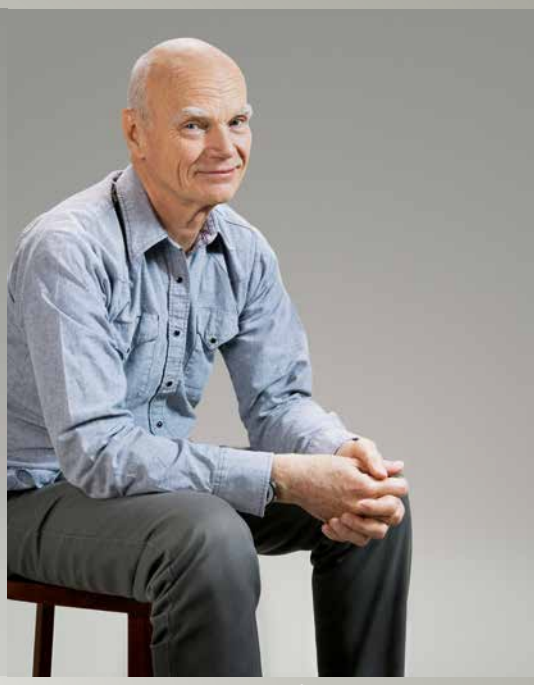
Projet Régional de santé
des Pays de la Loire



VERSION ACTUALISÉE AU 25 MARS 2016

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

UN ENGAGEMENT COLLECTIF POUR LA SANTÉ DES LIGÉRIENS

La santé, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé est « un état de complet bien-être physique, mental et **social**, et ne consiste pas seulement en une absence de **maladie** ou d'infirmité ». La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires a confié à l'Agence Régionale de Santé la responsabilité de porter en Pays de la Loire cette ambition. Il lui appartient d'accompagner l'évolution de l'organisation de la santé parfois trop cloisonnée vers un système plus intégré pour une qualité accrue de la réponse à la population.

Grâce à l'investissement de tous, notre système de santé a déjà beaucoup évolué : prise de conscience de la dimension santé environnementale, actions de prévention multiples et diverses, recomposition de l'offre hospitalière, réorganisation de la réponse des professionnels libéraux, développement des services et des établissements en direction des personnes en situation de handicap quelque soit l'âge. C'est en s'appuyant sur ces acquis et sur l'engagement des professionnels que nous allons répondre aux enjeux de demain.

La population des Pays de la Loire est plutôt en bonne santé ainsi qu'en témoigne une espérance de vie élevée comparée aux autres régions françaises. Les dépenses de santé y sont proportionnellement moins importantes ce qui révèle l'impact sur la santé de déterminants indépendants des services de soins. L'enjeu n'est pas de dépenser plus mais de construire sur cet avantage. Il s'agit de renforcer les comportements et les modes de vie qui préviennent ou retardent la survenue des problèmes de santé et de proposer les prises en charge les plus adaptées afin que chacun puisse se réaliser personnellement et socialement, qu'il soit atteint de maladie chronique ou qu'il ait perdu une part de son autonomie.

La natalité, l'attractivité de la région représentent des atouts. La population augmente et son vieillissement génère des besoins spécifiques auxquels il faut répondre par un accompagnement et des soins bien intégrés. La santé ne doit pas être un obstacle mais rester une ressource pour mener une vie socialement valorisante quelque soit l'âge ou le handicap. La région est également riche de sa diversité.

Celle-ci révèle cependant des inégalités territoriales, sociales, environnementales qui appellent des réponses spécifiques dans chacun des territoires au plus proche des habitants.

Les professionnels évoluent, leurs attentes ne sont plus celles d'hier, les pratiques changent rapidement, les populations sont aujourd'hui plus mobiles. Les modifications d'équilibre entre les attentes des uns et des autres amènent à des remises en question mais tous sont profondément attachés à un système de santé performant, accessible et équitable.

Nous sommes face à quatre défis à relever.

Le premier défi est celui de **mettre la personne et ses attentes au cœur du projet,** lui permettre de concilier son projet de vie et les contraintes auxquelles elle doit faire face lorsqu'une maladie chronique, un handicap, une perte d'autonomie vient le contrarier.

Le second défi est celui d'assurer **l'accès** à des services de santé de qualité. Qu'il s'agisse de services de premier recours pour le suivi d'un problème de santé ou l'accompagnement au quotidien d'un handicap. Qu'il s'agisse de services spécialisés lorsque l'expertise ou le recours à une intervention qui requiert un plateau technique spécifique est nécessaire. Qu'il s'agisse de l'accessibilité financière et de l'acceptabilité sociale des réponses proposées afin que le système de soin ne contribue pas à creuser les inégalités de santé.

Le troisième défi est celui de la **coordination** des parcours de santé. Le vieillissement de la population, l'augmentation croissante des maladies chroniques, la revendication légitime des usagers d'être mieux associés aux décisions, le progrès technique qui requiert l'articulation d'interventions très spécialisées, plaident pour une amélioration très importante de la coordination des intervenants.

Le quatrième défi est celui des **inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé.** L'étude de la distribution spatiale et sociale des problèmes de santé montre qu'ils se répartissent de façon très inégalitaire entre les groupes sociaux et les territoires. Leurs déterminants s'accumulent tout au long de la vie, commençant très tôt dans l'enfance.

Si les inégalités de santé se manifestent et se mesurent dans le système de santé, c'est bien en amont qu'elles se constituent. Elles résultent de la distribution des déterminants de santé, selon les catégories sociales et la répartition sur le territoire des personnes et des ressources.

Face à ces défis, le système de santé doit pouvoir constamment et plus rapidement aujourd'hui qu'hier s'adapter afin que la ressource reste disponible au bon endroit, au bon moment et adaptée à chaque situation. Heureusement, le progrès technologique et l'innovation en santé permettent d'envisager dès aujourd'hui des solutions pour demain. La télémédecine et les technologies de l'information, la pratique de la chirurgie ambulatoire, les innovations thérapeutiques rendent accessibles des techniques innovantes sur les territoires. Elles rompent l'isolement des professionnels de premier recours et en font la pierre angulaire du système pour orienter et coordonner la réponse en santé.

À partir des orientations, trois schémas prévention, organisation des soins et organisation médico-sociale définissent des objectifs opérationnels permettant de traduire en dispositifs ou processus les ambitions définies. Ensuite, des programmes déclinent par thématiques et territoires de santé des actions précises assorties d'un calendrier et d'un financement.

À l'issue de ces cinq ans, nous évaluerons ensemble, au-delà du suivi des objectifs et des actions, l'impact des orientations stratégiques que nous nous sommes données sur le comportement des acteurs : usagers, professionnels, décideurs. Nous apprécierons les changements, en les mesurant dans un programme d'évaluation. Il fera partie intégrante du projet régional de santé et nous saurons si nous avons collectivement progressé.

Ces orientations stratégiques ont l'ambition de fixer le cap, de dire qu'un chemin est possible pour conjuguer attentes des usagers, évolution des modes d'exercice des professionnels et soutenabilité financière des dépenses de santé. L'expertise et l'engagement des acteurs de santé et des partenaires seront un atout pour la réussite.

Ce chemin, c'est ensemble que nous l'emprunterons.

Marie-Sophie DESAULLE

Directrice générale de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire.

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE 6

- Des réponses insuffisamment centrées sur la personne 6
- Un accès inégal aux services de santé 8
- Des parcours qui manquent de coordination 12
- Des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé 16

TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET PRÉPARER L'AVENIR 20

- Une approche systémique de la santé 20
- Évaluer pour orienter les politiques publiques de santé 21

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ 24

- Être acteur de sa santé 24
- Une démarche centrée sur la personne 26

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE 30

- Une offre de premier recours à conforter 31
- Une coordination des acteurs pour des parcours efficients 33
- Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés 35

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS 38

- La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale 38
- La mobilisation pour réduire les inégalités de santé 40

ANNEXES 42

- Annexe 1 : La méthodologie d'élaboration du projet régional de santé 42
- Annexe 2 : Le diagnostic régional de l'état de santé et des besoins de santé dans les Pays de la Loire 45

“Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s’entretenant par un lien matériel et insensible qui lie les plus étrangères et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties”

PASCAL

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

1 Des réponses insuffisamment centrées sur la personne

ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT : UNE ATTENTE FORTE DES LIGÉRIENS

Les ligériens expriment un très fort besoin d'écoute et d'accompagnement. Les professionnels en ont conscience mais l'organisation de la santé ne leur permet pas toujours de répondre au mieux à cette attente. Améliorer la capacité des professionnels et des services à apporter une réponse adaptée à chaque situation est essentielle.

Trop souvent les usagers ont le sentiment que le temps leur a manqué pour exprimer et discuter avec un professionnel de l'ensemble des préoccupations relatives à leur santé et l'impact dans leur vie quotidienne de leur maladie ou leur situation de handicap.

Ils souhaitent pouvoir bénéficier d'une réponse « individualisée », de proximité, y compris à domicile lorsque c'est possible. Ils attendent une approche globale, en particulier dans les situations de handicap ou de maladie chronique. La seule réponse technique, la seule correction de symptômes biologiques ne suffisant pas. Il s'agit de respecter les attentes de chacun, d'identifier le besoin d'accompagnement psychologique ou social et de valoriser la participation à l'élaboration d'une réponse adaptée.

Une prise en charge de qualité ne requiert pas seulement des soins et un accompagnement global de la personne dans son environnement et selon ses attentes. Elle implique aussi une réponse intégrée, qui associe une offre de prévention adaptée à l'âge de la vie, enfance, adolescence, grand âge, ou aux expositions à des risques liés à l'environnement, au travail ou au handicap. Elle nécessite également un accompagnement médico-social et social adapté au projet personnel.

Ceci est d'autant plus important pour les personnes vulnérables, population en situation de précarité ou de handicap psychique par exemple, pour lesquelles la santé n'est pas ou n'est plus la priorité, qui rencontrent des difficultés pour accéder aux services de santé ou bien qui renoncent aux soins. Il s'agit de mieux appréhender leurs besoins, et pour mieux y répondre, de développer une offre de soin, de prévention et un accompagnement qui tiennent compte de leur situation spécifique.

ENQUÊTE auprès des ligériens et des professionnels de santé[1]	Ligériens	Professionnels
Confiance des habitants des Pays de la Loire dans le système de santé	OUI à 76 %	OUI à 62 %
L'accès à la santé est-il le même pour tous les habitants, quelque soit leur niveau de revenu ou leur situation familiale ?	NON à 63 %	NON à 81 %

UNE MEILLEURE ANTICIPATION ET PRISE EN COMPTE DES ÉVÉNEMENTS ET MOMENTS CRITIQUES DE LA VIE

La vie est jalonnée de temps de passage. Entrée dans l'adolescence, entrée dans la vie affective et sexuelle, départ à la retraite, découverte d'une maladie grave ou d'une maladie chronique, décès d'un proche, perte d'emploi ou changement de conditions de travail, perte de logement pour des raisons économiques ou sociales, aggravation soudaine d'une situation de précarité, entrée en institution ou changement d'établissement

>>>

Une population en forte croissance qui vieillit :

Taux de croissance moyen de 0,9 % (0,7 % en France) soit 32000 habitants de plus par an.

Fécondité la plus importante des régions métropolitaines (44 000 naissances).

Part des plus de 75 ans dans la population à 14,5 % en 2030 contre 8,4 % actuellement.

Évolution du vieillissement plus marquée sur la zone littorale.

Une bonne espérance de vie mais une mortalité prématurée préoccupante

Une espérance de vie qui continue à augmenter : 84,9 ans pour les femmes (supérieure à la moyenne nationale), 77,5 ans pour les hommes (proche de la moyenne nationale).

Une espérance de vie sans incapacité inférieure de 5 ans aux pays européens les mieux classés.

Un taux de mortalité tous âges confondus de 8,6 pour mille, parmi les plus faibles d'Europe

Une mortalité prématurée avant 65 ans qui reste préoccupante : supérieure en Loire-Atlantique, Vendée et Sarthe

2000 décès évitables par an par une réduction des comportements à risque

>>>

lorsqu'on vit avec un handicap. Ces périodes d'adaptation lorsqu'elles se déroulent avec difficulté peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé : exposition à des facteurs de risque, comportements néfastes, ruptures de soins, isolement social. Leur accumulation tout au long de la vie est un puissant pourvoyeur d'inégalités de santé et ce d'autant plus qu'elles surviennent tôt.

Ces étapes de la vie sont aussi susceptibles de générer des situations d'urgence ou des situations de crise : crise psychique, crise suicidaire, épisode de violence, nécessité d'hospitalisation ou d'hébergement d'urgence.

Rapidité d'intervention et pertinence de la réponse ne sont pas toujours au rendez-vous. L'anticipation, la mise en éveil lors de ces périodes à risque, l'attention aux signes d'alerte, devraient être privilégiées pour éviter l'aggravation de la santé dans ces périodes de fragilité. Il existe encore trop d'orientations inadaptées, d'hospitalisations en urgence qui auraient pu être évitées.

Le système de santé doit avoir suffisamment de souplesse pour adapter constamment les réponses qu'il propose aux projets de vie des personnes.

C'est particulièrement vrai pour les personnes handicapées. Ce le sera également de plus en plus pour les personnes vieillissantes. Cependant, pour les soignants et les familles, il n'est pas toujours évident de pouvoir anticiper ces évolutions. Les personnes en souffrance ou leurs proches ne sont pas toujours prêts à reconnaître la fragilité d'une situation ou à accepter les réponses qui leur sont proposées.

UNE PLACE DE L'USAGER QUI NE LUI PERMET PAS SUFFISAMMENT D'ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

Les connaissances profanes de l'usager sur sa propre vie et son environnement doivent être considérées comme une ressource au service de sa propre santé. Avec le vieillissement de la population, et l'importance des maladies chroniques, les problèmes de santé sont devenus complexes. Les usagers, individuellement et collectivement, sont plus à même qu'on ne le pense de contribuer efficacement à l'organisation de la réponse. Pour autant, les bonnes pratiques sont insuffisamment intégrées par les personnes elles-mêmes et leurs aidants.

Si des progrès importants ont été réalisés ces dernières années en matière de droits des usagers, il reste des marges de progrès dans l'application des dispositions prévues. Il en est de même de la responsabilisation des personnes pour une bonne utilisation du système de santé permettant ainsi de garantir la pérennité d'un financement solidaire.

Le consentement éclairé aux soins requiert une information complète, transparente, accessible et compréhensible.

Sa recherche, loin d'être une contrainte pour le système de soin ou seulement une obligation légale devrait être plus vécue comme une opportunité de participation et de promotion de l'autonomie de la personne dans les décisions qui la concernent.

SONDAGE : Les risques de santé perçus			
Pour soi-même ou conjoint	34,5 % aucun	24,5 % cancer	Pour les professionnels, le risque majeur perçu par les ligériens pour eux-mêmes ou leur famille est également le cancer à 47,4 %
Pour les enfants	39,9 % aucun	17,1 % maladies de saison	
Pour les parents	19,7 % cancer	19,3 % aucun	10,6 % maladie d'Alzheimer

Les principaux problèmes de santé

Les maladies cardiovasculaires : situation régionale plus favorable qui pèse cependant sur le recours aux soins.

Les cancers et notamment une fréquence du cancer du poumon qui augmente chez les femmes et ne diminue pas chez l'homme.

Les pathologies liées à la consommation excessive d'alcool.

Prévalence plus élevée de l'asthme au sein de la région.

Les suicides et tentatives de suicide avec une fréquence plus importante en Mayenne, Sarthe et une augmentation chez les hommes en Vendée.

Le diabète et l'obésité : affections de plus en plus fréquentes malgré une situation plus favorable en Pays de la Loire.

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

2 Un accès inégal aux services de santé

DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS, REFLET DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

En dépit d'un accès aux soins en général de bonne qualité, le territoire régional présente des zones dites zones éloignées des services de santé, du médecin, de l'infirmière, du kinésithérapeute, des services d'aide à domicile. L'enjeu de la distance pour l'usager conduit à s'interroger sur les conditions d'accès aux soins de premier recours en ayant le souci de clarifier le " panier de soins de premier recours " et le " périmètre du territoire de premier recours ".

Les services spécialisés, médecins spécialistes libéraux ou plateaux techniques hospitaliers ne sont pas partout disponibles en proximité. Dans certains territoires comme la Sarthe et la Mayenne, le maillage est très faible. Cela pose la question de l'accès à assurer aux services spécialisés lorsqu'ils sont indiqués, qu'il s'agisse de soins programmés ou urgents. La permanence et l'accès dans des délais raisonnables est à améliorer en prenant en compte la question des transports.

Au-delà de l'éloignement géographique, la région présente également des zones marquées par l'isolement social en particulier dans les zones rurales, et des zones de précarité en milieu urbain. Les difficultés d'accès à la prévention et aux soins y sont susceptibles d'entraîner le renoncement aux soins.

L'accès aux services et à l'information est une difficulté majeure pour certaines catégories de personnes et dans certaines situations.

L'accès aux droits est encore insuffisamment garanti dans ces situations.

L'accès financier peut être un obstacle en particulier s'il existe une incertitude quant au niveau de remboursement des soins ou de dépassement d'honoraires, ou si les dispositifs de prise en charge proposés génèrent indirectement des coûts trop lourds à supporter.

L'accès à une prise adéquate peut être compromis lorsque des limites sociales, culturelles, de langue ne permettent pas de gérer des situations complexes. Cette question est particulièrement sensible en Loire-Atlantique et en Sarthe, mais aussi auprès des migrants ou des étudiants.

L'accès physique demeure également encore trop souvent difficile dans les différents lieux de soins pou les personnes quelque soit le type de handicap.

Chacune de ces difficultés révèle des besoins spécifiques et requiert une adaptation de la réponse pour garantir une non discrimination dans l'accès à la santé.

SONDAGE : Zone géographique dans laquelle la personne habite	
est suffisamment pourvue	oui à 62 %
En établissements de santé	oui à 75,6 % (mais à 65,4 % en Mayenne)
En médecins généralistes	oui à 71,5 % (mais à 49,9 % en Mayenne et à 54,4 % en Sarthe)
En infirmiers	oui à 65,4 %
En service d'urgence	oui à 61,9 %
En médecins spécialistes	oui à 57,6 % (35,2 % en Mayenne)
En établissements pour personnes âgées	oui à 46,6 %

Le recours aux soins hospitaliers :

Un recours moins fréquent aux services hospitaliers de court séjour : - 6 % par rapport à la moyenne nationale.

Un taux de recours aux structures hospitalières d'urgence un des plus faibles de France avec des taux plus importants en Mayenne, Sarthe et Vendée.

Une organisation graduée de l'offre hospitalière s'étant fortement restructurée ces dix dernières années.

Une réponse en psychiatrie qui est soumise aux conséquences d'une augmentation régulière du nombre des personnes suivies particulièrement sensible en Loire-Atlantique

Un nombre d'hospitalisations inadéquates lié à l'insuffisance de la réponse d'aval en soins de suite et en accompagnement médico-social.

LE MANQUE DE LISIBILITÉ SUR LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'existence de services ne suffit pas, l'orientation dans le système de santé est souvent un problème en raison de sa complexité.

Les dispositifs d'orientation existants comme le centre 15 pour les urgences médicales ne sont pas toujours bien utilisés. De plus, la réponse médicale apportée par téléphone pouvant recommander le déplacement dans une structure d'urgence ou au contraire de différer une consultation identifiée comme non urgente peut n'être pas considérée par le public comme une réponse médicale.

Les difficultés d'orientation des patients en souffrance psychique lors d'une crise inaugurale ou lors d'une rechute sont vécues comme une épreuve par les familles qui les accompagnent et ne savent pas toujours où et à qui s'adresser.

Le recours à des services à domicile, de soins ou d'aide à la personne est parfois compliqué à organiser lorsque la sortie d'hospitalisation de court séjour n'a pas été anticipée et conduit à des réhospitalisations qui auraient pu être évitées.

Ces difficultés pour identifier la bonne porte d'entrée, en fonction de chaque situation, témoignent d'un manque de lisibilité du système de santé dont se plaignent les usagers et qui paradoxalement concerne aussi les professionnels.

Finalement, ce manque de lisibilité conduit à des erreurs d'orientation, source de délais pour le patient et d'inefficience pour le système. En témoignent des recours inopportuns vers l'hôpital et ses urgences ou des hospitalisations inadéquates en soins de suite lorsque d'autres parcours auraient été possibles ou plus indiqués.

De plus, il s'avère que les multiples intervenants sur un territoire, médecins, infirmiers libéraux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), hospitalisation à domicile, réseaux, services d'aides à la personne, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ne travaillent pas suffisamment ensemble ou bien tout simplement ne se connaissent pas. C'est un problème pour la prise en charge de problèmes complexes.

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AMPLIFIÉES PAR L'ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRITOIRE ET GÉNÉRATRICES D'INÉGALITÉS

La démographie des professionnels de santé connaît une évolution importante. Pour la jeune génération, elle se manifeste par trois aspects : la diminution des effectifs formés au cours des décennies précédentes, l'inversion de la proportion de femmes dans les nouvelles générations, la modification des attentes des femmes comme des hommes concernant la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle et remettant en question durée de travail et modes de rémunération.

Pour la génération des plus de cinquante ans, la plus importante en nombre, une inquiétude apparaît quant au devenir de leur mode d'exercice entraînant des départs anticipés, le départ en retraite n'étant plus de loin la raison la plus fréquente pour cesser une activité de médecin généraliste en particulier en milieu rural. En conséquence la démographie médicale est à la baisse dans les territoires ruraux, ainsi en Sarthe, en Mayenne et dans certains territoires des autres départements, comme le Sud-Vendée ou le Nord de la Loire-Atlantique.

La démographie des spécialistes libéraux suit la même tendance à la baisse même si elle varie selon les spécialités. Dans certains territoires de Vendée, le problème d'accès au spécialiste est plus important que celui de l'accès au généraliste. Les chirurgiens dentistes ne sont pas épargnés non plus avec une pyramide des âges préoccupante.

Lorsque cette question concerne également les spécialistes des établissements sanitaires, un cercle vicieux se constitue qui décourage les généralistes redoutant l'isolement professionnel.

La démographie des professionnels paramédicaux est également préoccupante. Leur distribution sur l'ensemble du territoire est de plus en plus difficile à assurer. La difficulté tient tant au nombre de personnel formé qu'à leurs parcours de formation. Cette question concerne les infirmiers, notamment en Sarthe, mais aussi les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes.

Cette évolution de la démographie des professionnels de santé, conjuguée à l'accroissement de la population et à son vieillissement, accentue l'inégal accès aux soins ressenti par tous.

La réponse médico-sociale aux personnes en situation de handicap :

Un taux d'équipement régional au-dessus de la moyenne nationale avec de fortes disparités territoriales et par déficiences.

Pour les enfants et adolescents mais aussi pour les adultes : déficit en Vendée et en Loire-Atlantique.

