

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales

Instruction n° SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé

NOR : AFSZ1634132J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 21 octobre 2016. – Visa CNP 2016-154.

Résumé : la présente instruction concerne la définition des territoires de démocratie sanitaire ; la démarche d'installation des conseils territoriaux de santé et leur organisation et fonctionnement ; la détermination des zones du schéma régional de santé et l'élaboration des nouveaux projets régionaux de santé comprenant le PRAPS. Elle présente également les modalités de partenariat entre les agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie pour la coordination de leurs actions, en particulier dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS).

Mots clés : territoires de démocratie sanitaire, conseils territoriaux de santé, zones du schéma régional de santé, projet régional de santé, PRAPS, organismes d'assurance maladie, commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie, ARS, Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins, plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins, gestion du risque, efficience du système de soins, plan ONDAM, ORSAN.

Références :

- Articles L. 312-1, L. 312-5 et L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Articles R. 1434-1 à R. 1434-8, R. 1434-13 à R. 1434-28 et R. 1434-29 à R. 1434-29 40 du code de la santé publique ;
- Article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 158 et 162 ;
- Articles L. 1434-9, L. 1434-10 et L. 1434-11 du code de la santé publique ;
- Décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État ;
- Décret n° 2016-278 du 8 mars 2016 prorogeant le mandat des membres des conférences de territoire jusqu'à l'installation des conseils territoriaux de santé ;
- Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé ;
- Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé ;
- Décret n° 2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des ARS et des organismes d'assurance maladie ;
- Décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Décret relatif à la stratégie nationale de santé (à paraître) ;

Arrêté du 6 juillet 2016 relatif à la composition et au fonctionnement du Comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins ;

Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé ;

Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

Annexes :

Fiche technique n° 1. – Procédure de désignation des membres des conseils territoriaux de santé, organisation et missions.

Fiche technique n° 2. – Objectifs opérationnels visant à organiser la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN).

Fiche technique n° 3. – Cadre rénové de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins.

Contrat type de partenariat pour la mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins de la région XXX conclu entre l'agence régionale de santé et les régimes d'assurance maladie.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs
les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

L'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit des dispositions modifiant le projet régional de santé et instituant des territoires de démocratie sanitaire et, sur chacun d'eux, la constitution d'un conseil territorial de santé (CTS). Les actuelles conférences de territoire seront supprimées dès l'installation des CTS. Un décret d'application des articles 158 et 162 prévoit également les modalités de coordination des ARS avec l'assurance maladie.

La loi a notamment prévu les trois décrets en Conseil d'État suivants, publiés au *Journal officiel* du 28 juillet 2016, pour l'application de ces articles :

- le décret en Conseil d'État n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 précise les conditions d'application du projet régional de santé, notamment :
 - les consultations préalables à l'adoption et les règles d'adoption du projet régional de santé (PRS) ;
 - les conditions d'élaboration du schéma interrégional de santé ou du schéma régional de santé spécifique ;
- le décret en Conseil d'État n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 détermine les conditions dans lesquelles les directeurs généraux d'ARS déterminent les territoires de démocratie sanitaire, les zones du schéma régional de santé et la composition et les modalités de fonctionnement et de désignation des membres des conseils territoriaux de santé (CTS). Ce décret fixe les collèges et les modalités de désignation et renvoie à un arrêté ministériel (du 3 août 2016) pour la composition précise des CTS ;
- le décret en Conseil d'État n° 2016-1025 du 26 juillet 2016 précise les modalités de coordination des actions des agences régionales de santé et des organismes d'assurance maladie et renove le cadre institutionnel de la gestion du risque en prévoyant un nouveau contrat État-UNCAM qui renforce l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie dans leurs actions en faveur de l'efficacité du système de soins.

La présente instruction a pour objet de préciser, lorsque cela paraît nécessaire à leur bonne application, la loi et les décrets susmentionnés. C'est à l'aune de ce principe que doit être appréciée la structure du présent document.

Outre le cadre général, elle comporte des fiches techniques thématiques et sera susceptible d'être complétée par d'autres fiches au fur et mesure des travaux des directions d'administration centrale, en lien étroit avec les besoins identifiés par les ARS.

Ces fiches techniques ont vocation à fournir une aide pour la mise en œuvre des dispositions et ne présentent pas de caractère prescriptif. Elles porteront notamment sur :

- la procédure de désignation des membres des conseils territoriaux de santé, organisation et missions ;

- le contrat type de partenariat pour la mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins de la région XXX conclu entre l'agence régionale de santé et les régimes d'assurance maladie;
- les objectifs opérationnels visant à organiser la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN);
- le PRAPS;
- l'élaboration des diagnostics PRS;
- les leviers d'action à disposition des ARS pour la recombinaison de l'offre, la coordination des parcours et la contractualisation.

D'autres fiches pourront être élaborées au regard des besoins exprimés par les ARS au cours des ateliers mensuels d'accompagnement des ARS pour l'élaboration de leur PRS.

I. – CONSEIL TERRITORIAL DE SANTÉ (CTS)

À la différence des conférences de territoire, les conseils territoriaux de santé peuvent être force de proposition et constituer de véritables instances contributives au suivi des actions engagées sur le territoire dans le cadre du PRS, en associant l'ensemble des parties prenantes.

Composition et installation des CTS

Le décret susmentionné prévoit que l'installation des CTS doit intervenir avant le 1^{er} janvier 2017 afin que ces derniers puissent participer, comme le prévoit la loi, aux travaux d'élaboration des PRS dont la publication est prévue au 1^{er} janvier 2018 au plus tard. Il conviendra néanmoins de vous assurer préalablement de la désignation effective de l'essentiel des représentants de chaque catégorie de membres.

