



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« DES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION
AUX AGENCES REGIONALES DE SANTE :
BILAN D'ACTION ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION A
PARTIR DE L'EXEMPLE DE LA HAUTE-NORMANDIE »**

– Groupe n° 7 –

- BROCHET Marie-Paule – IASS
- CLEMENT Maud – DH
- DENIS Martine – DS
- DUVAL Mathilde - IASS
- ELLEBOODE Benoit - MISP
- GANCE Hélène – D3S
- GILLET Ludivine – D3S
- LE SEVEN Chantal – DS
- NICOLAS-PIEDVACHE Béatrice – D3S
- ROLLAND Danièle – IASS
- WITTMANN Nicolas – DH

Animateur

– *Hervé MICHEL*

S o m m a i r e

INTRODUCTION

I – L'ARH : une structure au service de la rationalisation du système de santé.

I – 1 – Une réelle volonté de déconcentration de l'organisation sanitaire

- A) La création des ARH : une réponse à la nécessité de rationaliser l'offre de soins dans un contexte économique contraint.
- B) Le choix d'une entité juridique nouvelle dotée de moyens d'actions innovants.

I – 2 – L'application du nouveau contexte réglementaire en région Haute-Normandie.

- A) L'installation de l'ARH Haute-Normandie dans une région défavorisée au regard des indicateurs de santé.
- B) Une large concertation des acteurs autour de SROS enrichis.

II – A l'heure des ARS : Quel bilan ?

II – 1 – Des progrès indéniables au regard des missions initiales

- A) Une réelle recomposition de l'offre de soins sur le territoire qui demeure inachevée.
- B) L'amorce d'une démarche de travail commune entre les différents acteurs du système de santé.

II – 2 – Des limites nécessitant une évolution du dispositif actuel

- A) – L'essoufflement d'une dynamique.
- B) – La mise en place des ARS, une véritable attente des acteurs du système de santé.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ANNEXES

Remerciements

Les participants de ce groupe remercient l'ensemble des personnes rencontrées, pour leur disponibilité et la qualité des échanges :

- Mme de BADREAU – Directrice adjointe – DRASS de Rouen
- M. BLOCH – Directeur du CH de Dieppe – Représentant la FHF
- Mme BIESBROUCK – Directrice Adjointe –URCAM et ses collaborateurs
- M. CADOU – Directeur - DDASS 27
- Dr CHARLES – Direction régionale du service médical
- M. DUBOSCQ – Directeur ARH de Haute Normandie
- M. FERRO – Secrétaire Général ARH de Haute Normandie
- Mme FOUIN – Responsable de Division -CRAM
- Mme MENGUAL – Conseillère Régionale
- Mme PALLADITCHEF – Directrice du CRF de la Musse - Représentant la FEHAP
- Dr REVILLON – Directeur médical URML
- M. SCHAPMAN – Représentant Usagers / UFC que choisir
- Mme TISON – Inspectrice Principale – DDASS 76
- M. VIDAL – Directeur de la clinique du Cèdre – Représentant la FHP

Nous tenons également à remercier M.Hervé MICHEL, Docteur en Sciences Politiques, Consultant et Formateur, pour son soutien méthodologique, logistique et son accompagnement tout au long de notre réflexion.

Liste des sigles utilisés

AM	: Assurance Maladie
ARH	: Agence régionale de l'hospitalisation
ARIM	: Agence de Remplacement et d'installation Médicale
ARS	: Agence régionale de santé
ARSA	: Agence régionale de santé et de l'autonomie
CA	: Conseil d'administration
CBUM	: Contrat du bon usage du médicament
CESR	: Conseil Economique et Social Régional
CH	: Centre hospitalier
CHI	: Centre hospitalier intercommunal
CNEH	: Centre National de l'Expertise Hospitalière
COMEX	: Commission exécutive
CPAM	: Caisse primaire d'assurance maladie
CPN	: Centre de Périnatalité
CPOM	: Contrat d'objectifs et de moyens
CRAM	: Caisse régionale d'assurance maladie
CROSS	: Comité régional d'organisation sanitaire et sociale
CROS	: Comité régional d'organisation sanitaire
CRS	: Conférence régionale de santé
CSP	: Code de la santé publique
CRSP	: Comité régional de santé publique
CRUQ	: Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DARH	: Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
DDASS	: Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DG	: Directeur général
DGS	: Direction générale de la santé
DMP	: Dossier Médical Personnel
DRASS	: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRDR	: Dotation régionale de développement des réseaux
DRSM	: Direction régionale du service médical
EHPAD	: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPRD	: Etat Prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	: Etablissement public de santé
FIQS	: Fonds d'intervention pour la qualité des soins et la coordination
GCS	: Groupement de coopération sanitaire
GHS	: Groupe homogène de soins
GIP	: Groupement d'intérêt public
GRSP	: Groupement régional de santé publique
HAD	: Hospitalisation à domicile
HPST	: Hôpital, patients, santé, territoire
IGAS	: Inspection générale des affaires sociales
INCA	: Institut national du cancer
INSEE	: Institut national de la statistique et des études économiques
MCO	: Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	: Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MRS	: Mission régionale de santé
OQOS	: Objectifs quantifiés de l'offre de soins
OQN	: Objectif quantifié national
ORS	: Observatoire régional de santé
PMSI	: Programme médicalisé des systèmes d'information
PRAPS	: Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	: Programme régional de santé
PRSP	: Plan régional de santé publique
RH	: Ressources humaines
UNCASS	: Union nationale des caisses de sécurité sociale
URCAM	: Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	: Union régionale des médecins libéraux
SAE	: Statistique des activités et des équipements
SSIAD	: Service de soins infirmiers à domicile
SROS	: Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	: Tarification à l'activité

INTRODUCTION

« Garantir pour l'avenir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire » telle est la volonté politique qui préside à la réforme Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).¹

Depuis maintenant douze ans, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) impulsent la mise en œuvre de la réforme hospitalière qui a considérablement modifié le paysage sanitaire de l'hexagone. Créées dans un contexte difficile de réforme de l'assurance maladie, les ARH ont été chargées, en effet, de recomposer l'offre de soins et de mieux allouer les moyens des établissements publics.

La dernière décennie a été fortement marquée par l'émergence de la « démocratie sanitaire » et par l'amorce du décloisonnement des approches sanitaire, sociale, médico-sociale et la nécessité d'une mise en adéquation des besoins en santé et des moyens disponibles pour y répondre. Aujourd'hui, chacun s'accorde à reconnaître que des avancées majeures ont été opérées, même si de nombreuses préoccupations subsistent.

En Haute-Normandie, comme dans les autres régions de France, l'ARH a été chargée de définir la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, de déterminer et d'assurer le suivi des objectifs et les politiques publiques mises en œuvre par les établissements de santé.

Après plus d'une décennie d'existence, le législateur propose la création de nouvelles structures, les ARS, qui auront pour rôle de rassembler dans chaque région l'ensemble des acteurs du système de santé avec un pilotage unique.

Alors même que le projet de loi est encore en cours d'examen, quel bilan peut-on dresser de l'action des ARH avant qu'elles ne s'effacent au profit des Agences Régionales de Santé (ARS) ?

Ce sujet d'actualité complexe, du fait de la multiplicité des acteurs concernés et de son impact du système de santé, cristallise les relations entre ces derniers.

Après avoir étudié, dans un premier temps, le contexte de mise en place de l'ARH au regard des textes et de la situation spécifique de la Haute-Normandie (I), ce travail d'analyse se propose, dans un deuxième temps, de dresser un bilan de l'action de l'ARH de Haute-Normandie et

¹ Discours de présentation de la loi HPST de Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, devant le Parlement
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

d'envisager les nouvelles perspectives relatives à l'organisation des soins dans le futur dispositif réglementaire qui encadrera les Agences régionales de Santé (II).

Le point de départ de ce travail a donc été le recensement et l'analyse des textes réglementaires et des publications de référence en la matière afin de pouvoir identifier les interactions entre les différents acteurs à l'échelle régionale. Par la suite, de nombreuses rencontres avec les professionnels impliqués dans le fonctionnement de l'ARH Haute-Normandie ont permis une confrontation entre les premières analyses de l'action de l'ARH et les réalités du terrain. En parallèle, l'objectif était d'appréhender les perceptions des acteurs régionaux sur le futur dispositif ARS.

I – L'ARH : une structure au service de la rationalisation du système de santé.

I – 1 – Une réelle volonté de déconcentration de l'organisation sanitaire

A) La création des ARH : Une réponse à la nécessité de rationaliser l'offre de soins dans un contexte économique contraint.

Les grandes lois hospitalières de 1970, de 1991 et les ordonnances de 1996, ont introduit les critères économiques dans les choix et les orientations des politiques hospitalières.

A l'objectif qui consiste à assurer la meilleure qualité et sécurité des soins pour tous, répond celui de la maîtrise des dépenses de santé.

Dès 1982, les experts du Commissariat Général au Plan envisagent la régionalisation comme une voie de réforme possible du système de santé. La réflexion ainsi initiée semble sommeiller une dizaine d'années, avant que des rapports tels que « *santé 2010* » dit Rapport Soubie, et le livre blanc de 1994, relancent le débat.

D'après les auteurs, la maîtrise nécessaire des dépenses de santé, garante du maintien de la solidarité nationale sur le risque maladie « *doit reposer sur l'invention d'un nouveau compromis social entre acteurs* ». Le niveau local proposé est la région.

La régionalisation est amorcée en 1991 avec la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui prévoit la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), établit l'obligation du projet d'établissement, définit la notion de contrat d'objectifs et de moyens et enfin fixe pour les cliniques, l'objectif quantifié national (OQN).

En 1995, Alain JUPPE, Premier Ministre, se prononce, dans sa déclaration de politique générale devant l'Assemblée Nationale, pour une réforme de l'hôpital qui prévoit notamment, de substituer au budget global (instauré en 1984) « des contrats d'objectifs négociés régionalement » et annonce la création d'un « Haut Conseil pour l'hôpital » placé auprès du Ministre de la Santé.

Un tournant essentiel dans l'émergence d'une politique de santé publique est pris avec les ordonnances de 1996 qui prévoient des mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, à

la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, à la réforme de l'hospitalisation publique et privée qui créent notamment les ARH.

Ces agences ont pour but de déconcentrer du niveau ministériel au niveau régional, l'organisation de l'hospitalisation publique et privée.

Ses trois missions sont définies par l'article L 6115-1 du Code de la Santé Publique :

- « définir et mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS »,
- « analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés »,
- « déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire ».

B) Le choix d'une entité juridique nouvelle dotée de moyens d'actions innovants.

Les ordonnances de 1996 traduisent le choix de l'Etat de créer de nouvelles structures juridiques plutôt que de redéfinir ou d'étendre les pouvoirs de services préexistants. L'idée est de créer des administrations de mission à visée stratégique déchargées des pesanteurs traditionnelles des administrations de gestion.

Ces nouvelles instances chargées de la régulation de l'offre de soins sont :

- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), autorité unique de régulation de l'offre hospitalière publique et privée,
- l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) dont la mission est de définir et de mettre en œuvre, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une politique régionale de gestion du risque, commune aux principaux régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette politique prend en compte l'ensemble du système de soins, ambulatoire et hospitalier. Elle prend en compte non seulement les soins mais aussi la prévention mais aussi à l'éducation à la santé.

Instance de coordination, l'ARH fait appel aux services de l'Etat, reprenant en fait les moyens existants des administrations déconcentrées du Ministère de la Santé (DDASS, DRASS) et de l'Assurance Maladie (CRAM et DRSM : échelon régional du contrôle médical).

Le directeur de la DRASS et celui de la CRAM sont nommés vice-présidents de l'ARH.

Instituée dans chaque région, l'ARH est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Placée sous la tutelle du Ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, elle est soumise au contrôle de la Cour des comptes et de l'Inspection Générale des affaires sociales.

La convention constitutive, conforme à la convention type prévue par le décret n°96-1039 du 29 novembre 1996, passée entre les organismes membres, prévoit l'apport de chacun au fonctionnement du groupement : apport financier, apport en personnels et en matériels.

Placées sous la responsabilité d'un directeur (le DARH) nommé par décret en Conseil des Ministres, chaque ARH est constituée d'une petite équipe de six à vingt agents. Sa commission exécutive (COMEX), instance délibérante de l'agence, est composée à parité, de représentants de l'Etat et de l'Assurance maladie ayant voix délibérative ainsi que de représentants de la région, siégeant à titre consultatif. Présidée par le Directeur de l'agence, la COMEX délibère ou émet des avis sur la plupart des dossiers relevant des compétences de l'ARH.

L'ARH s'appuie sur les travaux des conférences nationales et régionales de santé, qui définissent annuellement les priorités de santé, et sur des avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS). Dans le cadre de l'enveloppe régionale limitative découlant de l'objectif annuel des dépenses de santé votée par le Parlement, le directeur de l'ARH alloue les budgets des établissements sous dotation globale.

L'ARH a un rôle prédominant dans la planification de l'offre sanitaire régionale à travers la rédaction des Schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS), en partenariat avec tous les professionnels de santé. Cet outil préexistant aux agences s'est progressivement imposé comme le seul document à caractère normatif de la planification sanitaire. Le SROS est devenu le cadre de référence de la politique des ARH. Le SROS définit tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé².

Il est ensuite décliné au sein de chaque établissement par l'intermédiaire d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) s'adressant depuis 2007, à l'ensemble des établissements. A ce jour, quatre vingt quinze contrats ont été signés en Haute Normandie. Un outil de suivi annuel a été mis en place afin de s'assurer de leur pertinence.

Dans un contexte de contractualisation entre les établissements et leurs autorités de tutelle, l'apparition de la tarification à l'activité (T2A) a profondément modifié les relations entre ces derniers sous l'angle d'un contrôle budgétaire accru.