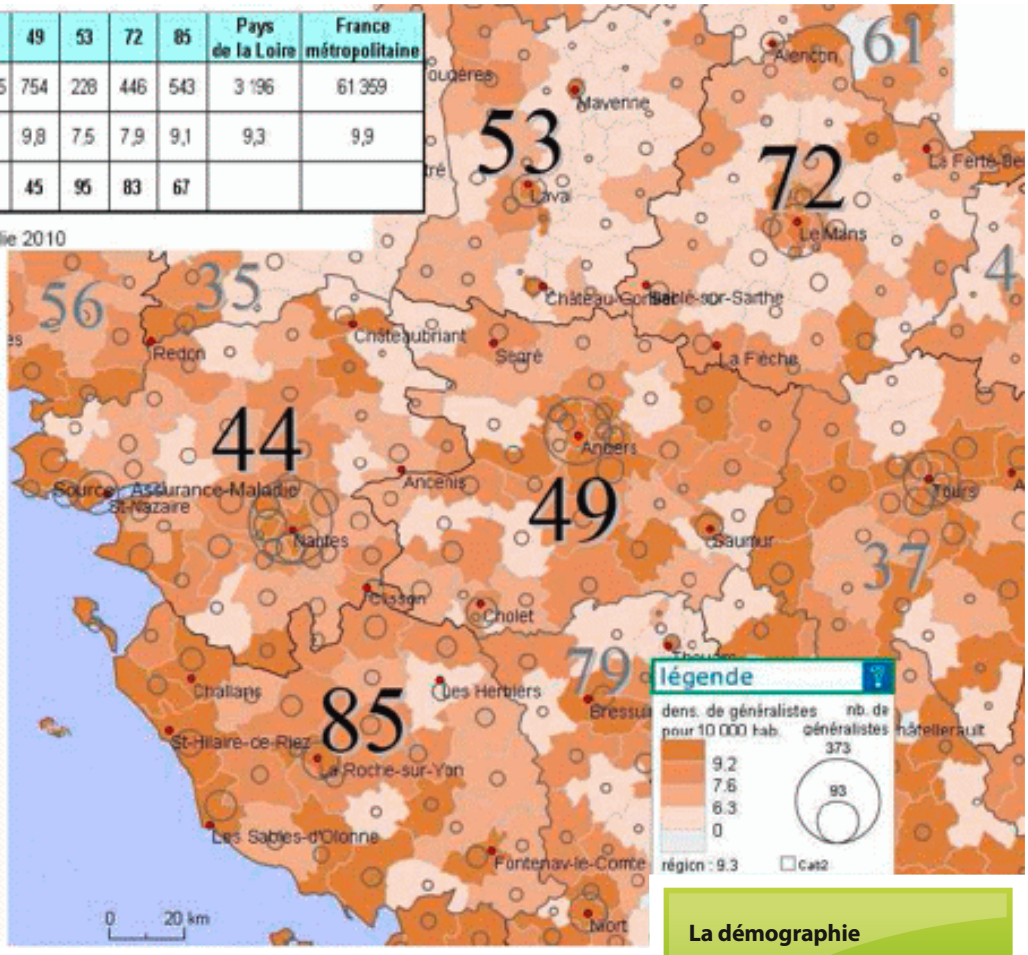
Manque de réponse pour les personnes autistes, avec un handicap psychique.

Un développement des services qui a doublé pour les adultes en 4 ans.
Un nombre important de jeunes de plus de 20 ans maintenu dans des structures pour enfants faute de solution.

SONDAGE : Satisfaction d'une prise en charge dans les six derniers mois	
Par un médecin généraliste	oui à 96,4 %
Par un dentiste	oui à 94,1 %
Par un médecin spécialiste	oui à 90,9 %
Par un service d'urgence	oui à 71,6 %

Médecins généralistes	44	49	53	72	85	Pays de la Loire	France métropolitaine
Nombre	1 225	754	228	446	543	3 196	61 359
Densité *(pour 10 000 habitants)*	9,9	9,8	7,5	7,9	9,1	9,3	9,9
Rang France métro (densité)	42	45	95	83	67		

Source : Assurance-Maladie 2010



La démographie médicale :

Une densité médicale globale inférieure de 16 % à la moyenne nationale.

+ 17 % de médecins en 10 ans avec stagnation du nombre de médecins généralistes, augmentation de 35 % du nombre de médecins salariés.

Situation préoccupante en Mayenne et en Sarthe respectivement 68 et 72 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 81 en moyenne régionale et 87 en moyenne nationale.

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

3 Des parcours qui manquent de coordination

L'INSUFFISANTE COORDINATION DES PROFESSIONNELS ENTRE EUX ET AVEC LES SERVICES ET ÉTABLISSEMENTS

Une offre de services de santé, répondant aux besoins, centrée sur la personne, intégrant la prévention, les soins et l'accompagnement médico-social, est une attente forte et un droit pour les usagers. Sa mise en œuvre ne peut se faire sans une coordination entre les acteurs, professionnels du soin ou de l'accompagnement, aidants professionnels et aidants naturels. Trop d'exemples peuvent être cités montrant les cloisonnements des prises en charge, les ruptures dans les parcours qui affectent l'efficacité de la prise en charge et du suivi de la personne dans son parcours de santé.

La diversité des acteurs intervenant sur un territoire pour répondre aux besoins de santé est pourtant un atout. Cependant la coordination de leurs interventions constitue un véritable défi à relever. L'importance de la connaissance ou plutôt de la méconnaissance mutuelle a été évoquée. Aujourd'hui, si les professionnels partagent l'information avec les personnes qui font appel à eux, la coordination des intervenants au long d'un parcours de prise en charge repose essentiellement sur les personnes elles mêmes, leur famille ou leurs aidants. Les errements qui peuvent en résulter altèrent la qualité de la prise en charge, accroissent les délais et les opportunités manquées et génèrent des coûts pour le système de santé qui pourraient être évités.

Le besoin de coordination des intervenants se pose d'abord en proximité, entre les acteurs du premier recours relevant du soin et de l'accompagnement médico-social.

Le vieillissement de la population génère un besoin accru de coordination car les prises en charge, qu'elles soient médicales, médico-sociales ou sociales sont plus complexes lorsqu'elles concernent des personnes âgées.

Le nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques s'accroît fortement, en raison de leur meilleur dépistage, de leur meilleure prise en charge et de l'allongement de la durée de la vie. De même, l'accompagnement ou la prise en charge de la santé des adolescents ou des personnes souffrant d'une addiction appelle à une réponse multi-professionnelle et multidisciplinaire coordonnée

Ce besoin de coordination est d'autant plus prégnant que la prise en charge se déroule à domicile pour des pathologies ou dans des contextes de handicap de plus en plus lourds. Ceci répond aux attentes des personnes et de leur famille. De plus, la prise en charge sanitaire ou l'accompagnement médico-social à domicile, de même que les dispositifs articulant prise en charge de jour et domicile sont moins coûteux dès lors que la présence des intervenants est optimisée.

L'intérêt du travail pluriprofessionnel est avéré. Celui de sa coordination également. La multiplication des intervenants, voire des référents autour de la personne devient illisible pour la personne elle-même et pour les professionnels concernés. La question de la désignation du professionnel ou de l'institution qui peut assurer la coordination se pose.

En principe, les services de premier recours sont les mieux placés pour prendre cette tâche à condition qu'ils fonctionnent de façon suffisamment intégrée. Et cela suppose qu'ils en ont les compétences, le temps dédié et les outils. Lorsque l'accompagnement social ou médico-social est au cœur de la problématique, le dispositif du CLIC qui couvre la quasi intégralité du territoire régional a montré également son utilité.

>>>

La réponse médico-sociale aux personnes âgées

Des schémas départementaux reflets de la diversité des territoires.

Une offre nettement au-dessus de la moyenne nationale.

Une couverture régionale inégalitaire supérieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire, inférieure en Loire-Atlantique.

Une forte diversification avec le développement des SSIAD (+ 25 % en 5 ans), des accueils de jour.

Un nécessaire développement global de l'offre pour répondre aux enjeux du vieillissement.

>>>

Il demeure ensuite l'enjeu d'une bonne articulation voire intégration entre dispositif CLIC et maison de santé pluri-professionnelle ou pôle de santé. Il faut probablement s'appuyer sur les réseaux de proximité existants lorsqu'ils fonctionnent et donnent satisfaction. La question de l'articulation avec les CLIC et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou bien de l'intégration de services d'accompagnement social dans les services de santé mérite également d'être posée.

Le besoin de coordination se pose également entre ce réseau de professionnels de proximité de premier recours et le réseau des services de recours spécialisé auquel ils doivent pouvoir faire appel : établissements sanitaires ou médico-sociaux, professionnels libéraux, services ambulatoires avec ou sans plateau technique et autres services d'appui spécialisés. La question des entrées et des sorties des établissements de santé illustre bien les difficultés trop souvent rencontrées.

La coordination des partenaires s'envisage également à l'échelle de la santé de la population d'un territoire. Il s'agit alors par exemple de mieux coordonner les services de santé publique en charge de la protection des populations, les services de santé en charge des soins aux personnes et d'autres partenaires éventuellement concernés : contrôle d'une pollution de l'eau, conséquences d'une contamination de la chaîne alimentaire ou encore épidémie de légionellose dans un établissement, de rougeole dans une communauté d'enfants, d'infections respiratoires dans un établissement pour personnes âgées.

Dans les 5 ans à venir, perception du changement du système de santé en Pays de la Loire	
Les ligériens	**Les professionnels**
67,3 % pensent qu'il va changer et 45,5 % au détriment de l'usager et la qualité d'accès à la santé	82 % des professionnels pensent qu'il va changer : 68 % au détriment de l'usager et de la qualité d'accès à la santé, 14 % au profit de l'usager et de la qualité de l'accès. 17 % pensent que le système n'aura pas changé.
52,9 % pensent que la qualité de prévention va s'améliorer	
31,9 % pensent que la qualité des soins va s'améliorer et 29,4 % qu'elle ne va pas changer	
79,5 % pensent que le niveau de remboursement des dépenses de santé par la Sécurité Sociale va se dégrader	

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DES PROFESSIONNELS FACE À DE NOUVEAUX DÉFIS

L'évolution des maladies chroniques a changé le contenu du travail des soignants de premier recours. La coordination génère un surcroît de tâches administratives. Effectuées par les professionnels de santé, elles provoquent un sentiment d'éloignement de ces derniers par rapport à leur cœur de métier. Le système n'est plus adapté, en particulier pour assurer ce qui relève inévitablement d'une prise en charge pluri professionnelle et de l'émergence de compétences nouvelles pour l'accompagnement de la personne dans son parcours de santé.

Le vieillissement de la population et son impact sur les maladies chroniques, nécessitent de faire évoluer les pratiques des professionnels de santé concernant par exemple la douleur, l'accompagnement de la perte d'autonomie, les soins palliatifs, la fin de vie, mais aussi les modalités techniques et relationnelles de suivi des malades chroniques tels que l'éducation thérapeutique. Ces évolutions mettent en question la répartition des tâches entre les différents professionnels de santé. Cette question concerne également la place et le rôle des professionnels de santé en établissement et des professionnels médico-sociaux quelque soit leur lieu d'exercice.

LA PLACE DES AIDANTS FAMILIAUX ET DE L'ENTOURAGE

Les aidants familiaux ont la perception que leur rôle essentiel de coordination des intervenants et plus généralement de soutien de la personne est insuffisamment reconnu. Ils ont besoin d'aide pour gérer les nécessaires périodes de répit sans rupture de la prise en charge du parcours de soins ou de l'accompagnement de la personne. Ils demandent le renforcement des structures d'accueil et d'hébergement temporaires.

L'INADÉQUATION DES STRUCTURES AU REGARD DES BESOINS

Tout le monde s'accorde à estimer que le système de santé manque d'adaptabilité. La continuité des parcours nécessite le renforcement des possibilités de maintien à domicile et celui de la prise en compte de la réponse à des besoins très diversifiés, tant du point de vue de la gamme des interventions, que de celui des spécificités liées aux pathologies (maladies chroniques, cancérologie, addictions, dépendance des personnes âgées, santé mentale, …).

Les délais d'attente sont trop longs afin d'accéder à une consultation dans le cadre des troubles de l'apprentissage pour les enfants pour obtenir une réponse en cas de problèmes de santé mentale.

Le système de santé prend insuffisamment en compte les éléments extérieurs (logement, ressources, entourage du patient) pour permettre la prise en charge de chaque personne dans un parcours de soins efficace. Des marges de progrès existent pour mieux répondre en tenant compte des contraintes d'évolution limitée des dépenses d'assurance maladie.

UN INSUFFISANT PARTAGE DES DONNÉES ENTRE ACTEURS

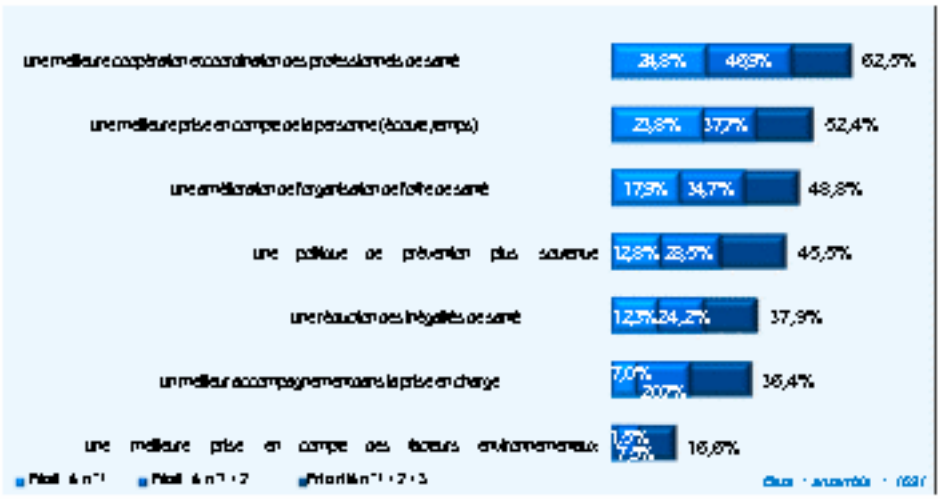
La bonne circulation et le partage de l'information sont primordiaux pour la coordination des parcours. Cela concerne l'information des professionnels mais aussi de l'usager et de ses proches.

Une dynamique régionale des professionnels de santé a permis les fondations d'un système d'échanges de données au plan médical. En s'appuyant sur cet acquis, il convient désormais de déployer les bonnes pratiques au plan régional en y associant l'ensemble des acteurs et notamment ceux du médico-social.

Le manque de formation et la complexité des Systèmes d'Information Partagée (SIP) ne facilitent pas aujourd'hui la coordination entre les acteurs. Pourtant SIP et dossier communs sont indispensables à un travail pluri-professionnel.

Attentes d'une politique de santé par les professionnels

Q8 - Et vous même, en tant que professionnel, qu'attendez-vous d'une politique de santé ?



Pour eux-mêmes, les attentes concernent majoritairement, la coordination et la coopération des personnels, et aussi une meilleure prise en compte de la personne dans sa globalité.

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

4 Des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SE RÉPARTISSENT DANS LA POPULATION SUIVANT UN GRADIENT SOCIAL

Les inégalités de santé se répartissent dans la population suivant un gradient social lié aux ressources, à la position sociale, au niveau d'éducation. Alors que l'état de santé s'est globalement amélioré pour tous, les catégories sociales les plus élevées en ont plus bénéficié que les moins favorisées. Il en résulte un creusement des écarts depuis 30 ans.

Ces inégalités sociales de santé sont peu liées au système de soins ou de santé ni ne sont d'ailleurs fondamentalement corrigées par celui-ci. Elles se constituent tôt, dès la petite enfance et s'accumulent tout au long de la vie. Les facteurs d'inégalité de santé dans l'enfance liées à la position sociale, aux conditions de logement et d'éducation se retrouvent et se cumulent dans la vie d'adulte sous forme d'expositions accrues à des facteurs de risques professionnels et se paient au moment de la retraite en année de vie en bonne santé perdues.

Si c'est le système de santé qui constate les inégalités sociales de santé, leur réduction dépasse le champ de la santé. Ce sont des mesures de correction des inégalités sociales relevant de politiques publiques globales et coordonnées qui sont donc pour l'essentiel les seules susceptibles d'en réduire les effets sur la santé.

Cependant, même si le système de soins n'agit que marginalement sur les inégalités de santé, la prise en charge médicale des conséquences se heurte également aux contraintes sociales. Ce sont ces personnes qui ont également de plus grandes difficultés à accéder à des soins de qualité, cela amplifie le phénomène. S'il n'y prend garde, le système de soins peut contribuer à creuser les inégalités. Ainsi il a pu être montré que l'opportunité de réaliser un dépistage lorsqu'il est proposé est d'autant plus saisie que les personnes appartiennent à une catégorie sociale favorisée.

À coté de la lutte contre les inégalités sociales de santé, il est important de lutter également contre l'exclusion sociale. Il s'agit là de corriger de façon ciblée les inégalités de recours aux soins qui frappent les plus démunis.

Aujourd'hui des dispositifs financiers tels que la CMU et la fourniture ou l'aide à l'accès à une complémentaire santé viennent répondre à cet objectif. Tout comme des dispositifs prévus par les programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) tels que la permanence d'accès aux soins (PASS) assurant un accueil à forte composante sociale dans les hôpitaux. Mais ils ne sont pas fonctionnels partout.

Sondage : renoncement à certains soins parce que le remboursement en était trop limité	
Oui à 15,5 %	Pour des soins dentaires à 66,9 %
	Pour des frais optiques à 25,8 %

LE LOGEMENT REPRÉSENTE UN PUISSANT FACTEUR D'INÉGALITÉ SOCIALE DE SANTÉ

Les conditions de l'habitat contribuent aux inégalités sociales de santé. Éloignement du lieu de travail, de l'établissement de scolarisation, insalubrité de l'habitat, exposition au bruit, perméabilité au radon dans les zone exposées, sont des facteurs qui ont des effets négatifs sur la santé : allergie, asthme, altération de la santé mentale, cancers. L'habitat est souvent inadapté aux conséquences du vieillissement des personnes ou des situations de handicap et vient creuser d'autant les inégalités sociales de santé. De fait, l'inégalité d'accès à un logement de qualité, contribue aux inégalités sociales, mais aussi territoriales.

Départements	Minima sociaux	Population
Loire-Atlantique	36,60 %	35,60 %
Maine et Loire	23,55 %	22,15 %
Mayenne	7,47 %	8,74 %
Sarthe	16,56 %	16,20 %
Vendée	15,82 %	17,31 %
Pays de la Loire	100 %	100 %

La santé : marqueur des inégalités sociales

Un taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans trois fois plus élevé pour les agriculteurs, ouvriers, employés que pour les cadres et professions intellectuelles.

Part des départements en fonction des minimas sociaux et demandeurs d'emplois comparés à la population.

Trois situations faisant plus particulièrement obstacles à l'accès à la santé : état de pauvreté, de dépendance et de relégation.

SONDAGE : Perception de prendre en main sa santé	ENQUÊTE Professionnels : Selon vous, quelles sont les populations vers lesquelles il conviendrait de faire porter les priorités ?
Oui à 85,6 %	Les personnes en risque de perte d'autonomie liée au vieillissement à 75, 3 %
Dans les 6 derniers mois :	Les personnes en situation de précarité à 56,8 %
82,3 % a surveillé son alimentation	Les personnes en perte d'autonomie liée au handicap à 41, 3 %
76,7 % a fait du sport ou une activité physique	Les personnes atteintes d'une maladie chronique (diabète, cancer…) à 39 %
54,2 % a consulté son généraliste pour un bilan de santé	Les jeunes à 35,7 %
53,6 % a limité (stoppé) sa consommation d'alcool	Les personnes atteintes d'un problème de santé mentale à 31,3 %
	La petite enfance et l'enfance à 20,7 %

DONNÉES ET PERCEPTIONS ACTUELLES DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DES INÉGALITÉS TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES

L'observation des territoires de la région des Pays de la Loire révèle des inégalités qui sont ressenties par tous : usagers et professionnels. Les difficultés d'accès liées à des caractéristiques sociales sont accentuées dans certains territoires qui concentrent plus que d'autres des phénomènes de précarité, et de difficultés sociales.

Les inégalités territoriales sont également liées à l'environnement physique et au modèle de développement économique.

Aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, l'amélioration des conditions de vie (habitat, assainissement, hygiène…) a constitué un élément clé de l'allongement assez rapide de l'espérance de vie et des progrès enregistrés en termes de santé de la population.

Certes les expositions aigues liées aux rejets industriels qui étaient moins bien maîtrisés dans les années 50-60 ont diminué. Mais cette dynamique d'amélioration doit être nuancée. Nous sommes sous l'effet d'une exposition persistante et parfois croissante à un certain nombre de polluants et substances nocives. Cette menace prend la forme d'une conjonction d'expositions chroniques à faible dose : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré, contamination des eaux, par les nitrates et pesticides, et des sols (accumulation de métaux lourds, composés organiques nocifs, conséquences des activités industrielles…). Elle est source de nouvelles inégalités, avec la création de zones d'expositions cumulées et des contrastes entre zones urbaines / rurales / littorales. Ainsi, la région qui se situe au deuxième rang pour son activité agricole et au troisième pour l'industrie, est maillée par des ressources en eau fragilisées, et marquée par la présence de zones industrielles à risque.

L'ampleur et la sévérité de ces expositions sont incertaines compte-tenu de la diffusion rapide et à grande échelle de certaines de ces substances (nuages toxiques, contamination accidentelle des réseaux d'eau potable), de leur capacité à se fixer durablement dans l'organisme, de la multiplication des composants chimiques.

Les efforts de surveillance sanitaire de l'environnement développés depuis plusieurs décennies ont montré leur efficacité pour prévenir ces situations et doivent être poursuivis.

Par ailleurs, il est établi que les populations vulnérables du fait de leur âge ou de leurs conditions sociales sont plus exposées aux risques environnementaux (femmes enceintes, nourrissons et substances chimiques, jeunes et musique amplifiée, habitat indigne et pollution de l'air intérieur etc.).

Il convient également de citer une demande sociale sur les risques émergents (champs électromagnétiques, substances reprotoxiques, nanoparticules) et dont les conséquences sur l'état de santé ne sont pas stabilisées aujourd'hui.

La perception de ces risques est génératrice de peurs collectives liées aux incertitudes et dont les retentissements sur la santé physique et mentale peuvent être notables.

Inversement, certains risques établis sont peu connus du grand public. C'est le cas de l'impact de la qualité de l'air intérieur avec un cocktail de polluants multiples ou bien

>>>

Impact des comportements et habitudes de vie sur la santé

Alcool et tabac : une préoccupation qui demeure, un tiers des plus de 18 ans présente une consommation à risque d'alcool.

21 % des garçons de 18-25 ans (15 % en France) déclarent avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois.

Alimentation et activité physique : situation plutôt favorable dans la région concernant le surpoids et l'obésité avec une dégradation concernant les adolescents et les adultes.

Risque psychosocial : premier motif de consultation dans les services de pathologies professionnelles.

>>>

le cas du radon qui est la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon[1].

Par ailleurs, le poids de l'environnement au travail est loin d'être négligeable. On estime que 15 % de la part des asthmes sont d'origine professionnelle. Parmi les trois millions de personnes en France qui seraient exposés aux substances cancérogènes, les ouvriers sont les plus exposés. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérogènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés). Or, parallèlement, la difficulté de recruter des médecins du travail rend plus difficile le suivi des salariés.

L'exposition aux facteurs environnementaux défavorables à la santé, telle l'exposition au radon sur les territoires au sous sol granitique ou à des agents toxiques dans le monde du travail, mais surtout la capacité à mettre en œuvre des mesures d'évitement ou de protection reproduit également un gradient social, les plus avantagés socialement étant les plus en mesure ou en capacité de réagir favorablement.

D'autres facteurs ont un impact déterminant sur la santé des populations (éducation, travail, transports, ...). La mobilisation de tous serait donc nécessaire afin de favoriser les politiques intersectorielles, en associant étroitement tous les acteurs de l'État et des collectivités territoriales.

Des lors, on comprend que les interventions susceptibles de corriger la survenue de ces inégalités relèvent d'autres champs que celui de la santé. Elles relèvent de la politique urbaine et sociale. En revanche la réflexion, l'exposé des conséquences sur la santé, et la mobilisation d'acteurs qui peut en résulter doivent être portés dans un plaidoyer des acteurs de la santé auprès des décideurs.

SONDAGE : Pour améliorer la santé des habitants de la région, il faudrait	
Selon les ligériens	**Selon les professionnels**
Intensifier la recherche médicale à 94,5 %	**à 81,7 %**
Réduire les pollutions à 90,4 %	**à 79 %**
Améliorer les conditions de travail à 89,7 %	**à 83 %**
Diffuser largement des informations préventives à 87,9 %	**à 86 %**
Augmenter le nombre de médecins ou de professionnels de santé à 84,2 %	**à 81,7 %**

1 O Catelinois et al. Lung cancer attribuable to indoor radon exposure in France, Environ. Health Perspect. 114(9) : 1361-6, 2006

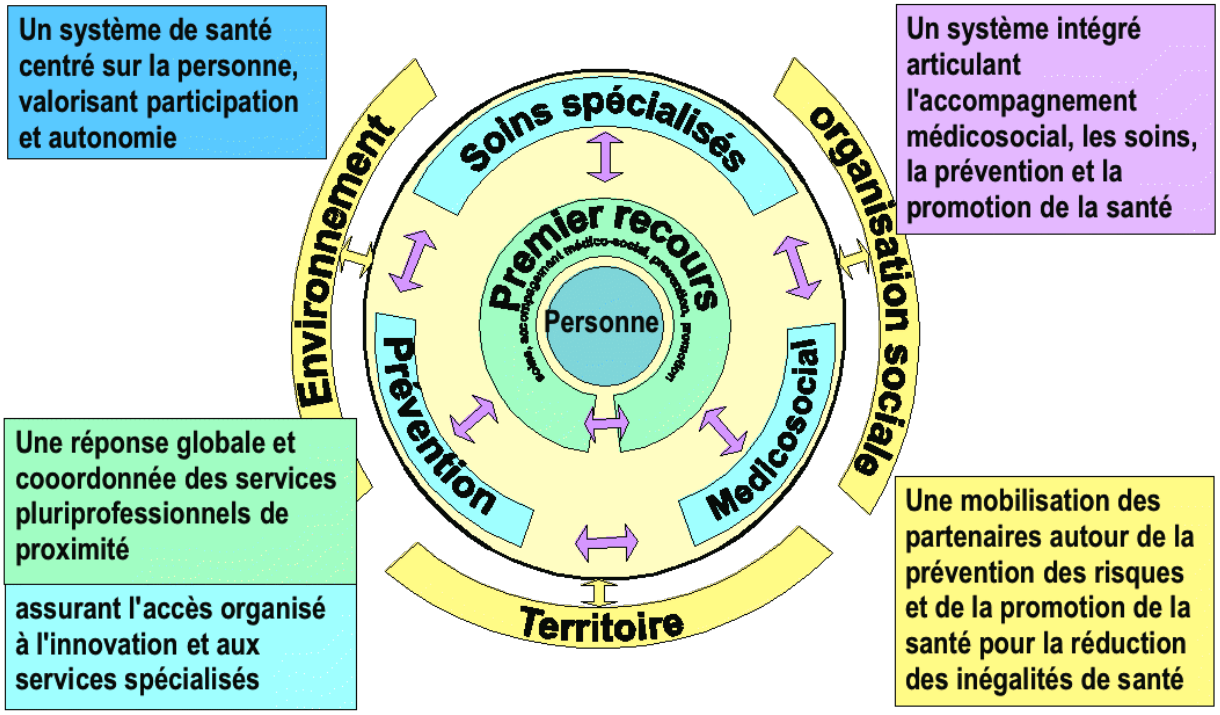
TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET PRÉPARER L'AVENIR

1 Une approche systémique de la santé

L'évolution démographique de la région des Pays de la Loire et le vieillissement de la population qui l'accompagne soulèvent deux enjeux d'importance en termes de santé : l'augmentation du nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques et l'importance du risque de dépendance ou de perte d'autonomie. Ils modifient profondément la nature des besoins de santé et mettent de plus en plus en tension le système de santé qui montre ses limites.

Nous voulons continuer à améliorer l'espérance de vie en bonne santé et diminuer la mortalité prématurée.

Pour atteindre ces résultats, si les besoins apparaissent illimités, les ressources sont limitées. Par conséquent des choix devront être faits. Si nous voulons que le système de santé continue à offrir des soins et des services d'accompagnement accessibles il doit aussi être efficient. Mais surtout il doit s'adapter pour nous permettre d'évoluer dans les cinq années qui viennent vers un système de santé mieux préparé aux mutations en cours :



Pour impulser les changements nécessaires,
nous mettrons en œuvre trois grandes orientations stratégiques :

- **La personne au cœur des préoccupations du système de santé**
- **La proximité organisée**
- **La maîtrise des risques concernant la santé des populations**

2 Évaluer pour orienter les politiques publiques de santé

L'évaluation des politiques publiques est aujourd'hui un enjeu majeur. Le besoin d'évaluer est croissant dans un contexte de mutation du système de santé. Des ressources limitées face à des besoins illimités, avec un souci d'équité et d'efficience, impliquent une vigilance sur le bon usage des fonds publics dédiés à la santé.

UNE ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES PORTÉES PAR LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS)

L'évaluation consiste à émettre un jugement sur les modalités et les résultats de la mise en œuvre du PRS, à en mesurer les effets. Elle permet l'ajustement de la conduite du projet. Elle est au service des décisions stratégiques et opérationnelles. Elle met en évidence les changements avant et après le PRS.

La démarche d'évaluation est réalisée sur 3 plans :

- évaluation des stratégies mises en œuvre par le projet
- évaluation d'impact sur des thématiques ciblées
- évaluation globale en fin de projet

En premier lieu, il s'agit d'évaluer les stratégies déployées sur le terrain afin de les réorienter si nécessaire.

Pour cela, il faut apprécier dans quelle mesure les actions prévues dans le PRS produisent les effets escomptés. La démarche de suivi du PRS, qui n'est pas traitée ici, mobilise des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de moyens, de réalisations, de résultats ou d'impacts. Leur analyse croisée permet d'alerter sur les blocages éventuels.

Dans ce cas, une évaluation ad hoc est proposée afin de réinterroger la logique d'action mise en œuvre par le PRS pour l'atteinte de l'objectif et d'adapter en continu la stratégie. Des démarches de type benchmarking, comparaison entre actions similaires sur plusieurs territoires, analyse de pratique, techniques de résolution de problèmes sont mobilisées.

En second lieu, il s'agit d'évaluer les résultats et l'impact des politiques publiques portées par le PRS.

Cette évaluation intermédiaire porte sur certaines thématiques particulièrement importantes au regard des orientations stratégiques du PRS.

La nécessité d'identifier précocement de telles thématiques a amené à les inscrire dans le présent document, après consultation de la CRSA.

Reposant sur une approche populationnelle, 6 thématiques ont ainsi été identifiées :

1) la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans ;

2) la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou trouble psychique ;

3) la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique dont le cancer ;

4) le bien être des jeunes de moins de 20 ans ;

5) la santé des populations en grande vulnérabilité ;

6) la participation individuelle et collective des usagers.

Le choix en a été dicté par la complexité et la transversalité des sujets retenus, leur caractère emblématique des changements attendus du PRS et les enjeux d'organisation du système de soins qu'ils impliquent.

>>>

TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR ADAPTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET PRÉPARER L'AVENIR

>>>

Si l'approche retenue est populationnelle, les évaluations croiseront ainsi deux autres dimensions : stratégique et organisationnelle .

En troisième lieu, une évaluation finale de l'ensemble du PRS est produite au terme du projet mesurant les résultats obtenus, capitalisant sur les évaluations thématiques réalisées au cours du projet et les données du suivi des indicateurs.

Cette évaluation doit répondre aux principales questions évaluatives suivantes :

- Le PRS a-t-il constitué un outil de cadrage de la politique de santé en Pays de la Loire à la fois cohérent, clair et adapté au contexte et à son évolution ?
- Les conditions de mise en œuvre du PRS ont-elles été propices à l'atteinte des objectifs ?
- Le PRS a-t-il été un outil de mobilisation des acteurs en Pays de la Loire autour des enjeux et des objectifs ?
- Le PRS a-t-il produit les résultats attendus en termes de changement de l'organisation du système de santé et des modalités d'action sur les déterminants de santé en Pays de la Loire, au regard des moyens déployés et des actions mises en œuvre ?
- Quel a été l'impact du PRS sur l'état de santé de la population ligérienne, sur la qualité des réponses en santé et sur la perception du fonctionnement du système de santé par la population ?

LA DÉMOCRATIE SANITAIRE : UN ENJEU DE L'ÉVALUATION

L'ARS élabore un document de programmation de l'évaluation du PRS qui présente les thèmes prioritaires et l'ingénierie de l'évaluation. Ils sont présentés et débattus au sein des instances : CRSA, commissions de coordination des politiques publiques et conférences de territoire.

Un dispositif institutionnel d'évaluation associe :

Un comité de pilotage, soit le comité stratégique du PRS, constitué de l'équipe de direction de l'ARS. Il prend les décisions concernant l'évaluation.

Une instance d'évaluation, soit la commission permanente de la CRSA. Elle oriente, par ses avis, la conduite et le contenu de l'évaluation.

Une équipe projet, soit le département Évaluation de la Politique de Santé de la Direction du projet régional de santé (ARS). Elle assure la mise en œuvre des travaux d'évaluation.

Des groupes de pilotages ad hoc peuvent être mis en place pour la réalisation d'évaluations ponctuelles.

Ainsi, le suivi et l'évaluation contribuent à alimenter les débats de la démocratie sanitaire.

25 INDICATEURS CLÉS POUR LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Pour réaliser l'évaluation, des indicateurs traceurs et de synthèse sont proposés par axe stratégique, afin de mettre en évidence le changement avant/ après le PRS. Ils doivent permettre d'apporter des connaissances sur l'évolution du système de santé et sur la santé de la population. Il s'agit d'une sélection d'indicateurs qui doivent faire l'objet d'une concertation dans la phase initiale du projet afin de retenir les plus significatifs dans une logique d'évaluation de politiques publiques.

Les indicateurs issus de l'enquête sur la perception des ligériens (février 2011), seront exploités pour l'évaluation finale du PRS.

Les 25 indicateurs clés

Indicateurs traceurs	Indicateurs de synthèse
1.1. Être acteur de sa santé	
Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur pour les personnes de 75 ans et plus	Nombre de connexions à la plateforme d'intégration des données de santé
Pourcentage de patients en ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales) et ALD 13 (infarctus coronaire), ALD 8 (diabète type 1 et 2), ALD 14 (insuffisance respiratoire grave) bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé	Taux de mortalité prématurée évitable
Taux de prévalence de l'obésité et du surpoids en grande section de maternelle	
1.2. Une démarche centrée sur la personne	
Taux de personnes suivies par un établissement ou service médico-social bénéficiant d'un projet personnalisé	Évolution du nombre DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu)
Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisé par âge	
2.1. Une offre de premier recours à conforter	
Nombre de nouveaux programmes d'ETP autorisés coordonnés par des professionnels du premier recours	% de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale
Nombre de structures d'exercice collectif développées en ambulatoire pour 100 000 habitants	
2.2. Une coordination des acteurs pour des parcours efficients	
Taux d'hospitalisation directe des personnes âgées de plus de 75 ans (ie sans passage aux urgences).	Indicateur issu de Trajectoire - % des dossiers dans Trajectoire ne comportant pas de renseignements sur l'environnement de la personne (indicateur en cours de stabilisation)
Part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an	Part des services dans l'offre médico-sociale
	Pourcentage des personnes âgées de plus de 80 ans restant à domicile
2.3. Un accès assuré aux services spécialisés	
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour les 17 gestes marqueurs	Délai d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise
Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (en K€)	
3.1. La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale	
Nombre de consultations du site Internet de l'ARS sur l'onglet « Veille sanitaire »	Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé de 1er recours
	Nombre de déclarations de maladies infectieuses à prévention vaccinale et à déclaration obligatoire adressées à l'ARS
3.2. La mobilisation pour réduire les inégalités de santé	
Écart du taux de participation au dépistage organisé (ou non) du cancer du sein entre population totale, population CMU et population CMUC	Écarts intra-régionaux d'équipement en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes atteintes de handicap de 0-59 ans ; personnes âgées de 75 ans et plus)
Pourcentage des unités de distribution alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

1 Être acteur de sa santé

LA PARTICIPATION ET L'AUTONOMIE DE CHAQUE PERSONNE

Chacun doit pouvoir être acteur de sa santé. Chaque personne doit pouvoir agir sur les déterminants de sa santé en mobilisant les ressources physiques, psychologiques et sociales et en agissant sur ses habitudes de vie. La personne doit être reconnue comme une ressource pour sa propre santé.

Chaque personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie doit pouvoir être acteur de son projet de vie.

- Sa participation aux choix du lieu de vie et à son adaptation éventuelle, participation à l'organisation adaptée de la scolarisation, du travail, de l'accès aux activités culturelles, sportives, associatives auxquelles chacun aspire.
- Des réponses innovantes pour franchir les obstacles : créativité technique, organisationnelle ou administrative au service du projet de vie, moteur pour gagner en autonomie.
- Des organisations et des services d'accompagnement conçus dans l'objectif de préserver ou accroître l'autonomie des personnes en dépit de leur handicap et en fonction de leur projet de vie.

Chaque personne souffrant d'une maladie chronique, doit pouvoir apprendre à vivre avec sa maladie.

- L'autonomie dans la maîtrise de la maladie, du traitement, du suivi, de la prévention des complications, doit être systématiquement recherchée dans les soins et l'accompagnement personnalisé qui sont proposés.
- L'éducation thérapeutique (ETP), est un outil performant parce qu'il s'appuie sur la participation, et vise l'autonomie.
- Les services de soin et d'accompagnement de proximité et leurs professionnels, formés à l'ETP, doivent y contribuer.

Les personnes en grande vulnérabilité lorsqu'elles vivent dans la précarité doivent pouvoir retrouver le chemin d'une autonomie perdue vis-à-vis de leur santé.

- Loin des services de santé parce que ce n'est pas ou plus une priorité face aux aléas de la survie, les personnes vivant dans la grande précarité finissent par renoncer aux soins. Regagner une autonomie perdue, étayer le parcours par une combinaison d'approches : Redonner estime de soi puis confiance en soi ; réduire les risques, accrus dans ces situations, et dont les conséquences sont souvent graves ; créer les conditions pour que s'exprime une demande de soin ou d'accompagnement ; offrir une réponse qui parte de la demande telle qu'elle s'exprime, parfois dans la rue même, qui soit adaptée à la situation du moment et qui représente l'entrée dans un parcours coordonné et accompagné.
- La participation des personnes concernées à l'élaboration et à la mise en œuvre des réponses à ces situations très complexes doit être recherchée même si elle est compliquée à mettre en œuvre et demande des approches innovantes et originales. Sans participation, les réponses risquent d'être ni adaptées, ni durables.

L'EXPRESSION COLLECTIVE, UNE RESSOURCE POUR L'ANALYSE DES PROBLÈMES ET L'IDENTIFICATION DE RÉPONSES ET POUR LA MOBILISATION DES ACTEURS

La population doit pouvoir exprimer collectivement ses besoins et ses attentes :

- à travers les associations représentant les personnes ou les familles, en les reconnaissant comme partenaires dans l'analyse des besoins et la construction de réponses en santé,
- dans des débats publics lieu d'expression et de recueil des attentes et des propositions.

Face aux problèmes qu'elles rencontrent, les populations sont souvent collectivement détentrices de solutions concrètes. La participation à l'élaboration des projets est un atout pour l'adhésion lors de la mise en œuvre. La traduction concrète passe par des outils qui ont fait leur preuve. Des approches innovantes doivent aussi répondre aux problématiques qui émergent. L'adaptation des réponses à la diversité des publics concernés s'impose alors.

- Contrats locaux de santé (CLS) avec les collectivités locales dans des territoires fragiles où une dynamique s'enclenche autour d'un projet de santé qui implique et fédère habitants, associations, professionnels de santé et élus. Les CLS doivent pouvoir s'inscrire dans le prolongement des ateliers santé ville dans les quartiers identifiés comme sensibles lorsqu'ils ont fait leur preuve. Suite à un diagnostic partagé, dans sa composante santé, ils doivent pouvoir proposer des plans d'actions et des approches coordonnées de la promotion de la santé, de la prévention, de l'accès aux soins , et de l'accompagnement médico-social.
- Groupes d'entraide mutuels (GEM) qui rassemblent des personnes vivant avec un handicap psychique dans un lieu de convivialité qui leur appartient et où ils peuvent être accompagnés dans des activités sociales valorisantes, groupes qui pourraient être mis en œuvre pour d'autres personnes porteuses de handicap.

Les associations portent la parole des usagers à travers leurs représentants. La formation à l'exercice de cette fonction est utile pour qu'ils jouent pleinement un rôle complémentaire à l'expertise professionnelle dans l'analyse de situation et l'aide à la décision concernant la santé.

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

2 Une démarche centrée sur la personne

UN SYSTÈME PLUS LISIBLE POUR QUE CHACUN SE REPÈRE

Il s'agit de permettre un accès ou une sollicitation du système au bon endroit, au bon moment et surtout par la bonne porte d'entrée selon le problème présenté.

Pour ce faire, des outils sont à créer. Ils doivent répondre à une logique régionale et territoriale et sont autant d'espaces ou d'outils pour informer les usagers et les professionnels.

- Guide d'accès aux soins
- Répertoire fiable des professionnels
- Plateforme téléphonique
- Site internet
- Mise à disposition de données concernant la qualité pour éclairer les choix et les décisions. Ces données existent déjà mais elles sont souvent très dispersées et varient d'un territoire à l'autre. Un dispositif exhaustif et cohérent facile d'accès y compris pour ceux qui ne sont pas familiers des nouvelles technologies est à mettre en œuvre.

UN SYSTÈME PLUS ACCESSIBLE

Pour les personnes qui vivent avec un handicap, la loi du 11 février 2005 prévoit une mise en accessibilité des établissements de santé, des locaux de professionnels et des structures médico-sociales.

Il s'agit dès lors de prévoir une signalétique adaptée à tous les types de handicap, un aménagement architectural des locaux et des matériels dédiés aux soins, des dispositifs répondant aux besoins spécifiques des personnes en difficultés de communication. Dans les établissements de santé, une organisation spécifique de l'accueil est à envisager.

Sur le plan de la prévention, il faut rendre accessible tous les systèmes et dispositifs de prévention de droit commun en adaptant les campagnes et dispositifs de prévention

UNE ÉCOUTE PLUS ATTENTIVE

Les usagers expriment le sentiment de ne pas être suffisamment écoutés alors qu'ils accordent une grande importance à l'échange avec les professionnels auxquels ils se confient. Les processus de décision doivent mieux intégrer la perception et l'analyse par la personne elle-même de sa situation, de son problème de santé. Des stratégies peuvent être mobilisées pour développer et renforcer l'écoute, la communication avec la personne et améliorer l'information concernant les choix diagnostics et les options thérapeutiques ou d'accompagnement pour une décision véritablement partagée car éclairée.

>>>

>>>

- La formation continue comme la formation initiale, mais aussi le travail pluriprofessionnel sont des opportunités de perfectionner les connaissances utiles à la prise en charge des situations complexes. Au-delà de la formation, il faut également valoriser les projets qui mettent l'accent sur l'écoute et la communication, évaluer les initiatives existantes qui ont fait leur preuve, et diffuser les bonnes pratiques.
- La formation à la démarche éthique de l'accompagnement de soin comme fondement des pratiques, des postures et des décisions de l'ensemble des acteurs de santé.
- Dans le domaine du handicap, la formation des professionnels et le dialogue autour du projet de vie est essentiel pour que l'accompagnement proposé soit adapté aux attentes exprimées.
- Les principes et les modalités de la consultation d'annonce, initiés dans le domaine du cancer, fournissent un cadre qui permet l'échange d'information. Ces principes pourraient être mobilisés lorsque se confirme un problème de santé évolutif ou une maladie chronique susceptible de perturber profondément la vie quotidienne, lorsque survient une perte d'autonomie ou un handicap, lorsque se confirme l'existence d'un handicap psychique afin que l'annonce du diagnostic ouvre aussi des perspectives en termes d'accompagnement.
- L'éducation thérapeutique n'est pas seulement un outil de promotion de l'autonomie dans la gestion de la maladie chronique. En faisant de la personne soignée un expert de son problème, l'éducation thérapeutique modifie profondément la relation soignant-soigné du point de vue des professionnels et particulièrement des médecins. La formation à l'éducation thérapeutique des médecins et des professionnels de santé du premier recours, au-delà des seuls spécialistes de maladies chroniques, est un vecteur d'amélioration de leur potentiel d'écoute et de communication.
- La connaissance par les professionnels de la spécificité de certains publics est à approfondir. L'interaction avec les personnes souffrant d'un handicap quel qu'il soit est particulièrement complexe, le dialogue parfois difficile. Se soigner, prendre soin de soi-même n'est pour les personnes vivant dans la grande précarité qu'un besoin parmi d'autres : se nourrir, s'abriter, se protéger du froid, se protéger des agressions. Plus encore que pour d'autres populations, une approche globale abordant les problèmes de façon intégrée peut faire la différence et permettre l'entrée dans une démarche de santé.

C'est déjà commencé :

Pl@net-santé informe sur les services de santé en Pays de la Loire, le site Platines informe sur les établissements de santé.

Le site Ameli de l'assurance maladie informe sur les professionnels de santé.

Un numéro vert existe en semaine pour une information sur la contraception et l'interruption de grossesse.

Le Centre d'Information Départemental pour les Personnes Âgées de Sarthe fournit sur Internet une information très complète y compris sur l'offre d'hébergement disponible en temps réel.

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

UNE COMMUNICATION PLUS STRUCTURÉE ET SYSTÉMATIQUE DE L'INFORMATION

Dans les situations complexes comme par exemple le suivi de certaines maladies chroniques, le handicap psychique, la maladie d'Alzheimer, la communication vers la personne doit être adaptée.

- La fonction de « gestionnaire de cas » a été créée pour mieux répondre à la complexité des situations rencontrées dans le secteur médico-social. Ces gestionnaires de cas coordonnent les interventions autour des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer Le développement de cette fonction peut permettre de protocoliser la communication d'informations vers les personnes et leurs aidants et vers les professionnels qui interviennent autour d'une situation.
- L'organisation de coopérations sur exercice partagé entre professionnels de santé pour le suivi des malades chroniques est une opportunité de professionnaliser la communication des informations utile au développement de l'autonomie.
- L'éducation thérapeutique est un vecteur d'information vers les personnes vivant avec une maladie chronique.
- Au-delà du domaine des soins, la circulation structurée d'information devra contribuer également à améliorer la connaissance et l'utilisation des services existants.

C'est déjà commencé :

L'expérimentation d'une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en Sarthe a été retenue par la CNSA.

Des gestionnaires de cas sont positionnés dans les CLIC, relais territoriaux de la MAIA.

Ils assurent la coordination des intervenants autour de la personne souffrant de maladie d'Alzheimer.

La MAIA représente un véritable carrefour d'informations. Informations sur les services disponibles vers les personnes et leurs aidants d'une part. Informations sur l'ensemble des prises en charge autour d'une personne pour les professionnels de santé.

UNE CONTRIBUTION RECONNUE DES AIDANTS

La contribution et la parole des aidants doit être reconnue dans les processus et procédures de soins et d'accompagnement. Ils jouent un rôle essentiel de médiation.

- L'aidant doit être identifié, dans le dossier de suivi de la personne. Sa parole est à intégrer parce qu'elle apporte des informations essentielles que la personne n'est pas toujours en mesure d'exprimer elle-même. C'est le cas par exemple dans des situations de crise pour des personnes souffrant de pathologie mentale. En contrepartie, il doit pouvoir recevoir des professionnels l'information concernant le suivi de la personne.
- Une formation des aidants est nécessaire pour leur permettre d'assumer leur rôle. Formation concernant la réglementation sur la personne de confiance. Formation concernant les situations cliniques ou sociales que la personne qu'ils accompagnent est susceptible de rencontrer afin d'anticiper pour agir et réagir de façon adaptée. Formation concernant les difficultés qu'ils sont susceptibles d'éprouver eux même dans cette mission parfois lourde d'accompagnement. Elle doit leur permettre de connaître et solliciter les soutiens ou dispositifs de répit dont ils peuvent bénéficier.
- Les associations jouent un rôle important d'accompagnement des aidants et des familles. La constitution de groupes de pairs permet de partager les expériences dans des groupes de parole, des ateliers et des formations. Les personnes expérimentées font relais avec les aidants récemment impliqués.

DES OUTILS POUR LE DIALOGUE

La construction du dialogue repose sur la mise en œuvre, la meilleure connaissance ou le renforcement de l'utilisation des outils existants.

Il faut améliorer et rendre plus compréhensible au public et aux institutions les modalités de dépôt puis de traitement des plaintes et réclamations au niveau des structures et au niveau régional.

Il faut rendre effectif le fonctionnement du système de médiation, identifiant dans chaque domaine un médiateur reconnu et actif :

- Dans chaque hôpital, un médecin doit être désigné à cet effet et les conditions réunies pour qu'il soit sollicité.
- Dans chaque département une liste de personnes qualifiées doit être établie et portée à la connaissance des usagers des établissements et services du secteur médico-social. Leur rôle est d'assister des usagers pour faire valoir leurs droits en cas de litige et disposer d'un retour d'information sur les interventions de contrôle consécutives à une plainte.

Il faut adapter, formaliser, systématiser et rendre public les outils et les résultats du recueil de la satisfaction vis-à-vis des services.

Comme ces outils sont peu utilisés par les personnes vulnérables en situation de grande précarité qui ont recours aux services médico-sociaux, des modalités adaptées de recueil de leur appréciation devront être conçues.

Il faut enfin améliorer les conditions d'information sur le consentement de la personne et de son recueil.

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

L'offre de premier recours est aujourd'hui le fruit de l'engagement de nombreux professionnels et services de santé et d'accompagnement médico-social de proximité : la médecine générale, les soins infirmiers à domicile, les soins de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle, la pharmacie d'officine, les services à la personne, les services d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap quelque soit l'âge, des personnes souffrant d'addictions, ou encore en grande précarité.

Appréciés des ligériens, les services de premier recours sont aujourd'hui soumis à une forte tension par l'effet ciseau de deux évolutions majeures. D'une part un changement des besoins de santé en raison du vieillissement d'une population en croissance forte qui voit augmenter le nombre des personnes vivant avec des maladies chroniques et des personnes en situation de perte d'autonomie. D'autre part l'évolution à la baisse de la démographie de professionnels de santé dont les attentes professionnelles et personnelles ont changé qui laisse entrevoir, si rien n'est fait, des territoires dépourvus de réponse de santé de proximité. Le modèle qui fonctionnait jusqu'à présent atteint ses limites pour répondre dans la durée à des situations complexes qui nécessitent une approche médicale et médico-sociale fortement intégrée. Il doit être adapté.

Dans le même temps le progrès médical a changé spectaculairement le fonctionnement de l'hôpital et les pratiques de ses professionnels. Les nouvelles techniques chirurgicales et la programmation des soins ont réduit les durées de séjour ajoutant à la pression sur les services ambulatoires de premier recours qui peinent à absorber les conséquences de ces évolutions sur les besoins de soins et d'accompagnement médico-social à domicile.

Seule une meilleure coordination, voire une plus grande intégration, entre le secteur du soin et le secteur médico-social au niveau du premier recours d'une part, et entre les services de premier recours et les services spécialisés d'autre part permettra d'accompagner l'ensemble de ces évolutions.

Pour mettre en œuvre un tel système intégré, c'est en proximité que doivent être organisés d'une part la coordination entre les professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social et d'autre part l'accès à la médecine spécialisée y compris très à distance lorsque la sécurité et la qualité des soins exige la concentration des équipes et des plateaux techniques.

Tout ceci passe bien sûr par une analyse du nombre de professionnels à former et du type de compétences qu'ils devront acquérir. Ce travail sera à mener avec les facultés de médecine et le Conseil Régional.

1 ■ Une offre de premier recours à conforter

L'EXERCICE REGROUPÉ DES PROFESSIONNELS ET L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Le regroupement des professionnels de santé au sein de maisons de santé pluri-professionnelles ou de pôles de santé sera développé dès lors qu'il est porté par les professionnels eux-mêmes, car il apporte une réponse à une série de préoccupations :

- Rompre avec l'isolement professionnel qui freine l'installation des nouvelles générations de médecins généralistes ne souhaitant plus exercer seul dans un cabinet, recherchant une diversification des activités et envisageant d'autres modes de rémunération que le seul paiement à l'acte dans un cadre d'exercice libéral. À partir d'un certains nombre de professionnels, une maison de santé restaure l'attractivité dans le territoire avec des effets de diminution du risque de départ d'autres médecins généralistes, rassurés de ne pas devoir couvrir seuls un territoire de plus en plus grand.
- Clarifier les conditions de la continuité des soins en complément à la réflexion sur la permanence des soins. Une ou plusieurs maisons de santé ou pôles de santé regroupant des professionnels et couvrant une population suffisamment nombreuse pourraient assurer la permanence des soins à l'instar d'une maison médicale de garde et peuvent également mutualiser la permanence des soins avec celle de l'hôpital local.
- Organiser une prise en charge d'équipe pour le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique en mettant en œuvre la coopération sur exercice partagé entre professionnels s'appuyant sur les référentiels de bonne pratique. Dans le respect du rôle du médecin traitant au sein du parcours de soins coordonnés. La fonction de case manager peut être confiée à un professionnel de l'équipe de professionnels de premier recours pour assurer une meilleure coordination des intervenants dans le suivi d'une pathologie donnée. L'optimisation du suivi des malades chroniques devrait faire partie du projet de santé autour duquel s'est construit le regroupement.
- S'engager dans une coordination des activités de soin et d'accompagnement de façon décloisonnée avec les partenaires du secteur médico-social. L'organisation regroupée autour d'un projet de santé devra permettre d'accéder à des financements du temps de coordination.
- Mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique avec l'appui technique et méthodologique d'une part des professionnels spécialistes des maladies chroniques considérées et d'autre part des professionnels en méthodologie d'éducation thérapeutique tels que l'IREPS dans la région.
- Développer la mission préventive des services de santé de premier recours et organiser pour les populations couvertes par la structure regroupant les professionnels les actions de prévention ciblée pour les populations concernées. C'est le cas de la vaccination, en particulier la rougeole, ainsi que de la participation au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.
- Organiser des activités de prévention concernant des populations à risque par exemple soins bucco-dentaire et optiques pour les personnes âgées.
- Développer l'utilisation des outils de gestion de file active pour le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique en mutualisant le cas échéant avec les réseaux de prise en charge.
- Mettre à plat la gestion administrative du dossier patient pour développer ou intégrer un système d'information partagée. Ce doit aussi être une opportunité pour mutualiser la gestion administrative afin de dégager du temps clinique.

>>>

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>>

Même s'il ne fait pas directement partie du pôle de santé ou d'une maison de santé pluri-professionnelle, le pharmacien d'officine joue un rôle accru dans les activités de premier recours. L'encouragement au regroupement des professionnels de santé de premier recours entraîne une recomposition de la distribution des cabinets médicaux. Ce n'est pas sans impact pour le réseau des pharmacies d'officine La question de la couverture territoriale par le réseau de pharmacies se posera et devra faire l'objet d'une réflexion stratégique. Quoiqu'il en soit, il est important de l'associer étroitement dans les processus de coordination des activités à l'échelle d'un territoire. Il peut être :

- partenaire de l'éducation thérapeutique,
- relais des messages de prévention,
- premier contact pour l'accueil, l'orientation et le conseil de prise en charge de problèmes de santé relevant de l'automédication,
- impliqué dans le suivi et le contrôle des activités pharmaceutiques dans les établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD.

UN MAILLAGE PERTINENT DU TERRITOIRE EN SERVICES DE PREMIER RECOURS

Afin de réduire l'incertitude pour les acteurs du territoire, d'anticiper sur l'avenir et d'amplifier les effets de la création de pôles de premier recours, une démarche de développement d'un plan de couverture identifiant les maisons de santé ou les pôles de premier recours potentiellement réalisables ou souhaitables sur le territoire de santé sera conduite.

Dans la mesure où le regroupement des professionnels est encouragé pour mutualiser les moyens, il n'y aura pas de maison ou pôle de santé de premier recours dans chaque commune. Des zones correspondant à un pôle de santé ou une maison de santé couvrant +/- 30 0 000 habitants pourront être définies.

Ce plan constituera un outil pour fédérer les acteurs des territoires, professionnels, élus et population, autour d'un projet de santé. Les projets de santé sur le territoire et le degré d'engagement des partenaires rendus visibles, l'augmentation de l'attractivité de ces territoires de projet pour les nouveaux professionnels de santé devrait augmenter.

LE DÉVELOPPEMENT ET LA MUTUALISATION DES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX À LA PERSONNE

La région des Pays de la Loire fait partie des régions de France les plus équipées en établissements médico-sociaux. Les besoins ne sont pas couverts pour autant. L'enjeu est aujourd'hui de pouvoir répondre à la forte demande de vivre à domicile des personnes handicapées ou des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour répondre à cet enjeu, il faut pérenniser ou développer le réseau des services à la personne, services d'accompagnement social et médico-social en prenant en compte l'alourdissement des soins et de l'accompagnement des actes de la vie quotidienne.

Parallèlement, l'exigence de la qualité des prestations et de l'efficience des organisations, s'impose. Elle conduit à proposer la mutualisation pour atteindre une taille critique qui assure la mise en œuvre facilitée de processus de qualité ,une expertise accrue en terme de sécurité, de systèmes d'information et d'organisation à améliorer.

C'est déjà commencé :

- La permanence des soins de médecine générale est l'une des plus structurées de France.

- 60 projets spontanés de pôles et maisons de santé.

- Une cellule d'appui aux territoires de santé (CATS) est le point focal dans chaque territoire de santé pour les acteurs de terrain, professionnels, élus, qui montent un projet de service de premier recours.

2 Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

De multiples dispositifs se développent pour assurer la coordination des acteurs. Conçus le plus souvent indépendamment les uns des autres, ils se chevauchent, sont redondants et imposent quelque fois une nouvelle coordination. Il existe un enjeu fort de coordination de l'ensemble des acteurs autour de la personne et sur un territoire. Une convergence des dynamiques est nécessaire pour évoluer vers un système intégré au niveau de premier recours.

Sur cette base, la question de l'articulation entre les services de premier recours et les services spécialisés hospitaliers ou d'hébergement et de prise en charge médico-sociale est ensuite à envisager.

UN SYSTÈME UNIQUE D'ÉVALUATION MUTUALISÉ POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE.

Aujourd'hui de multiples évaluations des besoins de la personne sont réalisées. Par les SSIAD avec le projet de soins, par les réseaux gérontologiques, par l'hôpital, par les CLIC. Il est souhaitable de développer un système d'évaluation « socle » commun à tous les acteurs qui puisse ensuite être décliné de façon plus spécifique en fonction des besoins propres par chaque service en articulation avec les MDPH pour les personnes en situation de handicap et les Conseils Généraux pour les personnes âgées.

DES COOPÉRATIONS CENTRÉES SUR LES BESOINS DES PERSONNES DANS LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

La connaissance mutuelle entre professionnels, établissements et acteurs locaux de la prévention, du soin, du médico-social et du social est à renforcer.

Repenser la dynamique des réseaux de proximité avec l'organisation du premier recours. Aujourd'hui, sur un même territoire, des réseaux de proximité gérant des files actives de personnes se chevauchent avec les interventions des SSIAD, des CLIC, des équipes mobiles de soins palliatifs, etc. générant une extrême complexité. Tout dispositif qui gère des files actives de personnes pour leurs soins et leur accompagnement doit contribuer progressivement à regrouper les forces aujourd'hui dispersées dans différents réseaux propres à une discipline ou une population particulière (personnes âgées, diabète, cœur et maladies respiratoires etc...).

Valoriser les expériences de travail collectif et de partage de pratiques professionnelles et interprofessionnelles.

Renforcer les maillages existants et efficients et les articuler avec les services organisés de premier recours. C'est déjà opérant sur certains territoires avec les CLIC et les gestionnaires de cas.

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

DES PARCOURS PLUS FLUIDES ENTRE DOMICILE, ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ET HÔPITAL

L'entrée en établissement médico-social de façon temporaire lorsqu'un événement survient, que les aidants ont besoin de répit, ou lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, est un parcours compliqué. Aujourd'hui il faut souvent remplir de multiples dossiers et suivre des procédures d'admission différentes selon les établissements. Il faut pouvoir :

- structurer et harmoniser les outils, les procédures et les protocoles et critères d'admission dans les établissements médico-sociaux afin d'une part d'éviter aux personnes la répétition de fastidieuses démarches et d'autre part de disposer d'une lisibilité des files d'attentes afin de mieux adapter les réponses,
- faire du projet de vie un élément important de l'entrée en institution.

Lorsqu'une admission en établissement médico-social doit se faire en urgence en raison d'une détérioration rapide de l'autonomie, le passage par l'hôpital est la seule solution disponible. De même l'hospitalisation est parfois le seul recours lorsque les aidants sont épuisés ou malades. Enfin lorsque le retour précoce à domicile n'est pas envisageable après une hospitalisation faute d'accompagnement adéquat, il faut parfois prolonger l'hospitalisation. Dans toutes ces situations les soins hospitaliers ne sont pas nécessaires.

- Pour fluidifier les parcours de soins il faut pouvoir recourir à l''hébergement temporaire qui doit être développé dans cet objectif.
- En situation de grande précarité, en particulier faute de logement, le dispositif des lits halte-soins-santé doit pouvoir être proposé.
- Dans le domaine des soins de suite et de réadaptation, l'outil « trajectoire » assure la protocolisation des parcours. Son utilisation doit être optimisée.

Les entrées et les sorties au sein d'un établissement de santé en court séjour comme en soins de suite et de réadaptation ne correspondent pas toujours à la réalité du besoin en termes de soins et pourraient parfois être mieux programmées soit en différé d'admission, soit en accélération de sorties.

- Une meilleure organisation au sein des établissements de santé doit permettre de mieux coordonner admissions et sorties.
- La pertinence du recours à l'établissement de santé est à évaluer et réévaluer systématiquement.
- L'aval de l'établissement doit permettre une réactivité en cas de sortie 7jours/7.

UN SYSTÈME D'INFORMATION PARTAGÉ PERFORMANT

Pour assurer la coordination optimale entre de nombreux acteurs autour d'une personne, il est indispensable de partager en temps réel les informations concernant la prise en charge d'une personne et, pour les professionnels de santé les éléments de son dossier médical.

Un programme concernant les systèmes d'information partagée (SIP) sera développé pour la mise en œuvre du dossier médical personnel qui puisse être partagé entre les professionnels intervenants autour d'une personne. Les conditions du partage d'information seront conformes aux exigences du code de déontologie, au respect des règles régissant le secret professionnel et aux règles de la CNIL.

3 Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

La concentration de services spécialisés de plus en plus pointus autour des plateaux techniques des établissements de santé les éloigne progressivement de la population qui ne vit pas dans les grandes villes et génère une inquiétude légitime.

L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS : PROTOCOLES ET FILIÈRES

Cette concentration est la conséquence des exigences des normes techniques de fonctionnement et d'un manque d'attractivité des structures de taille moyenne.

L'objectif est de garantir à la population ligérienne un accès égal aux soins spécialisés lorsqu'ils sont nécessaires, dans des délais qui ne compromettent pas les chances, adapté à l'indication posée et avec le niveau de qualité de sécurité et de technicité requis par chaque situation.

L'atteinte de cet objectif suppose :

- Une organisation graduée du système de soins. Elle devra tenir compte des délais d'intervention requis, des normes techniques de fonctionnement, de la disponibilité des ressources (ressources humaines, plateau technique), des alternatives possibles de prise en charge, des possibilités offertes par la télémédecine et de la comparaison du rapport coût efficacité des différentes alternatives. Ainsi la chirurgie ambulatoire sera encouragée. De même que la prise en charge à domicile de l'insuffisance rénale telle la dialyse péritonéale qui permet une plus grande autonomie à la personne.
- Des protocoles connus et diffusés de prise en charge dans des filières structurées pour les différentes pathologies. Des protocoles existent déjà, mais toutes les situations ne sont pas couvertes, et certains protocoles ne sont pas fonctionnels. Leur évaluation devra être conduite permettant une adaptation si nécessaire.
- Une porte d'entrée identifiée. Les services de premier recours sont la porte d'entrée dans le système pour les soins programmés. C'est à ce niveau que doit s'organiser le second recours sur la base de protocoles conçus en concertation avec les équipes spécialisées. La régulation médicale articulée avec les services de premier recours est la porte d'entrée dans le système pour les soins non programmés. Elle s'appuie également sur des protocoles précisant les indications et les parcours pour les pathologies concernées.
- Des consultations avancées de spécialistes seront proposées là ou les professionnels de santé de premier recours sont regroupés et organisés pour les accueillir.
- L'incitation au regroupement territorial pour les médecins spécialistes libéraux.
- Une réorganisation de plateaux de biologie médicale et d'imagerie médicale intégrant les enjeux de démographie médicale et de permanence des soins.

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

LE POTENTIEL DE LA TÉLÉMÉDECINE ET DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION.

Pour des raisons de qualité, de sécurité des soins et d'efficience, il est recommandé de concentrer dans des grands centres les ressources humaines qualifiées pour certaines activités chirurgicales ou médicales.

Les progrès récents de la télémédecine permettent de réaliser à distance certains actes.

- Le recours à la télémédecine d'intervention permet de maintenir des services dans des hôpitaux de moyenne importance pour assurer ces interventions, évite le déplacement du patient et réduit les délais d'intervention. Le lien qu'elle impose entre les équipes de proximité et l'équipe spécialisée contribue au maintien de la technicité de l'ensemble des équipes.
- Une autre application de la télémédecine consiste à transmettre des données en temps réel pour faire appel à un avis spécialisé sans devoir déplacer le malade. Par exemple les explorations radiologiques et la lecture de clichés ou les avis spécialisés concernant des ECG etc.
- Le recours à la vidéo consultation permet de bénéficier d'avis spécialisés avec une interaction directe entre le spécialiste et le patient via la vidéo. Le généraliste est présent et assure la médiation et la prise en charge continue de la personne.
- La télémédecine est également très efficace pour le suivi et le maintien à domicile : surveillance cardiologique ou respiratoire. Il peut s'agir de monitoring de paramètres vitaux, d'un simple système de téléalarme ou de surveillance des déplacements pour les personnes désorientées.

RÉSEAUX EXPERTS ET AUTRES CENTRES RESSOURCE

De nombreux réseaux existent dans la région. Ils recouvrent des réalités très différentes. D'une part des réseaux de proximité gèrent des files actives de patients souffrant d'un problème de santé particulier. Ils ont déjà été évoqués. D'autre part les réseaux experts organisent la coordination des soins dans un domaine et travaillent à l'amélioration de leur qualité en élaborant collégialement protocoles et structuration de filières. Ils constituent des centres de ressources pour un domaine spécialisé. C'est aujourd'hui le cas pour le cancer, la périnatalité ou encore l'autisme avec le centre régional d'étude et de ressources pour l'autisme.

Ces réseaux experts ont vocation à contribuer à l'organisation régionale des filières de prise en charge spécialisée. Les thématiques devant être traitées de cette manière seront à définir en respectant libre choix et information du patient.

SOUTIEN AU PROGRÈS MÉDICAL ET À L'INNOVATION

Les connaissances médicales et les progrès techniques modifient profondément l'exercice médical et les pratiques de soins. Des centres d'excellence de réputation internationale ont été développés dans la région, les efforts doivent être accompagnés.

- La recherche fondamentale et appliquée en immunologie est soutenue à travers le projet du « Centre Européen des Sciences de la Transplantation et de l'Immunothérapie ».
- La mise en œuvre du diagnostic préimplantatoire dans l'Ouest.
- Le développement de la médecine personnalisée.
- La création d'un gérontopôle, établissement de recherche qui fait le lien entre la société civile et les nouvelles technologies, les soins et l'accompagnement médico-social en direction des personnes âgées.
- Le renforcement de la dynamique recherche en Pays de la Loire passe par un rapprochement des structures au sein de la région et plus largement dans le grand Ouest.

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

1 La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

ENGAGEMENT DES ACTEURS DE SANTÉ À AGIR DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE GLOBALE ET TRANSVERSALE DE LA PRÉVENTION.

Dans les services de soins de premier recours :

La prévention est une des missions incontournables des services de santé de premier recours.

- Ils participent à des activités de dépistage.
- Ils assurent les actes de prévention médicalisée auprès de populations cibles qui présentent un ou plusieurs critères de risque en raison de l'âge, de l'exposition, ou de signes précurseurs en l'absence de toute symptomatologie, par exemple cholestérol ou pression artérielle élevés.
- Ils effectuent en particulier les vaccinations. L'épidémie de rougeole qui touche certains groupes de populations montre que la couverture vaccinale n'est pas suffisante. De façon plus générale, les activités de prévention réalisées par les médecins de premier recours ne font pas l'objet de modalités de suivi qui permettent de les optimiser. Ils n'ont pas suffisamment l'habitude d'évaluer de façon systématique leur contribution qui est importante et croissante afin de mettre en œuvre des mesures pour améliorer les résultats. Le principe d'inscription auprès du médecin traitant met à la disposition des professionnels du premier recours un élément essentiel de santé publique : une population de référence qui leur permet de suivre le taux de couverture des activités de prévention ciblée qu'ils conduisent.
- Les services de soins de premier recours sont également en première ligne pour les problèmes de santé au travail lorsqu'ils se manifestent cliniquement. Le lien avec la médecine du travail doit permettre la mise en œuvre de mesures de prévention.
- Ils ont un rôle à jouer dans la prise en compte des effets iatrogènes des médicaments qui sont à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans.

Dans le secteur médico-social :

Il s'agit également de mobiliser les professionnels de l'accompagnement médico-social et de faire évoluer les représentations des acteurs sur l'intérêt de l'adoption d'une culture de la prévention.

Les structures d'hébergement comme les services à la personne sont concernés. Les risques maîtrisables encourus par les personnes sont désormais bien connus et des mesures ou des programmes existent. Il est de la responsabilité des acteurs de les mettre en pratique.

- Il s'agit par exemple de la prévention des chutes chez les personnes âgées.
- de la prévention des risques liés aux médicaments par la promotion des bonnes pratiques de prescription et de dispensation.
- Les services médico-sociaux pour les personnes âgées sont également en première ligne pour les risques liés à la nutrition et au mauvais état dentaire. La prévention de la maltraitance est également une préoccupation importante qui passe par l'adoption d'une culture de la prévention.

Dans les établissements de santé :

La mission de l'hôpital est de fournir des soins spécialisés nécessitant des investigations lourdes et/ou complexes en s'appuyant sur un plateau technique de qualité. Cette mission contribue également à la prévention.

- C'est le cas lorsque la prise en charge préconise, met en œuvre et suit des mesures susceptibles d'éviter récidives et/ou aggravation d'une pathologie identifiée.
- L'hôpital doit également s'engager très largement dans les activités de prévention des risques liés aux soins : infections liées aux soins, iatrogénie médicamenteuse. La qualité des soins est un élément majeur des projets des établissements. Elle est au cœur du contrat de confiance avec les usagers. Au-delà des processus de certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles, des indicateurs de qualité devront être recueillis et publiés afin de montrer l'engagement des acteurs dans ce domaine.
- Le constat au cours d'un séjour hospitalier de la présence de facteurs de risque (hypertension, diabète, insuffisance rénale débutante …), de comportements à risques (addictions), de problème de santé au travail, indépendants de la pathologie qui amène la personne à l'hôpital ne doit pas le conduire à s'exonérer de répondre . Cependant si le problème identifié est plutôt du ressort d'une prise en charge au niveau du premier recours , il leur appartient, avec le consentement de la personne, de faire lien avec les professionnels les plus à même d'accompagner la personne dans une démarche globale de prévention, c'est-à-dire des services de soins de premier recours ou d'accompagnement médico-social.
- Enfin, de façon plus générale, l'hôpital doit s'engager au coté des opérateurs de prévention dans une démarche de plaidoyer : Les spécialistes hospitaliers peuvent témoigner des conséquences les plus graves sur la santé de déterminants sociaux ou environnementaux.

C'est déjà commencé :

Les maternités des Pays de la Loire sont impliquées dans le repérage et la prise en charge des conduites addictives, un facteur de risque important en périnatalité.

Une « réglette » mise à disposition des professionnels par le réseau de périnatalité de la région permet de guider l'investigation et de mesurer l'importance du problème, et mentionne les structures ressources auxquelles on peut s'adresser.

MAILLAGE DES ACTEURS ASSOCIATIFS ET MISE EN COMMUN DE LEUR EXPERTISE POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ AUPRÈS DES DÉCIDEURS PUBLICS

Les actions de prévention sont portées dans une large mesure par des associations dans la région. Ces dernières ont chacune leur histoire et se sont construites le plus souvent autour d'une population ou d'un problème de santé spécifique qui avait justifié une mobilisation particulière. Bien souvent elles ont fait progresser non seulement les représentations concernant le thème qu'elles portaient mais également le droit ou des modalités d'intervention. Elles ont influencé le travail des professionnels de santé ou les politiques de santé. Elles ont également contribué à faire progresser des méthodes de travail en santé publique. Ainsi, pour ne citer qu'elles, les associations de lutte contre le sida ont fait évoluer l'éducation pour la santé, dans l'intérêt de tous.

C'est cette démarche qu'il est souhaitable d'impulser. Amener les associations à dépasser une vision thématique pour proposer des modalités communes, génériques, d'action de promotion de la santé.

Les actions de santé publique en population menées dans le contexte régional seront mises en œuvre à l'échelle des territoires. Des partenariats pourront être montés avec des opérateurs locaux de promotion de la santé pour mettre en œuvre des projets. L'impact des interventions a toute chance d'être plus grand si les associations œuvrant sur une même zone regroupent leurs compétences et leurs forces pour conduire des actions dans une dynamique multithématique. La mutualisation des compétences dans le respect des identités des associations sera un atout pour diffuser une culture de la prévention et de la promotion de la santé territoriaux.

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

ANTICIPATION ET PRÉVENTION DES CRISES SANITAIRES

Mutations d'agents pathogènes, pollutions industrielles, circulation des personnes et des biens, modifications climatiques … La région pays de Loire n'est pas exempte de problèmes spécifiques nécessitant une vigilance accrue en particulier dans le domaine environnemental (radon dans le massif granitique, zones de cultures intensives, bassins industriels, activités portuaires et aéroportuaires, …). La sécurité sanitaire est devenue au cours des dernières décennies un concept incontournable. Il s'agit de maîtriser les risques pour la santé induits par le fonctionnement d'une société (alimentation, environnement, produits de santé, …).

L'anticipation et la prévention des crises, événements inattendus responsables d'un impact massif, reposent pour l'essentiel sur des dispositifs de veille et de gestion des alertes à caractère sanitaire, une fonction essentielle de l'ARS. Leur bon fonctionnement est essentiellement le produit d'une remontée de bonne qualité des signaux (indicateurs, événements inhabituels) et d'une capacité à mobiliser des acteurs susceptibles de contribuer à limiter rapidement les impacts sur les populations concernées et ce dans le cadre de relations étroites avec les Préfectures et leurs services.

- Il s'agira pour l'Agence de promouvoir auprès de ses partenaires et de l'ensemble des acteurs de santé, une culture du signalement pertinent et de coopération afin de mettre en œuvre des mesures de gestion efficaces.
- Il s'agira aussi d'articuler la gestion des alertes avec la mise en œuvre de mesures de prévention à moyen et long termes.
- Il s'agira également de s'intégrer dans les dispositifs d'anticipation et de gestion de crise, dans sa compétence sanitaire, sous la responsabilité du préfet de département, voire le cas échéant du préfet de la zone de défense Ouest.

C'est déjà commencé :

La régionalisation de la veille sanitaire a été mise en œuvre en région Pays de Loire en 2010.

La Cellule de Veille Sanitaire de l'ARS et la Cellule Interrégionale d'Épidémiologie sont particulière ment mobilisées autour de l'épidémie de rougeole qui sévit en Maine et Loire.

Des actions visant à améliorer la couverture vaccinale sont en cours.

2 La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Les inégalités de santé traversent toutes les couches de la société suivant un gradient social. Elles se mesurent en termes de différences de mortalité, de mortalité prématurée et d'années de vie perdues sans handicap, plus ou moins fréquentes selon la classe sociale à laquelle on appartient. Cependant les déterminants de ces inégalités n'ont pas leur origine dans le champ de la santé et le système de santé a peu d'influence dans la lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Les actions à déployer sont dès lors multiformes et multipartenariales.

UN ENGAGEMENT CONTRE L'EXCLUSION DANS LES SERVICES DE SANTÉ, EN ADAPTANT LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION, DE SOINS, DE RÉADAPTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR QU'ILS NE CONTRIBUENT PAS À CREUSER LES INÉGALITÉS

Afin de ne pas aggraver les risques d'exclusion et de renoncement aux soins, il faut préserver l'accessibilité à un réseau de professionnels de santé pratiquant les tarifs opposables remboursés par la sécurité sociale en lien avec les assurances complémentaires d'une part et avec la mise en oeuvre des missions de service public au sein des établissements de santé d'autre part.

L'expérience des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a montré à quel point la question de l'accès aux droits est une difficulté pour les personnes vivant en situation de précarité. L'ensemble de ces dispositifs doit être développé pour aller vers les personnes les plus éloignées et permettre ensuite une orientation vers les services de droit commun.

>>>

>>>

- Permanences d'accès aux soins (PASS) dans les hôpitaux public qui sont des dispositifs d'accompagnement des personnes pour faire reconnaître et retrouver des droits et accéder aux soins.
- Équipes mobiles santé précarité et des équipes mobiles de psychiatrie qui suivent les personnes vivant avec un handicap psychique permettent d'aller vers les populations les plus éloignées du soin.

UNE PLACE LÉGITIME ET VISIBLE À LA PROMOTION, LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DANS LES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES, TERRITORIALES ET ENVIRONNEMENTALES.

Les interventions concernant les problèmes prioritaires que sont la nutrition et la lutte contre l'obésité, le suicide des jeunes et la prévention de la crise suicidaire seront développées dans les zones prioritaires de l'Éducation Nationale.

Le déploiement des politiques d'hébergement médico-sociales en lien avec les partenaires concernés devront contribuer à la lutte contre l'isolement.

Les inégalités sociales de santé se constituent tôt dans la vie. La périnatalité et la petite enfance représentent des périodes de grande vulnérabilité.

- Le plan périnatalité a créé l'entretien prénatal précoce comme un moment privilégié au cours de la grossesse pour anticiper les difficultés potentielles liées à la parentalité et mettre en place dès avant la naissance des mesure d'accompagnement social et médico-social de la famille.
- Il sera essentiel d'établir un lien entre la protection maternelle et infantile mise en œuvre par les services de santé de premier recours, le suivi assuré par les services départementaux de PMI et celui effectué par l'Éducation Nationale.
- Dans les situations les plus fragiles, le lien avec le secteur psychiatrique fait partie des mesures prévues par le plan périnatalité.

Les inégalités environnementales sont dues à des différences d'expositions à des risques. Elles peuvent être liées notamment à une distribution géographique d'un agent nocif comme le radon. Elles se manifestent surtout dans les expositions en lien avec le travail fortement liées à la position sociale. La contribution à la lutte contre les inégalités sociales de santé liées au travail passera par la priorisation de la prévention du risque d'exposition à des agents cancérigènes, ou à des risques psychosociaux au travail.

L'agence régionale de santé est partenaire du plan santé-environnement et du plan santé travail avec le ministère du travail et s'engagera avec détermination sur ces thématiques prioritaires.

C'est déjà commencé :

Dans le domaine de la santé environnementale un plan régional d'actions sur trois ans a été arrêté fin 2010. Il fait suite à un premier plan et propose 10 actions principales. Une de ces actions vise tout particulièrement l'habitat insalubre

UNE MOBILISATION DES PARTENAIRES PAR LES ACTEURS DE SANTÉ

La lutte contre les inégalités de santé se joue très peu dans le champ de la santé. Mais dans de multiples champs qui vont de l'éducation à l'aménagement du territoire en passant par les transports, le logement, l'emploi.

Le rôle des acteurs en santé dans ce domaine est double :

- Mesurer et mettre évidence la distribution des déterminants de santé, ses conséquences sur la santé et les mécanismes de formation des inégalités et produire des analyses par bassins de vie et groupes de population afin d'éclairer les stratégies de lutte qui se feront dans d'autres champs. C'est le rôle important de l'observation de la santé.
- Exercer un plaidoyer en faveur des politiques publiques susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé au sein des différentes instances de décisions dont l'ARS est partie prenante.

Enfin à l'occasion ou à l'initiative de débats publics, il s'agira de mettre la question des inégalités sociales de santé à l'agenda afin de contribuer à la prise de conscience du problème dans les différentes sphères de la vie publique.

ANNEXES

Annexe 1 ■ La méthodologie d'élaboration du projet régional de santé

UN PROJET RÉGIONAL, DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, TROIS SCHÉMAS, DES PROGRAMMES

Pour mettre en œuvre son action, l'agence régionale de santé met en œuvre un **projet régional de santé**.

Le projet régional de santé comprend trois niveaux articulés entre eux :

- Les **orientations stratégiques :** il s'agit de donner une portée stratégique au projet : établir un diagnostic dynamique, prospectif, systémique, convertir le diagnostic en problématiques, convertir les problématiques en orientations stratégiques.
- Les **schémas d'organisation :** le schéma de prévention, le schéma d'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers, le schéma d'organisation médico-sociale. Il s'agit de tirer les conséquences organisationnelles des orientations stratégiques en fixant des objectifs opérationnels
- Les **programmes d'action.** Il s'agit de préciser les actions à mettre en œuvre et les ressources et moyens à déployer. Parmi ces programmes : le programme de gestion du risque, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis, le programme de télémédecine et des systèmes d'information partagés, le programme régional et interdépartemental d'accompagnement médico-social, et les programmes territoriaux de santé.

UNE CONSTRUCTION PARTENARIALE AVEC LES INSTANCES DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La démarche initiée par l'ARS Pays de la Loire s'est appuyée sur une forte volonté de concertation avec les instances représentatives de la démocratie sanitaire et un travail partagé avec les représentants de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les Conférences de territoires des départements de Loire-Atlantique, Mayenne, Maine et Loire, Sarthe et Vendée.

La démarche participative s'est structurée autour d'un comité de pilotage associant à parité des membres de la CRSA et de l'ARS mobilisés pour l'animation des travaux.

Un comité stratégique du PRS constitué de l'équipe de Direction de l'agence régionale de santé a validé les étapes. Par ailleurs, l'équipe de la Direction du PRS a apporté un appui méthodologique à la conception, au suivi et à la mise en œuvre du processus de construction du projet. Les délégations territoriales de l'ARS ont quant à elles apporté un appui à l'animation de la démarche sur leur territoire.

UNE DÉMARCHE OUVERTE VERS L'EXTÉRIEUR

Tout au long de la construction du projet, diverses rencontres ont permis de recueillir des points de vue et d'échanger pour préparer les travaux puis les enrichir et les corriger.

À l'initiative de la CRSA, en mars et avril 2011, un débat public a eu lieu dans chaque territoire de santé et au niveau régional. Ces débats ont fait émerger les questions sensibles et les attentes des publics et de leurs représentants.

À l'initiative de l'ARS, entre mai et octobre, diverses rencontres ont eu lieu entre juin et septembre avec les représentants des usagers, des professions de santé (URPS) et les fédérations hospitalières et médico-sociales

Des présentations de l'état des travaux sur le PRS ont été réalisées à la demande des partenaires extérieurs.

Des colloques thématiques ont été organisés. Ces rencontres ont permis de recueillir les perspectives d'objectifs et d'actions des acteurs pour la construction des schémas et des programmes.

>>>

>>>

7 colloques ont été organisés sur la santé des populations :

- en situation de handicap psychique ou souffrant d'un problème de santé mentale
- en situation de précarité
- atteintes d'AVC
- atteintes d'insuffisance rénale chronique
- atteintes de la maladie d'Alzheimer
- souffrant d'addiction
- relevant de la périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence

7 colloques ont été organisés sur des thématiques

- la biologie
- la télémédecine
- la gestion du risque
- l'imagerie médicale
- la prise en charge de la douleur
- Les soins de suite et de réadaptation
- La chirurgie ambulatoire

À l'initiative de la CRSA et de l'ARS, une démarche de communication a été mise en œuvre :

- Deux enquêtes ont été menées auprès du grand public et des professionnels pour recueillir les attentes et perceptions sur la santé.
- Le site www.masantedemain.fr a été créé pour faire connaître les actualités du PRS. Ce site offre en outre un accès aisé à l'information sur le contenu des enjeux, des schémas et présente par ailleurs les résultats des deux enquêtes.

UNE ÉLABORATION EN TROIS TEMPS DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

L'élaboration des orientations stratégiques s'est faite en trois grandes étapes.

Un diagnostic qualitatif et partagé réalisé entre septembre et octobre 2010 et animé conjointement par les membres de la CRSA et de l'ARS. Sept groupes de travail, regroupant une centaine de personnes, ont apporté une contribution autour des thématiques suivantes :

- L'offre en santé
- Les besoins et les déterminants de santé
- L'enjeu démographique et du vieillissement de la population
- L'enjeu des inégalités sociales, territoriales et environnementales
- La continuité des parcours et l'enjeu de coordination des services
- La place et le droit des usagers
- L'approche médico-économique et la problématique de la maîtrise des dépenses de santé

Un séminaire regroupant en janvier 2011 ces mêmes participants autour d'ateliers successifs, en les invitant à dégager des orientations stratégiques à partir des éléments du diagnostic.

Une territorialisation des travaux par les cinq conférences de territoire.

ANNEXES

UNE CONSTRUCTION DES SCHÉMAS INTÉGRANT UNE DÉMARCHE ITÉRATIVE DE CONSULTATION DES PARTENAIRES

L'élaboration des schémas s'est faite en quatre étapes successives.

Cinq groupes de travail conjointement animés par la CRSA et l'ARS ont à nouveau apporté une contribution à la recherche des objectifs à partir des thématiques résultant des orientations stratégiques :

La personne au cœur des préoccupations du système de santé

La mobilisation des partenaires pour réduire les inégalités de santé

L'intégration de la prévention dans le système de santé

La rénovation de l'offre de proximité dans le domaine des soins

L'offre de soin et le développement de la coordination

L'offre de soins et l'accès aux soins spécialisés

La proximité organisée dans le domaine médico-social.

Un premier document formalisant les objectifs a été enrichi de contributions diverses émanant de l'ARS et des associations, fédérations, professions de santé formalisées en compte rendus de colloques et de rencontres. Une première version de travail en trois schémas, Prévention, Offre de Soins et Offre médico-sociale, a été mise en ligne sur le site de l'ARS en juillet 2011.

Au cours de l'été, cette première version évolutive a été enrichie pour être à nouveau publiée dans une version finalisée dans le courant du mois de septembre 2011, après nouvelle consultation des représentants des usagers et professions de santé, des fédérations hospitalières et médico-sociales.

Simultanément, les cinq conférences de territoires ont poursuivi l'approche territoriale des travaux pour identifier les objectifs prioritaires.

UNE CONSTRUCTION PRAGMATIQUE ET CONCERTÉE DES PROGRAMMES

Les programmes déclinent en actions les objectifs des schémas.

- Les **Programmes territoriaux de santé** (PTS)

Ils sont au nombre de cinq, un par territoire de santé. Partant du diagnostic et des priorités territoriales, un travail partagé entre les membres de la conférence de territoire et la délégation territoriale de chaque département a permis d'identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Les actions visant à favoriser la mutualisation, la coopération et la coordination entre les multiples acteurs, professionnels ou non, les services et les établissements autour des enjeux de santé d'un territoire ont été privilégiées pour la construction des programmes territoriaux de santé.

- Le **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins** (PRAPS)

S'adressant aux personnes vulnérables, en situation de précarité, il a fait l'objet de consultation préalable avec les principaux partenaires : DRJSCS et DDCS, FNARS, URIOPSS, Médecins du monde, PASS régionale...

- Le **Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie** (PRIAC)

Il programme les actions d'évolutions de l'offre des services et établissements médico-sociaux, créations, transformations, redéploiements.

Ce programme triennal est revu chaque année pour s'adapter à, la disponibilité eu au volume des enveloppes financières qui lui sont attribuées.

- Le **Programme régional de gestion du risque** (PRGDR)

Il décline les actions régionales de gestion du risque, actions mises en œuvre pour améliorer l'efficience du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. Établi pour quatre ans, ce programme est revu chaque année. Il a fait l'objet d'un travail partagé avec l'Assurance maladie.

- Le **Programme systèmes d'information partagée et de télémédecine** (PRSIT)

Établi pour la durée du PRS, ce programme vise à définir et mettre en œuvre une stratégie de développement des systèmes d'information de santé et de déploiement de la télémédecine. Il implique autour du GCS e-santé les acteurs engagés dans cette évolution indispensable à la bonne coordination des acteurs de santé.

Les actions des quatre programmes régionaux et des cinq programmes territoriaux de santé ne couvrent pas la totalité des objectifs des schémas. Chaque année, une feuille de route établira les actions prioritaires à mettre en œuvre. Cette feuille de route sera présentée en CRSA.

Annexe 2 ■ Le diagnostic régional de l'état de santé et des besoins de santé dans les Pays de la Loire[2]

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT

Au cinquième rang des régions françaises les plus peuplées avec 3 584 848 habitants au 1er janvier 2010, la région s'est accrue de 320 000 personnes, soit 32 000 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2009. Avec un taux de croissance moyen plus marquée dans la région, 0,9 %, qu'au plan national, 0,7 %. S'y distinguent la Vendée (1,5 %) et la Loire-Atlantique (1,2 %). Les trois autres départements enregistrent une évolution similaire à celle de l'hexagone.

Ce dynamisme est lié d'une part à une forte fécondité (44 000 naissances), la plus élevée des régions de France métropolitaine, et une faible mortalité (28 000 décès), ce qui entraîne un solde naturel élevé et d'autre part à des migrations importantes, le solde migratoire expliquant 50 % de la croissance démographique régionale.

La fécondité est en effet la plus élevée des régions de France métropolitaine avec 209 enfants pour 100 femmes, les départements de la région ayant tous une fécondité plus élevée que la moyenne nationale (2007). Le calendrier des naissances a été profondément modifié : 21 % des accouchements concernent des femmes âgées de 35 ans et plus en 2008 et 1,8 % des femmes de moins de 20 ans. La mortalité périnatale régionale reste inférieure à la moyenne nationale.

Mais selon les projections de population de l'Insee à l'horizon 2030 il faut attendre un vieillissement rapide en Pays de la Loire comparé à la moyenne nationale. Alors que les 20-59 ans représentent 53 % de la population aujourd'hui, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront alors le tiers de la population régionale contre 22 % aujourd'hui, la part des plus de 75 ans dans la population pourrait doubler de 8,4 % de la population à 14,5 %. Et la population des habitants de plus de 85 ans passerait de 90 000 en 2010 à 134 300 en 2030.

Population totale	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Population légale au 1er janvier 2010	1 281 031	794 497	310 698	572 034	626 588	3 584 848
	35 %	22 %	9 %	16 %	18 %	100

UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE

Une espérance de vie qui continue d'augmenter.

L'état de santé global des Français, comme des Ligériens, mesuré à l'aide des indicateurs de morbi-mortalité apparaît plutôt bon[II]. **Ils suivent presque les mêmes tendances en Pays de la Loire[III,IV] qu'au niveau national.** Nous analysons successivement les indicateurs de mortalité (tous âges confondus), puis de mortalité prématurée (avant 65 ans) et enfin de morbidité autrement dit les maladies.

Entre 2005 et 2009, **l'espérance de vie** a continué à progresser. En 2007, la France était en tête des pays européens pour l'espérance de vie féminine, celle des hommes se situait au niveau de la moyenne de l'ancienne Europe des quinze. Dans les Pays de la Loire l'espérance de vie à la naissance est de 84,9 ans pour les femmes, supérieure à la moyenne nationale et de 77,5 ans pour les hommes, proche de la moyenne nationale,

Le taux de **mortalité tous âges confondus** (8,6 pour 1000) est l'un des plus faibles d'Europe, comme le taux de mortalité infantile au 5e rang des pays Européens (3,6 décès avant l'âge d'un an pour 1 000 naissances). La mortalité a baissé de façon considérable, de plus de 30 % en 20 ans en France comme dans la région des Pays de la Loire. Les quatre grandes causes de mortalité, maladies cardiovasculaires (30 %), tumeurs (29 %), accidents et morts violentes dont les suicides (9 %), et maladies de l'appareil respiratoire (6 %) ont toutes connu des baisses régulières depuis 1980, jusqu'à 40 % pour le recul de la mortalité cardiovasculaire.

>>>

Ce document est la synthèse de deux documents. Un document élaboré par l'ARS avec la contribution de l'Observatoire Régional de Santé des Pays de la Loire et destiné à la documentation de base des groupes de travail. Et un document produit par les groupes de travail durant la phase diagnostique.

>>>

En Pays de la Loire la mortalité régionale des cardiopathies ischémiques est inférieure à la moyenne française et la mortalité régionale par cancer du poumon inférieure à la moyenne française.

En revanche pour les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool, cirrhoses alcooliques, cancers du foie et des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route et suicides, les taux de mortalité régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

Le taux de mortalité par cancer est en baisse de 10 % sur 20 ans. Cette évolution est due à la fois aux progrès thérapeutiques et au changement de la nature des cancers diagnostiqués. La situation régionale est globalement peu différente de la moyenne nationale pour les hommes. Elle est plus favorable pour les femmes avec une mortalité inférieure de 4 %.

Le suicide a été à l'origine de 710 décès en 2007 en Pays de la Loire. Les décès par suicide sont très rares avant 15 ans, et c'est entre 35 et 54 ans que leur nombre est le plus important. Mais c'est surtout pour les personnes de plus de 75 ans, et notamment pour les hommes, que le risque de suicide est le plus élevé. Les trois quarts des suicides concernent des hommes. La surmortalité régionale du suicide reste récurrente, avec une mortalité qui dépasse la moyenne nationale de 30 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes pour la période 2005-2007. Cette surmortalité des hommes par rapport aux femmes touche de façon plus ou moins marquée toutes les classes d'âge et tous les départements. Pour les femmes, elle ne concerne que le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe. Ces deux derniers départements apparaissent particulièrement touchés, avec une surmortalité par suicide qui atteint respectivement 51 et 46 % pour les hommes, et 34 et 61 % pour les femmes sur la période 2005-2007. Cependant en Pays de la Loire, comme en France, le taux standardisé de mortalité par suicide est en recul depuis le milieu des années 80, pour les femmes (-2,3 % en moyenne par an entre 1985 et 2006) et de façon moins marquée pour les hommes (-1,6 %). Cette baisse concerne tous les âges mais est surtout marquée au-delà de 50 ans.

Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante

Si la mortalité est inférieure à la moyenne nationale, la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans, qui représente environ 20 % de l'ensemble des décès est importante. Certes, depuis le début des années 1980, le taux comparatif de mortalité prématurée a diminué de 33 % chez les hommes et 31 % chez les femmes. Cependant cette mortalité prématurée reste élevée, surtout chez les hommes : 27 % des décès masculins, 12 % des décès féminins sur la période 2005-2007). En comparaison à d'autre pays européens le taux de mortalité prématurée est 20 % plus élevé qu'au Royaume Uni.

Les quatre principales causes de mortalité prématurée en France sont : les tumeurs (38 %), dont le cancer du poumon chez l'homme (11 %) et cancer du sein chez la femme (14 %), les morts violentes dont le suicide, l'alcoolisme et les cardiopathies ischémiques.

La mortalité prématurée par cancer du poumon augmente chez les femmes dans les Pays de la Loire plus encore qu'au plan national. Chez les hommes, la tendance à la baisse de la mortalité prématurée par cancer du poumon observée au niveau national depuis le début des années 90 n'est pas observée dans la région.

Enfin, on note des disparités persistantes entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine et Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

Des décès prématurés évitables

Parmi les décès prématurés, un certain nombre pourraient être **évités** par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les conduites routières dangereuses. Dans la région, on estime que plus de 2000 décès pourraient être ainsi évités chaque année. Comme en France, 80 % des décès évitables concernent des hommes. Comme en France également, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont le cancer du poumon pour les hommes et du sein pour les femmes et les suicides, pour les hommes comme pour les femmes.

Depuis le début des années 80, la mortalité prématurée évitable est en recul pour chacun des deux sexes. Ainsi, entre 2001 et 2004, le taux standardisé de cet indicateur a diminué de 4 % en moyenne chaque année (5 % chez les hommes, 3 % chez les femmes). Cette évolution, également constatée au plan national, résulte principalement de la baisse marquée de la mortalité prématurée due aux pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et aux accidents de la circulation.

Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés.

Il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie. Il faut aussi ajouter de la vie aux années. La mesure de **l'espérance de vie sans incapacité** apporte un éclairage sur la qualité de vie. En 2005, en France cet indicateur est estimé à 68 ans pour les hommes et à 69,7 ans chez les femmes. Dans les deux cas, l'espérance de vie sans incapacité était inférieure de cinq ans à celle des pays les mieux classés en Europe alors que l'espérance de vie globale en France reste parmi les plus longues.[v]

Les incapacités sont récemment documentées grâce à l'enquête en population générale « Handicap, incapacités, dépendance » (HID)[vi]. 13 % de la population souffre de déficiences motrices, 11 % de déficiences organiques (cardiovasculaires, respiratoires…) et plus de 6 % de déficiences intellectuelles ou mentales. Près de 8 millions de personnes présentent des déficiences motrices de gravité variable. Une personne sur trois répond par l'affirmative à la question « Rencontrez vous dans la vie de tous les jours des difficultés qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ». 650 à 700 000 personnes handicapées vivent dans des institutions spécialisées, la grande majorité vit donc en milieu ordinaire.

Il y a lieu cependant de noter d'importants progrès ces dernières années concernant l'espérance de vie en bonne santé, par exemple le traitement de la douleur et le traitement de certaines déficiences (cataracte, prothèses de hanche, de genou,…).

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

Des avancées, mais aussi des marges de progrès

La situation est plus favorable dans les Pays de la Loire par rapport à la situation nationale pour les **maladies cardio-vasculaires.**

En revanche la situation est défavorable pour les pathologies et problèmes liés à la **consommation excessive d'alcool** : cirrhoses alcooliques et cancers du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, accidents de la route, suicides.

Elle est également défavorable pour la prévalence de l'**asthme** qui est élevée dans la région, au 3e rang national avec 8 % des enfants de 5-6 ans touchés (6 % en France métropolitaine), comme l'allergie en général. La prévalence de l'asthme a augmenté au cours des 20-30 dernières années en France comme dans d'autres pays industrialisés. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par une modification des facteurs environnementaux. On estime par ailleurs que 15 % de la part des asthmes sont attribuables aux expositions professionnelles.

Le nombre d'**accidents** et de victimes d'accidents de la circulation a connu une baisse marquée dans la région comme en France, depuis 2000 : 500 décès à 30 jours en 2000 et 240 en 2008. Cependant la situation régionale reste défavorable, notamment pour les 15-24 ans (surmortalité d'environ 20 %). Les accidents représentent une cause notable de déficiences et de handicaps : il y aurait chaque année autant de blessés avec séquelles majeures que de tués. Quant aux accidents de la vie courante, deux populations sont particulièrement touchées. Il s'agit des jeunes, notamment les garçons et des personnes âgées, notamment les femmes, la moitié par chute ou suffocation chez des plus de 75 ans. La mortalité est importante mais en diminution (baisse d'environ 50 % de la mortalité par chute en 20 ans) et représente 1 070 décès par an (2005-2007).

La situation est aussi défavorable en ce qui concerne les tentatives de **suicide** des jeunes et des filles qui sont plus fréquemment déclarées chez les 15-25 ans de la région qu'au plan national. Différents facteurs de risques sont bien identifiés[3] : l'instabilité familiale, l'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail. Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les zones rurales.

Le poids du suicide est également à mettre en lien avec l'abus d'alcool mais aussi avec la fréquence des troubles de la santé mentale et des affections psychiatriques. Ainsi, la file active des secteurs de psychiatrie de la région - secteurs qui, bien sûr, ne constituent pas

>>>

3 La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus octobre 2000

>>>

toute l'offre de soins en psychiatrie - représente 2,4 % de la population régionale. Ceci illustre bien le poids considérable de ces problèmes de santé dans la population.

Des maladies qui pèsent sur le système de santé

Les indicateurs de morbidité approchés par les motifs d'admission à l'ALD30 permettent d'identifier quatre groupes qui pèsent de façon prépondérante en termes de fréquence dans le recours aux soins, représentant plus des trois quart des affections : les pathologies cardio-vasculaires (4 % de l'ensemble des assurés sociaux), les tumeurs malignes (2,3 %), le diabète (2,2 %) et les affections psychiatriques (1,6 %).

Le poids des **maladies cardio-vasculaires** est favorable dans la région avec une moindre fréquence des admissions en ALD (inférieure de 6 %) et des hospitalisations (inférieure de 13 %).

Les cancers représentent 18 500 nouveaux cas en 2005, en forte augmentation (+20 % entre 2000 et 2005, multiplié par 2,2 depuis 1980), encore plus forte que celle observée en France métropolitaine (+17 % ; multiplié par 1,9), liée à l'augmentation et au vieillissement de la population, à l'amélioration du dépistage et du diagnostic, à l'augmentation du risque.

Le **diabète et l'obésité** sont dans la région comme en France, des affections de plus en plus fréquentes. Le diabète traité avec des médicaments représentait 2 % en 1999, 2,7 % en 2006.

L'obésité touche 6,6 % de la population adulte en 1997, 11,5 % en 2006, 13,3 % en 2009. La région est cependant en situation favorable par rapport au niveau national en proportion de personnes obèses ou en surcharge pondérale chez les adultes. La proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Elle est de 14,5 % en France (enquête Obépi 1997-2009).

Chez les adolescents et adultes, cet écart avec la France tend à se réduire. Dans les Pays de la Loire, la prévalence de l'obésité et du surpoids pour les plus de 15 ans est estimée à 11,5 % et l'écart, qui était favorable avec la France (14 %) tend à se réduire (1er rang, par ordre croissant en 2000, 7ème rang en 2006). Les résultats de l'enquête Baromètre santé-jeunes (12-25 ans) entre 2000 et 2005 et Obépi (adultes) entre 1997 et 2009 montrent une augmentation plus rapide de la prévalence de la surcharge pondérale dans la région qu'en France.

Toutefois, ce constat n'est pas observé chez les jeunes enfants. Entre les générations des enfants nés au milieu des années 1990 et celles des enfants nés au début des années 2000, on observe une tendance à la baisse de la prévalence de la surcharge pondérale, et celle-ci apparaît plus marquée dans les Pays de la Loire qu'au niveau national (enquêtes Drees 1999-2000, 2005-2006 provisoires). Chez les enfants de 5-6 ans scolarisés, la proportion d'enfants obèses et en surcharge pondérale est respectivement 1,7 % et 10,6 % dans la région pour respectivement 3,9 % et 14,5 % en France (enquête Drees 1999-2000). Les résultats provisoires de l'enquête de la Drees, effectuée auprès des enfants de 5-6 ans scolarisés en 2005-2006, confirment cette situation favorable dans la région.

Le poids des **troubles mentaux et du comportement** dont la fréquence est difficile à mesurer est souvent sous-estimé. En pays de la Loire, 2,4 % de la population totale était suivie par les secteurs de psychiatrie en 2003.

Le poids de la **maladie d'Alzheimer** est aujourd'hui de 36 500 cas estimés dans la région Il sera de 55 000 en 2020.

Concernant les **maladies infectieuses**, l'épidémie de **rougeole** en France et dans la région depuis 2008 s'intensifie en 2010, mettant en exergue l'insuffisance de la couverture vaccinale, même si une amélioration a été constatée. Par ailleurs, on ne saurait méconnaître l'importance des **infections nosocomiales** avec une situation moyenne de la région (12e rang national[VII]). Les investigations récentes de cas groupés concernent des infections à bactéries pyocyaniques en réanimation, de streptocoques A en obstétrique ou bien une épidémie de gastroentérites dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. La situation protégée des Pays de Loire par rapport aux staphylocoques résistant à la méthicilline (SARM) [VIII], doit être relativisée par le mauvais classement de la France au sein de l'Europe. Enfin, il convient de citer les **maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH**. La région occupe une position moyenne (9e rang) pour la fréquence de la découverte

>>>

de la séropositivité au VIH[ix] avec une évolution moins favorable que dans les autres régions notamment liée à la situation en Loire Atlantique.

Concernant les maladies professionnelles, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont la première cause de maladies professionnelles en France. Elles touchent 17 % des hommes et 27 % des femmes. La région Pays de la Loire est la seconde région française la plus touchée. Selon les résultats d'une enquête menée pendant deux semaines consécutives en 2007 auprès de médecins du travail volontaires de la région (Programme de surveillance des maladies à caractère professionnelle), la prévalence des maladies à caractère professionnel dans la population salariée s'élève à 4,8 %. Les troubles musculosquelettiques s'élèvent à 2,9 %, la souffrance psychique touche 1,1 % des hommes et 2,2 % des femmes.

L'enquête SAMOTRACE 2007-2008 a montré dans la région que 36 % des invalidités pour troubles psychiatriques sont en lien avec le travail, dont 29 % le sont complètement et 7 % le sont partiellement.

Enfin concernant les affections liées à l'amiante il existe une surmortalité par rapport au niveau national liée au mésothéliome pleural en Loire-Atlantique (+80 %) et en Sarthe (+60 %) sur la période 2005-2007.

DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES

Les conduites et habitudes de vie y compris au travail déterminent l'état de santé. Trois attitudes sont fréquemment citées comme ayant un fort impact sur la santé : la consommation de produits comme l'alcool et le tabac, la sédentarité et son corollaire la pratique de l'exercice physique, et les comportements alimentaires. Loin d'être uniquement liées à une décision individuelle mais probablement en interaction complexe et dynamique avec des déterminants sociaux,[x] certaines de ces attitudes sont classiquement qualifiées de « comportements à risque » et invitent à une classification des maladies sous le vocable de « mortalité évitable ». Ainsi, en 2006, au sein des 27 pays de l'Union Européenne, la France a les taux de décès prématurés, liés à des comportements à risques parmi les plus élevés, après les pays nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique. 2000 décès leurs sont ainsi attribués dans la région (80 % concernent des hommes).

Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives

Alcool et tabac

Un tiers des personnes âgées de plus de 18 ans présente une consommation à risque d'alcool (trois fois plus élevée chez l'homme que chez la femme), même si la consommation par habitant à diminué de plus de 10 % en 5 ans et que l'on note un recul très important de la mortalité directement liée à cette consommation (40 à 50 % en 20 ans). La situation régionale est nettement défavorable liée à la surmortalité par accidents de la circulation et par suicide, la surmorbidité des hommes pour de nombreuses affections, et des habitudes régionales d'alcoolisation excessive qui perdurent dans les jeunes générations avec une expérimentation précoce d'alcool très préoccupante.

Bien que le risque alcool/addictions ait été activement suivi dans la région, la Conférence régionale de santé a souligné que des marges de progrès existent en matière de promotion de la santé, prévention, d'accès aux soins, de maintien dans l'emploi et de réinsertion. Ce thème reste donc l'une des priorités pour la politique de santé de la région.

L'usage du tabac concerne en France 26,6 % des femmes et 33,3 % des hommes. Cette consommation est en baisse très marquée depuis 2000 dans la région comme en France (1 200 cigarettes par habitant en 2001, 780 en 2008). La consommation régionale historiquement faible explique la faible mortalité régionale par cancer du poumon, de la vessie, par broncho-

>>>

>>>

pneumopathie chronique obstructive, par maladies cardio-vasculaires.

Une préoccupation particulière concernant les jeunes

Les consommations de produits psycho actifs ne concernent pas seulement les jeunes mais elles occupent à cet âge une place particulière. Ainsi la consommation d'alcool et de cannabis jouent un rôle important dans la survenue des accidents qui est la première cause de mortalité des jeunes. En outre le risque d'installation d'une dépendance à un produit est d'autant plus élevé qu'il est expérimenté tôt dans la vie.

Les habitudes de jeunes ligériens en matière de consommation de tabac ainsi qu'en matière d'usage du cannabis restent peu différentes de la moyenne nationale. En 2005, le tabagisme quotidien concerne 30 % des jeunes ligériens de 15-25 ans, contre 31 % en France et 7 % ont une consommation régulière de cannabis (dix fois ou plus souvent dans le mois) avec une stabilité du taux de fumeurs dépendants (11 %) chez les jeunes de 15-25 ans. Malgré un recul de l'âge d'initiation au tabagisme constaté entre 2000 et 2005, 24 % des jeunes ligériens âgés entre 12 et 14 ans déclarent avoir déjà fumé. Mais cet écart se réduit progressivement.

Il n'en est pas de même au regard de leur consommation d'alcool, domaine ou la situation régionale est défavorable[4].

Ainsi, en 2005 :

44 % des 18-25 ans contre 33 % en France déclaraient consommer de l'alcool au moins une fois par semaine et 20 % des 15-25 ans déclarent en consommer plusieurs fois par semaine

21 % des garçons de 18 à 25 ans contre 12 % en France déclaraient boire 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine (essentiellement le week-end) et (28 % des 15-25 une fois par mois ou plus).

22 % des 18-25 ans (et 15 % des 15-17 ans) déclaraient avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois, contre 15 % (et 11 %) en France

16 % des garçons de 18 à 25 ans déclaraient être régulièrement ivres (au moins 10 ivresses dans l'année), plus souvent ivres que leurs homologues du reste de la métropole, avec un taux d'ivresses répétées en nette hausse chez les jeunes de 17 ans entre 2002/2003 et 2005 (de 24 % à 34 %).

57 % des 12-14 ans déclarent une expérimentation précoce.

Drogues illicites

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou dans le cadre de la polyconsommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments. Globalement chez les jeunes comme pour l'ensemble de la population, la consommation de substances psycho actives est un comportement plutôt masculin.

Le cannabis

L'usage régulier du cannabis dans la région demeure relativement stable chez les 18-25 ans comme chez les 15-17 ans (7 % des 15-25 ans) et très proche de la moyenne nationale[5]. Cette consommation concerne plus fréquemment les garçons (10 % des 15-25 ans) que les filles (3 %). Selon le baromètre santé-jeunes 2005, 37 % des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir souvent fumé du cannabis en étant seul, au cours de l'année. 37 % des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent avoir connu à cause du cannabis des effets indésirables, 30 % des problèmes de mémoire et 10 % des difficultés scolaires ou professionnelles.

Les autres drogues

5 % des 15-17 ans et 13 % des 18-25 ans ont déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis. Les poppers (solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle) sont en 2005 les plus expérimentés devant les champignons hallucinogènes, l'ecstasy et la cocaïne.

Très peu de jeunes adoptent un usage répété de ces drogues : 1 à 2 % des 15-25 ans déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois. Enfin l'héroïne est très rarement citée parmi les produits expérimentés mais les acteurs régionaux soulignent une augmentation de son usage.

Les jeunes Ligériens de 17 ans présentent des expérimentations de poppers franchement plus élevées que celles mesurées sur l'ensemble du territoire. En revanche, les expérimentations d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne sont inférieures aux niveaux nationaux (Atlas Escapade 2008 – Observatoire français des drogues et toxicomanies).

Recours aux soins des usagers de drogues

Selon une étude de la DREES, au cours du mois de novembre 2003, 990 usagers de drogues ont eu

>>>

4 Rapport régional 2009 de l'ORS sur la santé des jeunes
5 Enquête baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 2005, ORS Pays de la Loire 2006

>>>

recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la région, dont les deux-tiers à l'un des neuf Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Si le taux régional de recours a augmenté en une décennie, il reste parmi les plus faibles de France (2nd rang).

Alimentation et activité physique

L'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique constituent des déterminants essentiels du surpoids et de l'obésité. Dans la région, la proportion de personnes obèses est passée de 6,8 à 13,3 % entre 1997 et 2009, soit un quasi-doublement en 10 ans. Près d'une personne sur 7 est aujourd'hui concernée. Certes, elle est de 14,5 % en France mais la position plutôt protégée de la région tend à disparaître pour les adolescents et les adultes (enquêtes Obépi, Baromètre santé jeunes). Cette situation est particulièrement préoccupante parce que l'obésité retentit fortement sur l'ensemble de la santé, physique, mentale et sociale. Mais aussi parce que la nutrition constitue un déterminant majeur des maladies cardio-vasculaires et du diabète, et joue aussi un rôle désormais bien démontré dans la survenue de nombreux cancers (35 % des décès par cancer attribuables). L'enjeu nutritionnel, à tous les âges de la vie, semble donc fondamental.

Le baromètre santé montre qu'un français sur deux avait pratiqué une activité physique à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé (intense ou régulière). Les personnes âgées de plus de 65 ans pratiquent beaucoup moins d'activité physique. Cette donnée est importante quand on réfléchit à tous les acteurs de la vie sociale ou citoyenne en capacité de faire des propositions motivantes et originales à ce groupe d'âge au-delà d'une simple injonction soignante à « faire de l'exercice ».

Au total, de meilleures habitudes alimentaires combinées à une moindre consommation tabagique peuvent en partie expliquer une mortalité régionale des cardiopathies ischémiques inférieure à la moyenne française.

Santé et vie au travail

La souffrance au travail en lien avec les évolutions actuelles des conditions de travail, ainsi que l'importance des dommages qui en résultent pour la santé mentale et physique des salariés, sont désormais considérées comme un enjeu de santé publique majeur.

Ces risques peuvent en effet, provoquer ou favoriser des pathologies mentales ou physiques, augmenter le risque d'accident du travail ou de trajets, être facteurs de précarisation voire d'exclusion à l'issue d'un processus de fragilisation pouvant conduire à la perte d'emploi. Avec 27 % des consultations, le risque psychosocial est le 1er motif de consultation dans les services dédiés aux pathologies professionnelles en France et dans la région[xi] (principales pathologies : dépression et anxiété). Les risques psychosociaux au travail, en tant que risques émergents, ont été identifiés comme l'une des priorités thématiques par la Conférence régionale de santé et la région s'est dotée d'un réseau régional de médecins du travail contribuant au repérage des phénomènes émergents.

Le baromètre santé vient opportunément compléter ces données en montrant que quatre actifs sur cinq disent ressentir une pénibilité physique ou mentale au travail et quatre sur dix déclarent que le travail affecte leur santé. Le stress vient en tête des affections déclarées (28 %) suivi de fatigue générale (27 %), du mal de dos (22,9 %) et des douleurs musculaires du dos et du cou (19 %). Plus précisément pour faire face à ces troubles, quatre personnes sur dix déclarent manger plus souvent que d'habitude, fumer davantage et augmenter sa consommation d'alcool (un buveur sur dix). Manger, fumer et boire ne seraient donc pas que des déterminants liés au comportement individuel… Enfin le travail comporte des risques liés à l'exposition à des produits potentiellement dangereux pour la santé. On estime que 4 % de l'ensemble des cancers sont attribuables à des facteurs professionnels. Mais il est très probable que ce taux soit sous-estimé et qu'il puisse atteindre 15 à 20 % pour certaines pathologies comme le cancer pulmonaire (enquête SUMER 2003).

ANNEXES

AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Les indicateurs de perception décrivant ce que les usagers et professionnels considèrent comme important[xii] conduisent aussi à mesurer l'état de santé de la population. Trois quarts des français ont une perception très positive de leur état de santé mais cette perception évolue défavorablement avec l'âge.

D'autres indicateurs comme la qualité de vie ou la souffrance psychique sont mesurés régulièrement par le baromètre santé[xiii] de l'Inpes.

Les déterminants psychosociaux doivent aussi être pris en compte dans la mesure de l'état de santé. Les travaux en sciences humaines[xiv] [xv], ont montré la part déterminante des concepts d'estime de soi, d'image de soi et de reconnaissance sociale ainsi que le sentiment de contrôle sur sa santé, de « coping » ou des concepts plus récents et plus complexes comme la résilience ou « l'empowerment » dans la maladie chronique[xvi]. La perception d'un individu du contrôle qu'il exerce sur son état de santé fait l'objet de très nombreux travaux dans la littérature avec la proposition de modèles conceptuels plus récents[xvii] et plus complexes tendant à montrer combien le lieu de contrôle, le contrôle perçu, l'efficacité de soi, la hardiesse ou le sentiment d'auto-maîtrise sont de bons facteurs de protection de l'état de santé d'un individu en favorisant des attitudes de prévention primaire et secondaire. Ainsi la façon dont un individu ou un groupe maîtrise un ensemble de dix compétences peut avoir un impact significatif sur des déterminants importants comme la consommation de produits, l'alimentation ou ce qui détermine sa santé mentale la prise en compte de tous ces éléments amène à repenser l'organisation des services de premier recours et leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé.

DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ

Indépendamment des menaces terroristes accrues ces dernières années, exigeant des préparations et des réponses spécifiques, l'organisation sanitaire est de plus en plus souvent confrontée à l'émergence de maladies nouvelles et/ou l'apparition de nouvelles formes de risques sanitaires, dont certains sont dits majeurs. Pour un certain nombre de ces risques, leur diffusion peut être extrêmement rapide sur la planète.

L'opinion publique, largement relayée et amplifiée par les médias, est très sensible à ces nouvelles menaces, potentiellement graves et d'extension rapide. Depuis 10 ans environ, les pouvoirs publics ont mis en place une politique prenant en compte ces nouvelles menaces. Cependant, la population n'a pas suffisamment été associée aux mesures prises au niveau national ou local et ses rapports aux risques majeurs restent encore très distendus.

Parmi ces risques sanitaires émergents ou ré-émergents, on peut citer :

- L'apparition ou l'adaptation de nouveaux agents pathogènes infectieux, type virus grippal pandémique, SRAS, fièvres hémorragiques, dengue, Chikungunya, VIH du fait de modifications environnementales, climatiques ou de mutations génétiques.
- La circulation accrue et rapide des agents pathogènes et de leurs vecteurs est favorisée par les échanges humains et commerciaux mondiaux ; des vecteurs s'adaptent à de nouveaux territoires (ex : moustique tigre).
- L'aggravation ou la recrudescence de maladies infectieuses existantes, comme la résurgence de maladies infectieuses favorisées par une couverture vaccinale insuffisante (rougeole, coqueluche,…), et qui se développent plus particulièrement dans certaines collectivités, la résistance accrue aux antibiotiques de nombreuses bactéries ou le développement des maladies infectieuses nosocomiales en secteur de soins.
- La diffusion de produits toxiques dangereux (lait à la mélanine, meubles et diméthylfumarate,…) au travers des échanges commerciaux mondiaux.
- L'impact sanitaire potentiel à grande échelle de catastrophes naturelles (mouvements de terrain, inondations, crises climatiques,…) ou industrielles (pollutions, rupture de barrage,…), même si les risques en termes de probabilité sont le plus souvent faibles.

La densification humaine et les regroupements occasionnels de populations favorisent potentiellement l'apparition de ces risques sanitaires. Les ports et aéroports se sont par ailleurs souvent montrés des portes fréquentes d'entrée d'épidémies ou de pandémies.

L'enjeu, dans ce cadre, est de détecter le plus précocement possible cette survenue d'un risque nouveau ou ré-émergent et de le gérer avec pertinence (surveillance, alerte, gestion de l'alerte voire de la crise).

DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES

La santé, marqueur des inégalités sociales

Les déterminants sociaux impactent directement et graduellement l'état de santé. Ces inégalités de santé sont les plus fortes d'Europe[xviii] et se creusent.

La prise en compte de données sociales comme les milieux sociaux, la profession, le niveau d'étude ou le niveau de revenus des ménages aboutit, quels que soient les indicateurs considérés à la mise en évidence d'une dégradation de l'état de santé selon d'importants gradients.

Sur la période 1990-1999, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de deux ans celle des ouvrières, alors que cet écart est de 7 ans entre les hommes cadres supérieurs et les ouvriers. Un homme sans diplôme a une mortalité prématurée multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieures, ce facteur multiplicatif est de 1,9 chez les femmes. En outre, au plan national, ces écarts tendent à se creuser chez les hommes alors qu'ils restent stables chez les femmes (INSEE première n°1025, juin 2005). La région Pays de la Loire n'échappe pas à une aggravation des inégalités sociales de santé. En 2001-2003, le taux comparatif de mortalité masculine des 25-54 ans dans la région est trois fois plus élevé pour les agriculteurs-ouvriers-employés que pour les cadres et professions intellectuelles.

À titre d'information, le tableau ci-dessous présente la part des départements en fonction des minima sociaux (API, AAH, ASS, RMI, minimum vieillesse) et des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans (actualisation 2008), comparée à la population.

Départements	Minima sociaux	Population
Loire-Atlantique	36,60 %	35,60 %
Maine et Loire	23,55 %	22,15 %
Mayenne	7,47 %	8,74 %
Sarthe	16,56 %	16,20 %
Vendée	15,82 %	17,31 %
Pays de la Loire	100 %	100 %

Des inégalités de qualité de vie s'ajoutent aux précédentes du fait de diverses incapacités (difficultés visuelles, auditives, gestes de la vie). À 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 34 ans sans incapacité, contre 24 pour un ouvrier, soit respectivement 73 % et 60 % de la suite de leur vie. À 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45 % de l'espérance de vie des cadres et 62 % celle des ouvriers. On peut parler de double peine pour les ouvriers par rapport aux cadres supérieurs : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.

Les inégalités sociales de mortalité sont aussi plus importantes en France que dans d'autres Pays d'Europe, particulièrement pour les hommes. Ainsi, entre 1980 et 1989, sur 11 pays européens, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapportés à celui des travailleurs non manuels était de 1,7 en France vs 1, en Finlande, 1,4 en Angleterre et Pays de Galles, 1,4 en Suède et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal).

Ces inégalités sociales de santé trouvent leurs origines dans les déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance tout au long de la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement, ainsi que la discrimination que certains subissent dans la prise en charge[xix].

Par ailleurs, les déficits croissants des finances sociales (- 9,7 Mds€ en 2008 et -24,6 Mds€ attendus en 2009) s'accompagnent d'une augmentation continue de la part des coûts restant à la charge des patients, aggravant les

>>>

ANNEXES

>>>

inégalités socio-économiques de santé et augmentant la fréquence du renoncement aux soins parmi les populations les plus vulnérables. En 2004, 13 % des adultes (16 % des femmes versus 11 % des hommes) déclaraient avoir renoncé aux soins au moins une fois pour des raisons financières dans l'année.

L'étude de l'IRDES[xx] confirme l'importance d'un fort gradient social associé à « l'état de santé déclaré ». Ainsi, les ménages d'ouvriers et d'employés se déclarent en plus mauvaise santé que les cadres et les professions intermédiaires. On déclare plus fréquemment une maladie ou un problème de santé plus on a un faible revenu, un faible niveau d'instruction ou une situation d'inactivité ou de chômage et en particulier pour les maladies chroniques[xxi].

Tout comme l'étude « HID[xxii] » qui confirme aussi le poids des déterminants sociaux et montre que les chances de récupérations deux ans après un problème fonctionnel (physique, sensitif ou cognitif) étaient plus importantes chez les personnes diplômées, sans doute grâce à un meilleur accès de ces derniers aux aides techniques ou à la rééducation[xxiii].

La prise en compte de ces données permet de mieux comprendre, l'importance de divers dispositifs de prévention, de réhabilitation, de rééducation, relevant du champ de l'ARS. Par ailleurs, ces dispositifs concourent par certains de leurs services ou de leurs actions à faciliter cet accès à des populations graduellement socialement moins favorisées, et pas seulement à quelques groupes identifiés en grande exclusion.

Plus généralement il semble que la santé ne peut se décrire comme un « état statique » mesurable mais comme un processus dynamique d'accumulation tout au long de la vie, dont l'étude de l'IRDES se fait récemment l'écho en montrant que les conditions de vie dans l'enfance contribuent plus aux inégalités sociales de santé que les styles de comportements individuels. Il s'agit donc de prendre en compte la part importante que prennent les dispositifs de socialisation initiale, hors champ de l'ARS comme l'Éducation Nationale, mais relevant de son périmètre comme les dispositifs de repérage et d'accompagnement des questions de santé de la petite enfance ou les actions du secteur associatif sur le soutien à la parentalité.

Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités.

De tous temps, les principaux progrès en matière de santé l'ont été principalement par l'amélioration des conditions de vie et d'environnement. Encore aujourd'hui dans de nombreux pays, la santé est principalement déterminée par le développement socio-économique d'un pays, y compris entre certains groupes sociaux au sein des pays dits « développés ». Cependant le système de soins n'est pas le moindre des déterminants de santé. Ses performances sont indéniables et ont connu un développement prépondérant au cours du XX[e] siècle grâce aux progrès scientifiques et à une accessibilité au système rendue possible par les lois de sécurité sociale, prolongées plus récemment par la Couverture Maladie Universelle.

L'accessibilité au système a donc un impact important sur l'état de santé. Des études décrivent de façon détaillée le renoncement aux soins (entre autres pour raisons financières : 49 % pour les soins dentaire, 18 % pour les lunettes et 9 % pour les soins de spécialistes) et l'absence de complémentaire santé qui reste le principal facteur de renoncement.

Trois états[xxiv] sont autant de situations de précarité semblant plus particulièrement faire obstacle à l'accès à ces droits et donc l'accès à la santé :

- l'état de **pauvreté** qui concerne notamment des populations telles que les sans-domicile-fixe (SDF), les demandeurs d'emploi ou les travailleurs pauvres (dont certains sont SDF) ;

- l'état de **dépendance** qui concerne notamment les populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;

- l'état de **relégation** qui concerne notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant.

Le parcours de soin de chaque individu au sein du système n'est pas à négliger, car le traitement peut être différencié selon la situation sociale [xxv].

Enfin la répartition territoriale de l'offre de soins impacte aussi la santé des Ligériens.

>>>

>>>

Des disparités territoriales

Des disparités persistent entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

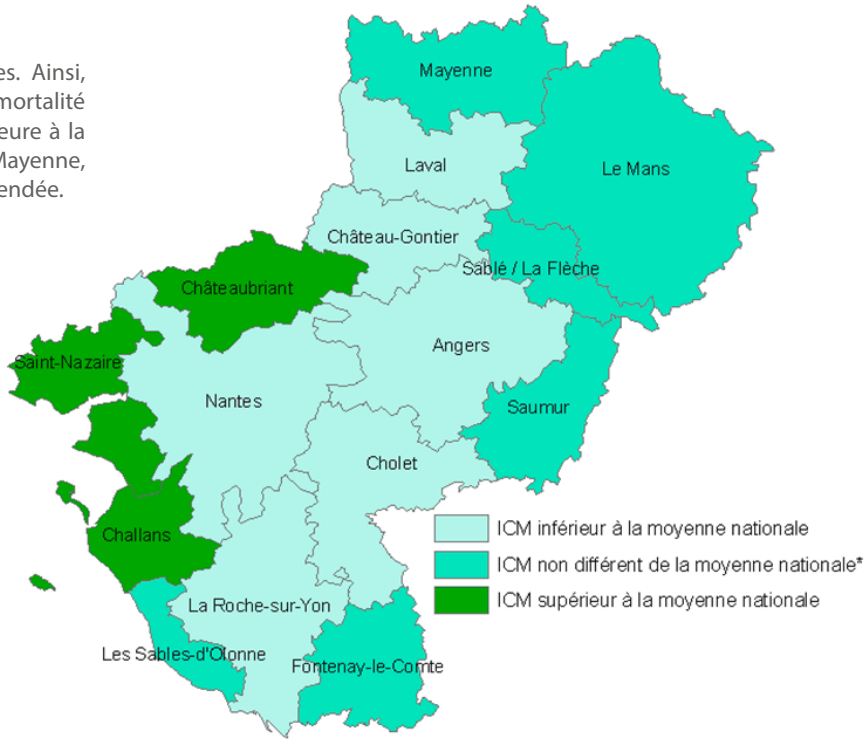


Figure 1 Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé - Pays de la Loire (moyenne 1996-2000) (Source : ORS Pays de la Loire)

Comme en France, la mortalité prématurée évitable a cependant régressé sensiblement dans chacun des départements de la région comme le montre le tableau suivant :

Évolution du taux comparatif de mortalité prématurée évitable par actions sur les comportements (pour 100 000 habitants)

	moyenne 1997-1999	moyenne 2001-2003	moyenne 2005-2007
Loire-Atlantique	83,1	76,8	68,3
Maine-et-Loire	74,0	69,4	61,5
Mayenne	71,9	69,9	59,9
Sarthe	86,2	78,8	71,0
Vendée	78,8	78,6	70,6
Pays de la Loire	79,8	75,1	66,8

L'évaluation du Plan régional de santé publique a montré la nécessité d'investir d'avantage sur la dimension territoriale de la prévention en santé.

>>>

ANNEXES

>>>

L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé

Les risques sanitaires liés à l'environnement plus souvent « subis » que « acceptés ».

Aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, l'amélioration des conditions de vie (habitat, assainissement, hygiène…) a constitué un élément clé de l'allongement assez rapide de l'espérance de vie et des progrès enregistrés en termes de santé de la population.

Toutefois, malgré la diminution des expositions de type aigu liées aux rejets industriels moins bien maîtrisés qu'actuellement dans les années 50-60, cette dynamique doit être nuancée, sous l'effet d'une exposition croissante ou, simplement, durable à un certain nombre de polluants et substances nocives. Cette menace prend la forme d'une conjonction d'expositions chroniques à faible doses : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré[xxvi], contamination des eaux, par les nitrates et pesticides et des sols (accumulation de métaux lourds, composés organiques nocifs, conséquences des activités industrielles…). Elle est source de nouvelles inégalités, avec la création de zones d'expositions cumulées et des contrastes entre zones urbaines / rurales / littorales. Ainsi, la région qui se situe au troisième rang pour son activité agricole et au quatrième pour l'industrie, est maillé par des ressources en eau fragilisées, et marqué par la présence de zones industrielles à risque :

- Poids du secteur agricole : la région est classée au deuxième rang au niveau national avec 29 500 exploitations principalement d'élevage bovins et hors sol ainsi que des cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, horticulture). Il est à noter la fragilité des ressources en eau par rapport aux rejets agricoles (nitrates et pesticides),
- 3ème région industrielle : importance des rejets atmosphériques principalement situés en Basse Loire (par exemple la raffinerie de Donges pour les composés organiques volatils et le dioxyde de souffre, la centrale électrique de Cordemais pour les oxydes d'azote).

Problématique côtière : 141 sites de baignade sur le littoral et 57 en eau douce, 50 sites de pêche à pied de loisirs, impact du tourisme sur les problématiques d'hygiène du milieu

L'ampleur et la sévérité de ces expositions sont incertaines, compte-tenu de la diffusion rapide et à grande échelle de certaines de ces substances (nuages toxiques, contamination accidentelle des réseaux d'eau potable), de leur capacité à se fixer durablement dans l'organisme, de la multiplication des composants chimiques.

Les efforts de surveillance sanitaire de l'environnement développés depuis plusieurs décennies ont montré leur efficacité pour prévenir ces situations et doivent être poursuivis.

Par ailleurs, il est établi que les populations vulnérables du fait de leur âge ou de leurs conditions sociales sont plus exposées aux risques environnementaux (femmes enceintes et nourrissons et substances chimiques, jeunes et musique amplifiée, habitat indigne etc.).

Il convient également de citer une demande sociale sur les risques émergents (champs électromagnétiques, substances reprotoxiques, nanoparticules) et dont les conséquences sur l'état de santé ne sont pas stabilisées aujourd'hui. La perception de ces risques est génératrice de peurs collectives liées aux incertitudes et dont les retentissements sur la santé physique et mentale peuvent être notables.

Les résultats du baromètre santé-environnement 2007 (ORS) montrent que par rapport au niveau national, les ligériens s'estiment mieux informés que les français sur certains thèmes (qualité de l'eau, pollution des sols) et sont donc moins inquiets à l'égard des risques collectifs et individuels. Toutefois, des inégalités environnementales sont notées :

Personnes âgées : sentiment d'information, risques collectifs élevés, risques individuels et ressenti plus faibles

Milieux sociaux défavorisés : moindre information, méconnaissances, moindre représentation des risques associée à un moindre ressenti (risque monoxyde de carbone, peintures au plomb, légionelles, pollution de l'air et du sol)

Inversement, certains risques établis sont peu connus du grand public. C'est le cas de l'impact de la qualité de l'air intérieur avec un cocktail de polluants multiples ou bien le cas du radon qui est la deuxième cause de mortalité par cancer du poumon[xxvii]. La région est caractérisée dans chacun des départements par des zones géologiques favorables à l'émission de radon,

>>>

>>>

résultant de la radioactivité naturelle (2ème cancérogène pulmonaire après le tabac en France, avec 5 % à 13 % des cas de décès par cancer du poumon attribuables au radon).

Ainsi, il existe une déficience de l'appropriation par le public, notamment les populations socialement défavorisées, des risques environnementaux pour les relativiser avec l'ensemble des déterminants de santé et permettre un discernement raisonné des conduites et attitudes à tenir.

Par ailleurs, le poids de l'environnement au travail est loin d'être négligeable. On estime que 15 % de la part des asthmes sont d'origine professionnelle. Parmi les trois millions de personnes en France qui seraient exposés aux substances cancérogènes, les ouvriers sont les plus exposés[xxviii]. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont exposés à des produits cancérogènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés).[xxix]

CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ

L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique

Les trente dernières années sont marquées par une « transition épidémiologique » où l'on passe du poids des maladies infectieuses au développement de maladies chroniques.[xxx] Cette transition s'explique d'abord par le vieillissement de la population. En France comme au niveau régional, un habitant sur trois aura plus de 60 ans en 2030 (soit 50 % d'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans), contre un sur cinq actuellement.[xxxi] En Pays de la Loire, il y aura 134 300 habitants de plus de 85 ans en 2030 contre 90 000 aujourd'hui. On estime que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer progressera de 36 500 cas actuels à 55 000 en 2020.

Les progrès des techniques médicales comme l'amélioration des dépistages précoces, des traitements augmentant les durées de vie de patients atteints de pathologies (cancer…) conduisent à l'augmentation du nombre de personnes atteints de maladies chroniques. Or la prise en charge des maladies chroniques nécessitent, au-delà des soins, de nouvelles pratiques plus transversales et intersectorielles[xxxii] de tous les acteurs de la santé. Ceci d'autant que les maladies chroniques se traduisent fréquemment sous forme de polypathologies notamment chez les personnes âgées.

Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population.

Cette évolution est conjointe à des évolutions marquantes de la société : montée de la précarité sociale, modification profonde des habitudes de vie et accroissement des facteurs de risque liés aux modes de vie (alimentation, sédentarité, etc.), nouvelles expositions, dégradation des conditions de travail et des environnements, avec de nouvelles expositions, sans que la part plus individuelle ou collective de ces risques « subis » ou « choisis » soit toujours facile à démontrer.

L'ensemble des secteurs de la société est marqué par un souhait d'une meilleure prise en compte des besoins, des demandes et des désirs exprimés par les individus eux-mêmes, individuellement ou collectivement.

Le droit à la santé s'est considérablement transformé avec un droit à l'information et à la participation des usagers à toutes les décisions qui ont des conséquences sur leur santé. Individuellement la loi reconnaît un droit à l'accès au dossier médical jusqu'au consentement éclairé dans les décisions thérapeutiques. Les associations d'usagers sont de plus en plus impliquées dans les lieux de décisions du système de soins (CA des Hôpitaux ou des Agences sanitaires, commissions multiples en santé publique). Les associations de consommateurs s'emparent de nombreux sujets pour influer sur des décisions d'ordre économiques ou politiques dont les conséquences peuvent entraîner des dommages importants sur la santé de la collectivité.

Par ailleurs, on note une forte attente sociétale en termes de protection sanitaire et d'accès aux progrès techniques. Le principe de précaution est aujourd'hui inscrit dans la constitution et concerne souvent des questions de santé. Le succès d'Internet n'épargne pas la santé qui reste l'un des sujets les plus traités sur la toile. La foison de forums sur la santé et des questions médicales illustre l'envie des Français de s'informer et de comprendre les tenants et aboutissants de la santé. Cependant la confiance n'est pas aveugle… et la dernière crise sanitaire lors de la grippe H1N1 a montré la difficulté et la complexité des attentes et des comportements de toute la société.

ANNEXES

Notes de fin - bibliographie

I Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? Santé Publique, 2008, Suppl.3 : S9-S17.

II DRESS. L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de santé publique. Paris, La Documentation française, 2007.

III Communication publique : éléments d'états des lieux et principaux enjeux en Pays de la Loire, décembre 2009. ORS Pays de la Loire.

IV Santé observée 2007, ORS Pays de la Loire.

V Jagger C et al. Inequalities in healthly life year in the EU in 2005 : a cross-national meta-regression analysis. Lancet (2008) 372 : 2124-2131.

VI Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.

VII Santé observée 2010, ORS Pays de la Loire.

VIII Infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline dans les établissements de santé, France 2005-2008, Invs, décembre 2009.

IX VIH et sida. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2008. ORS. http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/sida/2008vihsidabilan_nov2009.pdf.

X Lang T. La santé se construit dans un environnement social. Questions de santé publique 2009, 7, 1-4.

XI Dr JY Dubré, Les facteurs de risques psycho-sociaux liés au travail, CRS 27 novembre 2009.

XII Pascal J, Sambuc R, Lombrail P. État de santé des Français. In : Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Traité de Santé Publique, Paris 2007, Flammarion- Médecine science, 203-208.

XIII Beck F, Guibert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint Denis, INPES, 2007.

XIV Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes, Bien être et qualité de vie. Paris : Dunod, 2002.

XV Life skills for psychosocial competence. In : Life skills éducation in schools. Genève : OMS, 1993.

XVI Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain 2007.

XVII Pauwels A, Janne P, Reynaert C. De différents modèles de croyance envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis-à-vis de la santé. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1999, 9.

XVIII Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F. Traité de Prévention Paris 2009, Flammarion-Médecine science, 14-19.

XIX Lombrail, Lang.

XX Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierr A. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensible. Question d'économie de la santé - IRDES, 2007, 117 : 1-6.

XXI Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Études et résultats-DRESS, 2005 : 1-12.

XXII Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.

XXIII Cambois E, Lièvre A. Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête HID. Études et résultats-DRESS, 2004, 349 : 1-12.

XXIV Égaux devant la santé : une illusion ? Du droit à la santé et de l'accès aux soins des populations vulnérables. Avril 2010. Collectif Inter associatif Sur la Santé.

XXV Lang T. Journées de Santé Publique, Québec, Nov. 2008.

XXVI Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), impact sanitaire de la pollution atmosphérique, http://www.afsset.fr/index.php?pageid=1013&parentid=424.

XXVII O Catelinois et al. Lung Cancer attribuable to indoor radon exposure in France, Environ. Health Perspect. 114(9) : 1361-6, 2006.

XXVIII Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? Santé Publique, 2008, Suppl.3 : S9-S17.

XXIX Guignon N. Enquête « SUMER 2001-2002 » (surveillance médicale des risques professionnels). Documents pour le médecin du travail 2001 ; 86 :161-5.

XXX Questionnements et propositions sur la politique de santé en France, Société française de santé publique, février 2002.

XXXI INSEE.

XXXII Huard P, Shaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Pratiques et Organisation des Soins 2010, 41, 237-247.

SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

1 Être ACTEUR DE SA SANTÉ 68

Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles

Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant

2 UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ORGANISÉE EN FONCTION DES THÉMATIQUES RÉGIONALES PRIORITAIRES 73

Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie

Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences

Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

3 LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES 80

Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité

Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité

Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée

Maîtriser les risques liés aux activités de santé

4 UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGÉES 88

Développer la culture du risque sanitaire et du signalement

Anticiper et prévenir les crises sanitaires

5 UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ 92

Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé

Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

Réduire les impacts de l'environnement sur la santé

Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

1 LA PLACE DE LA PERSONNE 104

Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers

Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés

Expérimenter les consultations d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable

Garantir l'expression de l'usager et prendre en compte les attentes de la personne

Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé

S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes

Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du « prendre soin »

2 ■ L'OFFRE DE PROXIMITÉ 116

Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours

Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies

Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours

Assurer une Permanence Des Soins Ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé

Assurer l'accès de tous nouveaux patients à un médecin traitant et ou un chirurgien dentiste et organiser la continuité des soins

Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins pour le médecin traitant

3 ■ L'ACCES AUX SOINS SPÉCIALISÉS 128

Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences

Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations

Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes

Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé

Garantir le juste soin

Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé

Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche clinique reconnue et garantir l'accès à l'innovation

4 ■ LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION 144

Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie

Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé

Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs

Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés

Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation

5 ■ LA MAÎTRISE DES RISQUES 156

Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins

Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques

Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable

Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap

Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun

Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociétale, notamment en matière environnementale

6 ■ L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION 168

1. Médecine

2. Chirurgie

3. Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation

4. Psychiatrie

5. Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

6. Soins de Longue Durée (SLD)

>>>

>>>

7. Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
8. Médecine d'urgence
9. Réanimation
10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale
11. Traitement du cancer
12. Diagnostic prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
13. Imagerie médicale

7 ■ L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE 1ER RECOURS 206
1. Les territoires de santé de proximité
2. Les territoires de régulation de l'offre de soins de proximité

SCHÉMA RÉGIONAL DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1 ■ LA PLACE DE LA PERSONNE 244
Systématiser les projets d'accompagnement personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge
Prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne.
Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux
Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé

2 ■ UNE OFFRE GRADUÉE 253
Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne.
Favoriser la vie en milieu ordinaire
Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers
Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie
Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements au sein de la région et par territoire de santé

3 ■ LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL 265
Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels.
Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire
Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne
Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne
Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales

>>>

>>>

4 ■ LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

275

Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins

Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun.

Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales

Mobiliser les structures médico-sociales sur leur responsabilité sociétale notamment en matière environnementale

AVANT-PROPOS

Mobiliser l'ensemble des acteurs concernés sur leurs missions de prévention et de réduction des inégalités de santé, permettre à chacun d'être acteur de sa santé, redéployer des moyens pour une politique de prévention active et déterminée, avec pour finalité la diminution du taux de mortalité prématurée évitable avant 65 ans : voilà l'enjeu du schéma régional de prévention.

Dans ce domaine, les Pays de la Loire disposent d'atouts régionaux reconnus comme la dynamique créée autour de la politique régionale de santé depuis 15 ans, la création d'un pôle ressource régional de compétences en éducation pour la santé et la richesse du tissu des acteurs de proximité.

Cependant, ce champ d'intervention reste encore trop souvent le domaine d'opérateurs spécifiques, d'associations très investies, ou de professionnels convaincus mais insuffisamment décloisonnés avec les secteurs du soin et de l'accompagnement médico-social. L'inscription résolue d'une politique de prévention au cœur de nos priorités de santé, signifie en particulier :

- agir en amont des problèmes de santé en **mobilisant les ressources personnelles** de chaque individu. Ceci passe par le renforcement du rôle des acteurs de la promotion de la santé, et par **l'association des usagers** à la définition de leurs moyens d'action. Il s'agira par exemple de travailler différemment à la diffusion du message de lutte contre les addictions, selon qu'on s'adresse à des groupes de jeunes urbains tentés par le « binge drinking » ou à des hommes célibataires isolés en milieu rural.

- promouvoir tant auprès des professionnels de santé médicaux et paramédicaux que des malades eux-mêmes la notion **d'éducation thérapeutique** qui peut permettre au patient de mieux vivre, mieux contrôler sa pathologie, et par là-même préserver son capital santé.

- développer la **formation à la prévention et à la promotion de la santé** auprès de l'ensemble des professionnels de santé dans une approche globale et s'appuyer sur les acteurs de santé, notamment du premier recours, pour la mise en œuvre des actions de prévention afin d'en généraliser et d'en amplifier les effets.

- inscrire la prévention au cœur des préoccupations et des réflexes des **établissements de santé et des établissements médico-sociaux.** Ceci signifie, par exemple, profiter d'une hospitalisation pour faire un bilan avec la personne, repérer avec elle les facteurs de risques liés à ses habitudes de vie et lui proposer une prise en charge adaptée. C'est aussi porter les messages et les actions de prévention au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Plus globalement, la politique de prévention c'est également :

- améliorer la **couverture vaccinale** pour tenir compte de la recrudescence de certaines maladies infectieuses.

- **organiser la veille et l'alerte sanitaire** sur tout le territoire de la région. Ceci passe par le développement de la culture du risque et du signalement, ainsi que par le renforcement des systèmes de surveillance. En interne et en liaison avec les préfectures ou les autres services compétents, il s'agira encore **d'anticiper et de préparer les crises sanitaires.**

Par ailleurs, la nécessaire prise en compte des inégalités sociales de santé doit amener à développer des actions destinées à des populations spécifiques ou à des périodes cibles de la vie.

Ainsi, il est nécessaire d'aller au-devant des personnes les plus éloignées du soin ou des prises en charge médico-sociales par des **dispositifs adaptés** (équipe mobiles de soins psychiatriques, permanences d'accès aux soins..) et de renforcer l'articulation des acteurs pour en simplifier l'accès. Il importe également de considérer les **expositions aux risques environnementaux** et de veiller à assurer dans toute la région un bon niveau de qualité des milieux de vie (qualité de l'eau potable, eaux de baignade ou de pêche à pied, prévention des pollutions atmosphériques, habitat, bruit...). Enfin, les inégalités se constituant dès l'enfance,

il convient d'agir de façon précoce en lien étroit avec les acteurs de la **périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence.**

Pour éclairer l'ensemble des acteurs porteurs des politiques publiques, et garantir l'efficacité des actions menées en vue de réduire les inégalités de santé, il y a lieu de promouvoir des analyses partagées des données de santé sur l'ensemble du territoire de la région. Ce partage des informations au niveau local, le développement de démarches communes d'observations permettront de disposer d'une vision, d'un diagnostic garantissant la possibilité d'actions cohérentes et concertées sur l'ensemble de la région.

Tels sont les grands axes d'une politique de prévention qui sont déclinés dans les quinze objectifs du schéma ci-après.

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

- Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles **68**
- Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant **71**

UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ORGANISÉE EN FONCTION DES THÉMATIQUES RÉGIONALES PRIORITAIRES

- Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie **73**
- Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences **76**
- Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne **78**

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

- Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité **80**
- Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité **82**
- Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée **84**
- Maîtriser les risques liés aux activités de santé **86**

UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGÉES

- Développer la culture du risque sanitaire et du signalement **88**
- Anticiper et prévenir les crises sanitaires **90**

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

- Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé **92**
- Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité **94**
- Réduire les impacts de l'environnement sur la santé **96**
- Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence **98**

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

La personne au cœur des préoccupations du système de santé est la première orientation stratégique du Projet Régional de Santé. Être acteur de sa santé, lorsque l'on parle de prévention, c'est donner les moyens à chacun, quels que soient sa situation sociale ou son état de santé, de mobiliser ses propres ressources, tout au long de sa vie, pour préserver le plus longtemps possible son capital santé. L'enjeu sera bien de permettre cette mobilisation avec une attention particulière à ceux que le contexte social et psychosocial place dans la fragilité et qui encourent un risque plus grand de dégradation de leur état de santé.

DEUX OBJECTIFS DOIVENT RÉPONDRE À CET ENJEU.

- Le premier s'adresse à l'ensemble de la population ligérienne. Il s'agira tout d'abord de développer l'éducation à la santé pour faire évoluer les habitudes de vie. La question de l'accès à cette éducation est déterminante pour les publics les moins enclins à se protéger. Les compétences des acteurs de la prévention comme du soin devront être renforcées. Sont visés le développement des compétences psychosociales des personnes et l'approche médicopsychosociale des prises en charge par les professionnels de santé.
- Le second s'adresse aux personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap. Il s'agira de promouvoir et mettre en œuvre l'éducation thérapeutique auprès de personnes atteintes de maladie chronique. C'est un moyen de responsabiliser la personne à la bonne prise en charge de sa maladie et le professionnel de santé dans l'accompagnement éducatif. Pour jouer un rôle efficace en prévention, l'éducation thérapeutique doit aussi être organisée en proximité, avec les acteurs du premier recours, les structures sanitaires, médico-sociales et les réseaux de santé.

OBJECTIF N°1

Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – être acteur de sa santé

Chaque personne doit pouvoir agir sur les déterminants de sa santé en mobilisant ses ressources physiques, psychologiques et sociales et en agissant sur ses habitudes de vie. Il est démontré que celles-ci sont de plus en plus impliquées dans les problèmes de santé et que les personnes sont particulièrement conditionnées par leur contexte psychosocial et environnemental. Ceci s'applique également aux professionnels de santé dans l'exercice de leur métier, en particulier les médecins libéraux qui ne bénéficient pas de la médecine du travail.

Cette dimension individuelle ne doit cependant pas faire oublier que de nombreux facteurs sont indépendants des choix individuels et sont liés à l'organisation sociale.

>>>

>>>

Face aux principaux enjeux de santé de la région, il s'agit de développer, professionnaliser et coordonner les actions d'éducation pour la santé en direction de la population générale, en particulier lors des périodes sensibles de la vie, en s'appuyant notamment sur les acteurs du pôle régional de compétences en éducation pour la santé. En direction des professionnels de santé, il s'agit de mieux savoir prendre en compte le contexte psycho-social et environnemental des personnes dans les phases de diagnostic, et de s'appuyer sur des structures ressources pouvant les orienter.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Sensibiliser, informer et éduquer à la santé, pour développer la capacité des populations à faire des choix pour leur santé**
- Accroître la professionnalisation des associations intervenant en éducation pour la santé
- S'appuyer sur les capacités d'adaptation et d'innovation des associations
- Transmettre l'information via des forums, des séances d'information, des débats
- **Mobiliser les ressources personnelles de chacun et renforcer l'acquisition des compétences psychosociales**
- Poursuivre les programmes de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire en agissant sur une classe d'âge sur l'ensemble de la région.
- Promouvoir le renforcement des compétences psychosociales dans le milieu de vie des jeunes et dans les formations de leur encadrants bénévoles et professionnels
- Développer les dispositifs Étudiants pairs et en milieu professionnel
- Soutenir la mise en place d'ateliers santé dans les quartiers
- Impliquer les publics ou leurs représentants dans la définition et la mise en œuvre des programmes et des actions
- **Développer le diagnostic approfondi sur la situation de la personne tenant compte de son contexte social, environnemental, psycho-physiologique pour l'aider à se prendre en charge et créer les conditions d'une demande de soins**
- Structurer les conditions de dialogue avec les personnes ou leur représentant en s'appuyant sur des lieux uniques d'accueil pour les écouter et les orienter, notamment vers les structures de PMI, maisons des adolescents, structures médico-sociales, CLIC
- Tenir compte du ressenti de la personne et de son expérience de vie, y compris dans son refus de soin
- Soutenir la coopération pluridisciplinaire des professionnels dans la phase de diagnostic
- **Organiser un repérage et une prise en charge des professionnels intervenant en santé, en souffrance psychologique ou présentant des conduites addictives, en lien avec les ordres, les unions régionales des professions de santé et la médecine du travail**

POPULATION CONCERNÉE

Population générale, professionnels de santé

ACTEURS CONCERNÉS

Associations de prévention et de promotion de la santé, pôle régional de compétences en éducation pour la santé, IREPS, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, intervenants du secteur social, associations d'usagers, collectivités territoriales, Éducation nationale, services universitaires de médecine préventive, Mutualité Française, Assurance maladie, Ordres des professions de santé, URPS

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Richesse du réseau associatif en prévention et promotion de la santé

Existence du pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé

Loi N°2002-203 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Déclinaison des plans nationaux de santé publique, dont le plan cancer

Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS)

POINTS DE VIGILANCE

Intégration de multiples plans nationaux de santé publique ; faiblesse de la professionnalisation des acteurs ; manque d'évaluation des actions ; professionnels de santé peu mobilisés autour des questions de santé environnementale ; positionnement récent des acteurs de l'éducation pour la santé ; faiblesse des échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs à l'échelon régional, départemental et local

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Formation des acteurs en éducation pour la santé : état des lieux de l'offre de formation, définition de priorités et organisation de sessions à l'échelle territoriale

Intégration d'un module d'éducation pour la santé dans la formation des représentants d'usagers au système de santé

Définition d'une méthodologie pour favoriser l'implication des usagers à la définition et la mise en œuvre des actions de prévention

INDICATEURS

Taux de mortalité prématurée évitable

Question de l'enquête d'opinion de février 2011 auprès des Ligériens en matière de santé : « Aujourd'hui, avez-vous l'impression de prendre en main votre santé, c'est-à-dire de tout faire pour améliorer votre hygiène de vie et participer au maintien de votre bien être ? »

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS

OBJECTIF N°2

Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé

En Pays de la Loire, seulement 3 % des patients en affection de longue durée bénéficient d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP), principalement mis en œuvre dans les établissements hospitaliers.

Il s'agit de favoriser le développement de l'éducation thérapeutique en région, notamment en faisant connaître son intérêt et en coordonnant l'offre en lien avec le premier recours, le secteur médico-social et le secteur social, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes malades et réduire les hospitalisations récurrentes en apportant « des clés » pour la préservation de l'état de santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Former les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**
  - Promouvoir l'intégration de l'ETP dans la formation initiale des professionnels de santé
  - Intégrer progressivement l'ETP dans la formation des professionnels de santé et favoriser la pratique de l'ETP en logique d'équipe
  - Sensibiliser, notamment les médecins de 1er recours, à la place de l'ETP dans le parcours de soins du patient
- **Favoriser l'accessibilité des patients à l'ETP**
  - Faire connaître l'éducation thérapeutique aux patients
  - Susciter les demandes de patients
  - Impliquer les associations de patients et d'usagers
  - Rendre accessible l'ETP au plus grand nombre en s'adaptant au niveau de compréhension des usagers
  - Rendre accessible l'ETP aux personnes en difficulté d'accès aux soins et à la prévention ainsi qu'aux personnes placées sous main de justice
- **Développer les actions d'ETP**
  - Développer l'éducation thérapeutique **au niveau du premier recours,** pour les pathologies à forte prévalence : diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, en complémentarité avec l'ETP en établissements de santé et en lien avec les réseaux de santé
  - Développer l'éducation thérapeutique dans le **secteur médico-social**
  - Former des relais avec les associations pouvant apporter une plus-value dans le cadre des programmes d'ETP
  - Intégrer les risques environnementaux dans des programmes d'ETP, notamment dans le domaine des maladies respiratoires et allergiques (conseil médical en environnement intérieur, prévention des pollinoses…)

POPULATION CONCERNÉE

Patients souffrant de maladie chronique

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

ACTEURS CONCERNÉS

Établissements de santé, réseaux de santé, professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en ambulatoire, pharmaciens, structures médico-sociales, IREPS, Unité transversale d'éducation thérapeutique (UTET) des CHU de Nantes et d'Angers, associations d'usagers, Assurance maladie, IRSA.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Leviers financiers des missions d'intérêt général (MIG ETP), fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), expérimentation des nouveaux modes de rémunération dans les maisons de santé pluri-professionnelles, fonds de prévention de l'assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA, fonds national de prévention du régime indépendant)

Déclinaison régionale des plans de santé publique et notamment du PNNS3, PRSE2

Renforcement des coopérations sanitaires / libérales / médico-sociales et associatives

Information de l'existence de cet outil dans la population générale (lieux ressources…)

Comité technique régional d'ETP

POINTS DE VIGILANCE

Insuffisance du fléchage financier notamment en secteur libéral

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Augmentation du taux de patients en ALD bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique

Meilleure connaissance de l'ETP et de l'offre d'ETP par les professionnels du 1er recours

Développement de l'ETP au niveau du 1er recours, du secteur médico-social et social

Renforcement de la politique d'accès à l'ETP pour les personnes éloignées du système de soins (précarité, personnes placées sous main de justice)

Intégration des risques environnementaux dans l'ETP des maladies respiratoires

INDICATEUR

Pourcentage de patients en ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales) et ALD 13 (infarctus coronaire), ALD 8 (diabète type 1 et 2), ALD 14 (insuffisance respiratoire grave) bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRGDR, PRAPS

UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ORGANISÉE EN FONCTION DES THÉMATIQUES RÉGIONALES PRIORITAIRES

En matière de prévention, l'organisation de réponses de proximité nécessite de revoir les modalités d'intervention. Pour répondre à cet enjeu, cet axe propose quatre objectifs.

Le diagnostic stratégique régional de santé a pu identifier un certain nombre de thématiques prioritaires. Ces thématiques doivent être affichées et partagées au sein de la région, en attachant une importance particulière au domaine de la nutrition et de l'activité physique du fait de son impact reconnu à tous les âges de la vie, autant chez les personnes en bonne santé que celles souffrant de pathologies chroniques. Il en est de même des conduites à risque. Par ailleurs, ces déterminants reposent sur une approche positive des comportements et des habitudes de vie, suscitant plus facilement l'adhésion des populations.

Par ailleurs, la santé est le résultat d'un processus dynamique fait d'accumulation tout au long de l'existence, avec des périodes critiques.
Il est donc nécessaire d'inviter les acteurs de santé à être plus attentifs, par une offre de service spécifique de prévention, à certaines périodes de la vie qui mettent la santé de chacun à l'épreuve, en particulier celles qui semblent les plus marquantes comme la petite enfance, l'adolescence, les ruptures professionnelles telles que le chômage, la retraite mais aussi les ruptures familiales comme le deuil ou l'entrée en institution.

En outre, les personnes en manque ou en perte d'autonomie, quel que soit leur âge, sont plus susceptibles de voir leur état de santé s'aggraver. Des interventions spécifiques doivent être renforcées pour leur permettre de mieux accéder à des dispositifs de prévention et de promotion de la santé appropriés à leur situation.

Enfin, la recrudescence de cas de certaines maladies infectieuses, notamment la rougeole ou la coqueluche, nécessite de revisiter la politique vaccinale en articulant les acteurs du soin de proximité et les centres de vaccination.

OBJECTIF N°3

Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Une démarche centrée sur la personne

Les éléments de diagnostic ont permis de dégager sept thématiques régionales prioritaires de prévention. Parmi celles-ci la nutrition et l'activité physique doivent faire l'objet d'une attention particulière en raison de leur impact considérable sur l'état de santé global (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, santé mentale), de leur caractère ubiquitaire : chaque personne est concernée, à tout âge de la vie et au quotidien, et enfin en raison des écarts très importants de fréquence de pathologies entre groupes sociaux.

Ainsi, il est nécessaire de sensibiliser les acteurs sur ces sept priorités régionales et les inciter à coordonner leurs actions de prévention aux périodes sensibles de la vie. Pour ce faire, il conviendra d'amener les acteurs à dépasser des visions monothématiques pour proposer des modalités communes génériques d'actions de promotion de la santé.

UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ORGANISÉE EN FONCTION DES THÉMATIQUES RÉGIONALES PRIORITAIRES

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Centrer les actions de prévention sur des thématiques régionales prioritaires :**
  - Nutrition et activité physique
  - Conduites addictives
  - Bien être mental et risque de suicide
  - Santé environnementale
  - Relations affectives et sexuelles
  - Prévention de la perte d'autonomie
  - Risques infectieux et politique vaccinale
- **Autour des thématiques régionales prioritaires, mobiliser les acteurs de santé et du social sur le repérage des situations à risque, la prévention et l'accompagnement lors de périodes sensibles de la vie :**
  - la petite enfance et l'adolescence
  - la vulnérabilité sociale
  - les périodes de rupture : ruptures familiales et professionnelles, l'entrée en institution et le deuil
  - les situations de handicap particulier
- **Au niveau local, favoriser l'articulation entre les associations de proximité et les structures ressources en prévention ainsi que la coordination des acteurs de santé et du social à travers des projets mutualisés autour des populations spécifiques**
- **Au niveau de chaque territoire de santé, coordonner les différents acteurs autour des trajectoires des personnes en matière de prévention, en s'appuyant sur des structures identifiées assurant l'information, le repérage et l'orientation (PMI, CAMSP, maisons des adolescents, CLIC, structures médico-sociales notamment)**
- **Partager les thématiques régionales de prévention avec l'ensemble des professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social**
- **Renforcer la politique de prévention en milieu professionnel afin de toucher la population adulte :**
  - Favoriser les actions de prévention et de promotion de la santé en proposant aux entreprises de relayer les campagnes d'information auprès des salariés autour des priorités régionales de prévention
  - Améliorer les connaissances des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants sur les risques de santé au travail en particulier les risques psychosociaux, les troubles musculosquelettiques, les risques associés aux composés mutagènes, cancérogènes et reprotoxiques (CMR), les risques liés aux addictions

POPULATION CONCERNