d'Ensisheim afin qu'ils délibèrent sur le projet de rapprochement des deux établissements, en vue de **la mise en place d'un établissement de santé intercommunal par fusion au 1^{er} janvier 2016**.

Les travaux liés à la fusion ont été menés en concertation avec l'ensemble des partenaires – Conseil départemental, Caisse primaire d'assurance maladie et Direction régionale des finances publiques – ainsi qu'avec les personnels des deux établissements.

L'EHPAD
de Neuf-Brisach



Établissement public
de santé du Dr Thuët
à d'Ensisheim



Ce rapprochement doit permettre de renforcer les collaborations existantes entre les deux sites, de favoriser les échanges entre les professionnels et une mise en synergie des ressources et compétences, ainsi que de rechercher des gains d'efficience, notamment à travers l'unification des structures de gestion et la mutualisation des fonctions support. Pour les usagers, cette opération n'aura pas de conséquence sur la répartition géographique de l'offre de prise en charge, le périmètre des activités médicales et soignantes demeurant inchangé.

Afin de favoriser le développement d'une culture professionnelle partagée et dans le respect de l'identité de chaque site, notamment de l'orientation gériatrique spécifique des deux établissements, un projet commun de prise en charge des patients et résidents a été élaboré.

La nouvelle entité réunit, au 1er janvier 2016, un Ehpad de 242 lits et places (dont 231 lits d'hébergement permanent, 3 lits d'hébergement temporaire et 8 places d'accueil de jour), un service de soins de suite et de réadaptation de 20 lits et un service de soins infirmiers à domicile de 37 places.



Création du Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai

La nécessité de pérenniser l'offre de soins dans la zone de proximité de Sélestat-Obernai et de conforter le positionnement du Centre hospitalier de Sélestat sur cette zone ont conduit les deux établissements, en direction commune depuis 2006, à **s'engager dans une démarche de fusion effective au 1^{er} janvier 2016.**

Cette fusion vise à consolider et renforcer les mutualisations et la rationalisation des moyens et des organisations tant sur les fonctions médicales et soignantes que sur les fonctions support et logistiques. Il s'agit également de structurer et fluidifier la filière d'aval du Centre hospitalier de Sélestat.

Le Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai (GHSO) ainsi constitué dispose de 318 lits et 146 places et emploie sur les deux sites 978 agents dont 108 médecins. Il sera chargé de conduire le chantier de reconstruction du Nouvel Hôpital d'Obernai dont l'ouverture est prévue en 2018.

La conduite de ce projet de fusion dite « fusion-absorption » a mobilisé de nombreuses compétences tant en interne au sein de l'ARS que chez les différents partenaires : Direction régionale des finances publiques, Conseil départemental et Caisse primaire du Bas-Rhin. Elle a également nécessité un accompagnement rapproché de l'établissement et des élus dans un contexte de fermeture d'une activité de soins (néonatalogie) à Sélestat intervenue au 1^{er} mai 2015.

Coopération entre les Centres hospitaliers de Saverne et Sarrebourg

Une réflexion concertée avec l'Agence régionale de santé de Lorraine sur l'avenir des Centres hospitaliers de Saverne et de Sarrebourg a été initiée au printemps anticipant ainsi la nouvelle organisation territoriale (groupement hospitalier de territoire). L'objectif est de **maintenir une offre de proximité** tenant compte de la configuration des territoires desservis par chacun d'eux, reposant sur une stratégie médicale et soignante partagée et s'inscrivant dans des filières structurées.

Cette approche concertée doit permettre aux deux établissements de mieux intégrer les évolutions de prise en charge et les innovations médicales diagnostiques et thérapeutiques, et d'en garantir le meilleur accès aux populations de leur territoire : médecine personnalisée, chirurgie ambulatoire et/ou non invasive, télémédecine, imagerie avancée, accès aux nouvelles thérapeutiques ciblées, coordination des parcours,...

La démarche, portée par un groupe projet constitué de représentants des deux Agences régionales de santé, associe les représentants des établissements (directeurs et présidents de CME) mais également les élus. Elle repose sur un diagnostic réalisé par un consultant externe dont une 1^{re} restitution a été effectuée en juin ; une seconde restitution a été programmée au 3^e trimestre 2015, des travaux complémentaires s'étant avérés nécessaires.

À
NOTER

Fusion des réseaux de cancérologie (RODA)

Trois réseaux de santé – ROSA, ROCA et RONA – sont actifs sur les quatre territoires de santé d'Alsace. Ils ont pour objectif l'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'un cancer après leur sortie de l'hôpital et l'amélioration de la communication des professionnels de santé intervenant en ville et en établissement de soin. Ils offrent une prise en charge coordonnée par différents professionnels de santé.

L'enjeu pour l'Agence est que chaque patient sortant de l'hôpital puisse bénéficier d'un lieu où les spécialistes des professions libérales (gynécologue, généraliste, infirmier, kinésithérapeute) soient en mesure de le prendre en charge, en lien avec les établissements sanitaires, mais aussi qu'il puisse entrer dans un dispositif d'éducation thérapeutique du patient et bénéficier de conseils pour mieux vivre avec sa maladie, d'un suivi de son traitement hors des murs de l'hôpital et de différentes activités de soins de support, notamment un soutien psychologique.

Afin de coordonner l'action de ces trois réseaux de santé spécialisés en oncologie sur l'ensemble de la région, l'ARS a engagé ces structures dans une démarche de fusion qui s'est traduite, à l'été 2015, par la constitution d'un **nouveau réseau de statut associatif, RODA, Réseau oncologie d'Alsace**. L'objectif de cette démarche est de partager une stratégie à l'échelle régionale, de travailler en synergie et d'optimiser les dépenses.

Un projet de contractualisation est en cours d'élaboration depuis le mois de septembre et sera être signé en 2016. **L'enjeu est d'assurer à tous les patients atteints d'un cancer un soutien grâce aux actions du réseau RODA.**

Traitement de la situation financière dégradée des établissements sanitaires

La santé financière des établissements alsaciens anciennement sous dotation globale tend à s'éroder sous les effets des mécanismes de maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) contraignant fortement l'évolution des ressources des établissements notamment de médecine-chirurgie-obstétrique : baisse des tarifs, coefficient prudentiel, diminution des marges des agences, modélisation des financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, taux d'évolution contraint des dotations annuelles.

La région Alsace compte 41 établissements publics et privés anciennement sous dotation globale qui représentent un chiffre d'affaires total de plus de 2,9 milliards d'euros en 2014. L'offre de soins est concentrée essentiellement sur les quatre centres hospitaliers de référence qui représentent près de 1,6 milliards d'euros (63 %) dont 868 millions d'euros pour les Hôpitaux universitaires de Strasbourg qui pèsent pour 33 % de l'offre régionale.

Le résultat net 2014 de la région s'est établi à un déficit de 30 millions d'euros contre 10,8 millions d'euros en 2012. La dégradation s'explique principalement par le déficit des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. La région comptait 19 établissements déficitaires en 2012, elle n'en comptait plus que 17 en 2014. Dix établissements de médecine-chirurgie-obstétrique en 2014 concentrent la quasi-totalité des déficits (98 %). Les situations les plus dégradées concernent les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, les établissements de soins de suite et réadaptation de petite taille (inférieure à 50 millions d'euros de budget) avec des déficits récurrents, et quelques établissements de médecine-chirurgie-obstétrique importants mais non majeurs sur leur territoire.

L'Agence régionale de santé a mis en place un **suivi renforcé des établissements les plus en difficulté** avec des objectifs ciblés et une trajectoire financière à atteindre par l'intermédiaire des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF). Actuellement, 4 établissements sont concernés par ce dispositif. La situation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg nécessitant un contrôle renforcé, l'Agence régionale de santé s'est engagée dans un processus de validation des équilibres financiers futurs avec l'inscription de l'établissement au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalier (COPERMO). Le partenariat initié avec la Direction générale des finances publiques permet également d'identifier le plus en amont possible les situations à risque et d'instaurer les actions correctives.

À
NOTER



Les enjeux liés à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire en Alsace

Marie Sengelen, adjointe au responsable du département des établissements sanitaires à l'ARS

« La mise en place de Groupements hospitaliers de territoire (GHT) doit permettre aux établissements publics de santé de faire face aux enjeux qui pèsent sur le système de santé (maîtrise des dépenses d'assurance maladie, difficultés de la démographie médicale et plus largement des professionnels de santé, évolutions des besoins de santé et nécessité d'adapter l'offre en conséquence, etc.), d'être mieux « armés » s'ils œuvrent dans un cadre coopératif renforcé plutôt que chacun isolément ou par le biais de conventions reposant sur le volontariat.

En l'état actuel du projet de loi de modernisation de notre système de santé, **l'adhésion à un GHT est obligatoire pour tout établissement public de santé**, sauf exception dûment justifiée accordée par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Les établissements médico-sociaux peuvent adhérer à un GHT, alors que les établissements privés sont considérés comme des « partenaires » avec lesquels des conventions particulières pourront être formalisées.

Le pilier du GHT est un **projet médical commun**, qui doit reposer sur la construction de filières de soins cohérentes et permettre une plus grande mutualisation des ressources, notamment humaines. Le GHT a vocation à s'appuyer sur un établissement dit « support », autour duquel les fonctions « obligatoirement transférées » doivent s'organiser : système d'information, département d'information médicale, politique achats, coordination des écoles et des plans de formation médicale continue.

C'est dans ce cadre posé par le niveau national que s'inscrit la réflexion alsacienne, déjà portée au niveau de la future région « Grand Est ». Dans le contexte alsacien (forte densité de population, offre de soins –notamment hospitalière– étoffée, difficultés en matière de démographie médicale dans certaines zones et certaines spécialités, situations financières de certains établissements lourdement dégradées), **le principal enjeu de la mise en place des GHT est à la fois de s'appuyer sur des dynamiques de coopération déjà existantes pour ne pas fragiliser davantage la situation, mais également de dépasser certaines rivalités ou incohérences historiques, des redondances ou des défauts de collaboration pouvant s'observer.**

L'Agence régionale de santé a amorcé la concertation sur la future constitution des GHT auprès des établissements publics de santé dès début 2015, sur la base de propositions faites par la direction générale de l'ARS quant au découpage possible des GHT alsaciens. La réflexion a été élargie à de nouveaux scénarii sous l'effet de la confrontation des logiques territoriales différentes des trois régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine. Le vote de la loi permettra de finaliser ces travaux préparatoires et de confirmer les orientations territoriales.

Le rôle de l'ARS est d'offrir le cadre de réflexion à l'élaboration de projets qui sont ceux des établissements ; mettre en cohérence les propositions que feront les établissements de santé, les différents projets devant naturellement s'articuler et permettre d'assurer globalement une réponse satisfaisante aux besoins de santé. Cette mise en cohérence doit se faire non seulement à l'échelle du territoire alsacien actuel, mais également au niveau de la future région Grand Est – les GHT devant être mis en place au plus tard le 1^{er} juillet 2016 ».

Aide médicale urgente : organisation des urgences pré-hospitalières

Les transports sanitaires constituent un enjeu fort en termes d'organisation de l'offre, notamment dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières pour lesquelles les transporteurs sont des acteurs à part entière.

De nombreux travaux ont été menés en 2015 par l'Agence régionale de santé avec les représentants des transporteurs, en partenariat avec les Services d'incendie et de secours (SDIS), les SAMU, les services de l'État et les Caisses primaires d'assurance maladie du Bas-Rhin et du Haut-Rhin.

Ces travaux ont notamment porté sur :

- **l'amélioration de la réponse à l'urgence pré-hospitalière** avec la mise en œuvre à titre expérimental d'un coordonnateur ambulancier au sein de chacun des SAMU visant à réduire les carences (indisponibilités) ambulancières et ainsi à recentrer les moyens du SDIS vers une de leurs missions réglementaires et essentielles, le secours à personnes ; cette expérimentation, qui a permis de diminuer fortement les carences dans chacun des départements, s'est accompagnée dans le Haut-Rhin d'une révision des horaires et du cahier des charges de la garde ambulancière ;
- **la révision des nombres théoriques départementaux de transports sanitaires** calculé en fonction des ratios populationnels ; ce nombre théorique représente un maximum de véhicules sanitaires, ambulances et véhicules sanitaires légers autorisés par département ; le Bas-Rhin dispose de 382 véhicules sanitaires autorisés, le Haut-Rhin de 287 ;
- **la poursuite des actions de contrôle concertées avec les services de police et les Caisses primaires** dans la lutte contre la fraude dans le domaine des transports sanitaires ; ces actions ont abouti à une décision de retrait provisoire d'agrément de transport sanitaire d'une entreprise ;
- **la mise en place des comités départementaux de suivi de la mise en œuvre du référentiel** portant sur l'organisation du secours à personnes et l'aide médicale urgente prévue par la circulaire interministérielle du 5 juin 2015 ; cette première réunion des comités départementaux, composés de représentants de l'ARS, des Préfectures, des SAMU, des SDIS a permis sur la base d'un état des lieux partagé, d'établir un programme de travail conjoint pour 2016.

Secteur médico-social

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale, qui constitue la feuille de route de l'ARS dans le secteur médico-social, donne la priorité au maintien en milieu ordinaire de vie et à domicile. De nombreux projets se sont concrétisés, en 2015, pour l'accompagnement et la prise en charge tant des personnes âgées que des personnes handicapées.

Les priorités 2015 dans le cadre de la mise en œuvre du SROMS **personnes âgées** ont été les suivantes :

- **évolution des missions du RAG** pour en faire un réseau d'appui aux médecins généralistes ;
- **poursuite de la politique de recomposition de l'offre d'hébergement temporaire**, en lien avec les deux Conseils départementaux, de manière à créer des unités d'une taille minimale de 10 places d'hébergement temporaire, en regroupant sur chaque zone de proximité, les places d'hébergement temporaire dispersées dans les EHPAD de la zone ;
- **poursuite de l'expérimentation « hébergement temporaire d'urgence » et son évaluation**, en vue de pérenniser la réponse aux personnes âgées nécessitant une admission non programmée en hébergement temporaire en EHPAD ;
- **lancement d'un appel à candidature** permettant la mise en place de dispositifs d'astreinte infirmière de nuit dans les EHPAD ;
- **pilotage de la démarche régionale « parcours des personnes âgées »** et déploiement des actions ayant fait la preuve de leur pertinence.

Dans le secteur personnes handicapées, les projets se sont en partie concentrés autour de la **déclinaison du Plan autisme** avec :

- **l'ouverture de la seconde unité d'enseignement** en école maternelle à Mulhouse ;
- **le lancement de plusieurs appels à projets** : SAMSAH autisme dans le Haut-Rhin, SESSAD 16-25 ans dans le Bas-Rhin, SESSAD intervention précoce sur 3 territoires de la région (voir le tableau des créations de places), équipe mobile adultes dans le Bas-Rhin, plateformes médico-sociales pour enfants et adolescents autistes ;
- **le lancement du plan régional de formations expertes** en partenariat avec UNIFAF ;
- **l'élaboration concertée d'un tableau de bord régional autisme.**

Une attention particulière a également été apportée à **l'adaptation de l'offre en direction de l'enfance handicapée** :

- **restructuration de l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) Saint Charles**, spécialisé dans les troubles sévères du langage avec expérimentation d'une équipe mobile en étroite collaboration avec l'Éducation nationale ;
- **conventionnement tripartite** Éducation nationale / ARS / établissement, relatif aux Unités d'Enseignement ;
- **développement d'Unités d'enseignement externalisées** (4 ouvertures à la rentrée 2015) ;
- **lancement des travaux d'élaboration concertée de la stratégie régionale ITEP** en lien avec l'AIRe (association des ITEP et de leurs réseaux).

Nombre de places créées en 2015 dans les secteurs personnes âgées et personnes handicapées

Les places créées au sein des établissements médico-sociaux d'Alsace en 2015 se sont ainsi réparties :



Secteur personnes handicapées

FAM : 18 places pour personnes autistes

MAS : 15 places dont 8 pour personnes autistes

Unité d'enseignement en école maternelle pour enfants autistes : 7 places

SESSAD : 19 places pour jeunes autistes

CAMSP : 28 places

SAMSAH : 18 places



Secteur personnes âgées

Hébergement permanent : 117 places

Hébergement temporaire : 23 places

Accueil de jour : 14 places

SSIAD : 88 places

PASA : 94 places

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce / **FAM** : Foyer d'accueil médicalisé / **MAS** : Maison d'accueil spécialisée / **PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés / **SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés / **SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile / **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile



Mon Projet PRS en 2015

Évolution du RAG

Claire Bloch, chargée du suivi de la mise en œuvre du Schéma régional d'organisation médico-sociale personnes âgées à l'ARS

« Dans le cadre du Schéma régional d'organisation médico-sociale « personnes âgées », une réflexion a été engagée sur le rôle de chacun des dispositifs du champ gérontologique pour éviter les redondances et chevauchements d'activités. Au terme de cette réflexion, et en cohérence avec les orientations de la Stratégie nationale de santé, l'évolution des missions du « Réseau Alsace Gérontologie » (RAG) a été actée par l'Agence, de manière à le faire devenir un réseau d'appui aux médecins généralistes.

Le RAG est maintenant destiné à **apporter une assistance rapide aux médecins généralistes** qui en font la demande, pour toute problématique non médicale concernant leurs patients de soixante ans et plus. Il pourra orienter le médecin vers le partenaire approprié et conseiller sur l'offre de service disponible sur le territoire de proximité ou les aides mobilisables.

Le réseau pourra également, dans la limite de la mission confiée par le médecin, intervenir directement auprès du patient pour coordonner l'action des différents partenaires et stabiliser la situation.

Le RAG expérimente son changement de positionnement sur ses antennes de Colmar et de Sélestat, depuis début septembre. Une plaquette de communication a été élaborée avec l'aide de l'ARS pour faire connaître cette nouvelle offre d'appui sur le territoire de santé 3. Début 2016, cette évolution concernera l'ensemble du réseau sur les différents territoires de santé ».





CPOM des établissements médico-sociaux et contractualisation avec les gestionnaires du secteur du handicap

En 2015, l'Agence régionale de santé a engagé une démarche de **contractualisation avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS)** au travers de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le CPOM est un outil efficace pour renforcer l'accompagnement des situations complexes des personnes âgées ou en situation de handicap, en permettant de diversifier et d'adapter les modalités d'accueil, qu'il s'agisse d'accueil temporaire ou de prise en charge séquentielle, par un mode d'allocation de ressources plus souple : la dotation globalisée commune.

Les objectifs négociés avec les établissements prennent en compte des éléments de diagnostic partagé, les résultats des évaluations internes et externes ainsi que des missions d'inspection effectuées par l'Agence.

Les propositions d'objectifs s'organisent autour de quatre axes :

- **participer à la mise en œuvre des orientations stratégiques** au regard du Projet régional de santé et du Schéma régional d'organisation médico-sociale personnes handicapées ;
- **garantir un accompagnement de qualité** et des prestations concourant à augmenter ou dans la mesure du possible à maintenir les capacités de développement, d'autonomie et d'insertion des usagers, selon leur âge et leurs besoins ;
- **optimiser la politique ressources humaines ;**
- **faire progresser les fonctions support.**

Fin 2015, des CPOM étaient notamment en cours de négociation avec les organismes suivants :

- ADAPEI 67 et Papillons Blancs 68,
- Institut Les Tournesols de Sainte-Marie-aux-Mines.

Généralisation des tableaux de bord des établissements médico-sociaux

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a lancé fin 2010 un projet visant à proposer aux établissements et services médico-sociaux un **tableau de bord de pilotage de la performance**. Ce tableau de bord présente de manière synthétique, sous la forme de tableaux ou de graphiques, un ensemble d'indicateurs pertinents, renseignés périodiquement et destinés à leur suivi. Il repose sur trois principes :

- il est commun aux champs personnes âgées et personnes handicapées enfants et adultes ;
- il peut constituer un outil de pilotage utile à la structure et un support partagé d'échange entre un établissement, son organisme gestionnaire et ses partenaires (ARS, Conseils départementaux) ;
- il permet aux structures de se situer par rapport aux autres.

L'objectif est de développer, dans les structures médico-sociales, **la culture de pilotage, de faciliter le dialogue de gestion et de permettre l'évaluation grâce aux restitutions.**

Issu d'une démarche de co-construction avec les acteurs du secteur, le tableau de bord a été expérimenté à l'occasion de deux campagnes en 2011 puis en 2012, dans 5 régions dont l'Alsace. L'Alsace a également été étroitement associée à la préparation du déploiement du tableau de bord lors de la campagne 2014.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, le tableau de bord est entré en phase de généralisation. La généralisation concerne les 20 catégories d'établissements présentes actuellement dans le tableau de bord, soit une cible de 60 % des établissements et services en Alsace (30 % jusqu'à présent). Chaque ARS déterminant en début de campagne les établissements et organismes gestionnaires qui entrent dans le tableau de bord, l'ARS Alsace a décidé de se focaliser en 2015 sur certaines catégories de structures, l'exhaustivité permettant des analyses régionales plus pertinentes : l'ensemble des Ehpad, des MAS et des établissements pour enfants handicapés (ITEP, IME, IMP, Instituts pour déficients auditifs, visuels, et pour polyhandicapés). La volonté de la région est notamment d'utiliser les données issues des tableaux de bord dans le dialogue de gestion tripartite établissement/ARS/Conseil départemental.



À
NOTER



Publication d'un guide de l'offre de prise en charge des personnes âgées à destination des professionnels de santé

Le guide descriptif de l'offre de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées à destination des professionnels impliqués dans leur parcours a été publié en mars 2015. Il est le fruit d'une étroite collaboration entre l'Agence régionale de santé, l'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace (URMLA), les Conseils départementaux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, l'Assurance maladie et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Il vise à disposer d'une description exhaustive de l'offre régionale à destination des correspondants gérontologiques de l'URMLA et de l'ensemble des acteurs concernés.

L'Alsace dispose d'une offre dense, multiple et hétérogène. Lors des séminaires territoriaux d'échange sur le parcours des personnes âgées organisés par l'ARS, qui se sont déroulés de septembre 2013 à mai 2014, les professionnels ont indiqué ne pas connaître suffisamment les différentes possibilités de prise en charge et d'accompagnement offertes, leurs spécificités ou encore les modalités de recours et de financement de ces prestations.

Ce document, tout comme l'offre régionale, est évolutif. Il doit permettre aux professionnels de se repérer dans l'offre régionale afin d'orienter les personnes âgées vers la structure la plus adaptée et de faire le meilleur usage des ressources existantes pour contribuer à améliorer la fluidité des parcours et la qualité de la prise en charge.

Prise en compte des préconisations des évaluations externes pour le renouvellement des autorisations

Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux vise l'amélioration continue de la qualité des prestations et joue un rôle déterminant dans le régime des autorisations de fonctionnement qui sont délivrées par l'ARS et qui doivent être renouvelées tous les 15 ans.

Les décisions de renouvellement d'autorisation reposent sur les résultats des évaluations externes qui, si elles sont satisfaisantes, permettront de procéder à un renouvellement rapide de l'autorisation. Dans le cas contraire, l'établissement devra déposer un dossier complet de renouvellement d'autorisation.

Ce dispositif, institué par la loi du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, prévoit pour chaque établissement **une obligation de transmettre régulièrement à l'ARS les résultats d'une évaluation interne** ainsi que, 2 ans avant l'échéance de son renouvellement d'autorisation, **les résultats d'une évaluation externe**. Cette évaluation externe doit être réalisée par un organisme extérieur habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements médico-sociaux (ANESM).

En Alsace, plus de 480 établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, des personnes handicapées et des publics rencontrant des difficultés particulières d'addictions sont concernés par les évaluations ; plus de 350 d'entre eux concernés par les premières échéances d'autorisations qui auront lieu en janvier 2017. Ces derniers ont dû transmettre les évaluations internes avant janvier 2014, puis les évaluations externes avant janvier 2015. En novembre 2015, 97 % des rapports des établissements concernés par le renouvellement d'autorisation en janvier 2017 ont été réceptionnés.

Une instance de pilotage du dispositif a été mise en place en partenariat avec les deux Conseils départementaux d'Alsace en vue de définir un cadre commun de traitement et d'instruction, d'élaborer des outils d'aide (2 grilles de lecture et d'analyse) et d'arbitrer sur les cas nécessitant une réponse particulière.



Mon Projet PRS en 2015
**Favoriser l'accès aux soins
des personnes en situation
de handicap**
Dr Catherine Bergmann-Vatran,
réfèrent médical personnes handicapées
à l'ARS

« Le handicap est une notion complexe à définir. Il n'existe pas de recensement exhaustif des personnes en situation de handicap, mais des données issues d'enquêtes ou de sources administratives, qui permettent d'approcher la population concernée. En appliquant les taux de prévalence issus des études nationales, l'Alsace compte entre 48 700 et 57 900 personnes en situation de handicap ; 80 % sont des adultes qui vivent à 90 % à domicile.

Il existe différents types de handicaps. Le handicap résulte de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui peuvent créer une restriction d'activité et une limitation de participation sociale. Les facteurs personnels de type déficiences ou limitations fonctionnelles permettent de distinguer cinq grandes catégories de handicap : moteur, sensoriel, psychique, mental ou intellectuel et lié à des maladies invalidantes.

Le Projet régional de santé 2012-2016, dans sa priorité 7 « Faciliter le projet de vie des personnes en situation de handicap en développant des modalités de prise en charge adaptées », se donne comme objectif **de faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes handicapées.** Les enjeux portent sur :

- la formation des professionnels ;
- l'élaboration d'une charte d'accueil de personnes handicapées dans le cadre du projet d'établissement ;
- l'identification d'un référent handicap dans les établissements de santé ;
- l'adaptation des conditions matérielles de prise en charge voire des organisations spécifiques.

L'Agence régionale de santé soutient également les actions de prévention destinées à des personnes handicapées : l'accès au dépistage des cancers, la prévention du surpoids et de l'obésité, l'accès aux soins bucco-dentaires constituent des priorités.

Des outils ont été conçus afin de faciliter l'articulation entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Élaborés par un groupe de travail réunissant les acteurs de la prise en charge des personnes en situation de handicap, des outils destinés à favoriser l'articulation entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux (Maison d'accueil spécialisée, Foyer d'accueil

médicalisé) ont été élaborés et mis à la disposition des professionnels sur le site internet de l'Agence www.ars.alsace.sante.fr : trame de convention de partenariat entre un établissement médico-social et un établissement de santé, fiche de liaison urgence et hospitalisation, fiche de transmission infirmières, fiche de présentation et habitudes de vie du résident, fiche de sortie/courrier de liaison d'un résident à remplir par un service hospitalier. L'enjeu de cette démarche est de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés aux personnes en situation de handicap.

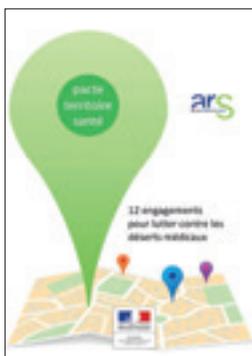
Le réseau de santé Handident assure une prise en charge buccodentaire spécifique adaptée à l'adulte ou l'enfant en situation de handicap sur demande de l'odontologiste, de la famille, de la personne handicapée ou d'une structure médico-sociale, en s'appuyant sur une chaîne d'acteurs : praticiens odontologistes, centre de référence, établissements de santé, établissements médico-sociaux. Il assure des missions de coordination des activités et du système d'information, de formation des professionnels, d'information des personnes handicapées et des professionnels, ainsi que de développement d'actions de prévention.

Le réseau est gradué en trois niveaux de soins complémentaires : les cabinets ressources de 40 chirurgiens-dentistes libéraux, adhérents et formés par le réseau ; un centre de santé dentaire dédié, implanté dans des locaux mis à disposition par la clinique St-François à Haguenau, pour la réalisation de soins complexes et difficiles sous anesthésie générale sans intubation (en ambulatoire) et la mise en œuvre d'actions de prévention destinées aux résidents de structures médico-sociales ; un plateau technique anesthésique, également situé à la clinique St-François, destiné aux hospitalisations de courte durée pour anesthésie générale avec intubation au bloc opératoire.

Initialement actif sur le territoire de santé 1, Handident intervient désormais sur l'ensemble du département du Bas-Rhin : fin 2014, on comptait 2 277 patients adhérents au réseau. Il est prévu une extension de sa zone d'intervention dans le Haut-Rhin afin d'assurer une couverture de l'ensemble du territoire alsacien ».



Les actions en faveur de la démographie des professionnels de santé et des soins de proximité ont continué à être développées en 2015.



Secteur ambulatoire

Mise en œuvre du Pacte Territoire Santé

Le 13 décembre 2012, Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, annonçait le lancement du **Pacte Territoire Santé afin de lutter contre les déserts médicaux et réduire les inégalités d'accès aux soins**. Ce pacte se fonde sur 12 engagements s'articulant autour de 3 axes : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés.

En 2015, l'Agence régionale de santé a poursuivi la mise en œuvre des orientations du pacte :

- pour la période 2015-2016, en plus des 6 contrats proposés aux internes en médecine générale, **un contrat d'engagement de service public (CESP)** a été proposé en pédiatrie et un autre en ophtalmologie ;
- au total, **9 contrats de Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) ont été signés** depuis la mise en œuvre de cet engagement en 2013 ;
- **un guide pratique pour accompagner les professionnels dans la création de maisons et pôles de santé pluri-professionnels** a été diffusé, véritable boîte à outils pour le montage de projets d'exercice coordonné, de la préparation du projet au fonctionnement courant de la structure. En Alsace, on dénombre 7 maisons de santé pluri-professionnelles situées à Woerth, Strasbourg Cité de l'III, Strasbourg HautePierre, Strasbourg Neuhof, Schirmeck, Bartenheim et Freland ;

- **le développement de la télémédecine** : fin septembre 2015, plus de 960 actes de télé-expertise, télé-assistance et téléconsultation avaient été réalisés et sept contrats de télémédecine signés ; ils concernent les EHPAD du Centre Départemental de Repos et de Soins de Colmar, Bischwiller, Gerstheim, Woerth, Rouffach, la maison de santé Béthel ainsi que le centre pénitentiaire d'Ensisheim ; deux contrats de télésurveillance des insuffisants cardiaques ont été conclus, l'un avec le réseau Santé Sud Alsace (ex ASPREMA) et l'autre avec le service du Professeur Andres aux HUS ; enfin, des dispositifs médicaux couplés à des smartphones permettent une télé-expertise avec un matériel plus léger, plus facile d'utilisation et à moindre coût ;
- **un dispositif de médecins correspondants du SAMU opérationnel depuis septembre 2015 dans la Vallée de la Bruche** : le dispositif a été mis en place à la clinique Saint Luc de Schirmeck début septembre 2015. Six médecins de cet établissement ont signé un contrat avec l'établissement siège du SAMU pour devenir correspondants du SAMU.

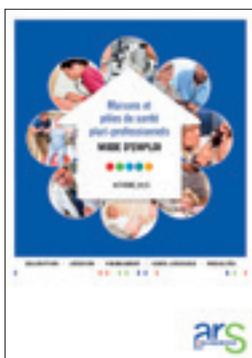
À NOTER

Maisons et pôles de santé pluri-professionnels, mode d'emploi

L'exercice coordonné des soins de premier recours dans les maisons et pôles de santé pluri-professionnels contribue à améliorer l'accès aux soins. Élément de réponse aux problèmes de démographie médicale et aux difficultés d'installation des jeunes médecins, **il concourt au maintien d'une offre de santé de proximité**.

Les maisons de santé pluri-professionnelles offrent la possibilité de mutualiser les coûts et de bénéficier de conditions d'exercice facilitées. Ce mode d'exercice permet **une meilleure coordination entre professionnels** dans la prise en charge des patients, **une optimisation du temps médical** et des conditions d'exercice professionnel plus attractives – notamment en milieu rural.

Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé a publié **un guide à destination des professionnels de santé** sur les maisons et pôles de santé pluri-professionnels visant à accompagner les porteurs de projet dans le montage de ces structures. Le guide précise ce que peuvent apporter ces nouvelles formes d'exercice et comment les mettre en place, le financement de la structure, le choix du statut juridique, les aides au démarrage et modalités de rémunération. Il est consultable en ligne sur le site internet de l'ARS www.ars-alsace.sante.fr





Les préparations pouvant présenter un risque pour la santé

En 2015, le pôle pharmacie – biologie a pris en charge une nouvelle mission incombant aux Agences régionales de santé, à savoir **l'instruction administrative et technique des demandes d'autorisation de pouvoir réaliser des préparations magistrales et officinales pouvant présenter un risque pour la santé.**

Une telle autorisation est en effet désormais nécessaire pour que les médicaments concernés soient préparés extemporanément au sein de l'officine dans laquelle le malade se rend en vue de l'exécution de sa prescription médicale, ou qu'ils soient préparés en sous-traitance par un autre pharmacien d'officine disposant des équipements nécessaires, en particulier s'agissant de préparations stériles, de préparations contenant des substances cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, ou encore certaines des préparations à usage pédiatrique – toutes susceptibles de présenter un risque majeur pour la santé si elles sont mal réalisées (surdosage d'un médicament destiné à un enfant en bas âge par exemple).

Compte-tenu des critères particuliers de sécurité sanitaire et de bonnes pratiques pharmaceutiques applicables en vue de la protection de la santé, seules treize autorisations ont été accordées sur les vingt-trois demandes enregistrées, pour 460 officines de pharmacie ouvertes au public dans la région, dont quatre permettant aux pharmaciens concernés de réaliser de telles préparations également en sous-traitance pour autrui.

Réforme de la biologie médicale

Par ailleurs, **l'accompagnement de la déclinaison régionale de la réforme de la biologie médicale** s'est poursuivi, en 2015, dans la continuité de la démarche pluriannuelle mise en œuvre avec les professionnels concernés :

- **consolidation de l'offre de biologie médicale privée** par la fusion des laboratoires dans le respect des règles prudentielles ;
- **déclinaison opérationnelle des dispositions réglementaires et des instructions ministérielles** relatives au processus d'accréditation des laboratoires qui fait l'objet d'un suivi permanent et d'un accompagnement des laboratoires, en lien étroit avec le Comité français d'accréditation ;
- **mise en place et structuration d'un laboratoire de biologie médicale public par territoire de santé** comme prévu dans le volet biologie médicale du Schéma régional d'organisation sanitaire du Projet régional de santé.

Élections aux Unions régionales des professionnels de santé

En application de la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, le décret du 20 mai 2015 a modifié les dispositions relatives au renouvellement des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Par arrêté du 20 mai 2015, l'Agence régionale de santé de Lorraine a été chargée d'organiser les opérations électorales en vue du renouvellement de l'assemblée de la nouvelle URPS, pour les régions Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine.

Les élections aux URPS des médecins ont eu lieu le 12 octobre 2015, et à celles des masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens le 7 décembre 2015. Les résultats ont fait l'objet d'une publication, et sont consultables en ligne sur le site internet de l'ARS : www.ars.alsace.sante.fr. Les élections aux URPS des infirmiers auront lieu le 11 avril 2016.

La gestion de l'internat

L'Agence régionale de santé assure une **mission de cogestion de la formation pratique des internes**, ou « praticiens en formation spécialisée », au sein de son département ambulatoire et formation des professionnels de santé.

L'internat, 3^e cycle de médecine, se compose de 30 spécialités (dont la médecine générale) et se déroule sous forme de stages successifs de 6 mois pour une durée globale de 3 à 5 ans, à l'hôpital, chez le praticien généraliste ou en centre de santé et maisons de santé. En novembre 2015, on comptait 966 internes rémunérés en Alsace (+9,15 % par rapport à novembre 2013).

L'Agence a la responsabilité des affectations semestrielles dans des terrains de stage agréés et de toutes les étapes intermédiaires menant aux séances de choix :

- la prise de l'arrêté fixant la liste des terrains de stage et praticiens agréés – maîtres de stage des universités susceptibles d'accueillir les internes ;
- la présidence de la commission de subdivision statuant en vue de la répartition des postes offerts au choix semestriel ;
- l'organisation des choix semestriels et la notification des affectations.

Pour mener à bien ces affectations, le département ambulatoire et formation des professionnels de santé est amené à évaluer quantitativement et qualitativement les besoins en postes à ouvrir, notamment en fonction des besoins de maquette* et souhaits des internes, mais également en fonction des dernières directives relatives au taux d'inadéquation. **L'année 2015 a été marquée par l'introduction d'un taux d'inadéquation de 107 %**, le nombre de postes mis au choix étant plus important que le nombre d'internes (ratio de 107 postes pour 100 internes). Le bureau de l'internat a été amené à quantifier les conséquences de l'application de cette nouvelle réglementation spécialité/spécialité, préparer les avis de la Commission d'Évaluation des Besoins de Formation – réunie à deux reprises et pour la première fois en 2015 – et l'argumentaire en vue de l'obtention d'une dérogation en médecine générale accordée par les autorités ministérielles.

Le nombre de dossiers d'agrément traités en 2015 a été plus important que les années précédentes : la commission d'agrément a examiné 241 demandes (131 demandes en 2014).

À signaler enfin le basculement vers une nouvelle application de gestion des internes, IMOTEP, effectif au 9 novembre.

*Récapitulatif des enseignements théoriques et pratiques à suivre par les internes inscrits au Diplôme d'études spécialisées.



2.3

Protéger la population contre les risques pour sa santé

Les activités de veille sanitaire

L'Agence régionale de santé organise la veille sanitaire, met en place les mesures de gestion adaptées et prépare les plans de prévention et gestion des crises.

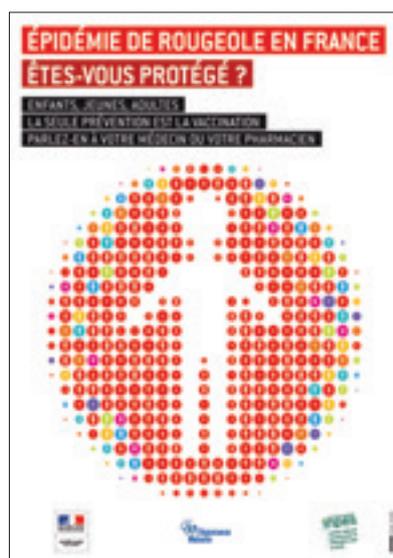
En 2015, ces alertes, essentiellement transmises par les professionnels de santé et les établissements de santé, mais également par les administrations ou des particuliers, ont concerné des **maladies à déclaration obligatoire ainsi que des maladies ou situations pouvant avoir un impact en santé publique** :

- 649 cas de maladies à déclaration obligatoire (tuberculoses, légionelloses, hépatites A aiguës, rougeoles, mésothéliomes, infections invasives à méningocoque) ;
- 211 autres pathologies (épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérite aiguës, gale, coqueluche) ;
- 23 expositions à des agents biologiques (restriction des usages alimentaires de l'eau et contaminations bactériennes des eaux de baignades) ;
- 77 signalements d'infections associées aux soins.

Parmi les événements marquants intervenus en 2015, on recense :

- la survenue d'une épidémie de rougeole de mars à juillet 2015 ;
- le franchissement des seuils d'alerte canicule (niveau 3 du plan) du 1^{er} juillet jusqu'au 6 juillet impliquant une mobilisation importante des services de l'ARS, des établissements sanitaires et médico-sociaux et de l'ensemble des professionnels de santé ;
- l'implantation du moustique de type Aedes en Alsace, vecteur potentiel de maladies virales telles que le chikungunya et la dengue ;
- une circulation importante de la gale qui a touché les établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi que d'autres collectivités (écoles, prisons...) ; à la mi-septembre, au moins 29 foyers de gale étaient recensés par l'Agence ;
- une forte épidémie de grippe lors de la saison hivernale 2014 - 2015 en raison de la circulation d'une souche virale mutante non contenue dans le vaccin.

Un nouveau logiciel de gestion des alertes sanitaires a été mis en place, le **SIVSS – Système d'information veille et sécurité sanitaire** – qui a remplacé ORAGES, utilisé jusqu'alors.



À
NOTER



Une épidémie de rougeole conséquente

Dr Tariq El Mrini, responsable du pôle veille et gestion des alertes sanitaire à l'ARS

« L'Alsace a été frappée par une épidémie de rougeole qui a débuté en mars et a duré jusqu'au mois de juillet 2015. Elle a concerné 230 cas en Alsace, 3 cas en Franche-Comté et 3 cas en Allemagne dans le Bade-Wurtemberg et a majoritairement impacté le nord et le centre du Haut-Rhin.

Le point de départ de cette épidémie a été un voyage scolaire à Berlin, où sévissait une importante épidémie de rougeole et où l'un des élèves, non vacciné, a été contaminé et a rapporté la maladie en Alsace. L'importance de cette épidémie est due à **l'absence de vaccination de nombreux enfants** d'un établissement scolaire du Haut-Rhin, ce qui a contribué à entretenir cette épidémie pendant plusieurs semaines. Une mobilisation forte de l'ARS, de l'InVS, des services de santé scolaire, des médecins de famille et des équipes de PMI a permis de circonscrire cette épidémie au territoire alsacien.

Durant l'épidémie, le pôle veille et gestion des alertes sanitaires de l'ARS a assuré la coordination des actions par des points hebdomadaires avec la CIRE, des conférences téléphoniques régulières avec la DGS et les correspondants locaux de l'InVS.

Au niveau opérationnel, l'Agence a mené le suivi individuel de chaque cas de rougeole et est intervenue autour des cas scolarisés ou accueillis en structure d'accueil de la petite enfance, en lien avec les inspections d'académie du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, et avec les médecins de PMI. L'établissement scolaire du Haut-Rhin qui a entretenu l'épidémie a fait l'objet de mesures de gestion particulières : éviction des élèves malades et de leurs proches (fratrie, camarades de classe) dès la mi-avril, fermeture de l'établissement pendant une semaine après les vacances de printemps et réadmission uniquement des élèves immunisés.

Elle a également géré la coordination logistique des stocks de vaccins, de la disponibilité des kits salivaires rougeole et des traitements par immunoglobulines.

La mission d'information de l'ARS s'est traduite par la diffusion de communiqués dans la presse grand public et d'actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ».

À NOTER

gare aux tiques

action contre la tique et les maladies qu'elle transmet

Les tiques peuvent transmettre des **maladies graves** (borréliose de Lyme ou maladie de Lyme, méningo-encéphalite à tique...).

Les tiques vivent dans les forêts, bois, prairies et surtout aussi dans les haies (parcs, jardins).

Elles piquent l'homme et l'animal pour se nourrir de son sang. Lors de ce repas sanguin, elles peuvent transmettre une maladie.

Prévenez dans la légation: Les tiques s'accrochent aux vêtements ou à la peau lors du passage de France. Elles s'installent de préférence dans les zones à forte humidité: pl de pluie, assés, ruisseaux.

Le risque de piqûre est particulièrement important de printemps à l'automne.

Plus de renseignements sur le risque de piqûre et de contamination. Il est important au retour d'une promenade de s'inspecter minutieusement le corps entier: cuir chevelu compris et de retirer la tique.

Pour diminuer le risque de piqûre et de contamination, il est important au retour d'une promenade de s'inspecter minutieusement le corps entier: cuir chevelu compris et de retirer la tique.

Pour extraire la tique, le mieux est de plus près possible de la peau et tourner doucement l'ongle dans le même sens. Ce geste sera facilité par l'utilisation d'un tire-tique. Pensez à désinfecter.

Surveillez la zone de piqûre dans les jours ou semaines qui suivent. En cas d'apparition d'une rougeur ou si vous constatez une modification de votre état de santé (fièvre anormale, maux de tête, frissons, douleurs articulaires...), consultez votre médecin et pensez à lui signaler que l'a eu une piqûre de tique.

Plus la tique reste dans longtemps, plus le risque de transmission de maladie augmente.

Enlever la tique le plus précocement possible est primordial.

S'inspecter minutieusement tout le corps au retour de chaque promenade.

Hydrater la zone de piqûre.

gare aux tiques

gareauxtiques.fr



Poursuite de la campagne de communication sur les maladies transmises par les tiques

Initiée par l'Agence régionale de santé et la Mutualité sociale agricole (MSA), en collaboration étroite avec l'Office national des forêts (ONF), le Centre national de référence des Borréliose et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), la campagne de communication destinée au grand public a pour objectif de conseiller en particulier les adeptes de « sports et loisirs nature » et leur entourage sur les moyens de prévenir les piqûres de tiques.

À ce titre, un document régional « Gare aux tiques » a été réactualisé en mai 2014 et distribué par les partenaires (direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, caisses primaire d'assurance maladie, pharmacies...). En 2015, dix panneaux d'informations, conçus par la MSA, fabriqués par l'ONF et financés par l'ARS, ont été installés dans les zones particulièrement « à risque » en forêt. Le premier panneau a été inauguré à Niederbronn le 12 mars.

Parallèlement, des actions de formations ont été proposées aux personnels de santé (150 médecins, 500 pharmaciens en 2015). Un colloque dont le thème était la prévention des maladies liées aux piqûres de tiques a été organisé à leur intention le 3 juin 2015. En 2016, dix autres panneaux seront encore installés en Alsace dans le cadre de la poursuite de cette campagne.

Les activités de veille en santé-environnement

L'Agence régionale de santé assure le contrôle, la surveillance, la prévention et la réponse aux alertes dans les domaines de l'environnement susceptibles de porter atteinte à la santé humaine. Une grande part de l'activité est fondée sur l'inspection et le contrôle.

En 2015, ont été réalisés :

- 34 inspections en eau potable, 1 contrôle d'embouteilleur ;
- 42 contrôles sur site du respect de la réglementation en matière de déchets d'activité de soins à risques infectieux dans des établissements de santé et médico-sociaux et des laboratoires ;
- 40 inspections d'établissements pour le risque de légionelle (établissements de santé, médico-sociaux et établissements recevant du public) ;
- 17 enquêtes menées suite à une intoxication au monoxyde de carbone (CO) ;
- 13 mesures de bruit de voisinage et 13 contrôles d'établissements diffusant de la musique amplifiée ;
- 61 inspections de baignades, de piscines ou établissement thermal.

L'Agence régionale de santé a délivré des avis sur des documents d'urbanisme, de projets industriels et de projets d'aménagements : 72 avis ont été donnés sur des études d'impact et 719 avis formulés sur divers documents d'urbanisme (permis de construire, plan local d'urbanisme...).

Dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne, 267 plaintes ou signalements ont été traités et 129 contrôles effectués sur site. Des procédures administratives (insalubrité...) ont été engagées dans les situations les plus dégradées donnant lieu à 20 procédures du Code de la santé publique. Le travail de coordination de l'action publique avec les partenaires chargés de lutter contre l'habitat indigne a été poursuivi.

On note en 2015 une forte augmentation du nombre de cas de légionelloses déclarés sur la région, probablement due en partie à des conditions climatiques particulières (températures élevées).

Enfin, sur la base des conclusions d'une étude de l'incidence de la distribution d'eau agressive dans les réseaux publics, une stratégie a été arrêtée afin de tenir compte des enjeux techniques et financiers au regard des risques sanitaires. Une information des distributeurs d'eau est faite au cas par cas. Une surveillance renforcée ainsi qu'une amélioration de la qualité de l'eau par traitement ou substitution de ressource peuvent être demandées.

À
NOTER



Moustique tigre : campagne de démoustication à Schiltigheim

Amélie Michel, responsable du pôle santé et risques environnementaux de l'ARS

« Au mois d'août, ont été découverts des œufs d'*Aedes albopictus* dans 7 des 46 pièges pondoirs installés sur la commune de Schiltigheim révélant la présence du moustique tigre en Alsace, pouvant véhiculer, dans certaines conditions, des virus comme ceux du chikungunya, de la dengue et du zika. **L'ARS a prêté appui à la Préfecture dans le traitement de cette alerte et coordonné les mesures sanitaires :**

- un « porte-à-porte » a été réalisé par l'opérateur de démoustication le SLM67 – Syndicat mixte de lutte contre les moustiques – afin d'identifier les gîtes larvaires et les détruire ; pour les gîtes impossibles à éliminer, un traitement au B.t.i. a été effectué ;
- un traitement adulticide a été effectué le 26 août par l'EID Rhône-Alpes par pulvérisation d'un insecticide (produit à base de pyrèthre végétal, actif le moins toxique disponible pour ce type d'opération), à partir d'un véhicule, complété par des interventions à pied à l'aide d'appareils portables.

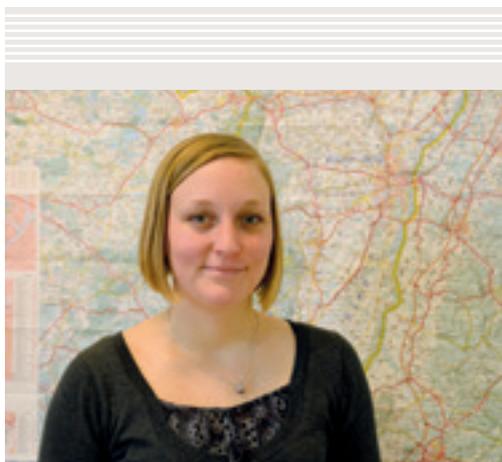
Une conférence de presse conjointe ARS-SLM 67 a été organisée le mardi 25 août, avec la participation de Françoise Pfirsch, responsable scientifique et technique du Syndicat mixte de lutte contre les moustiques (SLM) 67, pour répondre de façon concrète aux questions sur les opérations de démoustication.

Le 31 août, on relevait l'efficacité insuffisante de l'opération de démoustication et l'extension de la présence du moustique-tigre, à Schiltigheim, et dans d'autres quartiers de Strasbourg. Au vu de l'importance du périmètre colonisé et des possibilités d'extension de l'espèce au-delà de la zone actuellement surveillée, une nouvelle opération de démoustication n'a pas été envisagée. La présence du moustique tigre est donc considérée comme irréversible dans le département du Bas-Rhin. Ce département devrait être classé prochainement au niveau 1 du plan anti dissémination du chikungunya et de la dengue.

Dans le même temps, la découverte du moustique près d'un parking de poids-lourds dans le Haut-Rhin a déclenché le même type de suivi : destruction et traitement des gîtes larvaires par la Brigade verte du Haut-Rhin. Cette opération, moins médiatisée, a rencontré plus de succès puisque qu'aucun moustique tigre n'a été retrouvé lors de la surveillance mise en place après ces opérations ».



À
NOTER



Qualité de l'eau et eaux agressives Clémence de Baudouin, responsable adjointe du pôle santé et risques environnementaux de l'ARS

« Une eau est dite « aggressive » lorsqu'elle peut dissoudre le calcaire et le tartre. Cette eau peut également provoquer la corrosion des métaux des conduites, des chauffe-eaux, des robinetteries... Toutefois, les propriétés agressives de l'eau ne présentent pas directement de risque sanitaire pour l'utilisateur. »

En Alsace, 47 % des 524 unités de distribution (UDI) délivrent une eau aggressive pour 15 % de la population bas-rhinoise et 51 % de la population haut-rhinoise. La correction des eaux agressives par un traitement adapté est assez développée dans le Bas-Rhin alors que, dans le Haut-Rhin, très peu de stations sont en place.

Une étude a été réalisée, à l'initiative de l'Agence régionale de santé et avec l'aide de l'Agence de l'Eau Rhin-Meuse, afin de mieux caractériser l'incidence des eaux agressives, d'une part, sur la santé, et d'autre part, sur les installations telles que les conduites et les équipements connexes. L'objectif était de définir une **stratégie de correction des situations non conformes liées aux eaux agressives pour la région Alsace.**

En tant qu'institution chargée de veiller à la qualité sanitaire de l'eau destinée à la consommation humaine, l'Agence était présente sur le salon Aquaterritorial organisé à Mulhouse le 23 septembre pour animer une conférence sur les eaux agressives en collaboration avec l'Office international de l'eau.

Le pôle santé et risques environnementaux a également réalisé une fiche d'information à destination des consommateurs pour expliquer ce qu'est une eau aggressive et comment éviter de retrouver des métaux potentiellement toxiques dans l'eau potable ».

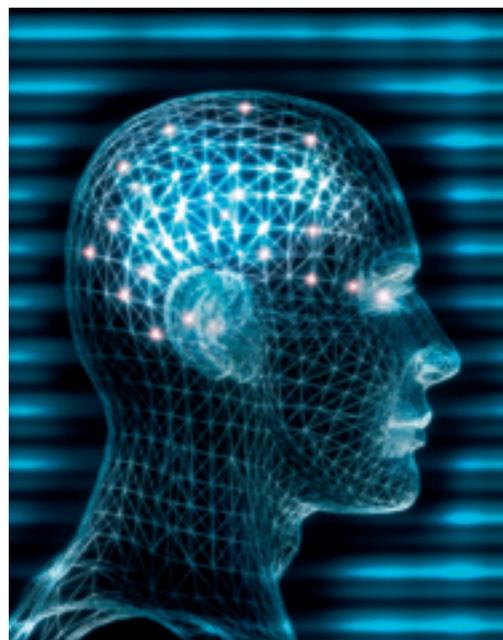
Les soins psychiatriques sans consentement

Certaines pathologies nécessitent des soins psychiatriques qui peuvent être mis en œuvre sous contrainte, lorsque les patients n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soins. La gestion de ces soins psychiatriques sans consentement est assurée par le pôle veille et gestion des alertes sanitaires de l'ARS pour le compte des Préfets de département.

On distingue deux types de mesures menant à des soins psychiatriques sous contrainte :

- **les soins sur décision du représentant de l'État** (maire, préfet du département ou juge), lorsque la situation compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public ;
- **les soins sur décision du directeur d'établissement de santé** (sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) quand il y a une nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Les soins psychiatriques sous contrainte peuvent être dispensés en hospitalisation dans les établissements de santé habilités (Nouvel hôpital civil de Strasbourg, Centre hospitalier d'Erstein, EPSAN de Brumath, Centre hospitalier de Rouffach, Groupe hospitalier région sud – Alsace, Centre médical Le Roggenberg à Altkirch) ou en ambulatoire.



L'Agence régionale de santé apporte son concours à l'exercice des missions du préfet de département, en assurant la préparation des arrêtés de soins psychiatriques sans consentement pour les personnes le nécessitant et en suivant leur mise en œuvre, selon des modalités définies dans le cadre d'un protocole. Cette activité est assurée tout au long de l'année, 24 h sur 24.

L'Agence mène des actions d'information à l'égard des professionnels de santé pour veiller à la mise à jour de leurs pratiques au regard de l'évolution des procédures prévues et en conformité avec les exigences législatives et réglementaires (intervention systématique du juge des libertés et de la détention, critères à respecter pour la rédaction des certificats médicaux...). Ainsi, des modèles-types de certificats médicaux ont été élaborés et sont consultables en ligne sur le site internet de l'Agence.

Chiffres clés concernant les soins sans consentement (du 01/01 au 31/12/2015)

Bas-Rhin

120 mesures de SDRE* et 1 210 mesures de SDDE*

Haut-Rhin

108 mesures de SDRE et 727 mesures SDDE

* SDRE = soins sur décision du représentant de l'État

SDDE = soins sur décision du directeur d'établissement de santé

À
NOTER



Dispositif et fonctionnement des astreintes

**Odile Demay et Nadia Scala, assistantes
de direction au sein de la direction
de la protection et de la promotion
de la santé de l'ARS**

« La direction de la protection et de la promotion de la santé (DPPS) est chargée d'organiser la gestion des astreintes permettant **d'assurer 24h sur 24 le principe de continuité de service public de la santé.**

Ces missions imposent une permanence de l'activité qui conduit à l'instauration d'une astreinte 24h sur 24. Cinq lignes d'astreinte sont organisées : une première ligne d'astreinte administrative qui peut solliciter une deuxième ligne d'astreinte, le cas échéant, elle-même composée : d'une ligne d'astreinte de direction (en continu 7 jours sur 7), d'une astreinte médicale, d'une astreinte santé-environnementale et d'une astreinte pharmaceutique interrégionale les week-ends et jours fériés. La gestion du matériel des cinq lignes et la mise à jour du portail collaboratif dédié aux astreintes nécessite une vigilance quotidienne.

La direction de la protection et de la promotion de la santé assure également la réception, l'analyse et le traitement des alertes et signalements grâce au point focal unique régional ars67-alerte@ars.sante.fr. Le rôle de protection sanitaire de la population impose **une disponibilité constante et une réactivité forte des agents impliqués**. Deux lignes de veille sanitaire sont aménagées à cet effet et des mesures de gestion sont mises en place ».

2.4

Promouvoir l'amélioration de la santé et prévenir le recours aux soins

La campagne de prévention 2015 s'est inscrite dans la continuité des actions engagées depuis 2012. L'Agence a investi également de nouveaux champs d'intervention comme la promotion de la santé des femmes ou la démarche d'évaluation d'impact sur la santé.

Financement des actions de prévention

La politique de prévention repose pour sa mise en œuvre sur trois piliers : des contrats annuels ou pluriannuels, des actions mises en œuvre dans le cadre des Contrats locaux de santé (CLS) et des appels à projets.

En 2015, 19 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont été conclus, engageant des actions et des moyens financiers jusqu'en 2017, en lien avec l'efficacité des actions financées et leur cohérence avec les objectifs prioritaires de l'Agence.

Des actions déployées dans le cadre du renouvellement des Contrats locaux de santé de Strasbourg/Eurométropole et de Mulhouse ont été contractualisées après évaluation des actions menées dans le cadre des CLS précédents ; les actions menées dans le cadre des CLS de la Vallée de la Bruche et du Val d'Argent ont fait l'objet d'évaluations (les CLS ne sont pas renouvelés mais néanmoins certaines actions seront poursuivies).

En conséquence de cette revue de missions, un appel à projet resserré autour d'objectifs prioritaires de la politique de santé a été lancé en novembre 2014 – **l'enjeu de la campagne budgétaire de prévention, promotion de la santé 2015 étant d'agir au maximum sur les inégalités territoriales et sociales de santé.**

Le montant de l'enveloppe de l'Agence consacrée à ces actions de prévention et d'éducation à la santé est de 3,139 M€. Ces actions interviennent dans les domaines de la nutrition et lutte contre l'obésité, du cancer, de la prévention des maladies cardiovasculaires, des conduites addictives, du SIDA, des IST et de l'hépatite, des maladies chroniques, de santé mentale, des risques environnementaux ainsi qu'en éducation à la santé.

Par ailleurs, 9,1 M€ ont été mobilisés sur le budget assurance maladie pour financer les actions des réseaux cancer, addictologie, maladies métaboliques et d'éducation thérapeutique du patient ainsi que pour assurer le fonctionnement des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit, équipes de liaison hospitalières en addictologie, la COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) et le système de dépistage non invasif de l'hépatite C, FIBROSCAN.

De nouveaux moyens mobilisés pour les publics en difficulté spécifique

La dotation régionale des dépenses médico-sociales pour les structures accueillant des publics en situation de précarité s'élève à 14,5 en 2015 et a connu une augmentation de 19 % par rapport à 2013. Les moyens nouveaux attribués en 2014 et 2015 ont permis de financer 34 places supplémentaires et d'assurer ainsi une couverture optimisée du territoire régional avec prise en compte des besoins exprimés par les structures et de leur taux d'occupation. Ces mesures répondent également à une forte attente des acteurs de terrain et contribueront à désengorger les lits halte soins santé et à assurer une meilleure fluidité entre les dispositifs et une meilleure adéquation entre les dispositifs d'accueil et les personnes accueillies.

Ces dispositifs pour les publics en situation de précarité ont été renforcés notamment par la création d'une structure de 20 lits d'accueil médicalisé (LAM) dont l'Alsace n'était pas encore pourvue et qui seront ouverts à Strasbourg, gérés par la Fondation Vincent de Paul, suite au résultat d'un appel à projets ouvert en août.

Dépistage et traitement des cancers

Le Projet régional de santé 2012-2016 relaie et décline les orientations du Plan cancer national 2009-2013. Sa quatrième priorité porte sur le dépistage et le traitement des cancers, première cause de mortalité en Alsace, région dans laquelle le cancer est à l'origine de 30,2 % des décès, principalement des hommes.

En Alsace, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers est supérieur à la moyenne nationale de 5,8 % pour les hommes, de 1,7 % pour les femmes, compte tenu des spécificités de la population. Une surmortalité importante est observée en Alsace, notamment pour les hommes, pour ce qui concerne les cancers du colon et les cancers du rein.

La priorité régionale visant à mieux dépister et traiter les cancers se décline en 2 objectifs :

- **améliorer la prévention et le dépistage :** les perspectives consistent à accroître la collaboration entre les acteurs du dépistage organisé (cf. page 54), favoriser l'implication de tous les professionnels de santé, poursuivre l'évaluation et l'assurance qualité des campagnes, améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à un dépistage organisé, réduire les inégalités d'accès à la prévention et au dépistage et favoriser le suivi des personnes à risque génétique ;
- **améliorer et personnaliser la prise en charge des patients atteints de cancer :** l'accompagnement de proximité et le suivi adapté sont privilégiés, conformément au Plan cancer national, qui vise 80 % de patients au moins bénéficiaires d'un plan personnalisé de soins.

Parmi les moyens d'y parvenir, l'Agence mène les actions suivantes : expérimentation du recours à des infirmiers coordonnateurs, mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique, facilitation du suivi par le médecin traitant en coordination avec les spécialistes en cancérologie, ainsi que du suivi de proximité des traitements en chimiothérapie et le déploiement du dossier commun de cancérologie (DCC) qui favorise le partage d'informations.

À NOTER



Les évaluations d'impact sur la santé Elsa Million, chargée de mission en promotion de la santé environnementale à l'ARS

« Le Plan National Santé-Environnement 2015-2019, voué à être décliné régionalement, envisage les évaluations d'impact sur la santé (EIS) comme un outil permettant de mieux intégrer les enjeux de santé-environnement dans l'aménagement et la planification urbaine.

Les évaluations d'impact sur la santé diffèrent des études sanitaires réglementaires. **L'EIS est un outil d'aide aux décideurs** leur permettant de faire des choix éclairés au profit de milieux favorables à la santé.

Il s'agit d'une méthode d'analyse des impacts d'un projet – qui ne relève pas du domaine sanitaire – sur l'ensemble des déterminants de santé à différentes échelles temporelles. Les domaines d'application sont alors variés. Il est possible, par exemple, d'évaluer un projet d'aménagement du territoire, un projet culturel ou un dispositif d'aide sociale afin de s'assurer de la prise en compte des conséquences du projet sur la santé.

L'EIS intègre l'ensemble des parties prenantes, y compris la population, au processus d'évaluation. **Réalisée de manière prospective et volontaire**, elle aboutit à un ensemble de recommandations qui présenteront un scénario alternatif à même de maximiser les effets positifs du projet sur la santé et d'éliminer ou d'en réduire ses effets négatifs. L'analyse de la distribution des impacts dans la population permet de formuler des propositions en faveur de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette démarche intersectorielle innovante invite à adopter des modes de travail décloisonnés et coopératifs. C'est pour répondre aux impératifs de cohérence et de performance des politiques publiques que les évaluations d'impact en santé commencent à se déployer en France.

L'ARS et l'Eurométropole de Strasbourg ont décidé d'initier une EIS sur un projet d'évolution urbaine dans le cadre du Contrat local de santé de deuxième génération, prolongeant la réflexion engagée nationalement sur le lien entre l'urbanisme et la santé ».



Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT)

En 2015, l'Agence a poursuivi son soutien à des actions de formation et de prévention sur le tabac auprès des différents publics – jeunes en milieu scolaire et hors milieu scolaire, professionnels de santé, patients – par le financements de structures telles que le Comité Départemental contre les Maladies Respiratoires (CDMR 67), le Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD), Oppelia-AFPRA, les réseaux, les Centres de soins, d'accompagnement et de Prévention en addictologie (CSAPA), les Équipes liaisons en soins en addictologie, les consultations hospitalières de tabacologie.

Officiellement lancé le 25 février 2015, le **Programme national de réduction du tabagisme constitue l'objectif n°10 du Plan Cancer 3 (2014-2019)**. Il est décliné en trois axes principaux : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme, aider les fumeurs à s'arrêter et agir sur l'économie du tabac. Son objectif est de passer de 29,1% de fumeurs en 2015 à 26,2% de fumeurs en France en 2019.

En vue de la déclinaison régionale du Programme national de Réduction du Tabagisme, un comité de pilotage interne a été mis en place à l'Agence au mois d'avril. Il a prévu un renforcement de la thématique tabac, notamment en en faisant une priorité dans les CLS renouvelés cette année (Strasbourg et Mulhouse) et en l'ajoutant à l'agenda du Comité de coordination des campagnes de communication en santé publique.

À
NOTER



La santé des femmes

Hélène Kuntzmann, chargée de mission au pôle prévention, promotion de la santé et accès aux soins à l'ARS

« Depuis cette année, l'ARS se positionne dans une démarche globale d'accompagnement des femmes dans leur accès aux soins et à la santé. Au-delà des aspects de la périnatalité, l'ARS s'est engagée dans la lutte contre les violences faites aux femmes, dans la prise en charge des femmes précaires et/ou migrantes, et dans la prise en compte des spécificités de la santé des personnes prostituées, qui sont en majorité des femmes.

Tout d'abord, l'Agence a maintenu ses actions pour **un meilleur accès à la contraception** et à l'interruption volontaire de grossesse. Le financement des Plannings familiaux, des réseaux de périnatalité (ex: le réseau Naître en Alsace, auquel est rattaché l'Observatoire de l'IVG) et des Centres Périnataux de Proximité (consultations contraception, IVG médicamenteuses pour certains) a été maintenu. Afin d'améliorer l'accès à l'information aux femmes migrantes, **un dépliant d'information intitulé « Notre corps, notre sexualité et nos droits »**, traduit en cinq langues, a été créé en lien avec les associations Migrations Santé Alsace, le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), SOS Hépatites, le Planning Familial 67 et le Sida Info Service (SIS).

Par ailleurs, l'ARS s'est engagée dans la **lutte contre les violences faites aux femmes**, véritable enjeu de santé publique. D'une part, le financement aux associations spécialisées SOS Femmes Solidarité 67 et Solidarité Femmes 68 a été maintenu. D'autre part, la sensibilisation des professionnels de santé à un meilleur repérage des violences et une meilleure orientation des femmes victime a été accrue. En ce sens, un appel à projets a été lancé en novembre pour soutenir le rôle des professionnels de santé dans le repérage des violences.

Enfin, l'Agence s'est impliquée dans **l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes prostituées**. Du fait de leur activité, elles sont plus souvent confrontées à des problèmes de santé : risque élevé de transmission du SIDA et d'infections sexuellement transmissibles, grossesses non-désirées, mais aussi dépendances (tabac, alcool, drogues, médicaments...) et violences. Le financement de Pénélope, association spécialisée, a été maintenu ; et pour la première fois, l'Agence a apporté un soutien financier au Mouvement du Nid 67. **Une plaquette « Se protéger, être aidé-e : les contacts utiles »** a été réalisée dans le cadre d'un groupe de travail multi-partenarial. Cet outil discret, au format « poche », répertorie les lieux et dispositifs dont une personne prostituée peut avoir besoin. Diffusée par les associations, la plaquette a été éditée à 2 000 exemplaires ».



Mon Projet PRS en 2015
**Campagne de sensibilisation
à l'inutilité de la collation matinale
à l'école**
Sandra Ruau, référente de la thématique
surpoids-obésité à l'ARS

« L'Agence régionale de santé, dans le cadre de la priorité « Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents » du Projet régional de santé, souhaite favoriser l'équilibre alimentaire des jeunes alsaciens. À ce titre, elle insiste sur l'importance de l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge et sur l'hygiène de vie, notamment sur la prise du petit déjeuner et sur l'inutilité de la collation matinale.

Dans ce cadre, l'ARS a fait le choix d'une campagne de communication sur l'inutilité de la collation matinale, échelonnée dans le temps et à destination de l'ensemble des adultes proches de l'enfant. Ainsi, entre mars et avril 2015, l'ensemble des pédiatres, des médecins généralistes et des maires de la région ont été destinataires des supports d'information (plaquette, affiche, un mémento). Les Conseils départementaux ont également été mobilisés au travers de leurs services de Protection maternelle et infantile (PMI).

À partir de la rentrée de septembre 2015, la campagne de sensibilisation visant à éviter la collation matinale à l'école au bénéfice d'un petit déjeuner équilibré a été déployée dans les écoles primaires (maternelles et élémentaires) d'Alsace. Un dépliant – décliné en affiche – a été élaboré en partenariat avec l'Éducation nationale et a fait l'objet d'une diffusion aux parents d'élèves et à la communauté éducative. Par ailleurs, un album illustré « Le petit déjeuner de la victoire » a été réalisé – également en partenariat avec

l'Éducation nationale –, à destination de tous les élèves de CP des écoles de la région. L'enjeu a été d'élaborer un outil à la fois ludique et pédagogique, que les enfants, les parents et les enseignants peuvent s'approprier.

Le défi majeur dans la mise en œuvre de ce plan de sensibilisation sur l'inutilité de la collation matinale a été de s'engager dans une démarche partenariale. En effet, de la création des supports en lien avec l'Éducation Nationale (plaquette, affiches, livret illustré) à leur diffusion – via notamment l'Union Régionale des Médecins Libéraux pour les professionnels de santé, les Conseils Départementaux (via les services de PMI) et les écoles pour les parents d'élèves –, l'association de ces acteurs a permis de créer une synergie forte les mobilisant chacun dans son cœur d'activité.

Suite à la remise des plaquettes à l'ensemble des parents d'enfants scolarisés en écoles maternelles et élémentaires de la région à la rentrée, les directeurs d'école ont pu solliciter l'intervention de structures spécialement formées à l'animation de réunions d'information collective au sein des écoles afin de répondre au mieux aux questions de parents. Les structures d'accueil de la petite enfance seront également une nouvelle cible de déploiement de la campagne au cours de l'année scolaire 2015-2016 ».



2.5

Améliorer la qualité et la performance du système de santé

Le programme régional d'inspection contrôle-évaluation et le contrôle des indicateurs relatifs à la qualité

Le programme d'inspection 2015 comportait, pour la troisième année consécutive, des contrôles qualité des données déclarées par les établissements de santé dans le cadre du recueil par la Haute autorité de santé des indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins.

L'Agence régionale de santé élabore chaque année un programme régional d'inspection contrôle-évaluation (PRICE) qui concerne les établissements, les structures et les professionnels de santé. En 2015, le taux de réalisation des missions d'inspection a atteint 75 % des objectifs prévus (72 missions réalisées hors inspections santé-environnement). Ces contrôles portaient majoritairement sur les domaines sanitaire et médico-social. Une action particulière de ce programme a porté en 2015 sur les Maisons d'Accueil Spécialisées. À ce programme se sont ajoutées 8 missions d'inspection déclenchées en cours d'exercice suite à des réclamations ou signalements.

Six établissements de santé de la région ont fait l'objet de ces contrôles en 2015 : pour les six établissements, la qualité des données a été validée par l'ARS. Un contrôle a été également mené en 2015 dans un établissement dans le cadre de l'Incitation financière à l'amélioration de la qualité.



Le traitement des plaintes

En 2015, 352 plaintes ont été réceptionnées (réclamation des usagers, signalements et événements indésirables graves), dont 129 relevaient du champ sanitaire, 178 du champ médico-social et 45 du champ ambulatoire). Les suites ont été les suivantes :

- 128 courriers ou courriels de demandes d'éléments aux établissements (dont 65 dans le champ sanitaire, 58 dans le champ du médico-social, et 5 dans le champ ambulatoire) ;
- 83 courriers de réponse aux plaignants ;
- 1 inspection inopinée, 1 contrôle d'activité et l'inscription d'un établissement au PRICE 2016 dans le champ sanitaire ;

- 1 inspection non programmée, 2 contrôles restreints et l'inscription au PRICE 2016 de trois établissements dans le champ du médico-social ;
- 1 inscription au PRICE 2016 dans le champ ambulatoire, 1 contrôle qui sera réalisé en 2016 dans un institut d'esthétique en lien avec le pôle VGAS et 2 contrôles suite à des signalements concernant des tatoueurs.

Au 31 décembre, 53 dossiers étaient en cours de traitement, les autres ayant été clos.

Gestion des lits et transformations des capacités en lits des établissements

L'optimisation de la gestion des lits constitue une réponse au constat d'une durée de séjour plus longue (d'environ 10 %) qu'en moyenne nationale au sein des établissements de santé d'Alsace.

Les actions initiées en 2014, notamment dans le cadre du programme national de gestion des lits piloté par l'ANAP jusqu'en septembre 2015, ou les contrats Performance, se sont poursuivies en 2015. L'Agence régionale de santé a étendu le programme d'optimisation de la gestion des lits grâce à un appel à projets lancé fin 2014 qui a permis de sélectionner cinq établissements de santé. Ce programme, piloté et financé par l'Agence, permet d'accompagner ces établissements dans une démarche de gestion des lits. Débuté en avril 2015, le programme a permis aux établissements d'établir un diagnostic avant de présenter leur plan d'actions en novembre, la mise en œuvre étant prévue sur 14 mois.

Les objectifs sont notamment de **connaître en temps réel la disponibilité des lits, de permettre une meilleure gestion prévisionnelle des séjours et une efficience des organisations**, au moyen d'une adaptation des équipes aux activités et aux besoins des patients ainsi que d'une adaptation capacitaire. Une action est également menée sur l'organisation et l'information précoce des patients sur leurs sorties. Certains établissements ont aussi mis en place des « cellules de gestion des lits » et/ou des « comités sur la durée moyenne de séjour ».



La mise en œuvre du plan triennal
ONDAM 2015-2017

Vers une évolution structurelle du système de santé

Laura Gallard, responsable de la mise
en œuvre du plan triennal ONDAM 2015-2017
à l'ARS

« Le plan triennal ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) vise une évolution structurelle de notre système de santé entre 2015 et 2017 alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses (de 10 Mds à horizon 2017 France entière).

Le plan est structuré en quatre grands objectifs pour préparer l'hôpital de demain, partagés entre l'État et l'Assurance Maladie: **améliorer la qualité de l'offre hospitalière, prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement, poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques, améliorer la pertinence et le bon usage des soins.**

Parmi les différentes actions, 23 ont été identifiées comme impliquant fortement l'ARS, elles-mêmes réparties en 8 « blocs » : quatre d'entre eux sont gérés intégralement par l'ARS (la trajectoire financière et le taux de marge brut des établissements, le rattachement des établissements sanitaires à des groupements hospitaliers de territoire, la mutualisation des achats et le pilotage de la masse salariale); quatre autres sont co-pilotés avec l'Assurance Maladie (le virage ambulatoire et l'impact capacitaire, les transports prescrits à l'hôpital, les médicaments prescrits à l'hôpital, la pertinence des actes).

L'Assurance Maladie pilote quant à elle quatre autres blocs que sont la prescription des indemnités journalières, les médicaments prescrits en ville, les transports prescrits en ville et les autres prescriptions (biologie, imagerie).

À partir de l'été 2015, l'ARS a organisé des échanges avec les principaux établissements sanitaires de la région. Les dossiers des établissements ont fait l'objet d'une analyse et d'une phase d'échange avec les établissements fin 2015. En Alsace, 5 établissements bénéficient du soutien d'un consultant externe dans le cadre du dispositif d'accompagnement mis en place par l'ANAP. En 2016, les travaux se renforceront par l'intermédiaire d'une feuille de route opérationnelle élaborée par les établissements, comportant une description des plans d'actions et mesures à mettre en œuvre, ainsi qu'un calendrier prévisionnel.

Au sein de l'Agence, le pilotage du plan triennal est assuré par des réunions en comité opérationnel et comité de pilotage tous les mois. Ces réunions permettent l'implication et l'information de l'ensemble des directions de l'Agence ».



À
NOTER



La gestion du risque dans les transports sanitaires

Alexandrine Koenig, chargée de mission
gestion du risque à l'ARS

« Dans le Programme régional de gestion du risque, une thématique est dédiée à la maîtrise des dépenses de transports, partagée avec l'Assurance maladie dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Des actions sont engagées à la fois vers les prescripteurs hospitaliers (contractualisation avec les établissements), vers les prescripteurs libéraux, vers les transporteurs et vers les assurés.

En 2015, la mise en place du plan triennal instaure un plan d'action commun avec l'Assurance Maladie sur la question des transports notamment. **L'objectif est d'optimiser les dépenses de transports par des actions d'incitation, de contrôle et de communication.** L'Objectif régional chiffré est une économie de 1,48 M€ attendue en 2015, correspondant à un taux d'évolution maximal des dépenses de +2,7%. Fin septembre 2015, cet objectif est atteint, mais il faudra attendre les données définitives pour chiffrer les économies réalisées.

Les Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) signés depuis 2011 avec 11 établissements forts prescripteurs de transports donnent lieu à une évaluation annuelle. Ces établissements bénéficient d'un accompagnement dans leur parcours d'amélioration des pratiques de prescriptions. En 2015, les nouveaux CAQOS sur les transports ont imposé aux établissements de faire figurer leur plan d'action transports en annexe du contrat. Par ailleurs, il a été demandé un plan d'action unique aux établissements qui doivent faire remonter un plan d'action transports dans le cadre des feuilles de route du plan triennal.

Plusieurs expérimentations ont été menées cette année. En 2013, un audit des pratiques de prescription de transports financé par l'ARS dans un établissement haut-rhinois permettait d'identifier que les prescriptions de transports n'étaient pas toujours appropriées, notamment au service des urgences, le retour à domicile en ambulance répondant plus à un impératif social que médical.

Une expérimentation, débutée en juin 2015, a été réalisée dans cet établissement pour permettre un retour en bus ou en taxi des patients socialement fragiles (sans moyen de locomotion, sans famille ni proches pouvant les rechercher et sans moyens financiers), lorsque leur état de santé le permettait.

Une autre expérimentation est en cours avec un établissement bas-rhinois, pour la mise en place d'une plate-forme de régulation des transports. Cette expérimentation pourrait être étendue à deux autres établissements volontaires de la région.

Fin décembre 2014 l'évolution des dépenses de transport issues de prescriptions hospitalières était contenue à +2,4% (vs un objectif régional de +3%). À fin septembre 2015, cette évolution était contenue à +0,9% (vs un objectif régional de +2,7% attendu sur l'année 2015) ».



À
NOTER

Lancement de ViaTrajectoire pour les personnes en situation de handicap

Le logiciel ViaTrajectoire Personnes handicapées a été officiellement lancé en Alsace, le 28 septembre dans le Bas-Rhin et le 2 octobre dans le Haut-Rhin.

« Via Trajectoire » est un service en ligne déployé dans la région depuis 2009, **dont le but est d'aider un établissement ou un professionnel de santé à orienter un patient en sortie d'hospitalisation** (hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation...). Il a ensuite été développé en un deuxième volet adapté aux admissions en EHPAD, « Via trajectoire EHPAD », déployé dans l'ensemble des Ehpads de la région depuis fin 2014.

C'est sur proposition de l'Alsace en 2013 qu'a été prise la décision de créer un troisième volet consacré aux personnes handicapées ; le développement informatique du logiciel ViaTrajectoire Personnes handicapées a débuté en 2014 et s'est poursuivi en 2015, jusqu'à l'ouverture de la plateforme au printemps 2015 pour les vingt premiers pilotes.

Depuis le mois de novembre 2015, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) du Bas-Rhin et du Haut-Rhin envoient l'ensemble des décisions prises par leur commission respective des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) aux établissements et services médico-sociaux dès qu'ils ont intégré la plateforme Via Trajectoire.





Mon Projet PRS en 2015 Un colloque sur la bientraitance à destination des professionnels de santé

Sylvie Gnylec, inspecteur des affaires
sanitaires et sociales à l'ARS

« Pour la première fois en 2015, le pôle relations avec les usagers, contrôle et qualité de l'ARS a organisé une conférence-débat intitulée : « **la bientraitance, au-delà du concept** » à destination des professionnels de santé, le vendredi 27 novembre 2015 au CREF de Colmar.

L'objet de cette conférence était d'aborder la thématique de la bientraitance « au delà du concept », car la bientraitance a du mal à faire sens au niveau du terrain malgré les outils existants et les recommandations de bonnes pratiques. Le thème de la bientraitance du personnel soignant a bien évidemment été abordé, mettant en évidence ce cercle vertueux entre professionnels et institutions redonnant du sens au travail.

Cette journée s'inscrit dans le prolongement des actions mises en œuvre dans le cadre de la 12^e priorité du Projet régional de santé qui visent à **poursuivre l'amélioration de la qualité et de la gestion de la douleur**, avec pour objectif spécifique de conforter et promouvoir le développement de la bientraitance.

Donnant la parole aux professionnels et institutions, aux représentants d'usagers, elle leur a permis de s'exprimer et d'échanger pour faire vivre au travers d'actions qualifiées de remarquables des recommandations de bonnes pratiques et les outils proposés par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sans omettre la réflexion éthique qui s'y rattache nécessairement.

Le colloque a été organisé autour des quatre axes suivants :

- à l'origine du concept de bientraitance : la lutte contre la maltraitance ;
- la promotion de la bientraitance et les outils mis à disposition des professionnels ;
- la bientraitance des salariés, condition sine qua non de la bientraitance des personnes prises en charge ;
- présentation de la déviance positive et définition de l'action remarquable.

Près de 300 professionnels de santé ont pris part à cet événement ».





Daniel Lorthiois,
Président de la Conférence
régionale de la santé et
de l'autonomie d'Alsace

2.6

Favoriser les échanges et la démocratie sanitaire

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Alsace est composée de 93 membres ayant voix délibérative, répartis en huit collèges : collectivités territoriales, usagers, conférences de territoires, partenaires sociaux, acteurs de la cohésion et de la protection sociale, acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, offreurs de services en santé, personnalités qualifiées. Treize membres participent également avec voix consultative : le préfet de région, le président du Conseil économique, social et environnemental régional, les chefs des services déconcentrés de l'État, le directeur général de l'ARS ainsi que des représentants de l'Assurance Maladie (Régime général, RSI, MSA).

La CRSA émet des avis et formule toute proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle organise l'expression des usagers du système de santé et procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés leurs droits. Elle veille à l'égalité d'accès aux services de santé et à la qualité des prises en charge. Elle organise également des débats publics sur les questions de santé de son choix (cf. « À noter en 2015 »).

Présidée par Daniel Lorthiois, la CRSA 2014-2018, dont la composition a été fixée par l'arrêté du 28 juillet 2014, s'est réunie en plénière à 3 reprises en 2015, les 10 avril, 12 juin et 4 décembre. Les principaux sujets traités ont été :

- le débat public santé-environnement et le Plan régional santé-environnement ;
- l'appel à projets démocratie sanitaire ;
- la réforme territoriale ;
- le rapport droits des usagers et le label des usagers ;
- les révisions du SROS ;
- le plan diabète ;
- l'organisation régionale de la cancérologie ;
- l'évaluation externe du Projet régional de santé ;
- le plan triennal ONDAM.

En dehors des séances plénières, les attributions dévolues à la CRSA sont exercées au sein de la **commission permanente**. Outre le président de la CRSA, la commission permanente comprend les présidents des commissions spécialisées, qui ont qualité de vice-présidents, et quinze membres issus des collèges de la CRSA. La commission permanente est chargée notamment de préparer les avis rendus par la CRSA, le rapport annuel d'activités de la CRSA et les éléments soumis au débat public. La commission permanente s'est réunie à 4 reprises en 2015, les 26 mars, 29 mai, 4 septembre et 17 novembre.



Elle a notamment procédé à l'analyse et la validation des projets réceptionnés dans le cadre de l'appel à projets conjoint ARS/CRSA lancé le 18 juin 2015 sur la thématique « Actions de formation de représentants des usagers, recueil de la parole des usagers et participation des citoyens à la démocratie sanitaire et l'amélioration de leur santé » ; sur les 13 projets reçus, la Commission permanente a émis un avis favorable sur 5 projets.

La CRSA compte également quatre commissions spécialisées :

- la commission de prévention présidée par Frédéric Chaffraix depuis le 21 octobre 2014 ;
- la commission de l'organisation des soins présidée par le Dr Jean-Marie Woehl depuis le 27 octobre 2014 ;
- la commission de prise en charge et accompagnements médico-sociaux présidée par André Wahl depuis 2010 (réélu en 2014) ;
- la commission relative aux droits des usagers du système de santé présidée par Jean-Michel Meyer depuis 2010 (réélu en 2014).

La commission spécialisée de prévention contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention et à ce titre elle prépare des avis sur le schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation. Elle formule aussi toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région.

La commission est composée de 27 membres issus des différents collèges de la CRSA. Elle s'est réunie à 4 reprises en 2015, les 24 mars, 4 juin, 8 octobre et 27 novembre. Les principaux sujets traités ont été :

- le concept de prévention ;
- le Schéma régional de prévention ;
- la campagne budgétaire prévention régionale 2015 ;
- la nutrition ;
- l'épidémie de rougeole ;
- le dispositif de salle de consommation à moindre risque ;
- la vaccination.

La commission spécialisée de l'organisation des soins contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins. Elle émet un avis sur le schéma régional d'organisation des soins, dans ses volets hospitalier et ambulatoire. Elle est notamment consultée par l'ARS sur les projets de schémas interrégionaux d'organisation des soins, les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation, l'organisation et l'adéquation aux besoins de la population de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins.

La commission est composée de 44 membres issus des différents collèges de la CRSA. Elle s'est réunie à 3 reprises en 2015 – les 16 avril, 19 juin et 16 octobre – et elle a été amenée à examiner et donner des avis sur :

- 2 projets de révision du SROS (schéma régional d'organisation des soins) ;
- 1 projet de modification du cahier des charges de la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- 1 demande de création d'un nouvel établissement public de santé ;
- 16 dossiers de demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds.

Elle a été informée sur les fusions d'établissements sanitaires, sur l'évaluation annuelle des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), sur la certification des établissements de santé et sur les renouvellements d'autorisations sanitaires.

La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux est chargée d'émettre un avis sur le schéma régional d'organisation médico-sociale, de contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution. Elle émet également un avis sur l'élaboration du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et formule toute proposition sur les conditions d'accès des personnes handicapées et en perte d'autonomie aux services médico-sociaux, sur la qualité des accompagnements et prises en charge et sur les principes de contractualisation mis en œuvre avec les professionnels, les établissements, les services, les associations et les autres services publics.

La commission est composée de 31 membres issus des différents collèges de la CRSA. Elle s'est réunie à 4 reprises en 2015 – les 30 janvier, 11 février, 20 mai et 8 octobre – et les principaux sujets traités ont été :

- le schéma régional de l'organisation médico-sociale ;
- la stratégie régionale en matière de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et des dispositifs pour les publics spécifiques ;
- le parcours personnes âgées ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- le dépistage précoce des enfants handicapés ;
- la campagne budgétaire médico-sociale 2015 ;
- l'actualisation du PRIAC 2014-2018.

La commission spécialisée droits des usagers du système de santé travaille principalement sur l'évaluation des conditions d'application des droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

La commission est composée de 11 membres et s'est réunie à 6 reprises en 2015 : les 30 janvier, 20 février, 24 avril, 3 juin, 18 septembre et 20 novembre. Les principaux sujets traités ont été :

- le rapport annuel sur les droits des usagers ;
- le label 2015 « Droits des usagers de la santé » ;
- l'annuaire des représentants des usagers ;
- l'enquête « Accueil des souffrants psychiques aux urgences » ;
- la semaine sécurité des patients ;
- les travaux communs avec l'ERERAL.

Les commissions de coordination des politiques publiques de santé

Les deux commissions de coordination des politiques publiques de santé (décret n°2010-346 du 31 mars 2010) sont animées par l'ARS dans les champs de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. Composées de représentants de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, elles ont pour objectif de faciliter la coordination de l'action de ces différents partenaires.

Elles assurent une fonction de recherche de complémentarités d'actions et de cofinancement entre les autorités compétentes pour l'action publique touchant la santé de la population.

La commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile s'est réunie à 4 reprises en 2015 – les 27 mars, 19 juin, 25 septembre, 27 novembre – pour traiter essentiellement de :

- la campagne budgétaire prévention 2015 ;
- le plan Cancer 2014-2019 et le dépistage du cancer colorectal ;
- la vaccination ;
- la nutrition ;
- l'éducation thérapeutique du patient et les réseaux des maladies métaboliques ;
- le Plan régional activités physiques santé bien-être ;
- les contrats locaux de santé.

La réunion du 27 novembre 2015 a eu lieu conjointement avec la commission spécialisée prévention de la CRSA.

La commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux a tenu une réunion conjointe avec la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux, le 8 octobre 2015. Les commissions ont traité de la réforme territoriale et de son impact sur les commissions, du plan autisme, du plan maladies neuro-dégénératives et du schéma handicap rare, du PRIAC et des outils Trajectoire personnes âgées et personnes handicapées.

À
NOTER

Formation des membres de la CRSA

Une enquête sur le recensement des besoins en formation des membres de la CRSA avait été lancée en fin d'année 2014 suite à la mise en place de la nouvelle conférence. Les résultats de cette enquête ont permis d'élaborer un **programme de formation adapté à l'ensemble des membres de la CRSA** pour le premier semestre 2015.

Ont ainsi été proposés deux ateliers d'échanges sur le cadre institutionnel de l'ARS, le fonctionnement des instances de la démocratie sanitaire, et plus particulièrement de la CRSA, ainsi que des modules de formation organisés du 16 janvier au 2 avril 2015 :

- sur le fonctionnement du système de santé, et sur la promotion et la prévention de la santé, proposés par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ;
- sur la place et les droits des usagers, proposé par le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) ;
- sur l'état des lieux de la santé en Alsace, présenté par l'Observatoire régional de la santé (ORS).

L'enquête de satisfaction réalisée à l'issue des sessions de formation a révélé que ces dernières ont été utiles ou très utiles pour 87 % des participants (très utiles pour 30 % des participants et utiles pour 57 % des participants).

Débat public sur les médicaments génériques

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie a organisé son 6^e débat public le 16 juin 2015. **Le débat portait sur les médicaments génériques avec comme principal objectif de lever les freins à leur utilisation.** Près de cent personnes ont participé à cet événement articulé autour des interventions de professionnels français et allemands.

Les thèmes abordés lors des interventions et questions/réponses avec le public portaient sur :

- la fabrication, la qualité et la sécurité des médicaments génériques ;
- les excipients à effet notoire ;
- les enjeux économiques et la participation à la préservation du système de santé ;
- le recours aux médicaments génériques en Allemagne ;
- la confiance des professionnels de santé dans les médicaments génériques.

Un dépliant d'information a été réalisé pour le débat : il est disponible sur le site internet de l'ARS et est distribué dans les lieux d'accueil de l'Assurance maladie.



Consultations citoyennes santé-environnement

Dans la perspective de l'organisation d'un débat public santé-environnement en mars 2016, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Alsace (CRSA) a lancé des **consultations citoyennes pour interroger les préoccupations principales en matière de santé environnementale.**

Une enquête réalisée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Alsace a été ouverte à l'ensemble de la population régionale du 12 septembre au 12 octobre 2015 et plus de 1 200 personnes ont donné leur avis sur le sujet.

Parallèlement à cette consultation, l'Institut régional d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) a organisé des rencontres citoyennes pour recueillir les attentes de la population alsacienne mais aussi pour stimuler la participation au débat. Au total, 17 groupes ont été rencontrés sur 8 territoires de proximité en Alsace, soit 243 personnes.

Les résultats de ces travaux ont permis de prioriser et d'éclairer les thématiques qui seront abordées lors du débat public : la qualité de l'air et la qualité de l'alimentation. Ils permettront également d'enrichir les travaux en cours sur l'élaboration du 3^e Projet régional santé-environnement (PRSE 3).

2.7

Animer la politique de santé dans les territoires

L'Agence est chargée d'assurer la régulation territoriale de l'offre de santé au plus près des besoins des territoires.

Les quatre territoires de santé

L'Alsace compte 4 territoires de santé dont la vocation est double : constituer le cadre de l'organisation de l'offre de santé –le territoire de santé représentant l'espace de référence pour l'analyse des besoins et l'organisation graduée des moyens dédiés à la santé– et permettre l'exercice de la démocratie sanitaire au travers des conférences de territoire.

Les territoires de santé sont eux-mêmes constitués de douze zones de proximité favorisant la prise en charge des besoins quotidiens, fréquents ou de premiers recours ainsi que la coopération locale des acteurs de la santé et l'initiative de projets locaux.

L'activité des conférences de territoire

La région compte quatre conférences de territoire comportant chacune 49 représentants des acteurs locaux de santé : professionnels de santé, établissements de santé, personnes morales gestionnaires de service et établissements médico-sociaux, organismes œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, professionnels de santé libéraux, centres et maisons de santé, établissements assurant des activités de soins à domicile, services de santé au travail, collectivités territoriales, ordre des médecins, usagers, personnes qualifiées.

Les conférences de territoire (décret n°2010-347 du 31 mars 2010) aident à identifier les besoins de chaque territoire de santé et à déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre pour y répondre. Lieux d'échanges et de coopération sur l'organisation des soins, elles ont vocation à formuler toute proposition pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet régional de santé et à contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux avec le projet régional de santé. Elles accompagnent ainsi toutes les phases d'élaboration et de mise en œuvre du Projet régional de santé.

Elles sont présidées par :

- Claude Sturni pour la conférence de territoire 1 (Haguenau) ;
- Dr Alexandre Feltz pour la conférence de territoire 2 (Strasbourg) ;
- Christiane Charluteau pour la conférence de territoire 3 (Colmar) ;
- Jean-Marc Keller pour la conférence de territoire 4 (Mulhouse).

La conférence de territoire 2 s'est réunie le 14 avril 2015 pour formuler un avis sur les contrats locaux de santé II de Strasbourg et de l'Eurométropole.

La conférence de territoire 4 s'est réunie le 10 juin 2015 pour formuler un avis sur le contrat local de santé II de Mulhouse et traiter de l'évolution des équipements, des appels à projets en cours et de la constitution du groupement hospitalier de territoire. Elle s'est réunie une seconde fois le 3 novembre 2015 sur les thèmes de la démarche parcours des personnes âgées, de la structuration des filières de dépistage précoce du handicap et du lancement d'un diagnostic local de santé pour la région du Sundgau.

Les Contrats locaux de santé

Les premières générations des Contrats locaux de santé (CLS) de Mulhouse, Strasbourg et CUS sont arrivées à échéance au 31 décembre 2014. L'année 2015 a ainsi été consacrée aux renégociations et signatures de Contrats locaux de santé de seconde génération –la nouveauté du CLS de deuxième génération réside dans la nécessité d'assurer son inscription dans la politique de la Ville et d'intensifier les actions dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV).

Pour chacun de ces nouveaux Contrats locaux de santé, des groupes de travail thématiques préparatoires ont été mis en place selon des modalités propres à chaque CLS, associant l'ensemble des partenaires concernés afin de définir des pistes de travail communes ainsi que les objectifs cibles à atteindre.

Lancement du Diagnostic local de santé du Pays du Sundgau

Le choix de réaliser un Diagnostic local de santé sur ce territoire (DLS) a été orienté par les éléments issus de l'état des lieux du Projet régional de santé et des données de l'Observatoire régional de la santé d'Alsace (portraits sanitaires et sociaux de juillet 2013). Sans être exhaustifs, les indicateurs suivants ont particulièrement considérés : l'état de santé, l'offre de soins, l'offre médico-sociale.

L'Observatoire régional de la santé d'Alsace (ORSAL), l'Instance régionale en éducation et promotion de la santé (IREPS) et le Centre régional d'études, d'actions et d'informations d'Alsace (CREAI) ont ainsi été missionnés par l'ARS pour réaliser d'ici fin 2015/début 2016 un diagnostic partagé sur la santé au sein du territoire qui couvre 7 communautés de communes – Région de Dannemarie, Jura alsacien, Illfurth, Vallée de la Largue, Altkirch, Canton d'Hirsingue, Vallée du Hundsbach, Ill et Gersbach – et 112 communes au total.



Démarche partenariale avec les élus, les habitants, les professionnels et les acteurs du territoire, le DLS vise à approfondir et actualiser les connaissances du territoire ainsi qu'à proposer des pistes pour engager des actions d'amélioration des conditions de prise en charge de la population par :

- le recueil et les analyses des données statistiques disponibles sur l'état de santé de la population du territoire concerné (mortalité, affections de longue durée, surpoids), l'offre et accès aux soins et plus particulièrement aux soins de premier recours, situation démographique et sociale de la population, logement... ;
- le recueil des travaux d'étude et diagnostics précédemment réalisés sur le territoire ;
- le recueil de la parole des professionnels de santé du secteur social et du secteur médico-social, des habitants, des élus au cours d'entretiens collectifs et si nécessaire individuels ;
- la présentation auprès de l'ensemble des personnes intéressées des informations recueillies afin d'élaborer un diagnostic partagé sur la question de la santé dans le territoire ;
- la détermination collective de priorités de santé ;
- l'élaboration de pistes d'actions permettant de répondre aux priorités arrêtées, préfigurant un éventuel futur contrat local de santé.

Ce diagnostic partagé devra également permettre de repérer des ressources susceptibles d'être mobilisées pour la mise en place d'actions de proximité. À l'issue de la phase DLS, sera étudiée, avec les collectivités locales et les partenaires, l'opportunité de conclure ou non un Contrat local de santé en réponse aux difficultés de santé identifiées et objectivées sur le territoire.

Bilan des Contrats locaux de santé de la Communauté de communes de la Vallée de la Bruche et de la Communauté de communes du Val d'Argent

Ces deux Contrats locaux de santé ruraux conclus pour la période de 2013-2015 sont arrivés à échéance le 31 décembre 2015. Leur évaluation a été réalisée fin 2015, avec une présentation début 2016 à leurs Comités de pilotage respectifs. De cette évaluation, il ressort que les actions mises en œuvre en faveur des enfants, adolescents et jeunes, des personnes âgées isolées et/ou en perte d'autonomie et l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours et de prise en charges des urgences les plus graves (Vallée de la Bruche) ont permis de répondre efficacement aux difficultés de santé objectivées lors des diagnostics locaux de santé réalisés en amont de la signature des deux CLS.



À
NOTER

Les volets santé des contrats de ville

La loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine a instauré un **Contrat de ville** unique pour la ville et la cohésion sociale. Ce contrat permet la mobilisation de l'ensemble des politiques publiques d'éducation, d'emploi, de justice, de sécurité, de transport, de santé afin de rétablir l'égalité dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cette politique partenariale renforcée s'applique dans 1 300 quartiers prioritaires de la ville (QPV) désignés par décret.

Parmi les Contrats de ville signés en 2015 en Alsace pour la période 2015-2020 – 4 contrats dans le Haut-Rhin et 3 dans le Bas-Rhin – la majorité comportent un volet santé : celui de Mulhouse Alsace Agglomération (constitué du CLS II de Mulhouse), celui de Colmar Agglomération, celui de l'Euro-métropole de Strasbourg (volets santé constitué des CLS II de Strasbourg et de l'Euro-métropole), de Haguenau-Bischwiller et de Saverne.

L'implication de l'ARS Alsace dans les Contrats de ville doit permettre d'**orienter les moyens vers les territoires et les populations les plus en difficultés** (indicateurs sanitaires dégradés, le plus souvent associés à des indicateurs socio-économiques défavorables). Il s'agit de :

- faciliter l'accès à la prévention et aux soins ;
- maintenir une offre de proximité en médecine générale ;
- organiser le dépistage précoce des maladies à forte prévalence ;
- développer une politique inclusive en santé mentale ;
- améliorer la connaissance et l'observation partagée des inégalités territoriales et sociales de santé.

À
NOTER

CLS II de Strasbourg et Eurométropole

Les CLS II de Strasbourg et Eurométropole ont été signés le 5 juin 2015 pour une durée de cinq ans. Ces engagements rassemblent 14 signataires pour le CLS II de la Ville de Strasbourg et 17 pour le CLS II de l'Eurométropole.

Les actions prévues par le CLS II de la Ville de Strasbourg s'inscrivent **dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé** – prévention des cancers, risques liés aux addictions, surpoids et obésité – mais aussi dans les domaines des soins de premier recours et de l'accompagnement médico-social.

Le CLS II Eurométropole porte quant à lui sur des thématiques telles que l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux, l'amélioration de la santé environnementale ou encore l'observation de la santé.



Signature des CLS II de Strasbourg et Eurométropole le 5 juin 2015

À
NOTER

CLS II de Mulhouse

Le CLS II de la Ville de Mulhouse a été signé le 13 novembre 2015 et réunit 10 signataires. Son élaboration avait mobilisé plusieurs groupes de travail et associé les citoyens de Mulhouse dans le cadre d'un séminaire de travail début février.

Six axes prioritaires ont été retenus : rendre les habitants acteurs de leur santé, garantir et renforcer l'éducation pour la santé et prévention à tous les âges de la vie, la santé mentale, l'handicap et la souffrance psychique, améliorer et garantir l'accès aux droits et aux soins de premier recours, construire et maintenir un environnement plus favorable à la santé, mieux prendre en compte les problématiques de santé sur le territoire.

Deux principes transversaux irriguent par ailleurs le CLS : **construire le parcours de santé et renforcer la capacité des habitants à agir sur leur propre santé.**



Signature du CLS II de Mulhouse le 13 novembre 2015

**L'Agence régionale
de santé d'Alsace**

CHAPITRE

3

3.1

Organisation et pilotage de l'Agence



Les membres du Comité de direction

Une équipe de direction renouvelée en 2015

L'année 2015 a été marquée par le départ de Laurent Habert qui occupait la fonction de directeur général depuis la création de l'Agence régionale de santé d'Alsace en avril 2010, après en avoir été le préfigurateur. Le 10 août 2015, Marie Fontanel, qui exerçait depuis août 2011 la fonction de directrice générale adjointe, a été nommée directrice générale par intérim de l'ARS Alsace.

La direction générale de l'Agence est également constituée :

- du conseiller médical du directeur général, en charge des questions relatives à la recherche, à la coopération internationale et au schéma interrégional d'organisation des soins, de la politique de formation continue des corps techniques au sein de l'ARS, de l'animation de groupes pluridisciplinaires de pratiques professionnelles au sein de l'Agence et de la coordination du traitement des avis sanitaires sur demandes de séjour des étrangers ;
- du pôle projet régional de santé-démocratie sanitaire, chargé du pilotage de l'activité et des projets transversaux de l'Agence, et tout particulièrement du suivi de la mise en œuvre du Projet régional de santé ainsi que de l'animation stratégique et territoriale ;
- des fonctions de coopération transfrontalière (travaux de coopération avec les régions voisines d'Allemagne et de Suisse) ;
- du pôle communication, chargé de définir et de mettre en œuvre la stratégie de communication de l'Agence en direction de ses différents publics : actions de communication internes, institutionnelles, externes et en situation sensible ;
- du secrétariat de direction.

Le Comité de direction (CODIR) réunit, autour de la direction générale le directeur de la qualité et de la performance, la directrice de la protection et de la promotion de la santé, le directeur de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, le conseiller médical, la secrétaire générale et l'agent comptable. Cette instance hebdomadaire organise et assure le suivi de toutes les questions ayant trait à l'exercice des compétences de l'ARS et à son fonctionnement. Elle se réunit en séminaire deux fois par an : l'une en janvier pour définir les priorités de travail de l'Agence, la seconde en juillet pour effectuer un bilan d'étape de l'avancement des projets.

Le Comité de coordination (CODEC) réunit de manière mensuelle la direction générale, les directeurs et les responsables de départements et de pôles de l'Agence. Il permet de favoriser les échanges d'informations, notamment sur les sujets ayant trait au management et à l'organisation de l'Agence.



ARS - site de Strasbourg

La direction de la qualité et de la performance

Elle est organisée en trois pôles :

- le pôle observations et analyse des données de santé, chargé de la production statistique et d'études, ainsi que du pilotage et de l'exploitation des systèmes d'information sur les données de santé ;
- le pôle relations avec les usagers, contrôle et qualité, dédié au contrôle et à l'amélioration de la qualité et aux relations avec les usagers ; il comporte les fonctions de gestion des plaintes et l'organisation de l'inspection-contrôle, conçoit des méthodologies et outils d'évaluation qui permettent d'évaluer la mise en œuvre des priorités de l'Agence et favorise les démarches d'amélioration continue de la qualité en santé ;

La direction rassemble des fonctions transversales d'expertise au service des autres directions métiers.

- le pôle appui à la performance et gestion du risque (APGDR), chargé d'apporter son concours à l'optimisation de la performance des acteurs de santé et de contribuer aux actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé prises en charge par la solidarité nationale.

La direction de la protection et de la promotion de la santé

Elle réunit quatre pôles :

- le pôle veille et gestion des alertes sanitaires assure la veille sanitaire et prépare les plans de gestion des crises sanitaires ; il agit en partie pour le compte des Préfectures, dans le cadre d'une convention régissant les relations entre l'ARS et le Préfet de chaque département ;
- le pôle santé et risques environnementaux organise la fonction de protection des risques d'atteinte à la santé humaine liés à l'environnement (contrôle de la qualité des eaux, qualité de l'air intérieur, lutte contre l'habitat insalubre, les nuisances sonores, etc.) ;

La direction est chargée des politiques de veille et de la sécurité sanitaire de la population, de la prévention et de la promotion de la santé.

- le pôle pharmacie biologie prend en charge les procédures d'autorisation, les contrôles et inspections des pharmacies d'officine, des pharmacies à usage intérieur et des laboratoires d'analyses médicales ;
- le pôle prévention, promotion de la santé et accès aux soins est chargé de la mise en œuvre et de la coordination des actions de promotion de la santé et de prévention, ainsi que du développement des politiques de réseaux de santé.

La direction de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale

Elle comporte trois départements et un service :

- le département établissements sanitaires ;
- le département ambulatoire et formation des professionnels de santé ;
- le département établissements médico-sociaux ;
- le service des affaires financières et des investissements.

La direction est chargée de la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Son fonctionnement repose sur la mobilisation d'expertises :

- administratives, qui permettent l'instruction des dossiers en lien étroit avec les établissements et services sanitaires et médico-sociaux ;
- techniques (médicales, infirmières, pharmaceutiques) qui garantissent la pertinence des propositions formulées dans l'organisation sanitaire et médico-sociale au sein de chaque établissement ainsi qu'au niveau territorial.

Le secrétariat général

Il compte trois pôles :

- le pôle ressources humaines, responsable de la politique de recrutement, de la gestion des situations individuelles et de la carrière des agents, de la formation et du dialogue social ;
- le pôle informatique, chargé de l'équipement informatique, de la maintenance et du développement des systèmes d'information ;
- le pôle moyens généraux, qui regroupe l'ensemble des activités concourant au fonctionnement courant de l'Agence.

Le secrétariat général réunit l'ensemble des fonctions support de l'ARS.



ARS - site de Colmar

L'agence comptable-service financier

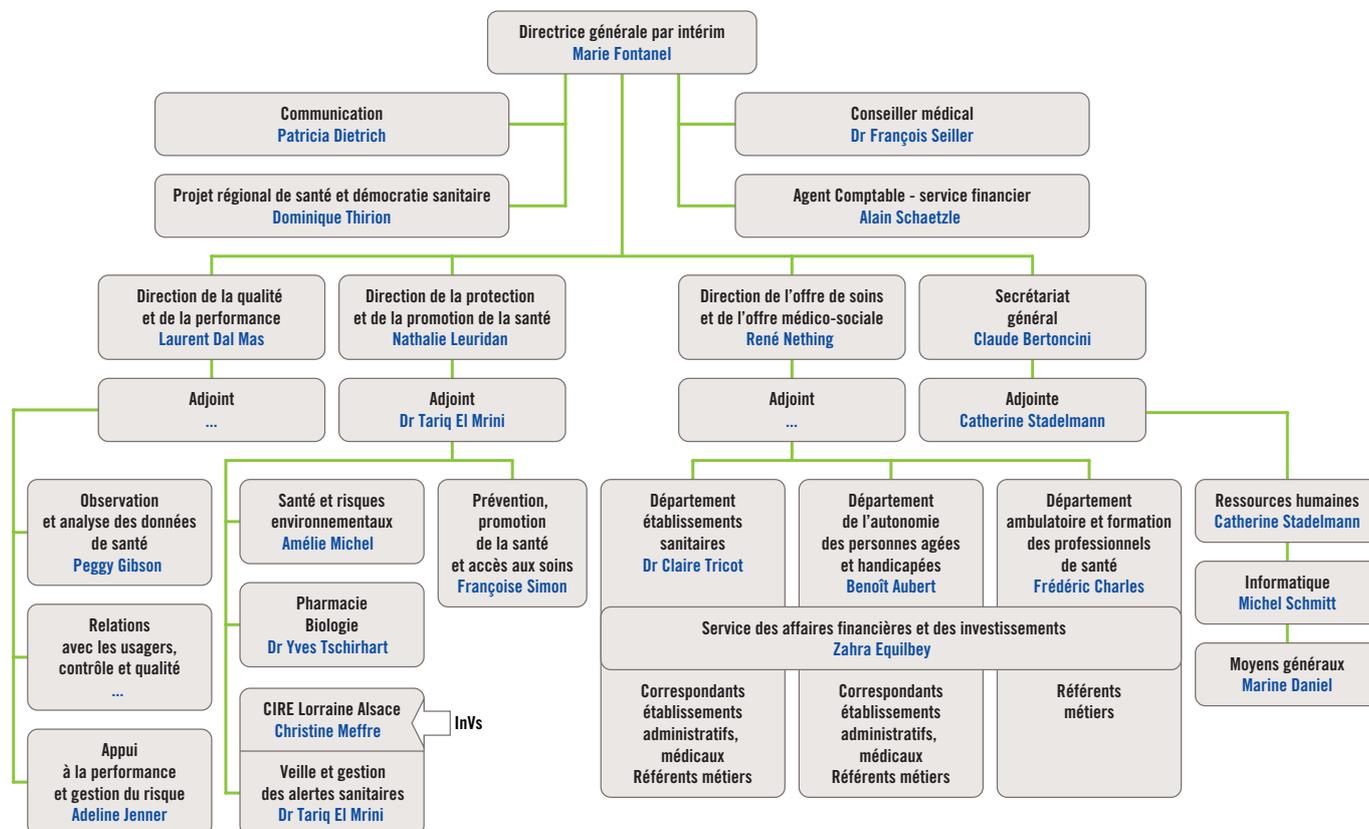
Les activités se répartissent entre :

- une fonction financière ;
- une fonction facturière et comptable ;
- une fonction d'expertise et de conseil financier.

En tant qu'établissement public administratif, l'Agence dispose d'une agence comptable – service financier.

Organigramme de l'ARS Alsace

au 31 décembre 2015



Réunion du Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance est l'instance de gouvernance de l'Agence régionale de santé. Les dispositions relatives à sa composition et à son fonctionnement sont inscrites dans le décret n°2012-1286 du 22 novembre 2012. Le mandat des membres soumis à renouvellement a été prolongé par le décret n°2014-658 du 23 juin 2014.

Le Conseil de surveillance est présidé par le préfet de la Région Alsace. Il comporte 31 membres dont 25 membres avec voix délibérative : représentants de l'État, des organismes locaux d'assurance maladie, des collectivités territoriales, d'associations d'usagers et des personnalités qualifiées. Le

directeur général, l'agent comptable et deux représentants du personnel de l'ARS ainsi que le trésorier-payeur général et le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie y participent avec voix consultative. Les membres du Conseil de surveillance sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette instance émet principalement un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'État et l'ARS, ainsi que sur les résultats de l'action de l'Agence. Il approuve le budget et le compte financier de l'ARS.

Le Conseil de surveillance s'est réuni quatre fois en 2015 : les 24 mars, 3 juin, 7 octobre et 8 décembre.

Les principaux points inscrits à l'ordre du jour en 2015 ont été :

- l'approbation du compte financier et du budget de l'Agence ;
- la présentation du plan triennal 2015-2017 ;
- la réforme territoriale ;
- la présentation du CPOM État-ARS 2015-2018 ;
- la présentation des Contrats locaux de santé de la Ville de Strasbourg, de l'Eurométropole et de la Ville de Mulhouse ;
- l'état financier régional 2014 ;
- le bilan d'activité 2015 ;
- l'organisation de la gestion de crise à l'ARS.

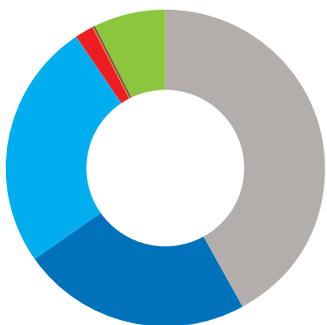
Le budget

Le budget de l'Agence, après la deuxième décision modificative, s'est élevé à 27 226 779 euros en 2015; il se décompose ainsi :



Emplois

Personnel	16 403 819 euros
Fonctionnement	2 218 795 euros
Intervention	8 604 165 euros



Ressources

État	11 479 684 euros
Assurance maladie	6 307 298 euros
Fonds d'intervention régional	6 906 518 euros
CNSA	497 169 euros
Subvention emploi avenir	26 017 euros
Autres produits	3 022 euros
Prélèvement sur le fonds de roulement	2 007 071 euros

Investissements

Opérations budgétées	800 000 euros
----------------------	---------------

À
NOTER

Généralisation des tableaux de bord de pilotage de l'activité

La généralisation des tableaux de bord de pilotage au sein de l'ensemble des directions et pôles de l'Agence vise à rendre le pilotage de l'activité plus performant afin de disposer d'une vision globale de l'activité, d'être en mesure d'identifier des points d'alerte au regard des objectifs fixés et de procéder à d'éventuels ajustements.

Le dispositif s'est déployé progressivement sur la période 2014-2015 pour concerner, fin 2015, toutes les activités de l'Agence. Il s'appuie sur trois catégories de tableaux de bord structurés de manière pyramidale : le **tableau de bord de la direction générale**, construit à partir de ceux **des directions**, eux-mêmes issus de ceux **des pôles**. Ces tableaux permettent, par l'analyse d'indicateurs qui ont été co-construits avec les responsables des directions et des pôles, de suivre mensuellement l'état d'avancement des réalisations au regard des objectifs fixés et des moyens mobilisés, constituant ainsi une aide au management interne.

À
NOTER

Participation aux travaux liés à la réforme territoriale

Les personnels de l'ARS Alsace se sont fortement impliqués dans les travaux liés à la préfiguration de l'Agence régionale de santé Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine.

Cette participation s'est traduite par une **participation à l'ensemble des dispositifs de gouvernance et des groupes de travail** mis en place pour préparer la mise en œuvre de la réforme territoriale, dès la phase amont de la période de préfiguration, laquelle s'est ouverte formellement le 22 avril 2015 avec la nomination en Conseil des ministres de Claude d'Harcourt directeur général préfigurateur de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine :

- réunion mensuelle puis hebdomadaire du comité de pilotage constitué des directeurs généraux, directeurs généraux adjoints et secrétaires généraux des ARS d'Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine ;
- élaboration d'un état des lieux interrégional identifiant les similitudes et différences organisationnelles entre les trois Agences ;
- participation à l'équipe projet préfiguration en charge du pilotage opérationnel et de la coordination de l'ensemble des travaux liés au regroupement des trois ARS ;
- participation / ou animation de groupes de travail thématiques mis en place en termes de métiers (ambulatoire, sanitaire, médico-social, santé publique, santé-environnement, stratégie, méthode et pilotage, inspection-contrôle, systèmes d'information en santé, compétences médicales et pharmaceutique), de processus transversaux (ressources humaines en santé, allocation de ressources) et de fonctions support et de fonctionnement (communication, service juridique, gestion comptable, secrétariat général) ;
- participation / ou animation des travaux confiés aux personnes nommées chefs de projet préfigurateurs, chargées de finaliser l'organisation opérationnelle au 1er janvier 2016 au niveau des directions, départements ou missions de l'ARS Grand-Est.



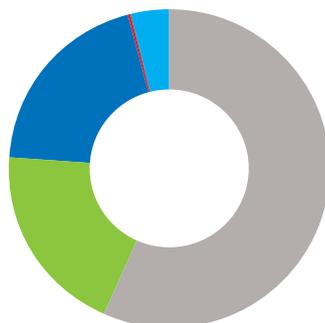
3.2 Ressources humaines

Les effectifs en 2015

En 2015, l'Agence régionale de santé a recruté 29 personnes accueilli 13 stagiaires. Elle a enregistré 34 départs.

Au 31 décembre 2015, les effectifs de l'Agence s'élèvent à 332,27 équivalents temps plein dont 219,7 ETP de plafond d'emploi répartis sur les sites de Strasbourg et Colmar. Les personnels de l'Agence régionale de santé se caractérisent par des origines professionnelles et des statuts variés. La proportion d'agents sous convention collective assurance maladie régresse légèrement en 2015 avec 19,5 % des effectifs. La proportion des agents de droit public augmente sensiblement pour atteindre 80 % des effectifs en 2015.

Fonctionnaires affectés ou détachés 56,7 %
Contractuels de droit privé 19,5 %
Contractuels de droit public 19,7 %
Apprenti/emplois avenir 0,4 %
Personnels mis à disposition 3,7 %



La répartition fonctionnelle des personnels en ETP entre les différentes directions était la suivante :

Direction générale	18,50
Direction de la qualité et de la performance	32,30
Direction de la protection et de la promotion de la santé	64,97
Direction de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale	86,90
Secrétariat général	24,60
Agence comptable et services financiers	5,00
Total	232,27

La formation en 2015

La formation professionnelle constitue un levier majeur de développement des compétences des personnels et un enjeu important pour l'Agence : elle permet d'accompagner les évolutions réglementaires et techniques, ainsi que la mise en oeuvre de la stratégie de l'Agence.

En 2015, le nombre de journées de formation suivies est de 1 172 jours-homme, contre 961,5 en 2014, 1105 en 2013 et 1673 en 2012 (dont 195,5 consacrés à l'accompagnement de la migration Office 2003 vers Office 2007).

Les principales actions de formation ont porté sur les thèmes suivants :

- **formations managériales** : poursuite du cycle initial pour les nouveaux managers (démarrage du cycle en 2014), optimiser sa charge de travail, sensibiliser aux situations favorables à l'émergence des risques psycho-sociaux ;
- **formations transverses** : réaliser les entretiens professionnels sur un support dématérialisé, piloter son activité, s'affirmer dans le respect de l'autre, optimiser sa charge de travail, rédiger des écrits dits administratifs, exprimer ses talents de négociation, formations à la sécurité (utilisation d'échelles et escabeaux, guide file et serre file, sauveteurs-secouristes du travail, habilitations électriques, manipulations des extincteurs), ateliers bureautiques (word, excel, powerpoint), préparation aux concours de la fonction publique ;
- **formations métiers** : poursuite de l'habilitation des agents à l'inspection contrôle, PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information dans les champs MCO-PSY-HAD), utilisation des logiciels SAS, HAPI, construction d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, emprunts structurés, plans pluriannuels d'investissements, analyse d'un compte administratif, allocation de ressources, diagnostic des eaux de piscines et de baignades, établir un diagnostic de conformité de l'habitat aux normes de décence, astreintes...

Le baromètre social

Afin de contribuer à améliorer l'organisation et les conditions de travail au sein de l'Agence, et dans le prolongement des autres démarches engagées (travaux de réflexion sur l'organisation, rationalisation de processus...), **un baromètre social est mis en oeuvre chaque année depuis 2012.**

Les résultats du baromètre 2014 ont été diffusés à l'ensemble du personnel via l'intranet. Ils ont été pris en compte dans l'élaboration du programme de travail 2015 de l'Agence. Les résultats du baromètre 2015 ont été diffusés à l'ensemble du personnel fin 2015.

Un plan d'actions pour la prévention des risques psycho-sociaux

Depuis la fin de l'année 2014, accompagnée par un cabinet de conseil, l'Agence Régionale de Santé d'Alsace a mis en œuvre une démarche d'identification et de prévention des risques psycho-sociaux afin d'élaborer un plan d'actions. Les principaux enjeux sont de prévenir la survenance de troubles sur les plans physique et psychologique et de préserver le contexte et l'environnement professionnel des conséquences de ces risques.

Dans un premier temps, l'Agence a procédé à la réalisation d'un diagnostic pour identifier les facteurs de risques potentiels rencontrés par des agents et les facteurs de protection existants ou développés qui animent la plupart des agents.

Dans un deuxième temps, grâce au travail participatif de co-construction avec l'ensemble des acteurs (agents volontaires, direction, comité de pilotage) un plan d'actions de prévention a été élaboré autour des différentes problématiques identifiées dans le cadre du diagnostic, qui comporte 18 mesures classées en quatre catégories :

- développer la communication interne ;
- favoriser les relations de travail ;
- améliorer l'organisation du travail ;
- prévenir la souffrance au travail et promouvoir la qualité de vie au travail.

En parallèle au plan d'actions, le comité de pilotage a élaboré un tableau d'indicateurs de suivi qui a vocation à assurer une veille de l'évolution des actions de prévention des risques psycho-sociaux.

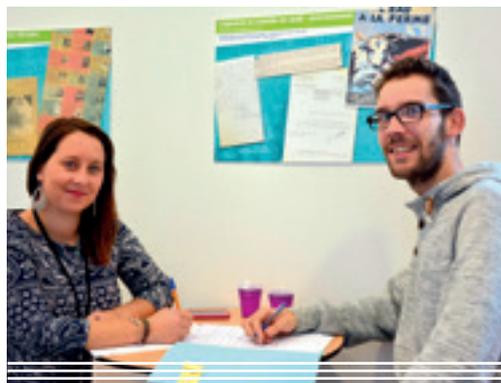
Le plan de continuité d'activité de l'Agence

Le plan de continuité d'activité (PCA) de l'ARS Alsace a été validé en janvier 2015 et mis en ligne sur le portail collaboratif dédié aux astreintes. Ce plan a pour vocation d'assurer la continuité de missions, identifiées comme indispensables, et de permettre un fonctionnement en mode dégradé de l'Agence en cas de survenue d'évènements perturbateurs – les évènements peuvent être d'origine accidentelle (sinistre touchant les locaux...), naturelle (épidémie...), ou malveillante (cyber attaque,...).

Pour chaque typologie d'évènement, un mode opératoire a été défini. À titre d'exemple, dans le cas d'un évènement venant à rendre inaccessibles des postes de travail, le mode d'organisation dégradé consiste à mettre en œuvre la mise à disposition du matériel mobile pour les agents, en respectant l'ordre de priorité des missions définies par la cartographie des missions essentielles de l'Agence.

L'année 2015 a été consacrée à la phase d'opérationnalité du PCA : il s'agissait de s'assurer de l'efficacité des procédures rédigées. Pour cela, des exercices de simulation d'une situation de déclenchement de PCA ont été réalisés par l'équipe projet, qui ont permis d'ajuster les modes opératoires afin de les rendre plus adaptés au caractère d'urgence de la situation.

À
NOTER



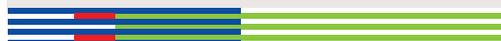
Dématérialisation des entretiens professionnels

Tiffany Arbogast, assistante de gestion administrative au pôle ressources humaines et Alexis Grand'Homme, gestionnaire de ressources informatiques au pôle informatique de l'ARS

« L'année 2015 a vu la mise en œuvre de l'entretien professionnel sous forme dématérialisée. Cet applicatif, déjà utilisé par d'autres Agences régionales de santé, et notamment en Lorraine, reprend fidèlement les différents thèmes de la version papier du compte rendu d'entretien utilisé jusqu'à présent, sous couvert des procédures et obligations réglementaires et conventionnelles.

De par son système de requête, cet applicatif facilite l'exploitation des comptes rendus d'entretien, notamment le recueil des besoins en formation, le recensement des souhaits de mobilité tant fonctionnelle que géographique, et la mise à jour des fiches de poste. Il permet ainsi une plus grande réactivité. Outil d'aide à la décision pour les managers, il facilite le suivi des compétences détenues par leurs collaborateurs, la réalisation des objectifs, l'impact des formations suivies sur les compétences. L'agent évalué a également la possibilité de consulter son entretien à tout moment durant l'année.

Le déploiement de cet applicatif a été le fruit d'un travail entre le pôle des ressources humaines et le pôle informatique de l'ARS Alsace, ainsi que le pôle informatique de l'ARS Lorraine ».



3.3

Instances représentatives du personnel

Les instances représentatives du personnel de l'Agence régionale de santé sont les suivantes : Comité d'agence, délégués du personnel, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, délégués syndicaux.

Le Comité d'agence

Le Comité d'agence (CA) est chargé d'examiner les questions relatives à l'organisation et aux conditions générales de fonctionnement de l'ARS, ainsi que toutes les mesures relatives aux effectifs, à la durée du travail, aux conditions d'emploi et à la formation professionnelle.

Constitué en deux collèges – le premier composé de fonctionnaires, des praticiens hospitaliers, le second des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels des organismes de Sécurité sociale – le Comité d'Agence comprend 7 membres titulaires (pour le premier collège, 1 siège UNSA et 3 sièges FO ; pour le second collège : 1 siège CFE-CGC et 2 sièges CFTC) et 7 membres suppléants (mêmes représentations syndicales). Le Comité d'Agence a en charge la gestion des œuvres sociales et culturelles.

Le CA s'est réuni 8 fois en 2015 dont 3 fois en présence du Directeur général préfigurateur sur le sujet de la réforme territoriale.

Parmi les thèmes traités : la réforme territoriale, la dématérialisation des entretiens annuels professionnels, les résultats du baromètre social 2014, la démarche de prévention des risques psycho sociaux, la présentation du plan de continuité d'activités, le plan de formation 2015, le bilan des astreintes 2014, le bilan social 2014, le régime indemnitaire des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel.

Les délégués syndicaux

Les délégués syndicaux représentent leur syndicat auprès de la direction de l'Agence pour formuler des propositions, des revendications ou réclamations ; ils assurent l'interface entre les salariés et l'organisation syndicale et sont les partenaires de la direction de l'ARS pour la négociation d'accords collectifs.

Les délégués syndicaux, au nombre de 4 (organisations syndicales représentées : FO, UNSA, CFE-CGC, CFTC) se sont réunis 3 fois en 2015.

Parmi les thèmes traités : le bilan du déroulement des opérations électorales CAP/CCP du 4 décembre 2014, le report des élections des représentants au Comité d'agence et des délégués du personnel, l'utilisation des panneaux d'affichage syndical.

En 2015 ont été signés :

- le « protocole de méthode relatif au processus de concertation et de consultation des instances représentatives du personnel des ARS Alsace, Champagne Ardenne et Lorraine dans le cadre de la création de la nouvelle ARS Alsace, Champagne Ardenne Lorraine » ;
- le « protocole d'accord relatif au versement d'une subvention locale au titre du repas de midi ».

Les délégués du personnel

Les délégués du personnel constituent un intermédiaire entre l'ensemble des agents de droit privé et la direction de l'ARS. Le champ de leurs interventions concerne les salaires, la mise en œuvre du code du travail, les conventions et accords collectifs, la protection sociale, la santé et la sécurité. Les délégués du personnel, 2 membres titulaires (CFE-CGC et CGT) et 2 membres suppléants (CFE-CGC), se sont réunis 2 fois en 2015.

Le Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) contribue à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail. Il est composé de 4 membres titulaires (3 sièges FO, 1 siège UNSA) et de 4 membres suppléants (3 FO, 1 UNSA).

Le CHSCT s'est réuni 7 fois en 2015 dont deux fois en présence du directeur général préfigurateur sur le sujet de la réforme territoriale. **Parmi les thèmes traités :** la réorganisation des secrétariats de deux directions de l'Agence, le plan de prévention des risques psycho-sociaux, la réforme territoriale, le recours à une expertise dans le cadre du projet de création de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine.

À
NOTER

Les instances représentatives du personnel et la préfiguration de l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine

Les instances représentatives du personnel de l'Agence régionale de santé d'Alsace ont été associées aux différentes étapes de dialogue social organisées dans le cadre de la préfiguration de l'Agence régionale de santé Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine.

Ce dialogue social a pris la forme d'une participation à des instances communes :

- une réunion des 35 représentants du personnel des ARS Alsace, Champagne Ardenne et Lorraine le 15 juin : délégués syndicaux, délégués du personnel, membres des CA et CHSCT ;
- trois instances communes de concertation :
 - réunion des membres des CHSCT et des Comités d'agence des trois ARS le 22 septembre ;
 - réunion des membres des CHSCT des trois ARS le 23 novembre ;
 - réunion des représentants des CA des 3 ARS le 30 novembre.

À noter que les CHSCT d'Alsace, de Champagne-Ardenne et de Lorraine ont sollicité le recours à un expert indépendant et agréé par le ministère du travail afin d'effectuer une expertise sur les impacts de la réorganisation sur les agents. Le choix du CHSCT d'Alsace s'est porté sur le cabinet Secafi, qui a produit un rapport d'expertise concernant le périmètre alsacien s'appuyant sur différentes ressources documentaires et sur la réalisation d'entretiens avec des personnels de l'ARS Alsace sur la base du volontariat.

Par ailleurs, la réforme territoriale a fait l'objet d'informations régulières de l'ensemble du personnel, lors des réunions d'information trimestrielle, en réunions de service et lors de deux assemblées générales le 17 juin et le 29 septembre.

3.4 Communication

Communication interne

Le plan de communication a été actualisé en 2015, en appui à la mise en œuvre des missions et des priorités de l'Agence. Il englobe les actions de communication interne, institutionnelle, externe et sensible.



Parmi les rendez-vous réguliers poursuivis tout au long de l'année 2015, on note :

- un module d'accueil proposé chaque semestre aux nouveaux arrivants sous la forme d'une réunion interactive permettant de présenter les missions, l'organisation, le fonctionnement de l'Agence et de diffuser des informations pratiques en matière de ressources humaines, communication-documentation, observations et analyse des données de santé, logistique et informatique ; ce dispositif intervient en complément des informations diffusées dans le livret d'accueil ;
- des réunions d'information trimestrielles, destinées à l'ensemble des agents, qui constituent un moment essentiel de partage sur les sujets d'actualité ; parmi les thèmes traités en 2015 : l'actualité de la réforme territoriale, la rougeole et la vaccination, le plan d'action régional diabète, les contrats locaux de santé de deuxième génération, le plan cancer III... ;
- une lettre d'information interne diffusée deux fois par mois à l'ensemble des agents, traitant des projets, des métiers et de la vie de l'Agence, ainsi que de l'évolution de l'environnement institutionnel.

À
NOTER

Un accompagnement en communication de la réforme territoriale

Une attention particulière a été apportée à l'accompagnement en communication interne des travaux mis en œuvre dans le cadre de la réforme territoriale, avec la mise en place et l'animation d'un dispositif d'information des personnels commun aux trois Agences régionales de santé d'Alsace, de Champagne-Ardenne et de Lorraine :

- diffusion mensuelle d'une lettre d'information interne commune, alimentation d'un intranet dédié à la préfiguration de la nouvelle ARS ;
- organisation d'assemblées générales de l'ensemble de agents.

Communication externe

L'Agence régionale de santé a relayé, dans ses différents supports, les campagnes nationales d'information en santé publique sur des thématiques nationales et régionales telles que les dépistages organisés des cancers, la vaccination ou encore la qualité et la sécurité des soins.

Elle a poursuivi les actions de communication menées en partenariat avec les différents acteurs de la santé en région (organismes d'assurance maladie, établissements de santé, collectivités territoriales, services de l'État) :

- prévention et dépistage du diabète ;
- sensibilisation à l'inutilité de la collation matinale à l'école dans le cadre de la lutte contre le surpoids et l'obésité des enfants en Alsace (cf. page 33) ;
- prévention des maladies liées aux piqûres de tiques (cf. page 26) ;
- dépistages organisés des cancers (cancer du sein, cancer colorectal).

À
NOTER

Les Rencontres santé

En 2015 se sont poursuivies les rencontres bimestrielles avec la presse, destinées à mieux faire connaître les initiatives menées en faveur de l'amélioration de la santé de la population en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de santé dans les domaines hospitalier, médico-social, de la médecine de ville et d'échanger avec la presse sur les problématiques et actualités liées à la santé en Alsace.

Six rencontres santé ont été organisées en 2015 et ont porté sur les thématiques telles que le parcours de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées, le numérique au service des soins, les actions en faveur de la santé des femmes, le bilan de la mise en œuvre du Pacte territoire santé en Alsace.

À
NOTER

Un nouveau test de dépistage pour le cancer colorectal et une campagne de promotion

L'année 2015 a été une année charnière pour le dépistage organisé du cancer colorectal en France : le dépistage par le test Hemocult a été remplacé par un **nouveau test immunologique, le test OC-Sensor**.

Si l'efficacité du test au gâic était déjà largement démontrée, le test immunologique s'avère encore plus performant et plus simple d'utilisation (un seul prélèvement au lieu de six) et plus performant (un nombre supérieur de cancers guéris et évités). Au cœur du dispositif, le médecin traitant délivre le test, auparavant envoyé à domicile, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans avance de frais.

Grâce à l'implication de l'Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace (ADECA) et des médecins traitants, accompagnés par l'ARS et les autres financeurs, le passage au nouveau test a été mené à bien en Alsace.

Une campagne d'information sur les **nouvelles modalités du dépistage organisé du cancer colorectal** (test OC-Sensor) a été menée en partenariat avec l'ensemble des partenaires concernés : la structure de gestion du dépistage organisé du cancer colorectal ADECA Alsace, les organismes d'assurance maladie, les collectivités territoriales...

L'objectif était de sensibiliser les médecins et d'informer le grand public, par le déploiement d'une campagne d'affichage dans les transports en commun (bus et gares), d'insertions publicitaires dans la presse régionale et locale et l'organisation d'une conférence de presse commune pour le lancement du nouveau test. L'Agence a également mobilisé l'ensemble de ses vecteurs d'information : Rencontres santé avec les médias, lettres d'information interne et externe, sites web, message d'attente téléphonique.

Communication institutionnelle

Afin de mieux faire connaître les réalisations et les projets de l'Agence auprès de ses différents publics (professionnels et établissements de santé, membres des instances de démocratie sanitaire, collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie, services de l'État en région, médias, grand public), la politique de **rendez-vous institutionnels réguliers instaurée** depuis 2012 a été poursuivie : diffusion d'Alsace Santé, la lettre d'information électronique de l'ARS, et organisation des « Rencontres Santé » avec les médias.



Communication en situation sensible

Des éléments de langage et argumentaires ont été élaborés sur des sujets sensibles, liés par exemple à des **situations d'alerte sanitaire** (épidémie de rougeole...). Les problématiques de communication ont été intégrées aux travaux menés dans le cadre de la préparation de plans et d'exercices de crise.



3.5

Environnement de travail

L'Agence régionale de santé est présente sur deux sites, à Strasbourg et Colmar.

Des travaux pour l'amélioration des conditions de travail au sein de l'Agence ont été poursuivis et complétés en 2015, en termes de logistique (changements de revêtements de sols, création d'un accueil physique, nouveaux espaces de convivialité, optimisation de l'acoustique et de l'éclairage dans les bureaux...) et d'informatique et de téléphonie (équipements des salles de réunion en visioconférence...).

Un nouvel accueil physique sur le site de Strasbourg

Au premier semestre 2015 ont été réalisés à Strasbourg des travaux de mise en place d'une borne d'accueil physique au rez-de-chaussée du bâtiment, au niveau de l'entrée 12. L'accueil physique a été mis en place en mai 2015, assuré par les agents de l'entreprise adaptée Taktim.

Cette mise en œuvre s'est notamment accompagnée de l'instauration de nouvelles procédures de gestion du courrier à l'arrivée et au départ de l'ARS. Ces travaux ont également été l'occasion de rénover et mettre aux normes la cage d'escalier et d'aménager deux espaces de convivialité dédiés aux agents : un espace documentation / salon d'attente visiteurs au premier étage et une salle de pause au deuxième étage.



Le nouvel accueil physique

Poursuite du plan d'exemplarité 2013-2016

Initié fin 2012, le plan d'exemplarité a continué d'être porté au sein de l'Agence autour de différentes thématiques: **santé, activité physique, développement durable**. Parmi les actions menées, on peut citer :

- la participation de huit agents aux Courses de Strasbourg, seize à La Strasbourgeoise et vingt-trois au « Challenge au boulot à vélo » ;
- l'organisation d'une action de dépistage du diabète, de séances de vaccination contre la grippe saisonnière,
- la dégustation de soupes de légumes de saison ;
- la découverte de techniques de bien-être (ateliers de relaxation, massages, yoga...);
- l'organisation d'une collecte de jouets au bénéfice d'une association caritative.

Une nouvelle politique d'archivage à l'Agence

L'Agence régionale de santé a optimisé sa politique d'archivage à compter du printemps 2015. Au-delà d'une **obligation légale**, il s'agissait pour l'Agence de **gagner en efficience**.

Un réseau de « référents archives » désignés au sein de chaque pôle a été constitué, dont les membres ont bénéficié d'une formation collective par une archiviste. Personne-ressource en matière d'archivage pour son service, le référent archives assure l'interface avec le pôle moyens généraux qui coordonne la gestion des archives au sein de l'Agence.

Une boîte à outils destinée à l'ensemble des collaborateurs de l'Agence a également été mise à disposition.

À
NOTER

Équipement de salles de réunion en visioconférence

Pour assurer au mieux l'organisation de réunions communes avec les équipes des Agences régionales de santé de Lorraine et de Champagne-Ardenne, **quatre salles de visioconférence ont été mises en place**, trois sur le site de Strasbourg et une sur le site de Colmar. En complément de la webconférence et de la visioconférence de bureau via Webex déjà existant, ce nouveau dispositif permet d'organiser des réunions avec un nombre plus important de participants entre les différents sites.



À
NOTER

Une exposition sur les archives de l'ARS Alsace

Dans le cadre du traitement de l'arrière des archives de l'ARS Alsace, des documents couvrant environ un siècle d'histoire de l'administration de la santé en Alsace ont été mis à jour. Ces archives ont été partagées avec l'ensemble du personnel de l'Agence, par le biais d'une exposition permanente affichée à la fin du mois de mai.

L'enjeu a été d'établir une sélection pertinente parmi plus de 10 000 documents d'archives, issus d'une vingtaine de domaines différents. Une fois la sélection réalisée, les documents ont été scannés ou photographiés pour les plus fragiles.

L'exposition est ainsi composée de cinq panneaux sur les thématiques suivantes :

- « **Professionnels de Santé** » : un premier panneau montre d'anciennes cartes professionnelles d'infirmières diplômées d'État des années 1920 à 1960 ; le second panneau présente des échanges de courriers autour de l'autorisation d'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine dans les années 1930 ;
- « **Santé Publique** » : un panneau aborde le thème de l'eau ; l'autre s'intéresse au point de vue des usagers à travers diverses plaintes des années 1960 à 1980 ;
- Enfin, le panneau « **Mineurs en danger moral** » (l'expression désignait les mineurs surveillés et placés) présente des extraits de dossiers individuels provenant de la maison d'éducation de Zelsheim (1920-1950).



**La santé
en Alsace : chiffres
et dates clés**

CHAPITRE

4

4.1

Les chiffres clés

Population

1 868 773 personnes
données provisoires INSEE au 1^{er} janvier 2014

dont **1 552 81** personnes âgées
de 75 ans ou plus

L'offre de professionnels de santé

Médecins généralistes
2 965 dont **2 149** libéraux

Médecins spécialistes
3 704 dont **1 976** libéraux

Chirurgiens dentistes
1 449 dont **1 285** libéraux

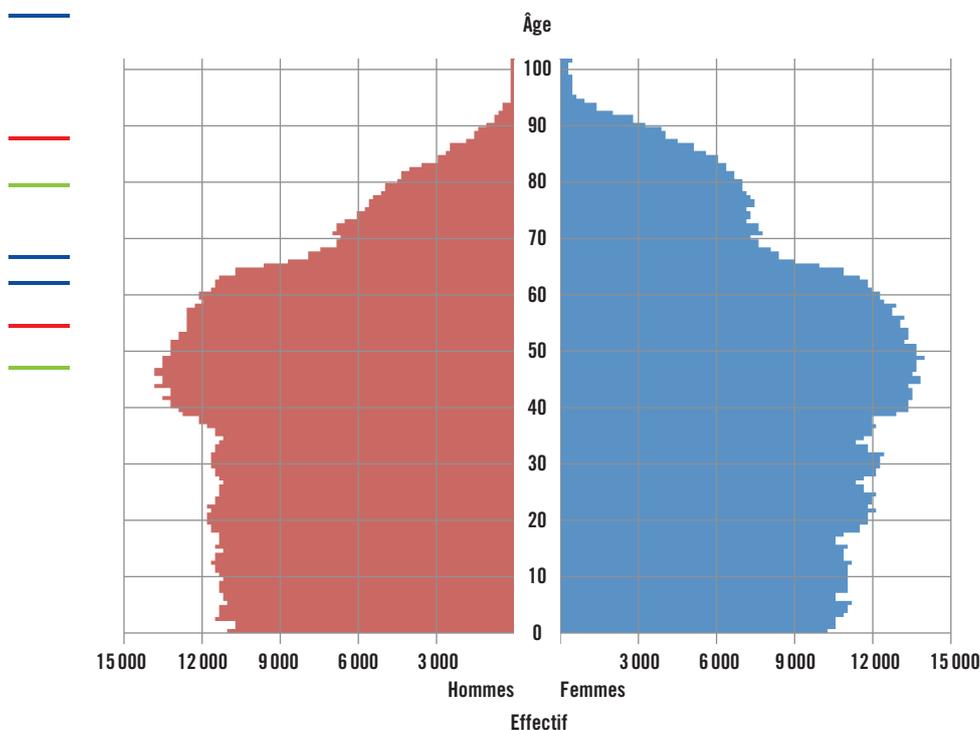
Sages-femmes
722 dont **135** libérales

Pharmaciens
1 951 dont **691** libéraux

Infirmiers
19 878 dont **2 677** libéraux

Masseurs kinésithérapeutes
2 416 dont **1 863** libéraux

Pyramide des âges de la population alsacienne



Source : INSEE - Recensement de la population au 1^{er} janvier 2012

L'offre médico-sociale

Accueil des personnes âgées dépendantes

261 établissements et services médicalisés (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD, unités de soins de longue durée USLD et services de soins infirmiers à domicile SSIAD), avec un taux d'équipement de **124 pour 1 000** personnes de 75 ans ou plus.

Accueil des enfants et adultes handicapés

103 établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés, avec un taux d'équipement de **10,5 pour 1 000** jeunes de moins de 20 ans ;
108 établissements et services médico-sociaux pour adultes, avec un taux d'équipement de **4,1 pour 1 000** adultes de 20 ans ou plus.

L'offre de soins hospitalière

Urgente pré-hospitalière

2 SAMU
7 SMUR (Services mobiles d'urgence et de réanimation) terrestres
2 SMUR hélicoptérés

Médecine

28 établissements pour **39** implantations,
4 centres de référence pour les maladies rares

Hospitalisation à domicile

6 structures

Centres autonomes d'endoscopie digestive exclusive

2 structures

Chirurgie

18 établissements autorisés pour **29** implantations

Périnatalité

15 maternités

Psychiatrie

8 établissements sur **59** sites

Soins de suite et de réadaptation

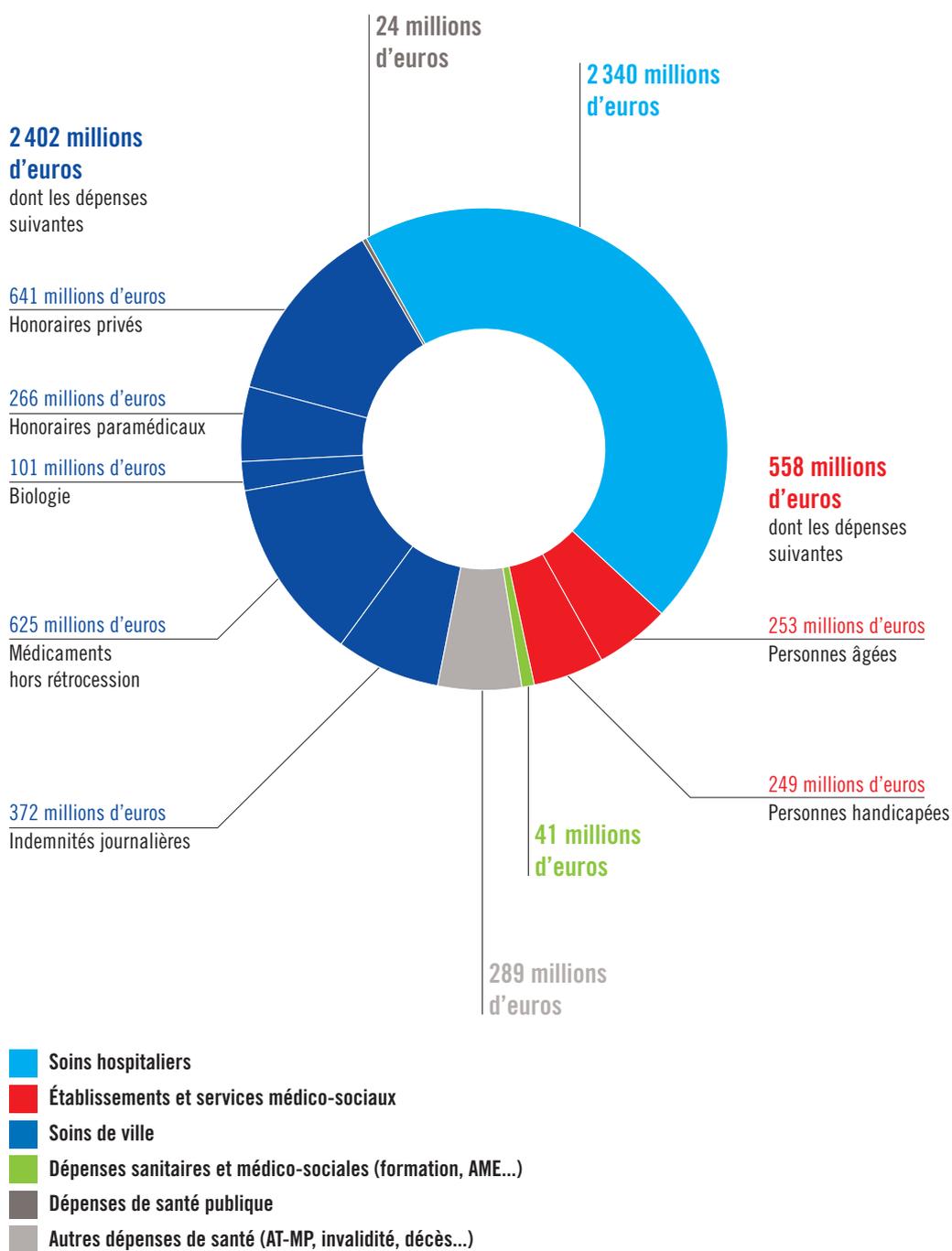
57 implantations géographiques

Les taux de recours en 2014

- Tous champs confondus, **le taux de recours des patients domiciliés en Alsace** est identique à la moyenne nationale, avec **189** patients différents hospitalisés en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou hospitalisation à domicile et/ou soins de suite et de réadaptation et/ou psychiatrie, **pour 1 000** habitants. Au sein de la région, ce taux de recours est le plus élevé dans le territoire de santé 2 (199) et le moins élevé dans le territoire de santé 4 (175).
- **Le taux de recours en court séjour** (médecine-chirurgie-obstétrique) est globalement de **2 %** supérieur à la moyenne nationale :
 - **médecine** : le taux de recours est de **9 %** supérieur à la moyenne nationale. Cette surconsommation est due :
 - en très grande partie à une surconsommation de l'activité médicale en séjours sans nuitée sur le territoire de santé 3 (poursuite de l'évolution à la baisse, mais le taux de recours demeure 58 % au-dessus de la moyenne nationale), également sur le territoire de santé 2 (46 % au-dessus de la moyenne nationale)
 - au contexte de morbidité alsacien (maladies cardio-neuro-vasculaires, diabète,...)
 - **activités de type interventionnel** : le taux de recours est de **5 %** inférieur à la moyenne nationale. On relève au sein de cette activité une importante surconsommation en actes interventionnels vasculaires diagnostiques (dont les coronarographies) ainsi qu'en angioplasties coronaires.
 - **chirurgie** : le taux de recours est très proche de la moyenne nationale (**+ 1 %**), mais avec des disparités infra régionales : le taux de recours du territoire de santé 1 est le plus élevé (de 6 % supérieur à la moyenne nationale), les taux de recours des trois autres territoires se situant de 1 à 2 % autour de la moyenne nationale.
- **Le taux de recours en soins de suites et de réadaptation (SSR)** est identique à la moyenne nationale pour l'hospitalisation complète, il est de **46 %** supérieur à la moyenne nationale pour l'hospitalisation partielle.
- **Le taux de recours en hospitalisation à domicile (HAD)** est de plus de **30 %** inférieur à la moyenne nationale, que ce soit en nombre de journées ou en nombre de patients.
- **Le taux de recours en psychiatrie** est globalement inférieur à la moyenne nationale.

Les dépenses de santé en 2014

5 655 millions d'euros en 2014
(+ 1,8 % par rapport à 2013)



4.2

Les dates clés de 2015

Janvier

- 01/01 Constitution du Groupement hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace
- 19/01 Conférence de presse de lancement de Trajectoire EHPAD dans le Bas-Rhin
- 20/01 Cérémonie des vœux internes de l'Agence à Colmar
- 22/01 Formation sur l'organisation des soins sans consentement avec les préfetures

Février

- 02/02 Réunion publique sur le Diagnostic local de santé d'Alsace Bossue
- 06/02 Réunion régionale des établissements de santé sur les groupements hospitaliers de territoire et le plan triennal ONDAM
- 20/02 Commission régionale de gestion du risque et Commission spécialisée droits des usagers

Mars

- 06/03 Comité de pilotage du Contrat local de santé de la ville de Mulhouse
- 16/03 Comité de direction commun entre les ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine
- 27/03 Séminaire sur les parcours personnes âgées

Avril

- 02/04 Comité de pilotage du CLS Communauté urbaine de Strasbourg
- 09/04 Réunion lancement du plan de réduction des capacités en lits des établissements
- 16/04 Commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA

Mai

- 04/05 Présentation du plan diabète
- 29/05 Commission permanente de la CRSA

Juin

- 03/06 Journée d'information et d'échanges sur les maladies liées aux tiques
- 03/06 Conseil de surveillance de l'ARS
- 05/06 Signature CLS Strasbourg
- 13/06 Inauguration de l'extension de l'établissement du Neuenberg
- 16/06 Conférence débat de la CRSA sur les médicaments génériques

Juillet

- 02/07 Rencontre Santé avec les médias

Août

- 10/08 Nomination de Marie Fontanel, directrice générale par intérim de l'ARS
- 25/08 Conférence de presse ARS-SLM67 sur la présence du moustique tigre en Alsace

Septembre

- 03/09 Cérémonie officielle de départ de Laurent Habert, directeur général de l'ARS
- 04/09 Conférence de presse collation matinale
- 11/09 Conférence de presse sur le nouveau test de dépistage du cancer colorectal
- 28/09 Lancement Via trajectoire handicap dans le Bas-Rhin

Octobre

- 01/10 Assemblée générale exceptionnelle du CREAL
- 02/10 Lancement via Trajectoire handicap dans le Haut-Rhin
- 07/10 Conseil de surveillance de l'Agence
- 08/10 Réunion conjointe Commission spécialisée médico-sociale de la CRSA et de la commission de coordination médico-sociale

Novembre

- 02/11 Réunion de la Conférence de territoire 4
- 03/11 Inauguration de l'unité d'enseignement autisme en école maternelle à Mulhouse
- 13/11 Signature du CLS Mulhouse II
- 26/11 Café santé dans le cadre de la Semaine de sécurité des patients en gare de Mulhouse
- 27/11 Colloque régional sur la bientraitance à Colmar

Décembre

- 04/12 Séance plénière de la CRSA
- 08/12 Conseil de surveillance de l'Agence
- 15/12 Réunion sur les groupements hospitaliers de territoire avec la mission Hubert-Martineau à Nancy
- 17/12 Rencontre Santé avec les médias
- 18/12 Comité de pilotage du CLS Strasbourg et Eurométropole

ars
alsare S

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ALSACE

Cité administrative Gaujot
14 rue du Maréchal Juin
67084 Strasbourg

Tél. : +33 (0)3 88 88 93 93
Courriel : ars-alsace-direction@ars.sante.fr
Site : www.ars.alsace.sante.fr