² *Article L6121-1 du Code de Santé Publique.*

La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés antérieurement financés par dotation globale est entrée en vigueur en 2006 (Introduction de la T2A).

I – 2 – L’application du nouveau contexte réglementaire en région Haute-Normandie.

A) L’installation de l’ARH Haute-Normandie dans une région défavorisée au regard des indicateurs de santé.

L’Agence Régionale de l’Hospitalisation de Haute Normandie a été créée par convention en date du 31 décembre 1996 et son siège fixé au 38 bis, rue Verte 76000 ROUEN. Son directeur et sa commission exécutive ont été appelés à exercer leurs fonctions à compter du 1^{er} mars 1997.

Le SROS I préexistait à la mise en place de l’ARH. Il avait pour intention première de répartir de manière rationnelle l’offre de santé sur le territoire dans le cadre d’un maillage pertinent et efficace. Dans cette logique, un certain nombre de priorités ont été dégagées :

1. Répondre à la logique d’équité d’accès aux soins,
2. Organiser prioritairement les éléments les plus structurants du système de soins,
3. Prendre en compte les problèmes de santé spécifiques,
4. Assurer la continuité de la prise en charge et le déplacement avec plus de fluidité du parcours du patient dans le système de soins dans le cadre de la prise en charge des soins de suite et de réadaptation (SSR),
5. Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge / Evaluer les objectifs fixés,
6. Réduire la mortalité,
7. Réduire les délais d’attente aux urgences,
8. Restructurer les établissements hospitaliers.

Ce SROS avait été élaboré afin de répondre aux principales problématiques de santé publique en Haute-Normandie, région plutôt défavorisée au regard des indicateurs de santé. Les deux problématiques majeures à la date de création des ARH sont toujours d’actualité : les cancers et le suicide. La région se situait à l’époque au 21^e rang des 22 régions françaises en matière de

mortalité par tumeur maligne³ dont les causes répertoriées à l'époque étaient liées d'une part aux problèmes d'environnement et de comportements (pour les cancers aérodigestifs notamment), et d'autre part, au manque de prévention engendrant un diagnostic et une prise en charge tardifs. Les cancers représentaient alors une surmortalité de 12% par rapport à la moyenne nationale.

Les suicides, avec une surmortalité de 40% par rapport à la moyenne nationale, faisaient de la Haute-Normandie l'une des trois régions de France les plus affectées.

La toxicomanie, les situations de dépendance et les pathologies liées à une mauvaise hygiène de vie (obésité, hygiène bucco-dentaire, cirrhoses) étaient trois autres thématiques d'actualité dans la région.

D'autres thèmes ont été abordés dans le cadre du SROS I et ont fait l'objet d'actions de prévention : les pathologies traumatiques, les maladies cardio-vasculaires, l'alcoolisme, le tabagisme.

Une attention particulière a également été portée aux problématiques d'accès aux soins et aux problèmes environnementaux.

Globalement, les enjeux majeurs retenus dans le SROS II se basent sur la même analyse du contexte régional mais une attention particulière est portée à la question du vieillissement de la population. Le pourcentage des plus de 60 ans devrait atteindre 21 % en 2010.

Il en est de même pour l'élaboration du SROS III qui souligne la prévalence des maladies chroniques.

Il est possible d'expliquer en partie la situation sanitaire de la Haute-Normandie du fait du nombre important d'implantation d'industries de type SEVESO (75 en 2008). De plus l'évolution défavorable de la démographie médicale et paramédicale engendre des disparités territoriales d'accès aux soins.

Dans le **SROS I**, les publics prioritaires en matière de santé publique étaient les personnes en situation de précarité, surtout les jeunes de 16 à 25 ans, les femmes isolées avec ou sans enfants et les personnes sans domicile fixe.

Pour faire face aux enjeux précités, la conférence régionale sur l'état de santé publique de la population en Haute-Normandie s'était fixée un certain nombre d'objectifs : améliorer la connaissance et la qualité des indicateurs de santé, mobiliser les professionnels du champ

³ Délibérations du jury de la conférence régionale sur l'état de santé et les priorités de santé publique en Haute-Normandie. 01/02/1996.

médico-social, coordonner les actions en développant par exemple les réseaux de santé et corriger les disparités régionales en terme de ressources dans le domaine de la santé.

Considéré comme plus directif que dans d'autres régions, le SROS 1 de Haute Normandie a permis de poser les bases d'un réseau hospitalier ainsi que les éléments d'une réflexion autour de la répartition territoriale de l'offre de soins. Il a défini l'architecture du réseau de soins hospitalier en désignant un centre de référence par secteur sanitaire. Les autres établissements sont dits « périphériques ».

Cette organisation a permis de lancer une dynamique de coopération et de complémentarité entre les établissements de la région. Elle traduit une politique volontariste visant à équilibrer les disparités sur les territoires notamment de Dieppe et Evreux.

Un plan d'investissement important s'est centré sur le développement des secteurs de périnatalité, des urgences et de la psychiatrie.

Par ailleurs, le SROS a permis un processus de partage des compétences médicales sur le territoire et la co-utilisation des équipements lourds.

L'évaluation du SROS I a montré que ce mouvement était cependant insuffisant. Davantage centré sur l'hôpital que sur des objectifs sanitaires, il ne prenait pas assez en compte la réalité des bassins de santé et de leur offre de soins de proximité. Il ne permettait pas la pleine recomposition de l'offre hospitalière. L'évolution du contexte réglementaire va progressivement permettre d'enrichir le contenu des SROS, l'ARH accordant une attention particulière à l'implication des différents acteurs locaux.

B) Une large concertation des acteurs autour de SROS enrichis.

Face à ces constats, le **SROS II** préconise une approche transversale des problématiques de santé par une organisation en réseau de l'offre de soins hospitalière. Il représente un enjeu essentiel pour la région.

Les priorités dégagées au sein du SROS II sont de⁴:

- Permettre l'accès de tous à des soins de qualité en évitant les pratiques différenciées selon l'origine géographique, la maladie et les ressources de patients,

⁴ Pour une vision des axes de travail des différents SROS, tableau de synthèse en annexe

- Préciser le rôle et la place de chaque établissement hospitalier afin d'offrir une meilleure lisibilité du système de soins régional,
- Accroître la dynamique du système de soins en favorisant les rapprochements entre établissements publics et privés, en encourageant les coopérations entre les niveaux d'intervention,
- Conforter une offre de proximité plus souple, mieux adaptée aux réalités locales et aux besoins évolutifs des populations, avec une double exigence : une approche globale de la santé et un fonctionnement en réseau des professionnels de santé pour assurer la continuité de la prise en charge.

En plus de faire disparaître la carte sanitaire, le plan Hôpital 2007 a fait du SROS le seul outil de planification et a créé les territoires de santé. La définition du périmètre des territoires de santé a beaucoup varié entre les différentes régions⁵. En effet, un tiers des régions a préféré stabiliser le découpage du SROS II, mais la majeure partie des régions a inventé un nouveau territoire, comme c'est le cas de la Haute-Normandie. Désormais la région est découpée en quatre territoires de santé (Dieppe, Rouen-Elbeuf, Le Havre, Evreux-Vernon).

Malgré une volonté initiale d'élargir le champ du SROS, le SROS II est resté centré sur le secteur hospitalier. A partir de ce constat, le **SROS III** a cherché à territorialiser son action tout en impliquant davantage les acteurs.

Le SROS III est donc un SROS « enrichi », selon les propres termes de l'ARH, car il intègre les liens avec la médecine ambulatoire, le champ social et médico-social ainsi que des connexions prévention/soins curatifs/soins palliatifs.

Le contexte reste inchangé sur un certain nombre de points issus du diagnostic des besoins de santé : une demande de soins qui augmente de manière régulière en raison du vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques.

Les responsables de DDASS et DRASS rencontrés soulignent l'esprit de négociation et de concertation qui ont animé les groupes de travail thématiques, lors de la préparation du SROS III. Ils regrettent cependant que l'aspect prévention ait été peu développé même si certains thèmes ont été largement traités à l'image du schéma régional d'addictologie qui intègre les volets sanitaire et médico-social.

⁵ Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, IRDES, Mai 2008.

De nombreux acteurs interrogés ayant participé au processus d'élaboration du SROS III ont mis en avant le caractère participatif de la démarche de réflexion.

Selon le directeur de la DDASS de l'Eure, l'ARH a contribué à répartir les moyens de manière équitable sur le territoire conformément aux orientations du SROS. Des efforts d'investissement ont été effectués, chaque CH doté d'une structure d'urgence et d'un SMUR participe ainsi à la permanence des soins sur l'ensemble du département.

Les différents acteurs ont été conviés à participer aux quatre conférences de santé de territoire, au Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) et à la Commission exécutive de l'Agence.

Cependant ce schéma a vocation à intégrer les nouvelles attentes des usagers ainsi que les évolutions induites par le contexte social (précarité) et les alternatives à l'hospitalisation complète. A ce titre, il matérialise la volonté d'élargir le champ des dix thèmes prioritaires du SROS II.

Les quinze thèmes de travail traités par le SROS III s'intègrent dans une démarche plus transversale qui définit et met en œuvre une organisation régionale garante de l'égalité d'accès des usagers au système de santé.

Ainsi les principes directeurs du SROS III matérialisent cette volonté de transversalité et de rationalisation au travers de thèmes innovants comme le développement de la télémédecine, la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) et le développement des actions dans le domaine de la prévention/éducation à la santé. Parallèlement, le schéma confirme les axes de travail en réseau, la lutte contre les risques sanitaires et les efforts à prolonger en terme de formation, transferts de compétences, mutualisation des équipes dans un objectif de pluridisciplinarité.

L'évolution de la démarche de SROS depuis plus de quinze ans démontre l'adaptabilité de cet outil au regard des problématiques et des besoins identifiés sur la région Haute Normandie, comme l'indique le tableau suivant.

THEMATIQUES DES TROIS SROS DE HAUTE NORMANDIE

VOLET PAR ACTIVITE DU SROSI	VOLET PAR ACTIVITE DU SROS 2	VOLET PAR ACTIVITE DU SROS 3
Urgences	Urgences	Urgences et permanence des soins
Réanimation	Psychiatrie	Médecine HAD
Insuffisance rénale chronique	Cancérologie	Chirurgie
Psychiatrie	Soins aux personnes âgées	Prise en charge personnes âgées
Soins de suite et réadaptation	Soins de suite et réadaptation	Soins de suite et réadaptation
Etats végétatifs persistants	Périnatalité	Réanimation, soins intensifs
	Alternatives à l'hospitalisation	Imagerie
		Psychiatrie Santé mentale
		Périnatalité
		Cardiologie
		Cancer
		Médecine
		Cérébrolésés traumatisés médullaire
		Soins palliatifs
		Insuffisance rénale chronique

Douze ans après leur création, il est possible de dresser un bilan de l'action des ARH, alors même que le projet de loi HPST qui devrait mettre en place les ARS est discuté devant le Parlement. L'étude de la région Haute-Normandie permet de comprendre que les ARH ont donné un nouvel élan au mouvement de rationalisation de l'offre de soins mais aussi que cette dynamique semble aujourd'hui s'essouffler.

II – A l’heure des ARS : Quel bilan ?

II – 1 – Des progrès indéniables au regard des missions initiales

A) Une réelle recomposition de l’offre de soins sur le territoire qui demeure inachevée.

Le 4 septembre 1996, les vingt-quatre directeurs de l'ARH étaient nommés et recevaient leur feuille de route pour conduire la « réforme de l'hospitalisation publique et privée ». Il s'agissait d'assurer « une planification pertinente de l'offre de soins qui permette à chacun -où il se trouve sur le territoire- d'accéder aux meilleurs soins, au prix le plus juste »⁶.

Selon le directeur actuel de l'ARH Haute-Normandie, le premier directeur de l'agence, fut à son arrivée accueilli par des acteurs régionaux aux sentiments les plus contradictoires où le scepticisme dominait. Certains s'inquiétaient de l'ambition affichée par l'agence : « réconcilier qualité de l'offre de soins et maîtrise des coûts ». D'autres voyaient d'un bon œil l'instauration de cette autorité unique, susceptible de jouer tour à tour le rôle d'éclaireur de médiateur, d'arbitre ou de conseiller et qui devait en tout cas, accroître la lisibilité et la cohérence globale du système.

Dans ce contexte, il s'est « employé à rencontrer les différents acteurs pour leur expliquer le sens de la réforme et la mission qui lui était dévolue. Il s'agissait d'instaurer un véritable dialogue entre les secteurs public et privé, de faire évoluer les structures et les mentalités pour bâtir ensemble des projets, promouvoir les pratiques innovantes et favoriser le travail en réseau, décloisonner les approches... ouvrir enfin l'hôpital sur la cité. » Le contexte était favorable : le débat citoyen dans le cadre des Etats généraux de la Santé (1998) était engagé, la Conférence régionale de santé faisait ses premiers pas et le nouveau processus de concertation pour l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS II) était initié.

L'un des faits les plus marquants de ces dernières années fut, en effet, la transformation du paysage sanitaire. Alors que la Haute Normandie comptait trente six établissements hospitaliers pratiquant la chirurgie (dont vingt cliniques) en 1994, elle n'en compte plus aujourd'hui que vingt (dont quinze cliniques)⁷. « Ces recompositions ont fortement impacté le secteur privé, et conduit à une désertification de certains territoires en particulier dans l'Eure », remarque le président de

⁶ Lettre de la Haute-Normandie « 1997- 2007 l'ARH a dix ans » – 14 décembre 2007 – N°1116

⁷ Cf : Annexe 6

la FHP de Haute-Normandie, tout en reconnaissant que la modernisation concomitante des établissements leur a permis de gagner en confort, qualité et performance. Le directeur adjoint de l'ARH observe, quant-à-lui, que « le processus de recomposition de l'offre de soins s'est engagé rapidement au sein des structures privées, motivé par l'intérêt économique en premier lieu. Dans le secteur public le mouvement fut plus lent, l'argument « sécurité des soins » ne suffisant pas à faire accepter les restructurations d'établissements par les élus et la population ».

Plusieurs processus se sont conjugués :

* *des rapprochements public-privé* : Hôpital-Clinique Tous Vents (Lillebonne/Gruchet-le-Valasse) et Hôpital-Clinique du pays des Hautes Falaises (Fécamp).

* *des rapprochements public-public ou privé-privé* : fusion Hôpital saint Julien (Petit-Quevilly)/CHU de Rouen, création de deux centres hospitaliers intercommunaux multi-sites (CHI Elbeuf-Louviers et CHI Eure Seine), naissance de la Clinique Mathilde, regroupant trois cliniques rouennaises (Jardin des plantes, Jeanne d'Arc et Saint Romain).

* *des adaptations de structures* : transformation de maternités en centres périnataux de proximité (Louviers, Pont Audemer, Verneuil sur Avre), regroupement de maternités publiques au sein du pôle femme-mère-enfant-urgences (le Havre).

* *des changements d'activités* : comme la Clinique de la Ravine, à Louviers, devenue Centre de réadaptation fonctionnelle de la Lovière.

* *des fermetures de sites* : Clinique du parc (Evreux), de la Charentonne (Bernay) et Sainte Marie (Vernon).

« Toutes ces évolutions étaient indispensables pour mieux structurer l'offre sanitaire, à l'échelle régionale, assurer sa qualité et optimiser les plateaux techniques dans un contexte où la démographie des professionnels de santé est tendue afin de mieux répondre aux besoins de la population, explique le directeur de l'ARH. Ce mouvement n'est pas pour autant achevé et d'autres opérations sont d'ores et déjà en cours, comme le regroupement des Cliniques Pasteur et Bergouignan à Evreux, ou celui des Cliniques Saint Pierre et les Fougères à Saint Aubin sur Scie. »

A l'échéance du SROS III, la Haute Normandie devrait compter vingt deux établissements sanitaires de court séjour. Plus que le nombre des structures hospitalières, c'est bien la question de l'accessibilité aux soins qui est posée, l'objectif étant de permettre aux Haut-Normands de bien identifier « les portes d'entrée » du système de santé et de pouvoir ensuite être orientés vers la structure susceptible de répondre à leurs besoins.

L'organisation repose ainsi sur une gradation des niveaux de prise en charge des usagers qui suppose un fonctionnement en réseau des établissements garantissant la continuité des soins.

Pour autant, de nombreux acteurs, aujourd'hui, s'accordent à penser qu'au fil des années, l'Agence a vu ses compétences évoluer et s'élargie à toutes les questions hospitalières : « au début, notre action était centrée sur des thématiques précises, explique le DARH, nous aujourd'hui amenés à intervenir sur tous les fronts, à intégrer toutes les dimensions des établissements sanitaires et à dialoguer avec tous les acteurs de la santé ».

La Directrice adjointe de la DRASS confirme cet état de fait précisant que « l'Agence est passée de la recomposition hospitalière à l'expertise comptable, la DRASS devenant dans ce contexte les petites mains de l'ARH. ». De même le délégué régional de la FHF, évoque quant à lui le passage « d'une administration de mission à une administration de gestion ».

Dans un cadre réglementaire évolutif et contraint, l'ARH s'est engagé dans une politique d'accompagnement budgétaire des établissements hospitaliers, alliant l'expertise comptable des acteurs de la COMEX, la contractualisation et le soutien financier. La mise en place progressive de la réforme de la tarification à partir de 2005 a largement impacté l'action de l'ARH qui accorde désormais l'allocation de ressources en fonction de l'activité enregistrée, vérifiée et comptabilisée par les services de la DDASS et de la CRAM.

Pour ce faire, selon l'inspectrice principale de la DDASS « il est nécessaire de poursuivre le processus de spécialisation des agents afin de renforcer l'efficacité de ces services en terme de suivi budgétaire ».

La T2A va encourager des évolutions tels que la réduction des séjours ou le développement des prises en charge ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile. L'organisation du contrôle des facturations à l'assurance maladie qui vise les établissements de santé publics et privés pour les disciplines MCO, s'inscrit également au programme de travail de l'ARH et se fait dans le cadre d'une unité de coordination régionale (UCR) dépendant de la COMEX.

- Les CPOM permettent aux ARH, en fonction d'objectifs déterminés avec l'établissement dans le cadre du SROS et de son annexe, d'allouer éventuellement des ressources complémentaires à celles enregistrées par l'activité pour remplir ses missions.
- Dans le cadre de plans de retour à l'équilibre budgétaire contractualisés entre l'ARH et l'établissement, des moyens non reconductibles peuvent être alloués. Le Groupe Hospitalier du Havre fait l'objet d'une démarche de suivi qui produit des résultats. Un

contrat d'étape préalable au retour à l'équilibre financier a été conclu fin 2007 avec la direction du CHU pour la période 2006-2009. Une démarche visant à l'élaboration d'un contrat de retour à l'équilibre est maintenant lancée pour la période 2009-2012. La maîtrise des dépenses reste indispensable et elle passe en particulier par des réorganisations internes des établissements de santé. C'est le sens des instructions qui viennent d'être adressées aux établissements pour préparer leur Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD) 2009.⁸

Face à l'enjeu d'optimisation des ressources, il apparaît nécessaire de développer les coopérations entre les services des autorités de tutelle.

B) L'amorce d'une démarche de travail commune entre les différents acteurs du système de santé.

L'ARH fonctionne et remplit ses missions avec les moyens mis à disposition par les administrations de l'Etat et de l'Assurance Maladie. La mise en place des agences a donc obligé ces deux entités à collaborer plus étroitement au sein de différentes instances telles que la COMEX et la Mission Régionale de santé (MRS).

En 2005, la création de la MRS a été rendue officielle par la signature de la convention le 15 Mai. Elle est venue fluidifier les échanges et encourager la dynamique qui était déjà à l'œuvre depuis plusieurs années.

La MRS rassemble l'ARH et l'URCAM de Haute Normandie au titre de la coordination des soins prévue par la loi de 2004⁹. La MRS est chargée de préparer et d'exercer des compétences conjointes de ces deux institutions dans les quatre domaines fixés par la loi:

- * les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux,
- * les lignes directrices de l'organisation de la permanence des soins,
- * la gestion du Fonds d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS),
- * la gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

Une partie des orientations et propositions de la Mission sont soumises à l'avis de la Conférence régionale de santé (CRS) ainsi que les projets et le bilan de certaines actions. En réciprocité, la

⁸ point presse ARH avril 2009

⁹ Article 64 de la loi du 13/08/2004 relative à l'Assurance Maladie.

CRS doit tenir la Mission informée de ses travaux. Enfin, la MRS apporte son appui aux programmes de prévention mis en œuvre par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

Au fil des années, les coopérations se sont multipliées, à des degrés divers et selon des modalités très différentes. Certaines opérations sont innovantes comme la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) associant l'Hôpital de Gisors aux praticiens libéraux. De même, quasi-inexistantes il y a 10 ans, les relations ville-hôpital se sont fortement développées et se prolongent aujourd'hui dans les réseaux de santé associant professionnels de santé libéraux, hospitaliers et médico-sociaux.

L'année 2008 a également permis de poursuivre le partenariat avec les régions et les départements afin de mettre en œuvre un financement commun de maisons de santé pluridisciplinaires.

Sous l'impulsion de l'Union régionale des médecins libéraux Haute-Normandie, une structure d'appui a été créée : l'Agence de Remplacement et d'Installation Médicale (ARIM). Elle a pour objectif de rechercher des professionnels libéraux afin de pourvoir à la couverture de certaines zones géographiques déficitaires et d'aider à la création de maisons de santé pluridisciplinaires. L'URCAM précise qu'à l'heure actuelle une vingtaine de projets de création sont à l'étude. Dans le but de déterminer les zones prioritaires pour l'implantation de maisons de santé, des zones fragiles ont été définies. Parallèlement, la MRS a publié une étude sur la démographie médicale des spécialistes. Autour de la permanence des soins, trois projets ont été développés durant l'année :

- * le projet d'adaptation du dispositif de permanence des soins de deuxième partie de nuit en Seine Maritime.

- * la création d'un centre de permanence des soins de proximité à Neufchâtel en Bray (76), situé dans le Centre Hospitalier.

- * l'ouverture de la maison médicale de garde de Petit-Quevilly.

De même, les réseaux de santé se sont considérablement développés ces dernières années. Au 31/12/2008, 24 réseaux étaient financés en Haute Normandie sur le FIQCS et œuvraient en faveur des projets de retour à domicile des patients en perte d'autonomie, de la prise en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses, de maladies neurologiques...L'année 2008 a été consacrée principalement à l'analyse du renouvellement de financement de six réseaux (AMPA, réseau régional périnatalité, Toxenville, réseau diabète de l'estuaire, Maredia et Hopadom).

Trois nouveaux réseaux ont été instruits : le réseau régional psychiatrie-précarité, le réseau trouble du langage sur le Havre et le réseau NormanDos). Enfin, une étude a été lancée en Juillet 2008 sur la place des réseaux de soins palliatifs en région Haute Normandie.

Enfin, la gestion du risque dans les domaines communs à la ville et à l'hôpital a pris la forme d'une déclinaison régionale du plan national de maîtrise médicalisée en établissements, selon deux axes : l'accompagnement des établissements MCO et la contractualisation.

Pour autant, si la dynamique de collaboration institutionnelle s'est largement développée en 1996, soutenue par des volontés individuelles et collectives, celle-ci s'est progressivement essoufflée, freinant l'efficacité du dispositif de régulation du système de santé hospitalier et obligeant l'agence à évoluer.

II – 2 – Des limites nécessitant une évolution du dispositif actuel

A) – L'essoufflement d'une dynamique.

Si l'action de l'ARH semble avoir été perçue de façon globalement positive par les acteurs de la région, elle se heurte aujourd'hui à des obstacles difficiles à surmonter sans réforme d'envergure. La mise en place de l'agence avait donné un nouveau souffle à la coopération entre acteurs du système de santé et relancé la politique de rationalisation territoriale, mais cette dynamique semble aujourd'hui s'affaiblir.

Les entretiens menés avec les acteurs régionaux ont permis de pointer une série de limites à l'action de l'ARH. La plupart de ces faiblesses rejoignent celles soulignées au plan national par une série de rapports réalisant un bilan du fonctionnement des ARH.

A partir de ces constats, la mise en place d'Agences Régionales de Santé (ARS) prévues par le projet de loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) apparaît comme une réponse pour tenter de dépasser les limites actuelles de l'organisation du système de santé français et plus particulièrement le cloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. Si les contours exacts de la future ARS concernant son organisation interne mais aussi son champ de compétences ne sont pas encore établis, sa mise en place devrait répondre à une attente des acteurs de terrain.

Les rapports Bur (février 2008), Ritter (janvier 2008) et Blanc (Avril 2007) ont souligné les

insuffisances du système de santé français qui témoignent des limites de l'action des ARH à savoir :

1) Une offre de soins insuffisamment maîtrisée consécutive à la baisse de la démographie médicale entraînant déséquilibre géographique et déséquilibre par spécialité (et donc le risque de rupture d'égalité d'accès aux soins). L'ARH, en raison de moyens insuffisants, n'est ainsi pas parvenue à mettre fin aux inégalités de répartition géographique et à l'exercice isolé des praticiens libéraux.

L'exemple de la Haute Normandie illustre le manque de leviers d'action de l'ARH sur la répartition territoriale des médecins libéraux. En effet, plusieurs acteurs ont décrit la Haute Normandie et plus particulièrement le département de l'Eure comme des « déserts médicaux ». Les différents rapports établis par la MRS présentent un état des lieux préoccupant de la situation, mais l'ARH ne dispose pas de moyens réels pour influencer la répartition des médecins libéraux. Les différentes collectivités territoriales ont développé des politiques visant à attirer et fidéliser des professionnels de santé au sein de leurs territoires, mais elles ne sont pas toujours coordonnées entre elles. Beaucoup d'acteurs régionaux considèrent que cette politique serait plus efficace si elle était conduite de façon globale par un seul acteur,

2) Un secteur public hospitalier insuffisamment restructuré et en retard sur l'hospitalisation privée. Est cependant soulignée la valeur ajoutée des ARH en terme d'organisation d'offre de soins puisqu'elle a permis de réduire de 23% en dix ans le nombre d'autorisations en MCO. Cette recomposition n'a, toutefois, été que partielle.

En Haute-Normandie, depuis sa mise en place l'ARH a fermé 31% des plateaux techniques de chirurgie mais il subsiste des activités de chirurgie dans des centres hospitaliers qui n'atteignent pas les seuils d'activités réglementaires. Or, malgré la volonté de l'ARH, il existe de nombreuses résistances à la restructuration de ces sites. Les élus locaux portent en effet une attention particulière à la pérennité de l'activité de leurs centres hospitaliers et freinent les éventuelles restructurations. Cette prégnance du rôle des élus est vécue de façon ambivalente selon les acteurs rencontrés. Si les élus locaux considèrent ne pas être assez associés à la définition de la politique de santé au plan régional, l'ARH et l'Assurance Maladie doivent mettre en place des stratégies visant à dépasser ces blocages.

L'exemple de la fusion des maternités des CH d'Elbeuf et de Louviers illustre bien ces freins politiques. Ces deux établissements possédaient une maternité et des activités de chirurgie. Le site de Louviers a négocié la fermeture de son service chirurgie à condition que sa maternité soit maintenue. L'ARH du fait des pressions politiques a accepté tout en sachant cette maternité

condamnée. Après six ans, le constat de la non permanence des soins est devenu évident ce qui a permis à l'ARH d'atteindre l'objectif initial de fermeture.

Le directeur adjoint de l'ARH parle de la nécessité d'une « stratégie théâtrale » pour convaincre les acteurs politiques qui portent souvent un regard critique sur l'action de l'ARH. Selon un Conseiller régional de Haute-Normandie, chargé des questions de santé, « Il est évident que l'Etat n'accorde pas les moyens nécessaires malgré les pressions exercées par les élus de toute la région. Les politiques hospitalières menées par l'Agence Régionale Hospitalière depuis des années au nom "d'une meilleure sécurité pour les patients" concourent au maintien des inégalités territoriales. Devons-nous rappeler les nombreuses fermetures de maternités et de cliniques privées ? ». L'exemple suivant illustre cet état de fait : « Le CA du CHU a refusé le budget pour 2009 par 16 voix contre 11, et l'a par conséquent placé sous tutelle de l'ARH. Tous les médecins, les représentants des usagers de la médecine libérale et des soignants ont apporté leur appui à la proposition de budget; l'ensemble des représentants de la majorité municipale, les élus des collectivités faisant alliance avec les syndicats, ont choisi le rejet. Le blocage du fonctionnement entraîne la tutelle de l'ARH »

Le rejet du budget est-il un moyen de contribuer au débat national?

Au final, il paraît évident que l'ARH n'a pas réussi à dépasser les pressions politiques locales comme le souhaitait ses concepteurs. Le cabinet de Ministre de la Santé et la DHOS favorisent cet état de fait en donnant parfois satisfaction à des élus locaux contre l'avis de l'ARH.

3) Un manque de fluidité du parcours du patient lié à une défaillance de la permanence des soins (retrait des médecins libéraux de la permanence des soins) et à la rupture du lien avec le médico-social Certains besoins sont insuffisamment pris en charge : SSR, gériatrie, pédiatrie, ophtalmologie, radiologie.

Ce manque de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social est particulièrement pointé par les acteurs régionaux. Il n'existe encore que de rares exemples des filières intégrées de prise en charge des patients.

4) Un cloisonnement des acteurs notamment entre les secteurs libéral et hospitalier. Le directeur médical de l'URML, considère par exemple que la lacune principale du SROS III est l'absence de SROS ambulatoire.

5) Un enchevêtrement des compétences lié à l'éclatement institutionnel que l'ARH n'a pas su dépasser

Le système de santé est piloté dans 2 réseaux distincts, celui de l'Assurance Maladie et celui de l'Etat. Le secteur du médico-social est géré de manière totalement indépendante alors que des logiques de complémentarité et d'interdépendance doivent être développées. La Haute Normandie a constaté cette même difficulté.

6) La faiblesse des marges de manoeuvres financières résultant de la détermination au niveau national des dispositifs de financement (tarifs des médecins, rémunérations des activités de soins, des dotations des structures médico-sociales, MIG...) et de la mise en oeuvre de la T2A qui les ont fortement fragilisées en passant d'une fonction d'allocation des ressources à une fonction de régulation. Or cette nouvelle mission fondée sur l'orientation de l'offre, la contractualisation et le contrôle de l'efficacité financière ne s'est pas accompagnée des outils destinés à inciter les établissements à se restructurer.

7) En outre, le fonctionnement de l'ARH dépend fortement des moyens mis à sa disposition et notamment du personnel DDASS et DRASS caractérisé par une baisse constante des effectifs. Comme le souligne le médecin responsable du secteur hospitalier, le nombre de médecins conseil est en baisse en Haute Normandie ce qui rend plus difficile le suivi des travaux thématiques du SROS 3.

8) Les outils de planification ne sont pas élaborés de façon coordonnée (structures et calendrier distincts).

9) Le sentiment quant à la pertinence du découpage en territoires est partagé. En effet, en Haute Normandie, les différents niveaux de territoires (territoire de santé/ territoire de proximité ...) ne s'emboîtent pas complètement et certains territoires de proximité sont à cheval entre les différents territoires de santé.

Pour une responsable de la CRAM, notamment, les territoires d'Evreux et de Dieppe sont très fragilisés, ce qui pose à terme la question de leur maintien, dans la mesure où le taux de fuite y est très important.

10) Un système d'information défaillant : insuffisance de référentiels communs entre ARH ne permettant pas de suivre la performance, une absence d'outils nationaux d'aide à la décision...L'ARH a donc eu une action limitée à l'égard des établissements sur ce volet de performance.

Les différents constats locaux et nationaux ont montré les limites de l'action de l'ARH. Celles-ci ne peuvent être dépassées en l'état sans impulsion nouvelle. Cette impulsion a donné lieu au projet de création d'une nouvelle structure, l'ARS, sur laquelle repose de nombreux espoirs.

B) – La mise en place des ARS, une véritable attente des acteurs du système de santé.

Les ARS visent à poursuivre la dynamique des ARH tout en la dépassant :

- accentuer la territorialisation des politiques de santé en ancrant le niveau régional comme territoire de coordination de l'offre de soins d'un bassin de population.
- donner de la lisibilité par un interlocuteur unique, l'ARS, nouvelle structure dédiée dotée d'un personnel propre issu principalement des ex- DDASS/DRASS et de l'Assurance maladie.
- renforcer le caractère préventif des politiques de santé en intégrant les GRSP, et renforcer l'efficacité des politiques de santé qui doivent agir sur ses déterminants.
- recentrer l'offre de soins vers les soins primaires et construire une continuité entre soins ambulatoires et soins hospitaliers.

L'ARS, autorité unique, doit permettre le rapprochement de la médecine de ville et de l'hôpital, de fluidifier le parcours du patient en mettant fin à l'hospitalo-centrisme pour s'orienter vers « l'ambulo-centrisme ».

- faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière. Dans le prolongement du travail de l'ARH, l'ARS conservera ses fonctions d'organisation et de financement des établissements de santé privés. Toutefois, elle ira plus loin en orientant son action vers une articulation de l'offre hospitalière avec l'ONDAM et sera chargée d'améliorer les outils existants en matière de restructuration. L'ensemble des acteurs devra être mis en responsabilité (lettres de mission, suivi régulier et reporting, rémunération modulée). Le pilotage de l'ARS doit répondre à une culture d'objectifs, de résultats et d'évaluation.
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social. Un pôle lui sera dédié afin de respecter les spécificités du secteur et de préserver les crédits (mécanisme de fongibilité asymétrique).

Pour remplir sa mission, l'ARS doit disposer des outils suivants :

- un outil global de planification : le PRS, issu de la fusion du SROS, du PRIAC, du PRSP et du PRAM et doté de dispositions relatives à la médecine de ville, permettra d'éviter les doublons, d'harmoniser les procédures et les calendriers, de rendre lisible la programmation de la politique de santé publique.
- un outil de structuration de l'offre de soins dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers pour évaluer les zones déficitaires ou avantagées afin de favoriser la contractualisation tout en intégrant les priorités de santé publique.
- un outil de suivi de l'efficience des producteurs de soins par la contractualisation ou le développement des tableaux de bord sur l'offre et la qualité des soins. Le morcellement des systèmes d'information doit être dépassé : l'ARS aura un accès direct aux principales sources de données et tendra à les mutualiser (plateformes régionales de santé). L'outil contractuel devra être révisé afin d'en faire un outil de mesure de la performance et de retour à l'équilibre (CPOM doté d'objectifs opposables, le projet d'établissement subordonné au CPOM, lien avec les projets d'investissement, le contrat de retour à l'équilibre...).

Au plan régional, la plupart des acteurs rencontrés semblent placer de grands espoirs dans les futures ARS. La volonté affichée de décroisonner les structures sanitaires et les structures médico-sociales répond à une revendication persistante. Le DDASS de l'Eure considère par exemple que le décroisonnement constitue l'enjeu majeur des ARS. Cela devrait permettre la mise en place de véritables filières de prise en charge en remplacement des réseaux. Il souligne également que la création d'une structure commune permettra à terme de mobiliser toutes les compétences autour d'objectifs communs et apprécie en tant que décideur d'avoir tous les éléments d'appréciation pour appréhender les concepts globaux de santé sur l'ensemble de son territoire.

La CRAM estime également que l'apport des ARH sera bénéfique tout en relevant les nombreuses interrogations que sa mise en place implique (notamment s'agissant de la prise en charge de la gestion des risques ou encore de la prise en compte des tâches annexes telles que la validation de la SAE ou du PMSI).

En effet si la création des ARS ne fait pas de doute, leur périmètre définitif n'est pas établi ce qui attise les craintes de certains acteurs. Les représentants de l'URCAM remarquent que le personnel manifeste une certaine inquiétude quant à l'évolution de leurs missions. Ils évoquent également la menace d'une « étatisation » des politiques de santé qui pourraient conduire à l'atténuation des spécificités régionales.

CONCLUSION

Depuis douze ans, les compétences et la structuration des ARH et en particulier celle de Haute Normandie, n'ont cessé d'évoluer témoignant de la reconnaissance que l'on pouvait avoir tant au niveau national que régional de leur action. L'outil ARH a trouvé sa place et semble avoir démontré son utilité et son efficacité. Cependant, les limites de l'outil ARH sont aussi aujourd'hui mises en évidence :

- leur réussite repose fondamentalement sur le bon vouloir et la qualité de tous ceux qui y participent.
- la restriction au champ sanitaire de leurs missions les empêche d'aborder les problématiques de santé des populations dans leur globalité.

A l'image de la réalité nationale, l'ARH de Haute Normandie semble « à la croisée des chemins ». En effet, la dynamique développée dans les ordonnances de 1996 s'essouffant, les pouvoirs publics sont contraints de renouveler les institutions.

La création des ARS, intégrée au chapitre IV de la loi HPST, s'inscrit dans ce contexte et permet de dépasser les limites des ARH. Annoncée comme « l'une des réformes les plus importantes de ces vingt dernières années » par Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, les ARS apparaissent comme un élément de renouveau institutionnel, attendu par les acteurs du champ sanitaire et médico-social en mettant en place une gestion transversale de ces deux secteurs par un acteur unique.

Pour autant, force est de constater que l'idée n'est pas neuve : après avoir renoncé à mettre en place les agences régionales de santé lors de la réforme de 1995, comme le préconisait le rapport Soubie, les pouvoirs publics ont décidé de fonctionner par étape. Dans un premier temps, les ARH ont été installées, étape qui se confirme aujourd'hui comme préliminaire à la mise en place des ARS.

Cette réforme du pilotage de santé intervient concomitamment à de nouveaux défis et à de nouvelles complexités auxquelles doit faire face notre modèle français de système de santé :

- la révision générale des Politiques Publiques démarrée en Juillet 2007,
- l'augmentation de la demande et du besoin de soins,

- Les problématiques de démographie des professionnels de santé,
- Le vieillissement de la population,
- L'évolution constante des progrès scientifiques,
- La crise économique récente impactant les ressources.

Face à ces défis, la réforme apparaît comme nécessaire afin de sauvegarder notre système de santé qui, tout en étant basé sur la solidarité, permet une prise en charge des patients reconnu comme une des meilleures au monde.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES NORMATIFS

CODES

- Code de la Santé Publique
- Code de la Sécurité Sociale

LOIS

- Loi n°70-1318 du 31/12/1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°91-748 du 31/07/1988 portant réforme hospitalière.
- Loi n°2004-806 du 09/08/2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2004-809 du 13/08/2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- Loi n°2004-810 du 13/08/2004 relative à l'assurance maladie.

ORDONNANCES

- Ordonnance n°96-345 du 24/04/1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- Ordonnance n°96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Ordonnance n°2003-850 du 04/09/2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

DECRETS

- Décret n°77-429 du 22/04/1977 portant organisation des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales.
- Décret n°2003-880 du 15/09/2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et à la participation des médecins à cette permanence.
- Décret n°2005-1234 du 26/09/2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.

- Décret n°2005-1539 du 08/12/2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé et modifiant le code de la santé publique.

CIRCULAIRES

- Circulaire DGS/SD1/2004-454 du 24/09/2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.
- Circulaire DHOS/0/2004-101 du 05/03/2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

CONVENTIONS

- Convention constitutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute Normandie en date du 31 décembre 1996

RAPPORTS ET DOCUMENTS

- R. SOUBIE – Commissariat général au plan, groupe « prospective du système de santé »
- Santé 2010 – Documentation française – 1993.
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-345 du 24/04/1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la HN – 1999-2004.
- URCAM Haute Normandie – lettre aux promoteurs de réseaux de santé – 2003.
- Observatoire Régional de la Santé Haute Normandie - Diagnostics Locaux de Santé – Indicateurs Sanitaires et Sociaux – Caux Maritime/Estuaire/Eure et Seine/ Seine et Plateaux - 2004
- CNEH – Etude Prospective sur l'Organisation de l'Offre Hospitalière dans 5 disciplines ARH : Basse Normandie, Haute Normandie, Picardie – juillet 2004.
- URCAM Haute Normandie – Orientations de la Mission Régionale de Santé 2006-2010 – Offre de soins libérale en Haute Normandie – 2006.

- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la HN – 2006-2011.
- ENSP – Module interprofessionnel de santé publique «Les rôles réciproques du Préfet de Région, de l'ARH et de l'URCAM dans la définition, le financement et la mise en œuvre des programmes de santé publique » - 2006.
- Décision Santé – ARH le Grand Virage – n°232 - février 2007.
- P. BLANC – « Rapport sur les ARH et le pilotage des dépenses hospitalières » - avril 2007.
- Cahiers Hospitaliers – les ARH ont dix ans – n°236 - juillet 2007
- Ph. RITTER – « Rapport relatif à la création des agences régionales de santé, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports » - Janvier 2008.
- Y. BUR – « Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé » - Février 2008.
- EHESP – Note juridique « Les instances régionales de santé » - 2008.
- CESR HN – Forces et Faiblesses de la Haute Normandie – 2008.
- Point presse ARH de HN – avril 2009
- La Documentation Française – Politiques Publiques – la Politique Hospitalière (1970/2005) – 2008.
- Audition de la Mission d'évaluation et de contrôle du coût de la Sécurité Sociale Site de l'Assemblée Nationale – 2008.

SITES INTERNET :

Site de l'ARH :

<http://www.arh-haute-normandie.sante.fr/>

<http://www.parhtage.sante.fr/re7/hno/site.nsf/ZoneD!OpenFrameSet&BaseTarget=ZoneBase>

Site de la DRASS :

<http://haute-normandie.sante.gouv.fr/>

Site de la CRAM :

<http://www.cram-normandie.fr/>

Site de l'URCAM :

<http://www.haute-normandie.assurance-maladie.fr/haute-normandie.0.html>

Site du conseil régional :

<http://www.region-haute-normandie.com/db/homepage.asp>

Site de la FHF :

<http://www.fhf.fr/>

Site de la FEHAP :

<http://www.fehap.fr/>

Site de la FHP :

<http://www.fhp.fr/>

Site du CISS :

<http://www.leciss.org/>

Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Convention constitutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute Normandie – 31/12/1996.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Présentation des quatre territoires de la région Haute-Normandie

Annexe 4 : Coopérations et recompositions de l'offre de soins (carte)

Annexe 5 : Les territoires de santé de Haute-Normandie (carte)

Annexe 6 : Evolution des maternités 1999-2011

Annexe 7 : Evolution des plateaux techniques de chirurgie 1994-2011

Le 20 mai 2009

JORF n°90089008 du 10 janvier 1997

CONVENTION
**Convention constitutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Haute-
Normandie**

NOR: TASC9710022X

Vu le code de la santé publique, notamment le titre Ier du livre VII ;

Vu l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière publique et privée, notamment ses articles 11 à 14 ;

Vu la délibération du conseil d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 septembre 1996 ; Vu la délibération du conseil d'administration de la caisse régionale d'assurance maladie de Normandie en date du 25 novembre 1996 ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'association régionale des caisses de Mutualité sociale agricole de Haute-Normandie en date du 12 novembre 1996 ;

Vu la délibération du conseil d'administration de la caisse maladie régionale des travailleurs non salariés des professions non agricoles de Haute-Normandie en date du

11 décembre 1996 ;

Vu la délibération du comité technique paritaire auprès du directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Haute-Normandie en sa séance du 12 novembre 1996 ;

Vu la délibération du comité technique paritaire auprès du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Seine-Maritime en sa séance du 18 novembre 1996 ;

Vu la délibération du comité technique paritaire auprès du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de l'Eure en sa séance du 3 décembre 1996,

Il est constitué entre :

- l'Etat, représenté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

- la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

représentée par le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale, habilité à cet effet ;

- l'Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole de Haute-Normandie, représentée par son directeur délégué, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole de la Seine-Maritime ;

- la caisse maladie régionale des travailleurs non salariés des professions non agricoles de Haute-Normandie, représentée par son directeur,

un groupement d'intérêt public, dont ils sont membres fondateurs, régi par les dispositions du chapitre 1er, B, du titre 1er du livre VII du code de la santé publique, par l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, notamment ses articles 11 à 14, et par la présente convention.

TITRE Ier

CONSTITUTION DE L'AGENCE

Article 1er

Dénomination

Le groupement est dénommé << Agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie >>.

Les parties à la présente convention sont dénommées << membres de l'agence >>.

Article 2

Compétence territoriale

L'agence est compétente pour les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime.

Article 3

Siège

Le siège de l'agence est fixé au 38 bis, rue Verte, 76000 Rouen.

Article 4

Objet

L'agence a pour objet d'exercer les missions et attributions définies à l'article L. 710-18 du code de la santé publique, dans les conditions prévues aux articles L. 710-19 à L. 710-24 du même code.

Article 5

Date de constitution

L'agence est constituée à la date de la publication de la présente convention au Journal officiel de la République française.

Article 6 Organisation générale

Chaque membre concourt au bon fonctionnement de l'agence ainsi qu'au plein exercice de ses missions et contribue à ses moyens propres.

L'agence est administrée par la commission exécutive et dirigée par le directeur.

L'agence est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 7 Représentant légal

Le directeur représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Article 8 Capital

L'agence est constituée sans capital.

Article 9 Nouveaux membres

Dès sa création, l'union régionale des caisses d'assurance maladie devient de plein droit membre de l'agence. Cette entrée donne lieu à un avenant à la présente convention, aux fins notamment de définir le concours de l'union régionale des caisses

d'assurance maladie au fonctionnement de l'agence et sa contribution aux moyens propres de celle-ci.

Peuvent également devenir membres de l'agence, en y adhérant, des organismes d'assurance maladie autres que ceux que l'article L. 710-17 du code de la santé publique désigne comme membres de droit. La demande d'adhésion est agréée par délibération de la commission exécutive adoptée à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. L'adhésion donne lieu à un avenant à la présente convention, en vue notamment de modifier la composition de la commission exécutive conformément à l'article L. 710-19 du code de la santé publique et de préciser les modalités selon lesquelles le nouveau membre concourt au bon fonctionnement de l'agence et au plein exercice de ses missions et contribue aux moyens propres de celle-ci.

Article 10

Retrait

Tout membre de l'agence que l'article L. 710-17 du code de la santé publique ne désigne pas comme membre de droit peut, pour motif légitime et à l'expiration d'une année civile, se retirer du groupement.

Il doit notifier son intention par lettre recommandée au directeur, avant le 1er octobre, et s'être acquitté de ses obligations vis-à-vis de l'agence pour l'exercice en cours et les précédents.

Le retrait d'un membre de l'agence donne lieu à un avenant à la présente convention, aux fins notamment de modifier la composition de la commission exécutive conformément à l'article L. 710-19 du code de la santé publique.

TITRE II

ADMINISTRATION DE L'AGENCE

Article 11

Composition de la commission exécutive

La commission exécutive de l'agence est ainsi composée :

- le directeur de l'agence, président ;
- quatre membres du collège des représentants de l'Etat, à savoir :
- le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ;
- le médecin inspecteur régional ;
- les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de la région ;
- quatre membres du collège des représentants des organismes d'assurance maladie, à savoir :
- le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie ;
- le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale ;
- le directeur délégué de l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole ;
- le directeur de la caisse mutuelle régionale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Article 12

Fonctionnement de la commission exécutive

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie sont vice-présidents de la commission exécutive.

En cas d'empêchement du président, les séances de la commission exécutive sont

présidées, en alternance, par l'un ou l'autre des deux vice-présidents. Le président et les deux vice-présidents sont membres du bureau de la commission exécutive. La commission exécutive peut également y désigner un nombre égal de membres de chaque collège. Le bureau prépare sous l'autorité du président les décisions de la commission exécutive.

Les membres de la commission exécutive exercent gratuitement leur fonction. Un membre de la commission exécutive ne peut s'y faire représenter qu'en donnant mandat à un autre membre. Un membre de la commission exécutive ne peut pas recevoir plus d'un mandat.

La commission exécutive ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, la commission est convoquée à nouveau, avec le même ordre du jour, dans un délai qui ne peut être supérieur à huit jours. Elle délibère alors sans condition de quorum.

Les décisions de la commission exécutive sont prises à la majorité absolue de ses membres présents ou représentés, à l'exception des délibérations relatives aux adhésions ou à la modification de la présente convention, qui sont prises dans les conditions prévues respectivement par les articles 9 et 28 de la présente convention.

La commission exécutive arrête son règlement intérieur. Dès sa première réunion, elle fixe les règles de convocation et de détermination de l'ordre du jour.

Le contrôleur d'Etat et l'agent comptable sont convoqués et assistent, avec voix consultative, aux séances de la commission exécutive.

Pour l'exercice de ses attributions, la commission exécutive peut consulter, en tant que de besoin, le trésorier-payeur général de la région.

Article 13

Attributions de la commission exécutive

La commission exécutive exerce les compétences de décision et d'avis qui lui sont

confiées par les articles L. 710-20 et L. 710-21 du code de la santé publique. En outre, au titre de l'administration de l'agence, elle délibère sur les sujets suivants :

1o L'organisation générale de l'agence ;

2o Le programme de travail de l'agence et les modalités de son exécution ;

3o Le rapport annuel d'activité de l'agence ;

4o Le budget de l'agence, les décisions modificatives, le compte financier et l'affectation des résultats ;

5o Les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ainsi que les baux et locations les concernant ;

6o L'acceptation des dons et legs ;

7o L'exercice des actions en justice au nom de l'agence et les transactions, sous réserve de ce qui est dit au 5o du premier alinéa de l'article 14 ci-après ; la commission exécutive peut déléguer au directeur tout ou partie du pouvoir d'agir en justice au nom de l'agence ;

8o Les décisions relatives à la mise en oeuvre de traitements automatisés d'informations nominatives mentionnées à l'article 19 du décret n 78-774 du 17 juillet 1978 ;

9o La composition de la commission d'appels d'offres prévue par l'article 83 du code des marchés publics.

La commission exécutive entend le rapport du directeur régional des affaires sanitaires et sociales sur les travaux de la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767 du code de la santé publique. Le directeur de l'agence communique à la commission exécutive le rapport de ladite conférence.

La commission exécutive émet un avis préalable à la conclusion par le directeur des EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

contrats et marchés d'un montant supérieur à un seuil fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie et des finances.

Article 14

Le directeur

Le directeur exerce les compétences qui lui sont confiées par le titre Ier du livre VII du code de la santé publique. Il dirige l'agence et dispose de tous les pouvoirs nécessaires à sa gestion. En particulier, il exerce les compétences suivantes :

1o Il confie leurs fonctions à l'ensemble des personnels de l'agence, et exerce sur eux son autorité ;

2o Il préside la commission exécutive, dont il prépare et exécute les délibérations ;

3o Il assure l'exécution du budget en qualité d'ordonnateur des recettes et des dépenses ;

4o Sans préjudice des attributions que l'article 13 de la présente convention confère à la commission exécutive, il passe au nom de l'agence les contrats, marchés, baux et conventions, ainsi que les actes d'acquisition et de vente ;

5o Il peut décider d'agir en justice au nom de l'agence, à titre conservatoire et sous réserve d'en avertir immédiatement les membres de la commission exécutive, par voie d'action en référé.

Le directeur de l'agence rend compte à la commission exécutive de sa gestion de la dotation régionale prévue à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et des montants régionaux des frais d'hospitalisation définis au 3o de l'article L. 162-22-2 du même code.

Il présente le rapport annuel d'activité de l'agence aux organes dirigeants des organismes d'assurance maladie de la région.

Il peut consulter le trésorier-payeur général de la région sur toute question relative à la gestion financière des établissements de santé et notamment à la situation budgétaire des établissements publics, ainsi que pour toute expertise économique et financière dans ce domaine.

Le directeur adresse directement aux chefs des services déconcentrés de l'Etat compétents en matière sanitaire les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services.

Il adresse directement aux directeurs des organismes d'assurance maladie membres de l'agence, ainsi qu'au médecin-conseil régional du régime général, les demandes inhérentes à l'exécution des tâches correspondant à leurs obligations définies à la présente convention.

Le contrat qui fixe les conditions de rémunération et la situation administrative du directeur de l'agence est approuvé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

TITRE III FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE

Article 15

Concours des membres au fonctionnement de l'agence

Les membres de l'agence mettent en commun, pour l'exercice des missions qui lui sont confiées, les moyens de contrôle, d'analyse et d'étude ainsi que les outils statistiques et informatiques dont ils disposent. Ils définissent et conçoivent, dans le cadre de l'agence et dans le respect des normes et nomenclatures nationales, l'utilisation et l'évolution de ces différents moyens et outils. Dans le domaine des systèmes d'information, cette utilisation des moyens et outils est régie par l'article 20 de la présente convention.

L'annexe I à la présente convention définit, à partir de la situation constatée antérieurement à la création de l'agence, l'organisation générale du travail et la répartition des activités et des tâches entre ses membres ainsi que les moyens en

personnel, matériel et logiciels que chaque membre de l'agence ou organisme représenté en son sein s'engage à consacrer à l'exécution des missions de l'agence. Elle définit en particulier le nombre d'agents et leur qualité ainsi que la nature et le niveau des activités qu'ils exercent.

Au vu de cette annexe et du programme de travail mentionné à l'article 17 de la présente convention, le directeur arrête, conjointement avec le chef de chaque service déconcentré de l'Etat compétent en matière sanitaire, avec le directeur de chaque organisme d'assurance maladie membre de l'agence ainsi qu'avec le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale,

les modalités de concours de leurs services aux missions de l'agence. Ces dispositions prévoient en outre les conditions selon lesquelles les autorités chargées du contrôle médical répondent aux demandes ponctuelles de contrôle, d'enquête et d'analyse du directeur de l'agence.

Article 16

Contribution des membres aux moyens propres de l'agence

Les membres de l'agence participent aux moyens propres de celle-ci sous forme de :

- contribution financière ;
- mise à disposition de personnels, dans les conditions prévues à l'article 18 de la présente convention ;
- mise à disposition de locaux ;
- mise à disposition de matériel ou de logiciels,

ou sous toute autre forme contribuant au fonctionnement du groupement.

L'annexe II à la présente convention définit les conditions générales, la durée et le mode de renouvellement de ces contributions.

Le directeur arrête chaque année, conjointement avec le chef de chaque service déconcentré de l'Etat compétent en matière sanitaire, avec le directeur de chaque organisme d'assurance maladie membre de l'agence, ainsi qu'avec le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale,

les modalités de contribution de leurs services aux moyens propres de l'agence.

Article 17

Organisations du travail de l'agence

Dans le respect des orientations définies par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la commission exécutive de l'agence arrête, selon une périodicité qu'elle détermine, son programme de travail et les modalités de sa mise en oeuvre par le directeur et les membres de l'agence.

Ce programme porte notamment sur les études, enquêtes et contrôles conduits par l'agence et ses membres dans les établissements de santé. Il prévoit en particulier les opérations de contrôle médical mentionnées aux I et II de l'article R. 315-1 et à l'article R. 615-55 du code de la sécurité sociale,

ainsi qu'aux articles 1038 et 1106-2 du code rural.

La commission exécutive détermine les modalités d'accès du directeur et des membres de l'agence aux informations et dossiers détenus par les membres de l'agence et qui se rapportent à l'exercice de ses attributions, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives notamment au secret et à la discrétion professionnels, au secret médical, aux données nominatives et au traitement automatisé des informations ainsi que dans le respect des règles déontologiques.

En particulier, les autorités en charge du contrôle médical pour chaque organisme d'assurance maladie membre de l'agence communiquent au directeur et aux autres membres les résultats des opérations de contrôle médical mentionnées au premier alinéa du présent article, ainsi que le rapport d'activité prévu aux articles R. 315-3 et R.

615-61 du code de la sécurité sociale.

Article 18

Personnel de l'agence

I. - Le personnel propre de l'agence comprend dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 710-23 du code de la santé publique :

1o Des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, des praticiens hospitaliers et, le cas échéant, des agents des organismes d'assurance maladie membres de l'agence, placés en position de détachement dans les conditions déterminées respectivement par les statuts de la fonction publique, les statuts des praticiens hospitaliers et des praticiens-conseils et par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale ;

2o Des agents mis à disposition par l'Etat, des collectivités territoriales, leurs établissements publics, des établissements publics de santé et les organismes d'assurance maladie membres de l'agence, dans les conditions déterminées par le statut général des fonctionnaires, par les statuts des praticiens hospitaliers et par les dispositions législatives applicables aux salariés des organismes d'assurance maladie ;

3o A titre exceptionnel et subsidiaire, dans les conditions déterminées par le II du présent article, des agents contractuels de droit public soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat.

II. - L'agence peut recruter des agents contractuels de droit public :

1o Lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ou, pour les emplois du niveau de la catégorie A, lorsque la nature des fonctions ou les besoins des services le justifient, par des contrats à durée déterminée d'une durée maximale de trois ans qui ne peuvent être renouvelés que par reconduction expresse ;

2o Pour exercer des fonctions impliquant un service à temps incomplet, par des contrats qui peuvent être à durée indéterminée ;

3o Pour exercer des fonctions correspondant à un besoin saisonnier, par des contrats d'une durée maximale de six mois au cours d'une année ;

4o Pour exercer des fonctions correspondant à un besoin occasionnel, par des contrats d'une durée maximale de dix mois au cours d'une année.

Article 19

Propriété des équipements utilisés par l'agence

Les locaux, le matériel et les logiciels achetés ou développés en commun sont la propriété de l'agence.

Les locaux, le matériel et les logiciels mis à disposition de l'agence par l'un de ses membres dans le cadre des concours au fonctionnement de l'agence restent la propriété de ce dernier.

Les membres de l'agence lui concèdent un droit d'usage gratuit pour les matériels et les logiciels qu'ils mettent à sa disposition.

Les règles de propriété des locaux, du matériel et des logiciels mis à la disposition de l'agence par l'un de ses membres dans le cadre des contributions aux moyens propres sont précisées dans l'annexe II prévue à l'article 16 de la présente convention.

Article 20

Systèmes d'information sur les établissements de santé

Les membres de l'agence mettent à disposition de celle-ci, de manière habituelle ou sur requête ponctuelle, les systèmes d'information sur les établissements de santé dont ils disposent, dans les conditions définies par l'annexe III à la présente convention.

Les membres de l'agence la tiennent informée des caractéristiques de leurs systèmes d'information respectifs et des perspectives d'évolution de ces systèmes, y compris à titre expérimental.

Pour chaque module d'information disponible chez chacun des membres de l'agence, l'annexe III à la présente convention prévoit les modalités de sa mise à disposition de l'agence. Elle précise notamment les délais et les conditions pratiques d'accès aux informations. Ces modalités doivent être conformes à la réglementation ainsi qu'aux normes techniques applicables, en particulier relatives à la protection des données nominatives, au secret médical, au secret statistique, au contrat tripartite national prévu à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale et au système commun d'information prévu à l'article L. 710-7 du code de la santé publique.

Dans le domaine des systèmes d'information, le programme de travail de l'agence prévoit notamment :

- les informations qui devront être périodiquement mobilisées ;
- la nature des informations et des traitements à effectuer ainsi que le délai de transmission, en ce qui concerne les projets thématiques.

Il prévoit en outre les conditions selon lesquelles les membres de l'agence répondent aux éventuelles demandes ponctuelles du directeur de l'agence.

Chaque membre de l'agence désigne au directeur un correspondant qui assure, en tant que de besoin, une expertise pour faciliter la mise à disposition,

l'utilisation et l'interprétation des informations et qui participe à la consolidation des données issues d'origines diverses.

Article 21

Recettes

Les recettes de l'agence se composent :

- de concours financiers de ses membres ;
- du produit des emprunts ;
- du revenu de ses biens et activités ;
- de dons et legs.

L'agence peut également recevoir des subventions et concours financiers d'autres personnes morales publiques et privées.

Article 22 Dépenses

Les dépenses de l'agence comprennent notamment :

- les frais de personnel ;
- les frais de matériel ;
- les frais d'investissement,

ainsi que, d'une manière générale, toutes celles qui justifient l'activité de l'agence.

Article 23 Budget et compte financier

Le budget, établi et présenté par le directeur, est adopté chaque année par la commission exécutive.

Il inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice. Il distingue les opérations de fonctionnement et les opérations d'investissement. Il est

voté en équilibre réel.

La délibération sur le budget ne devient définitive qu'après approbation expresse par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, conformément à l'article L. 710-17 du code de la santé publique.

Ces dispositions sont applicables aux décisions modificatives, au compte financier et à l'affectation des résultats.

Toutefois, sous réserve de ratification par la commission exécutive lors de sa plus prochaine réunion, le directeur peut arrêter des décisions modificatives provisoires qui ne portent pas atteinte à l'équilibre de chacune des sections du budget et qui n'ont pas pour objet un virement de crédits entre chapitres de personnel et chapitres de matériel.

Article 24

Résultats de l'exercice

L'activité de l'agence ne donnant lieu ni à la réalisation ni au partage de bénéfices, l'excédent éventuel des recettes d'un exercice sur les charges correspondantes est affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges d'exploitation de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement.

Le déficit éventuel d'un exercice doit être apuré lors de l'exercice suivant soit par imputation sur les réserves, soit par réduction des dépenses de l'exercice suivant.

Article 25

Tenue des comptes

L'agence est soumise aux dispositions du décret no 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif ainsi qu'à celles du décret no 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique applicables aux établissements publics à caractère administratif.

La comptabilité de l'agence est tenue par un agent comptable nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget et soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 131-1 du code des juridictions financières.

Article 26

Inspection, contrôle économique et financier de l'Etat

L'agence est soumise au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et à celui de l'inspection générale des affaires sociales, conformément à l'article L.

710-17 du code de la santé publique.

L'agence est également soumise aux dispositions du titre II du décret no 55-733 du 26 mai 1955 modifié portant codification et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat.

Article 27

Marchés

L'agence est soumise aux dispositions des livres Ier, II et V du code des marchés publics relatifs à l'Etat et aux établissements publics nationaux.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 28

Modification de la convention constitutive
et exclusion d'un membre de l'agence

La présente convention et ses annexes peuvent être modifiées par avenant,
sur proposition du directeur et après délibération de la commission exécutive adoptée à la majorité des deux tiers.

A défaut de signature d'un avenant par un membre de droit de l'agence, dans le délai de deux mois à compter de la délibération de la commission exécutive, il est fait application du troisième alinéa de l'article 11 de l'ordonnance du 24 avril 1996 susvisée.

A défaut de signature d'un avenant, dans le même délai, par tout autre membre de l'agence, la commission exécutive constate son exclusion de l'agence. L'exclusion d'un membre de l'agence donne lieu à un nouvel avenant à la présente convention, aux fins notamment de modifier la composition de la commission, conformément à l'article L. 710-19 du code de la santé publique. Conformément à l'article R. 710-17-1 du code de la santé publique, l'avenant adopté par les membres de l'agence doit être signé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et ne prend effet qu'après sa publication au Journal officiel de la République française.

Article 29

Date d'exercice des compétences

Le directeur et la commission exécutive de l'agence exercent à compter du 1er mars 1997 les compétences qui leur sont attribuées par le titre Ier du livre VII du code de la santé publique, ainsi que par la section 5 du chapitre 2 du titre VI et le chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 31 décembre 1996.

N.B. - Les annexes à la présente convention seront publiées au Bulletin officiel du ministère du travail et des affaires sociales.

Le ministre du travail et des affaires sociales,
Jacques Barrot
Le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale,

Hervé Gaymard

Le préfet de la région Haute-Normandie,
préfet de la Seine-Maritime,
J.-P. Proust

Le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie de Normandie,

J.-J. Le Loup

Le médecin-conseil régional
du service médical
de la région Normandie,
A. Degre

Le directeur de la caisse maladie régionale de Haute-Normandie,

J. Montoya

Le directeur délégué chargé de représenter
l'Association des caisses de mutualité sociale agricole
de Haute-Normandie,
J.-B. Mondoloni

GUIDE D'ENTRETEIN

Présentation générale

- Présentations : générale de la structure/ EHESP/ interlocuteur
- Combien de personnes y a-t-il dans votre structure/ Action sur quel territoire ?

1) Sur les ARH

- Quel bilan pouvez vous dresser de l'action de l'ARH ? (Perception de son rôle, du SROS..)
- **Restructuration, coopération, allocation des ressources, gestion des conflits**
- De votre point de vue, comment est perçue l'ARH par les différents acteurs ?
- Que pensez vous de la coordination entre les différents acteurs ?
- **SROS III : (Territoires, méthode de construction, gradation des soins)**
- Territoires : 1^{er} recours, intermédiaire, proximité
- Pensez vous que les territoires de santé soient pertinents au vu des spécificités de la HN ?
- On dit que le territoire de Rouen Elbeuf est valorisé par rapport aux autres Territoires de Santé, qu'en pensez vous ?
- Y a-t-il une réflexion sur cette question en HN (ex : recomposition)
- Y a-t-il eu une bonne coordination entre les différents acteurs lors de la mise en place des ARH (acceptation de la mise en place des ARH) ? Lors de l'élaboration des SROS et autres documents cadre de la région ? (CPOM, PMT...)
- Comment est perçue l'ARH dans son rôle d'allocation des ressources ?
- Pourquoi le processus d'élaboration des PMT a-t-il rencontré des difficultés en HN ?
- En quoi peut-on dire que l'ARH soit un moteur de la coordination entre établissements publics et privés/de public à public/ entre hôpitaux et médico-social ?
- Même question concernant les filières de prise en charge.
- Quels rapports l'ARH a-t-elle avec la médecine libérale?
- Quel a été le positionnement des politiques dans le cadre du fonctionnement de l'ARH ?
- Comment perçoivent-ils l'évolution des ARH en ARS ?
- Comment cette situation pourra-t-elle évoluer dans le cadre des ARS ?

2) Sur les ARS

- L'ARS sera-t-elle une réelle plus value concernant l'ensemble du dispositif contractuel favorisant les coopérations ?
- Quelles attentes avez-vous vis-à-vis des ARS ?
- Avez-vous été associé au processus de mise en place des ARS ?
- Sinon, de quelle information disposez vous ? Quelles sont vos sources/interlocuteurs ?
- Comment trouvez vous que les différents acteurs se positionnent vis-à-vis des ARS ?
- Avez-vous une idée du calendrier/échéances/étape du processus de mise en place des ARS ? (point de vue des personnels, mise en place effective des ARS)

Annexe 3 : Présentation des territoires de santé

TERRITOIRE DE SANTE DU HAVRE :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE

Clinique médico-chirurgicale Les Ormeaux, Le Havre : 21 M €

Hôpital Clinique des Hautes Falaises, Fécamp : 45,50 M €

Clinique médico-chirurgicale de la Générale de Santé, Le Havre : 103 M €

Groupe Hospitalier du Havre pôle femme-mère-enfant-urgences : 91 M €

Clinique de rééducation fonctionnelle de la Hève, Le Havre : 8,2 M €

Point presse ARH de Haute-Normandie le 14/04/09

TERRITOIRE DE SANTE DU HAVRE :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE

Principales opérations depuis 2005 :

	Réalisées	En cours	En projet
--	------------------	-----------------	------------------

Clinique des Ormeaux : reconstruction sur un nouveau site
La Clinique médico-chirurgicale des Ormeaux (200 lits et places) a été reconstruite dans le quartier de l'Eure au Havre, sur un nouveau site.
Coût : 21 M€, aide « Hôpital 2007 » : 3,1 M€ - **Fonctionne depuis 2005.**

Clinique de La Hève : construction
Création d'un nouvel établissement de 63 lits et places de rééducation fonctionnelle à la sortie de Sainte Adresse sur la commune du Havre.
Coût : environ 8,2 M€ - **Fonctionne depuis janvier 2008.**

Hôpital Clinique des Hautes Falaises : regroupement et reconstruction sur un même site
Regroupement sur un même site de l'Hôpital de Fécamp et de la Clinique de l'Abbaye, avec la construction d'un nouvel établissement de 253 lits et places.
Coût : 45,5 M €. Inauguré **en septembre 2006.**

Groupe Hospitalier du Havre : construction du Pôle Femme Mère Enfant Urgences
Regroupement sur un seul site à l'Hôpital Jacques Monod (Montivilliers) de toutes les activités d'obstétrique et de pédiatrie, ainsi que les activités d'urgence adulte, soit 191 lits et places.
Coût : 91 M€, aide de l'ARH et « Hôpital 2007 » : 46 M€ - **Mise en service à partir de fin juin 2009.**

Nouvel établissement privé de la Générale de Santé : regroupement et construction
Regroupement sur le plateau nord-ouest de la ville du Havre, des deux cliniques du groupe privé La Générale de Santé, la Clinique François 1^{er} (Le Havre) et la Clinique Petit Colmoulins (Harfleur), par la construction d'un nouvel établissement de 356 lits et places.
Coût estimé : 105 M€ - **Fin des travaux décembre 2009.**

Point presse ARH de Haute-Normandie le 14/04/09

TERRITOIRE DE SANTE DU HAVRE :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE

Centre Hospitalier de Lillebonne

Restructurations, urgences, imagerie, gynéco, médecine.

Coût : 7,8 M €, aide « hôpital 2012 » 3,3 M €. **Fonctionnement prévu pour fin 2011**

Groupe Hospitalier du Havre et praticiens libéraux (GCS) : Pet Scan

Aménagement et acquisition d'un Pet Scan.

Coût : 3,65 M €, aide « hôpital 2012 » 1,85 M €. **Fonctionnement prévu pour fin 2010**

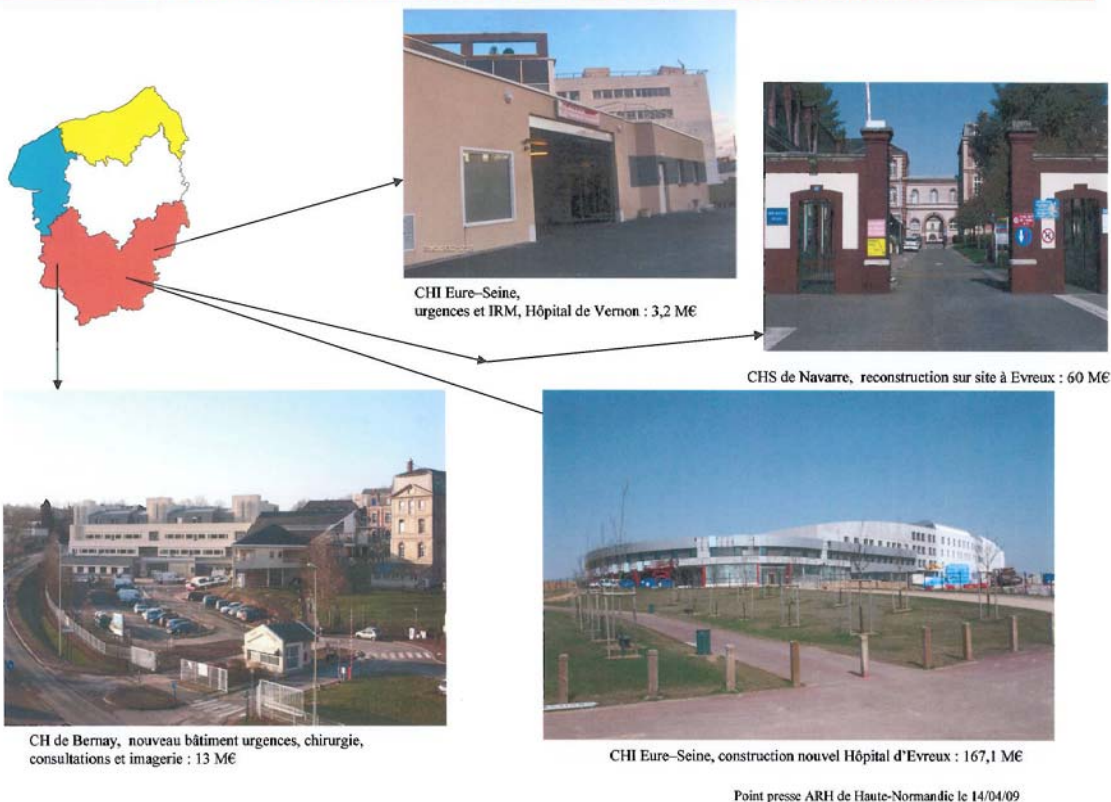
Clinique Psychiatrique « l'Océane »

Construction d'un nouvel établissement spécialisé en psychiatrie de 90 lits et places dans l'agglomération du Havre par la société Medipsy.

Coût estimé : 14 M €. **Début des travaux juin 2009 pour une durée de 18 mois.**

Point presse ARH de Haute-Normandie le 14/04/09

TERRITOIRE DE SANTE D'EVREUX-VERNON :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE



TERRITOIRE DE SANTE D'EVREUX-VERNON :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE

Principales opérations depuis 2005 :

Réalisées

En cours

En projet

CH Bernay : restructuration chirurgie - urgences – imagerie – consultation

Restructuration dans un seul bâtiment des activités de : chirurgie ambulatoire et classique, urgences, imagerie.
Coût : 13 M€, aide « Hôpital 2007 » : 7,5 M € - Fin des travaux : septembre 2008

CHI Eure-Seine : restructuration des urgences et installation IRM Hôpital de Vernon

Coût : 3,2 M€ aide « Hôpital 2007 » : 1,61 M € - Fin des travaux : août 2006.

CHI Eure-Seine : reconstruction Hôpital d'Evreux sur un nouveau site

Modernisation et réorganisation du fonctionnement de l'établissement, développement d'activités, mise en œuvre d'autorisations.
Reconstruction sur le site de Cambolle à Evreux du nouvel hôpital de 461 lits et places.
Coût : 167,1 M€, aide « Hôpital 2007 » : 96,8 M € - Fin des travaux : début 2010.

CH psychiatrique de Navarre : reconstruction sur site existant

Reconstruction sur le site historique de la totalité des unités de soins correspondant à 278 lits.
Coût : 60 M€ aide « PRISM » : 17,5 M € - Fin des travaux : 2012

Cliniques médico-chirurgicales Pasteur et Bergouignan d'Evreux : regroupement sur un seul et nouveau site

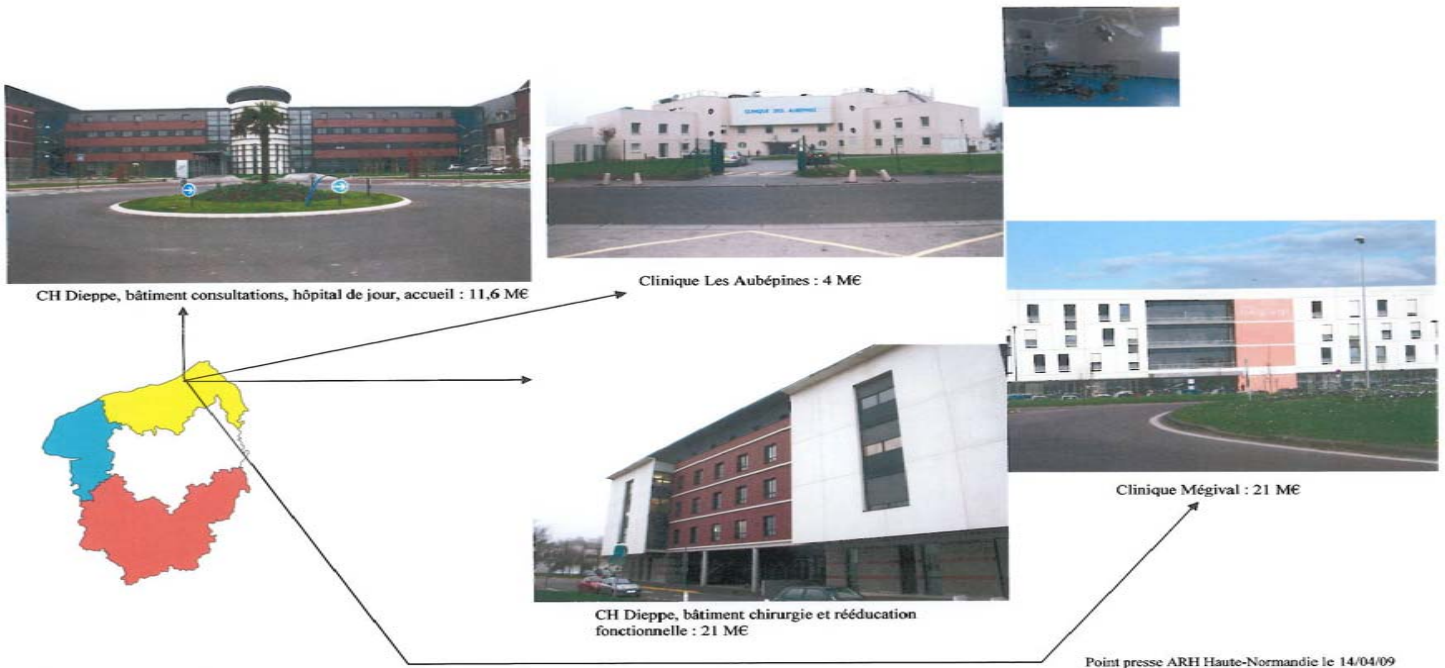
Regroupement des deux cliniques médico-chirurgicales ébroïciennes avec construction d'un nouvel établissement de 262 lits et places, lieu d'implantation en discussion.
Coût : 50 M €, aide « Hôpital 2012 » : 20 M € - Fin des travaux : 2012

CH de Verneuil : regroupement sur un seul site des activités sanitaires

Construction d'un nouveau bâtiment pour regrouper tout le sanitaire, médecine, SSR, urgences, imagerie, pharmacie, consultations (56 lits et places).
Coût : 9,8 M €, aide « Hôpital 2012 » : 4,5 M € - Fin des travaux 2011

Point presse ARH de Haute-Normandie le 14/04/09

TERRITOIRE DE SANTE DE DIEPPE :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE



TERRITOIRE DE SANTE DE DIEPPE :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE

Principales opérations depuis 2005 :

Réalisées

En cours

En projet

CH de Dieppe : construction nouveau bâtiment chirurgie et rééducation fonctionnelle

Construction d'un nouveau bâtiment sur le site de l'hôpital, d'une capacité de 131 lits et places.
 Coût : 21,2 M€, aide « Hôpital 2007 » : 10,2 M € - Fin des travaux : fin 2006

CH de Dieppe : construction nouveau bâtiment accueil et consultations externes

Construction d'un nouveau bâtiment afin de restructurer, les consultations externes de chirurgie et d'anesthésie, l'hôpital de jour, l'accueil, les admissions.
 Coût : 11,6 M €, aide ARH : 9 M € - Fin des travaux début 2007

Clinique Les Aubépines : construction sur un nouveau site

Construction d'un nouvel établissement conforme aux exigences actuelles, d'une capacité de 30 lits et places sur la commune de Saint Aubin sur Scie.
 Coût : 4 M€, aide « Hôpital 2007 » : 0,58 M € - Ouverture en mars 2005

Clinique Mégival : regroupement des cliniques Saint Pierre et Les Fougères

Regroupement des deux établissements sur un nouveau site à Saint Aubain sur Scie pour 127 lits et places de médecine et chirurgie et 30 lits et places de SSR.
 Coût : 21 M€ aide « Hôpital 2007 » : 3,09 M € - Ouverture mars 2008

CH de Dieppe : construction nouveau bâtiment de psychiatrie du CH de Dieppe

Reconstruction totale du service d'hospitalisation adulte du CH de Dieppe.
 Coût : 11,5 M€, aide « PRISM » : 5,15 M € - Première pierre : 10 janvier 2009. Fin des travaux prévue : mi 2010

Point presse ARH de Haute-Normandie le 14/04/09

**TERRITOIRE DE SANTE DE ROUEN-ELBEUF:
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPEE**

CHU : 180 lits de court séjour, et urgences : 45,8 M€

Clinique de l'Europe : bâtiment dédié à la chirurgie ambulatoire pour 40 places : 8 M€

Petsean CRLCC : 3,6 M€, en coopération avec le CHU

Restructuration du CRLCC Henri Becquerel : 21 M€

Clinique du Cèdre, extension et restructuration : 12,5 M€

Point presse, ARH de Haute Normandie, le 14/04/09

ADAPT Boucles de Seine : construction

Construction et création à St Aubin les Elbeuf d'un centre de soins et de réadaptation pédiatrique de 30 lits et 20 places (conversion de l'ancien centre Olivier Suchetet)
Coût : 5,9 M€, aide « Hôpital 2007 » : 0,858 M €. **Fin des travaux : juillet 2006.**

Clinique du Cèdre : extension et restructuration

A Bois-Guillaume extension et restructuration des bâtiments existants sur 5 500 m².
Coût : 12,5 M€. **Fin des travaux : juin 2006.**

Clinique la Lovière : conversion en établissement de rééducation fonctionnelle

A Louviers, création de la Clinique La Lovière spécialisée en soins de réadaptation de 55 lits et places, en lieu et place de la clinique chirurgicale de la Ravine.
Coût : 5,3 M€. **Fin des travaux : 2006.**

Clinique de l'Europe : construction d'un bâtiment de chirurgie ambulatoire

Création d'un bâtiment dédié à la chirurgie ambulatoire de 40 places.
Coût : 8 M€, aide « Hôpital 2007 » : 0,72 M €. **Fin des travaux : mars 2006.**

CH du Rouvray : construction d'une unité d'accueil et d'orientation des urgences

Création d'une unité spécifique pour l'accueil et l'orientation des urgences.
Coût : 4,1 M€, aide Plan Régional d'Investissement en Santé Mentale(PRISM) : 2,3 M €. **Fin des travaux prévue fin 2009.**

CH du Rouvray : restructuration du Pavillon Toulouse

Restructuration du pavillon d'hospitalisation Toulouse.
Coût : 6,1 M€, aide Plan Régional d'Investissement en Santé Mentale(PRISM) : 3,52 M €. **Fin des travaux prévue : 2010**

CHI Elbeuf-Louviers : regroupement du SSR et modernisation, sur le site des Feugrais

Regroupement du SSR sur le site des Feugrais dans un nouveau bâtiment (70 lits) et restructuration, de l'hospitalisation complète (142 lits) des urgences (13 boxes, pour plus de 46 000 passages) et de l'hémodialyse (12 postes)
Coût : 29,14 M €, aide attendue d'Hôpital 2012. **Fin des travaux : début 2013**

CHU : surélévation de l'anneau central

Surélévation et restructuration de l'anneau central du CHU, afin de regrouper l'ensemble des blocs opératoires, des réanimations et développer les activités ambulatoires. Plan de financement à élaborer.
Coût estimé : 110 M€.

TERRITOIRE DE SANTE DE ROUEN-ELBEUF :
UNE OFFRE HOSPITALIERE PUBLIQUE ET PRIVEE MODERNISEE, RECOMPOSEE ET DEVELOPPEE

Principales opérations depuis 2005 :

Réalisées

En cours

En projet

CHU de Rouen : extension pavillon Dévé, regroupement des laboratoires, regroupement des écoles de formation

- L'extension du pavillon Dévé avec restructuration des urgences (70 000 passages) et première étape de regroupement du court séjour sur le site Charles Nicolle (180 lits). Coût : 45,28 M€. **Fin des travaux : été 2005.**
 - Institut de Biologie Clinique, regroupement des laboratoires du CHU sur un seul site. Coût : 22 M€. **Fin des travaux : mi 2007.**
 - Espace Régional de Formation des Professions de Santé, regroupement de 11 écoles de formations paramédicales. Coût : 16,6 M€. **Fin des travaux : mars 2005.**
- Aide « Hôpital 2007 » pour ces 3 opérations : 63,75 M €

CHI Elbeuf-Louviers : restructuration du site de Louviers, installation IRM et modernisation du laboratoire

- Restructuration du site de Louviers, urgences, pharmacie et consultations. Coût : 8 M€. **Fin des travaux : décembre 2006.**
- Regroupement de l'imagerie et installation scanner, modernisation du laboratoire, aide « Hôpital 2007 ». Coût : 2,1 M€. **Fin des travaux : septembre 2006.**

CRLCC Henri Becquerel : restructuration globale du site et installation du Petscan

- Restructuration du site du CRLCC Henri Becquerel, avec création de places d'hospitalisation de jour, création de chambres à un lit, réorganisation des activités. Coût : 21 M€. **Inauguration le 25 septembre 2007.**
- Installation du Petscan et aménagement. Coût : 3,6 M€. **Inauguré le 25 mars 2005.**

CH du Rouvray : restructuration pavillons Daumézou et Saint Jean

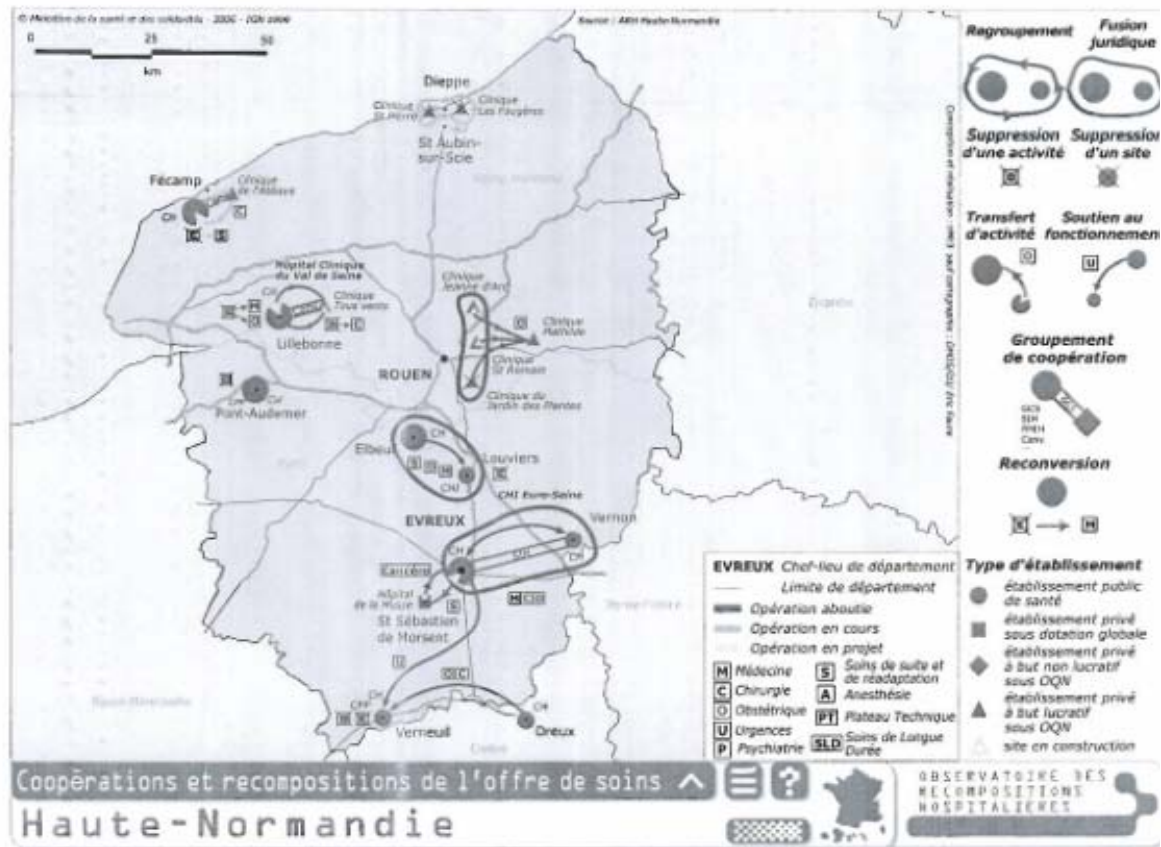
Harmonisation et restructuration des bâtiments d'hospitalisation de psychiatrie.
Coût : 9,9 M€. **Fin des travaux : septembre 2005.**

CRF Les Herbiers : construction d'une unité d'éveil du coma

A Bois-Guillaume, mise en œuvre d'une unité de 12 lits d'éveil au coma.
Coût : 2,8 M€. **Inauguration le 28 juin 2007.**

Point presse ARH de Haute-Normandie, le 14/04/09

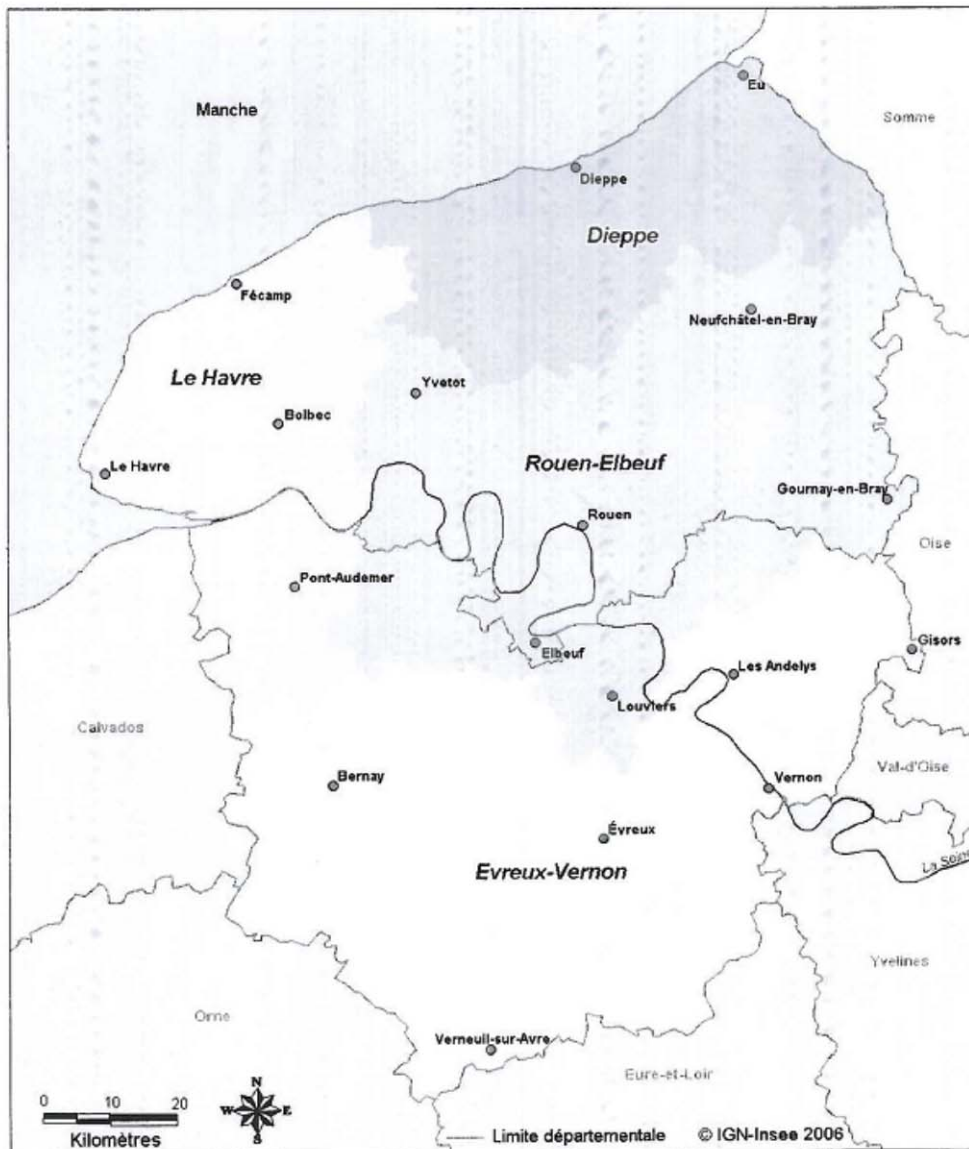
Annexe 3: Coopérations et recompositions de l'offre de soins



Annexe 4 : Les territoires de santé en Haute-Normandie

Télécharger le fichier

Les territoires de santé en Haute-Normandie



4 territoires de santé

Date de création : 2003

Situation au 1er janvier 2007

Organisme référent : Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)

Annexe 5 : évolution des maternités 1999-2011

ARH de Haute-Normandie

février 2008

EVOLUTION DES MATERNITES 1999 - 2011

	ETAT DES LIEUX en 1999			ETAT DES LIEUX en 2006			PROJETS SROS 2011		
	Maternité	Maison périnatale	Centre Périnatal Proximité	Maternité	Maison périnatale	Centre Périnatal Proximité	Maternité	Maison périnatale	Centre Périnatal Proximité
Territoire Rouen/Elbeuf	CHU			CHU de Rouen			CHU de Rouen		
	CH Belvédère			CH du Belvédère			CH du Belvédère		
	Hôpital d'Elbeuf			Hôpital d'Elbeuf			Hôpital d'Elbeuf		
	Hôpital de Louviers					Hôp. Louviers			Hôp. Louviers
	Clin. J. d'Arc			Clin. Mathilde			Clin. Mathilde		
	Clin. des Plantes								
	Clin. Saint Romain								
Sous/Total	7	0	0	4	0	1	4	0	1
Territoire Le Havre	GH du Havre (site Flaubert)			GH du Havre (site Flaubert)			GH du Havre		
	GH du Havre (site Monod)			GH du Havre (site Monod)					
	CH de Fécamp			CH de Fécamp			CH de Fécamp		
	CH de Lillebonne			CH de Lillebonne			CH de Lillebonne		
	CH de Pont Audemer				CH Pont Aud.				CH Pont Aud.
	Clin. P. Colmoulines			Clin. P. Colmoulines			Hôp. Privé estuaire		
Sous/Total	6	0	0	5	1	0	4	0	1
Territoire Dieppe	CH de Dieppe			CH de Dieppe			CH de Dieppe		
	Clin. Aubépines			Clin. Aubépines			Clin. Aubépines		
Sous/Total	2	0	0	2	0	0	2	0	0
Secteur Evreux/Vernon	Hôpital d'Evreux			Hôpital d'Evreux			Hôpital d'Evreux		
	Hôpital de Vernon			Hôpital de Vernon			Hôpital de Vernon		
	CH de Bernay			CH de Bernay			CH de Bernay		
	CH de Gisors			CH de Gisors			CH de Gisors		
	CH de Verneuil s/Avre					CH Verneuil			CH Verneuil
	Clin. du Parc			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			XXXXXXXXXXXX		
	Clin. Ste Marie			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			XXXXXXXXXXXX		
Sous/Total	7	0	0	4	0	1	4	0	1
Total Région	22	0	0	15	1	2	14	0	3

Excel/ChF/evolmater