Jusqu'à l'installation des CTS, la LMSS prévoit que les attributions de ces conseils sont exercées par les conférences de territoire. Les mandats des membres de ces conférences ont été prorogés jusqu'à l'installation des CTS et au plus tard jusqu'au 30 décembre 2016 (décret n° 2016-278 du 8 mars 2016).

Afin de laisser aux acteurs une plus grande souplesse dans l'organisation et le fonctionnement de ces conseils, certaines dispositions sont renvoyées au règlement intérieur.

Missions du CTS et modalités de travail avec les ARS et instances territoriales

La loi précise les missions du CTS dans ses articles 158, 67 et 69. Le décret et l'arrêté prévoient la composition et l'organisation du CTS. Une marge de manœuvre importante est laissée aux acteurs quant aux modalités de fonctionnement du CTS.

Le CTS est avant tout une instance de propositions¹. Il vous appartient de prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre effectives les dispositions du décret.

Par ailleurs, le conseil territorial de santé devra également travailler en relation avec :

- les conseils locaux de santé et conseils locaux de santé mentale existants sur son territoire;
- le ou les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) du ressort du conseil mis en place par l'article 81 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sur les sujets qu'ils partagent.

La procédure de désignation des membres des conseils territoriaux de santé, l'organisation et les missions sont précisées dans la fiche technique n° 1 en annexe de la présente instruction.

II. – ZONES DU SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ

À côté des territoires de démocratie sanitaire, deux autres découpages territoriaux sont à réaliser. Leurs finalités diffèrent :

- les premiers concernent les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation;
- les seconds ont trait aux zones donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale.

¹ À l'exception du diagnostic territorial partagé en santé mentale et du projet territorial de santé mentale, sur lesquels le CTS doit rendre un avis formel (article 69 de la LMSS).

Les zones précitées diffèrent des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et/ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP, qui devront être arrêtées par l'ARS, et ce en dehors de leur PRS.

Les zones relatives à la répartition des activités de soins et EML soumis à autorisation vous donnent de la souplesse dans le choix de l'unité géographique donnant lieu à la répartition des objectifs quantifiés de l'organisation des soins (OOOS).

Les zones peuvent être communes à tout ou partie des activités de soins et EML, ainsi d'ailleurs qu'avec les territoires de démocratie sanitaire. Toutefois, la possibilité vous est offerte d'adapter le zonage aux spécificités de chaque activité, en tenant compte des enjeux de vos territoires, tout en veillant à garantir la visibilité globale.

Le décret relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux mentionne différents critères pour vous guider dans cet exercice : besoins de la population, offre existante et ses adaptations nécessaires, démographie des professionnels de santé, cohérence entre les activités de soins et EML, coopérations entre acteurs de santé.

Les zones ainsi définies seront opposables lors des décisions relatives aux activités de soins et EML. Aucune précision ne pourra y être apportée par la suite (par exemple, une mention de ville...).

Les zones relatives à l'implantation des laboratoires de biologie médicale, quant à elles, doivent permettre d'accompagner les évolutions d'organisation territoriale de cette offre, afin de répondre aux exigences d'accessibilité géographique, des délais de transmission des résultats des analyses compatibles avec l'urgence ou les besoins ainsi que l'absence de risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-3 du CSP.

Ces zones peuvent, le cas échéant, être communes aux zones des activités de soins et EML, ainsi qu'avec les territoires de démocratie sanitaire.

L'ensemble de ces zones doivent être arrêtées, au plus tard le 1^{er} janvier 2018, après avis du préfet de région et des commissions spécialisées de l'organisation des soins des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

III. – ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Le PRS est désormais composé de trois documents : cadre d'orientation stratégique (COS), schéma régional de santé (SRS), programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

La dimension transversale du projet régional de santé nécessite qu'il concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé au sens large afin d'assurer la fluidité de l'organisation des parcours : prévention et promotion de la santé, offre de soins, offre médico-sociale veille et sécurité sanitaires. L'ensemble des acteurs du domaine de la santé sont donc concernés. Ainsi, l'expression « services de santé » regroupe :

- les acteurs de la prévention ou promotion de la santé ;
- les acteurs de la VSS ;
- les professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ;
- les établissements de santé et tout autre titulaire d'autorisations d'activités de soins et d'équipements de matériels lourds ;
- les établissements et services médico-sociaux ;
- les établissements du service de santé des armées, le cas échéant dans le cadre de l'article L. 6147-8 du code de la santé publique ;
- les laboratoires de biologie médicale de ville et hospitalier.

1. Démarche d'association des partenaires, concertation et avis

Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS au plus tard le 1^{er} janvier 2018. La période de consultation pour ces nouveaux PRS est de trois mois, ce qui signifie que vous devrez publier sous forme électronique l'avis de consultation au plus tard le 30 septembre 2017.

Le préfet de région, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les collectivités territoriales de la région, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie prévus à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles disposent de trois mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sous forme électronique au recueil des actes administratifs de la préfecture de région, pour transmettre leur avis. Passé ce délai, l'avis est réputé acquis.

Pour les communes et groupements de communes, vous pouvez également vous rapprocher des associations départementales des maires et, dans les régions où ils sont présents, les coordinateurs régionaux de l'Assemblée des communautés de France (AdCF).

Dans ce délai de trois mois, vous devez également saisir les membres du conseil de surveillance de l'ARS afin qu'il donne son avis sur le PRS.

Lorsque vous décidez de ne pas suivre ces avis, il est recommandé de motiver ces décisions par écrit.

Afin d'articuler au mieux les politiques publiques au plan régional, il vous revient d'associer les deux commissions de coordination des politiques publiques à vos travaux d'élaboration sur leur champ de compétences. Je vous rappelle à ce titre que la LMSS (article L. 1432-1 du CSP) renforce le rôle de ces commissions qui doivent désormais rendre compte d'actions précises de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du PRAPS.

Durant les cinq années de vie du PRS, toutes modifications ou actualisations nécessaires feront l'objet d'une consultation d'une durée de deux mois.

2. Évaluation des besoins

La loi précise que l'élaboration du SRS doit se fonder sur une évaluation des besoins. Pour ce faire vous devrez effectuer un diagnostic dont les éléments sont définis dans l'article R. 1434-4 du CSP et qui devra prendre en compte les impacts organisationnels du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

3. Cadre d'orientations stratégiques (COS)

Le COS doit, en conformité avec les priorités de la stratégie nationale de santé (SNS), y compris dans sa déclinaison pour l'outre-mer et la Corse, et en fonction des spécificités de vos territoires, déterminer votre stratégie et vos enjeux de santé prioritaires sur 10 ans. À ce titre, le COS doit fixer les grands principes sur lequel s'appuiera le schéma régional de santé (SRS) qui en constitue la traduction opérationnelle sur 5 ans.

Il doit également comporter des dispositions visant à permettre aux usagers d'être acteurs de leur santé.

Le COS s'inscrit en outre dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les politiques publiques ayant un impact sur la santé, notamment dans le cadre d'approches intersectorielles comme la politique de santé environnementale, la politique du logement, la politique de l'éducation et de la formation, l'amélioration de la santé au travail, l'amélioration de la nutrition...

4. Schéma régional de santé (SRS)

Le PRS se décline désormais en un unique schéma régional de santé intégrant l'évaluation des besoins et de l'offre de services de santé, y compris dans les contextes de crise sanitaire exceptionnelle.

Cette évolution vise à améliorer le décloisonnement entre les différents acteurs de santé et la cohérence entre les politiques menées.

Le SRS déterminera la place et le rôle attendus des services de santé. Il comportera, par ailleurs, les éléments indispensables à la planification des activités de soins et équipement matériels lourds (EML) soumis à autorisation, et à la planification de l'offre médico-sociale en cohérence avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Pour l'offre médico-sociale, le PRIAC² est maintenu pour la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du présent SRS.

Parmi les leviers identifiés par le décret pour atteindre les objectifs du SRS, figurent notamment :

- les contrats locaux de santé ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les acteurs du système de santé ;
- les contrats territoriaux de santé et contrats territoriaux de santé mentale.

Une fiche technique précisera, en fonction des besoins qui ressortiront, les éléments nécessaires à la mise en place de ces outils et plus généralement à l'élaboration du SRS.

Le SRS pourra comporter un volet spécifique visant à prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement et, le cas échéant, aux autres pathologies infectieuses existantes ou émergentes.

² Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

5. PRAPS

Le PRAPS, en ce qu'il concourt aux ambitions du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, est établi en cohérence avec les feuilles de route régionales du plan, établies dans un cadre de gouvernance partenariale par les directions régionales (et départementales) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale [D(R)(D)JSCS] et les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale en outre-mer (DJSCS), et les diagnostics régionaux sur lesquelles elles s'appuient. Vous veillerez tout particulièrement à construire des diagnostics partagés avec les D(R)(D)JSCS et les DJSCS.

Afin de réduire les inégalités sociales et territoriales en santé, le PRAPS s'attache à répondre à différents enjeux, avec l'objectif principal de favoriser un accès facilité et égalitaire à la prévention, à la promotion de la santé et au système de santé, et d'améliorer la cohérence dans le parcours de vie et de santé des personnes les plus démunies.

Sous réserve des dispositions du décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998, le PRAPS doit ainsi permettre :

- de favoriser une meilleure connaissance des questions de santé liées à la précarité et dans ce cadre prendre notamment en compte parmi les déterminants de santé, le rôle des déterminants socio-économiques, notamment le lien entre santé et chômage ;
- d'impulser la mise en place de politiques publiques communes et cohérentes, dans la lutte contre la précarité afin de faciliter l'accès aux droits et d'éviter le renoncement aux soins ;
- d'améliorer et renforcer l'organisation et la coopération partenariale en santé.

À cet effet, plusieurs outils peuvent être mobilisés :

- les dispositifs spécifiques tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), destinés à faciliter l'accès des personnes démunies aux établissements de santé de droit commun ainsi que les lits halte soins santé (LHSS) et lits d'accueil médicalisés (LAM) ;
- les équipes mobiles psychiatrie précarité ;
- la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique.

Levier majeur pour le changement des pratiques et le développement des partenariats, ainsi que pour la mise en œuvre des parcours de santé, le PRAPS constitue un véritable cahier des charges pour l'ensemble des actions des professionnels en faveur des personnes démunies dans le champ de la santé.

6. Coopération avec les pays voisins

La coopération avec les pays voisins sera abordée ultérieurement dans une fiche technique.

7. ORSAN

Des objectifs opérationnels doivent être définis dans le cadre du SRS afin d'organiser la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles déclinées dans le cadre du dispositif « ORSAN », qui vise à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse répondre dans les meilleures conditions à tous types d'événements exceptionnels et/ou d'une intense gravité.

Les missions et objectifs opérationnels confiés aux différents intervenants dans le cadre du schéma régional ORSAN et le programme pluriannuel mentionné à l'article R. 3131-3-6 du CSP, qui sont des éléments du dispositif ORSAN, n'ont pas à figurer dans le PRS, mais en constitueront la déclinaison opérationnelle.

Les échelles territoriales à prendre en compte sont variables selon les différents risques. Cette variabilité devra être prise en compte dans le cadre du diagnostic et du choix des acteurs lors des consultations (cf. fiche 3).

Les principes qui pourront vous aider dans la définition des objectifs sont indiqués en annexe (fiche technique 2).

IV. – MODALITÉS DE PARTENARIAT ENTRE LES ARS ET LES ORGANISMES DES DIFFÉRENTS RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE POUR LA COORDINATION DE LEURS ACTIONS

Les articles 158 et 162 de la loi de modernisation de notre système de santé visent à renforcer l'alignement stratégique et la complémentarité entre l'État et les différents régimes d'assurance maladie et, au niveau régional, entre les ARS et les réseaux locaux de l'assurance maladie.

Le décret n° 2016-1025 du 26 juillet 2016 relatif à la coordination des actions des ARS et des organismes d'assurance maladie précise le cadre contractuel et les domaines concernés par ce partenariat régional : la prévention et la promotion de la santé, l'offre sanitaire et médico-sociale, l'accès à la santé, la mise en œuvre des parcours de santé, la mise en œuvre d'expérimentations régionales d'organisation et de financement et la gestion du risque et l'efficacité du système de soins.

Ce partenariat s'applique également à leurs contributions respectives pour l'analyse des données et des dépenses régionales, à l'éventuelle participation de l'assurance maladie aux actions de veille et sécurité sanitaires des ARS, aux modalités d'information réciproque concernant l'accès aux droits et les missions d'inspection et de contrôle.

Une « commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie » remplace l'actuelle commission régionale de gestion du risque (CRGDR). Elle voit son rôle étendu pour traiter de l'ensemble des sujets communs à l'ARS et aux organismes d'assurance maladie de la région dans les domaines mentionnés ci-dessus.

Son fonctionnement et sa composition sont inchangés, avec les précisions suivantes :

- chaque régime d'assurance maladie (dont la caisse nationale ou centrale est membre de l'UNCAM) est représenté au niveau régional, notamment par le DCGDR (directeur coordonnateur de la gestion du risque) pour le régime général et le directeur de l'ARCMSA (association régionale des caisses de MSA) pour le régime agricole ;
- les directeurs des organismes d'assurance maladie du ressort de la région sont les directeurs des caisses et des services médicaux ;
- un représentant des organismes complémentaires d'assurance maladie participe aux travaux de la commission (en formation restreinte) lorsqu'elle examine les projets de conventions avec les organismes d'assurance maladie complémentaires (et non plus « selon l'ordre du jour » comme c'était le cas auparavant).

Vous vous attacherez à mettre en place cette commission avant la fin de l'année 2016 en collaboration avec les représentants régionaux de l'assurance maladie.

Deux conventions vont désormais décrire les modalités de travail en commun et de collaboration entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie de la région :

- une convention portant sur l'ensemble des domaines de leur collaboration tels que précisés dans le décret précité est conclue pour cinq ans entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant de chacun des régimes d'assurance maladie de la région. Cette convention détermine, dans le respect de leurs compétences respectives, leurs modalités de travail commun et de collaboration dans les domaines décrits dans le décret susvisé.

Vous pouvez d'ores et déjà engager des échanges avec vos interlocuteurs de l'assurance maladie en vue de définir ces méthodes de travail en commun, dans la perspective de l'élaboration d'un projet de convention, d'ici à la fin de l'année 2016. Il n'y aura pas de définition, *a priori*, de clauses types, comme le permet le décret, mais les projets de convention feront l'objet d'une mutualisation assurée par la CNAMTS (pour le régime général) et le SGMCAS avant signature par les acteurs régionaux, afin de favoriser le partage des solutions qui auront été trouvées localement. De même, pour le régime agricole, la CCMSA assurera une coordination des projets de convention en lien avec le SGMCAS ;

- une convention spécifique à la gestion du risque et à l'efficacité du système de soins est conclue pour deux ans entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant en région des régimes d'assurance maladie, désigné par le directeur général de l'UNCAM. Elle décrit les conditions de mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins ainsi que les éventuelles actions régionales complémentaires spécifiques en matière de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.

Cette convention est rédigée sur la base d'un contrat type soumis à la validation du CNP et annexé à la présente instruction.

La fiche technique n° 3 présente le cadre contractuel rénové de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins.

Pour la ministre et par délégation :
*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXES

FICHE TECHNIQUE N° 1

PROCÉDURE DE DÉSIGNATION DES MEMBRES DES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ, ORGANISATION ET MISSIONS

Les membres des CTS, et leurs suppléants, sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

1. Démarches à effectuer par le directeur général de l'ARS auprès des organisations ou instances chargées de désigner ou de proposer des noms de membres des CTS

Vous demanderez au président du conseil départemental de chaque département du ressort du CTS (et à Lyon, au président de la métropole), au président du conseil exécutif de la Corse et aux présidents des assemblées respectivement de Guyane et de Martinique, d'émettre une proposition conjointe de désignation d'un représentant des services départementaux de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile du ressort du CTS et de son suppléant.

Vous informerez le président du conseil départemental de chaque département du ressort du CTS (et à Lyon, au président de la métropole), le président du conseil exécutif de la Corse et les présidents des assemblées respectivement de Guyane et de Martinique, de la désignation attendue par l'Assemblée des départements de France (ADF), d'au plus un représentant et de son suppléant. L'ADF sera saisie en parallèle par le secrétariat général.

Vous demanderez par ailleurs au(x) préfet(s) de département du territoire du CTS de désigner au plus un représentant de l'État d'un département du ressort du conseil territorial de santé.

2. Autres démarches à effectuer par le directeur général de l'ARS auprès des organisations ou instances chargées de désigner ou de proposer des noms de membres du CTS

Vous demanderez :

- aux délégués régionaux des fédérations des différentes catégories d'établissements implantés dans le territoire du ressort du CTS de proposer la désignation d'au plus trois représentants des personnes morales gestionnaires de ces établissements et leurs suppléants respectifs. Il vous appartiendra de répartir les sièges en tenant compte de la nature et du volume des activités de soins exercées par chacun des établissements. Vous veillerez également à respecter l'équilibre de la représentativité des statuts des établissements ;
- aux délégués régionaux des fédérations des différentes catégories d'établissements implantés dans le territoire du ressort du CTS de proposer la désignation d'au plus trois présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement et leurs suppléants respectifs. Il vous appartiendra de répartir les sièges en tenant compte de la nature et du volume des activités de soins exercées par chacun des établissements. Vous veillerez également à respecter l'équilibre de la représentativité des statuts des établissements ;
- aux groupements et fédérations représentatifs des institutions sociales et médico-sociales, regroupant sur le ressort du CTS, le nombre le plus important des institutions accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, de proposer la désignation d'au plus cinq représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles répartis entre ceux qui œuvrent en faveur des personnes âgées et ceux qui œuvrent en faveur des personnes handicapées. Vous veillerez également à organiser au mieux la représentativité des statuts des institutions et des représentations entre les organismes œuvrant en faveur des personnes âgées et ceux en faveur des personnes en situation de handicap ;
- aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), de proposer conjointement au plus six membres des unions régionales des professionnels de santé dont au plus trois médecins et au plus trois représentants des autres professionnels de santé, et leurs suppléants respectifs. Ces derniers peuvent être choisis parmi les URPS qui n'ont pas de représentants titulaires. À défaut de proposition conjointe des unions régionales des professionnels de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne ces membres ;

- aux représentants régionaux des deux intersyndicales des internes en médecine (ISNAR-IMG et ISNI), de désigner au plus un représentant des internes en médecine de la ou des subdivisions situées sur le territoire du conseil, et son suppléant;
- aux organisations représentant des centres de santé, maisons de santé et réseaux de santé de vous proposer des représentants et leurs suppléants respectifs. Il vous appartient de fixer le nombre de ces représentants en lien avec les autres catégories de représentants des différents modes d'exercice coordonné et des organisations de coopération territoriale prévus au f de l'article 1^{er} de l'arrêté du 3 août 2016;
- au délégué régional de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ou à toute autre organisation, regroupant, au niveau régional, le nombre le plus important de ces établissements, de proposer la désignation d'au plus un représentant des établissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile, et son suppléant;
- au président du conseil régional de l'ordre des médecins ou, le cas échéant, sur proposition conjointe des présidents des conseils régionaux de l'ordre du ressort de l'ARS de désigner au plus un représentant, et son suppléant;
- aux conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) du ressort du CTS, de proposer au plus quatre représentants des usagers des associations des personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées et leurs suppléants respectifs. Vous veillerez à ce que ces membres, destinés à siéger au collège des représentants des usagers, ne soient pas membres des institutions fournissant des services aux personnes âgées ou aux personnes handicapées.

Dans l'attente de la mise en place des CDCA prévu par le décret du 7 septembre 2016, les comités départementaux des retraités et des personnes âgées et les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées prévus respectivement aux articles L. 149-1 et L. 146-2 dudit code, dans leur rédaction antérieure à la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sont maintenus jusqu'à la mise en place effective, dans leur département respectif, du CDCA prévu dans leur rédaction résultant de la même loi;

- au président du conseil régional de désigner au plus un conseiller régional et son suppléant et, en Corse, au président de l'assemblée de désigner au plus un conseiller à l'assemblée de Corse et son suppléant; pour les collectivités territoriales de Guyane et de Martinique, au plus un conseiller et son suppléant à l'assemblée de Guyane ou de l'assemblée de Martinique, désigné par le président de l'assemblée.

Enfin, vous solliciterez les organismes locaux ou régionaux de sécurité sociale situés dans le ressort du conseil afin qu'ils proposent conjointement au plus deux représentants et leurs suppléants respectifs. Parallèlement le secrétariat général saisira l'UNCAM, la CNAF et la CNAV pour les informer de cette sollicitation auprès de leurs réseaux. En tout état de cause, vous veillerez à une représentation équilibrée de ces membres en fonction des organismes présents dans le ressort du conseil et des spécificités des territoires (ruraux, urbains...).

3. Organisation des appels à candidatures

Vous devrez organiser les appels à candidatures suivants, pour une désignation au 1^{er} janvier 2017. Pour ce faire, vous pouvez vous référer à l'annexe 2 de l'instruction SG/2016/51 du 19 février 2016 relative à l'installation des CRSA:

- des représentants des usagers des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 et de leurs suppléants respectifs;
- du ou des représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité et de leurs suppléants respectifs;
- des représentants des différents modes d'exercice coordonné et des organisations de coopération territoriale prévus au f de l'article 1^{er} de l'arrêté du 3 août 2016 et de leurs suppléants respectifs. Il vous appartient de fixer le nombre des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires, ainsi que des communautés psychiatriques de territoire (pour lesquelles vous pouvez conserver un siège dans l'attente de l'installation des communautés psychiatriques de territoire).

4. Sollicitations effectuées par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Afin de faciliter les désignations, je vais demander, pour ma part :

- au président de l'Assemblée des départements de France de désigner au plus un représentant et son suppléant ;
- au président de l'Association des maires de France, de désigner au plus deux représentants des communes du ressort du CTS, et leurs suppléants respectifs ; ces derniers doivent également être des conseillers municipaux ;
- au président de l'assemblée des communautés de France, de désigner au plus deux représentants des communautés mentionnées aux articles L. 5214-1, L. 5215-1, L. 5216-1, L. 5217-1 ou L. 5219-1 du code général des collectivités territoriales regroupant des communes situées en tout ou partie dans le territoire de santé auquel est rattaché le conseil, et leurs suppléants respectifs.

Vos éventuelles propositions devront être transmises par mail :

- pour l'Assemblée des communautés de France, à M. Portier : n.portier@adcf.asso.fr et s.gouloumes@adcf.asso.fr ;
- pour l'Association des maires de France, à Mme Caroline Girard : caroline.girard@amf.asso.fr et florence.laparrat@amf.asso.fr.

Pour faciliter ces désignations, vous devrez également vous rapprocher des associations départementales des maires et, dans les régions où ils sont présents, des coordinateurs régionaux de l'AdCF.

5. Désignation directe du directeur général de l'ARS

Vous choisirez, en outre, deux personnalités qualifiées appelées à être membres du CTS, en raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines de compétence du conseil territorial de santé, dont le cas échéant :

- un représentant du service de santé des armées du ressort du conseil ;
- un représentant de la Fédération nationale de la mutualité française, désigné sur proposition de la Fédération nationale de la mutualité française.

Enfin, vous veillerez, dans vos désignations, à garantir une représentation équilibrée entre les femmes et les hommes.

6. Organisation et missions du CTS

Il vous est demandé d'assurer le secrétariat de l'instance, selon des modalités que vous définirez et reprises dans le règlement intérieur. À ce titre, vous assurerez les modalités pratiques permettant à chaque conseil, lors de sa première réunion, d'élire en assemblée plénière un président et un vice-président.

Afin d'éviter des fonctionnements trop disparates de ces conseils sur l'ensemble de votre région, vous pourrez assurer la coordination entre les présidents des différents CTS pour un partage du contenu de leurs règlements intérieurs avant adoption.

7. Composition et organisation de la commission spécialisée en santé mentale et de la formation spécifique organisant l'expression des usagers

La composition de la commission spécialisée en santé mentale et de la formation spécifique organisant l'expression des usagers est prévue par le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé.

La commission spécialisée en santé mentale prépare notamment l'avis du CTS sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale arrêtés par le directeur général de l'ARS (tel que prévu à l'article 69 de la LMSS). Il est recommandé qu'elle puisse travailler en lien avec les conseils locaux de santé mentale.

La formation spécifique organisant l'expression des usagers participera notamment, en lien avec la CRSA, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Elle formule des avis et des propositions que le CTS pourra notamment transmettre à la CRSA et à sa commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers.

La commission spécialisée en santé mentale et la formation spécifique organisant l'expression des usagers, tout comme l'ensemble du CTS, peuvent s'élargir aux participations utiles aux sujets examinés et entrant dans le champ de leurs missions, notamment celle du délégué du défenseur des droits.

8. Missions du CTS et modalités de travail avec les ARS

Il vous appartient, en lien avec le président du CTS, de définir les modalités de travail entre l'ARS et le CTS.

Vous veillerez à transmettre toutes les informations utiles au bon fonctionnement des CTS, les programmes des travaux de l'agence concernant le territoire du CTS et les travaux des CTS qu'il serait pertinent de partager avec l'ensemble des conseils territoriaux, dans le but de nourrir la réflexion et l'analyse, de mutualiser et d'échanger les bonnes pratiques.

FICHE TECHNIQUE N° 2

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS VISANT À ORGANISER LA PRÉPARATION DU SYSTÈME DE SANTÉ À LA GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES - ORSAN

Les objectifs opérationnels figurant dans le SRS doivent pouvoir orienter la planification et l'action qui s'inscriront dans le schéma ORSAN. Pour cela, ils doivent donner les grands principes attendus à l'échelle régionale pour faire face à des points de rupture dans le cadre de chacun des volets d'ORSAN.

Ces principes relèvent de quatre domaines :

- la compensation des faiblesses capacitaires identifiées lors du diagnostic organisationnel de l'offre de soins ;
- la réorganisation de l'offre de soins en cas de rupture ;
- la gestion des flux (patients, transports, logistique, etc.) en cas de désorganisation ;
- la gestion des risques particuliers.

La définition de ces principes prendra en compte le diagnostic des risques et des menaces et s'appuiera sur deux logiques :

- la logique de filière de soins dont les points de rupture doivent être identifiés lors du diagnostic organisationnel. Ceci car le schéma ORSAN nécessitera par la suite d'être orienté vers la réponse à des menaces/événements/situations caractérisées par : *a)* une augmentation importante (et souvent relativement localisée) du nombre de personnes nécessitant une évaluation ou une prise en charge en établissement de santé ; *b)* une cinétique initiale d'évolution rapide ; *c)* un niveau de gravité clinique moyen potentiellement ou réellement élevé. L'enjeu est principalement hospitalier et porte sur des aspects organisationnels (coordination, régulation, adaptation) et capacitaires (plateaux techniques, lits et places, personnels), à dimension régionale, voire suprarégionale. Les filières « premier recours et urgences », « obstétrique » et « pédiatrie » sont particulièrement sollicitées. Les volets ORSAN plus spécifiquement concernés sont : AMAVI, NRC et BIO/phase initiale. Une articulation est nécessaire entre niveau régional et zonal pour ces deux derniers volets et peut l'être en cas d'afflux massif dépassant les capacités régionales ;
- la logique de proximité dont l'organisation spécifique à la région doit être identifiée. Ceci car dans le schéma ORSAN, il faudra orienter la réponse vers des menaces/événements/situations caractérisées par : *a)* l'aspect communautaire de la gestion et le maintien à domicile ; *b)* une cinétique d'évolution plus lente ; *c)* une gravité de l'impact prévalent en cas de facteurs de risque individuels associés. Les volets ORSAN relevant de cette logique de proximité sont : CLIM, EPIVAC et BIO/épidémie installée. L'enjeu concerne principalement le secteur des soins primaires et porte sur la coordination des acteurs locaux (sanitaires, libéraux ou non, et extra-sanitaires) et sur le maillage territorial. Les filières « gériatrie », « obstétrique » et « pédiatrie » peuvent néanmoins être sollicitées pour les cas les plus graves. Dans certaines situations, et pour certaines populations à risque, les réflexions conduites par ailleurs dans le cadre des logiques précitées de parcours et de gradation des soins pourront contribuer utilement à la définition des objectifs opérationnels.

Ainsi, la démarche ORSAN est un continuum partant du concept stratégique (COS), puis intégrant l'évaluation des besoins et les objectifs opérationnels basés sur des principes (SRS) pour aboutir *in fine* au schéma ORSAN qui déclinera les aspects de conduite et de planification pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

Ainsi, au-delà de la définition par le SRS des objectifs opérationnels précités visant à organiser la préparation du système de santé aux SSE, il s'agira, pour la période 2018-2023 concernée par le PRS2, de poursuivre et de finaliser les travaux d'élaboration du schéma ORSAN que vous avez entrepris depuis 2014, ainsi que de tester et d'évaluer régulièrement la pertinence et l'efficacité des organisations et des mesures de gestion prévues. Sur la base du résultat de ces évaluations, et des révisions éventuelles de l'analyse des risques et des menaces qui pourront intervenir, il s'agira également d'actualiser, si besoin, les différents volets ORSAN, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, afin de garantir à la population un niveau de protection élevé.

FICHE TECHNIQUE N° 3

CADRE CONTRACTUEL RÉNOVÉ DE LA GESTION DU RISQUE ET DE L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS

Le cadre contractuel de la gestion du risque est rénové. Un nouveau contrat, dénommé Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, se substitue au contrat État/UNCAM et définit pour une durée de deux ans les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il est constitué de programmes nationaux, correspondant, pour la période 2015-2017, aux priorités définies par le plan triennal ONDAM.

Ces programmes nationaux sont élaborés et validés par le Comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins (CNGDRESS), composé à parité de représentants de l'État et de l'assurance maladie, avec représentation du niveau régional. La validation de ces programmes par le comité qui s'est réuni le 7 octobre 2016 donnera lieu à la signature du plan national 2016-2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'autorité compétente de l'État.

Le comité assure par ailleurs le suivi de la mise en œuvre de ce plan aux échelons national et régional. Il peut être saisi par l'un de ses membres en cas de difficulté rencontrée dans cette mise en œuvre.

Le plan national est ensuite décliné dans chaque région par un plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PPRGDRESS), arrêté par le directeur général de l'ARS après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie. Ce plan peut faire l'objet, dans chaque région, d'adaptations tenant compte des particularités territoriales.

Les textes prévoient trois types d'actions de gestion du risque et d'efficacité du système de soins :

- les actions inscrites dans le PPRGDRESS ;
- des actions régionales complémentaires en matière de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, inscrites dans la convention spécifique à la gestion du risque et à l'efficacité de soins ;
- d'éventuelles actions de gestion du risque et d'efficacité du système de soins définies par le directeur coordonnateur de la gestion du risque et non inscrites au PPRGDRESS.

La convention spécifique à la gestion du risque et à l'efficacité du système de santé signée entre l'ARS et l'assurance maladie doit prévoir les modalités de travail en commun et d'échange sur l'ensemble de ces actions.

Pour faciliter le pilotage de ces actions au niveau régional, il peut être décidé, dans le cadre de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie, de réunir l'ensemble de ces actions au sein du PPRGDRESS.

De plus, en matière de pertinence des actes, prestations et prescriptions, le plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) regroupe l'ensemble des actions relatives à la pertinence des soins du PPRGDRESS. Il n'est donc pas nécessaire de prévoir d'autres dispositions relatives à la pertinence des soins au sein du PPRGDRESS. Il appartient à chaque ARS de veiller à la bonne articulation du PAPRAPS avec les différents programmes du PPRGDRESS (en particulier transports et produits de santé prescrits par les établissements de santé).

Les instructions qui portent la déclinaison régionale des programmes nationaux sont inscrites au CNP en vue de leur intégration dans le PPRGDRESS. Les ARS sont destinataires, par le CNP, des lettres-réseau de la CNAMTS qui concernent la gestion du risque et l'efficacité du système de soins.

CONVENTION TYPE DE PARTENARIAT POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN PLURIANNUEL RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE ET D'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS DE LA RÉGION XXX CONCLUE ENTRE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ET LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Il est convenu ce qui suit entre :

L'agence régionale de santé, représentée par XXXX, directeur général de l'ARS XXXX, d'une part, désignée ci-après par « l'agence »,

Et,

Les régimes d'assurance maladie, représentés par XXXX, représentant désigné par le directeur général de l'UNCAM, d'autre part,

PRÉAMBULE

La présente convention, prévue par l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, a vocation à organiser, sur le plan local et régional, le partenariat entre l'agence, représentée par son directeur général, et les organismes d'assurance maladie, représentés par le directeur coordonnateur de la gestion du risque, dans le cadre de leurs compétences respectives, au profit de l'efficacité du système de soins et de l'atteinte des objectifs définis par l'ONDAM.

Article 1^{er}

Objet de la convention

La présente convention définit les modalités de travail en commun et d'échanges entre les deux parties dans la mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PPRGDRESS) arrêté par le directeur général de l'agence après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie. Elle prévoit les modalités d'adaptation des actions de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, en fonction des particularités territoriales, ainsi que des actions régionales complémentaires spécifiques en matière de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.

[Le cas échéant] Elle définit également les modalités selon lesquelles le directeur coordonnateur de la gestion du risque informe le directeur général de l'agence des éventuelles actions de gestion du risque et de l'efficacité du système de soins qui ne sont pas inscrites au plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.

Article 2

Périmètre de la convention et objectifs communs poursuivis

L'ARS et les régimes d'assurance maladie s'engagent conjointement dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des actions issues du PPRGDRESS et des indicateurs associés, ainsi que [le cas échéant] des actions régionales complémentaires.

Le périmètre de la convention porte sur les programmes et actions suivants :

2.1. Programmes issus du PPRGDRESS

Les programmes pilotés par l'agence sont :

- la maîtrise de la masse salariale ;
- PHARE ;
- SIMPHONIE ;
- l'aide aux établissements en difficulté et l'optimisation des enveloppes ;
- autres programmes.

Les programmes pilotés par l'assurance maladie sont :

- les prescriptions des indemnités journalières ;
- les transports prescrits en ville ;
- les produits de santé prescrits en ville ;
- les autres prescriptions (biologie, imagerie, paramédical...);
- autres programmes.

Les programmes pilotés conjointement entre l'agence et l'assurance maladie sont :

- les produits de santé prescrits en établissement de santé (PHEV, liste en sus) ;

- les transports prescrits en établissement de santé ;
- le virage ambulatoire (favorisant le retour à domicile en médecine, chirurgie, psychiatrie, SSR, obstétrique) ;
- autres programmes.

L'ensemble des actions (dont le pilotage est réparti ou conjoint) relatives à la pertinence des actes, prestations et prescriptions intégré au plan pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) [préciser l'articulation et les éventuels liens avec les programmes listés ci-avant].

2.2. Actions régionales complémentaires spécifiques en matière de gestion du risque et d'efficience du système de santé

Les actions régionales complémentaires au PPRGRESS sont les suivantes [préciser le pilotage agence ou assurance maladie de chacune des actions] :

- XX
- XX

Toute mise à jour de cette liste fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

2.3. [Le cas échéant] Actions mise en œuvre par l'assurance maladie dans la région et non inscrites au plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins

Le directeur coordonnateur de la gestion du risque informe, dans le cadre des instances définies à l'article 5 de la présente convention, le directeur général de l'agence des éventuelles actions qu'elle envisage de mettre en œuvre dans la région.

Article 3

Conception et mise en œuvre des actions

3.1. Programmes issus du PPRGDRESS

Pour les programmes dont le pilotage est réparti entre l'agence et les régimes d'assurance maladie, chaque partie définit et met en œuvre les actions relevant de sa responsabilité.

Les référents de chacun de ces programmes sont identifiés par les instances définies à l'article 5 de la présente convention.

Pour les programmes conjoints, leur définition et leur mise en œuvre sont coordonnées.

Les instances définies à l'article 5 définissent les référents conjoints ARS et AM. Elles valident les méthodes et moyens de ciblage et d'accompagnement des professionnels et des établissements de santé, en s'assurant notamment de la cohérence et de la non-redondance des actions entreprises vis-à-vis des établissements. Elles valident également la politique de contractualisation tripartite vis-à-vis des établissements de santé, mise en œuvre au travers du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins prévu par l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modalités d'association des régimes d'assurance maladie à la préparation et au suivi du dialogue de gestion que l'agence conduit avec les établissements.

3.2. Actions complémentaires

Pour chacune de ces actions, chaque pilote (agence ou régimes d'assurance maladie) met en œuvre les actions dont il a la responsabilité.

Les référents de chacune de ces actions sont identifiés par les instances définies à l'article 5 de la présente convention.

Article 4

Suivi et évaluation des actions

L'agence et les régimes d'assurance maladie s'engagent à partager les bilans quantitatifs et qualitatifs des actions réalisées dans le cadre du PPRGDRESS et des actions régionales complémentaires éventuelles, ainsi que les résultats des indicateurs associés, dans le cadre des instances définies à l'article 5 de la présente convention.

Pour les programmes pilotés conjointement, ils mettent en place un suivi partagé des actions et des indicateurs [à l'aide de l'outil de pilotage mis à disposition par le ministère des affaires sociales et de la santé].

Pour les programmes répartis, leur mise en œuvre fait l'objet *a minima* d'une information réciproque entre les deux parties au sein des instances définies dans l'article 5.

Concernant les actions de communication ou de valorisation, les parties s'engagent à définir ensemble, lors d'une réunion de l'une des instances prévues à l'article 5, les modalités de promotion des actions prévues dans le cadre de la présente convention, les principes de la communication individuelle par chacune des parties et d'information réciproque.

Article 5

Gouvernance

L'agence et les régimes d'assurance maladie s'engagent à assurer une gouvernance cohérente et efficiente. Cette gouvernance est définie comme suit :

1. La commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'assurance maladie

La commission régionale de coordination des actions de l'agence et de l'assurance maladie, présidée par le directeur général de l'agence, a vocation à traiter l'ensemble des actions nécessitant une coordination entre l'agence et l'assurance maladie en région, dont la gestion du risque.

Sur le périmètre de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins, le rôle et le fonctionnement de la commission sont définis comme suit :

[Préciser le rôle dévolu à cette commission (ainsi que d'éventuelles sous-commissions) ainsi que ses modalités de fonctionnement ; sur le périmètre de la gestion du risque et de l'efficacité du système de santé, dans le respect de l'article R 1434-13 du CSP.]

2. [Le cas échéant] Autres instances de pilotage

[Le cas échéant préciser le rôle, les membres et les modalités de fonctionnement d'une ou plusieurs autres instances de pilotage.]

Article 6

Partage des données

L'ARS et les régimes d'assurance maladie s'engagent à partager leur analyse des données nécessaires à la conception, au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre.

Les deux parties s'engagent à définir, dans le cadre des instances définies à l'article 5 :

- la nature des informations échangées, la source, le fournisseur ainsi que la périodicité et les supports ;
- le niveau de partage et les modalités d'analyse commune de ces données ;
- les moyens et outils à mettre en place.

Tout échange de données prévu dans le contexte de la présente convention s'effectue dans le respect des dispositions de la loi relative à l'informatique et aux libertés, ainsi que des règles de confidentialité et de secret professionnel. Ces échanges sont réalisés conformément aux règles de sécurité appropriées en fonction de la nature des données et informations concernées.

Article 7

Modalités de suivi de la convention

La réalisation de la présente convention fait l'objet d'un suivi et de bilans annuels dans le cadre de la commission régionale prévue à l'article R. 1434-13 du code de la santé publique.

Article 8

Durée de la convention

La présente convention est signée pour la durée du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins et peut être modifiée par voie d'avenant.

Fait à, en deux exemplaires originaux, le.....

Le directeur général de l'ARS XXX,

Le directeur coordonnateur de la gestion
du risque XXX , représentant désigné
par le directeur général de l'UNCAM,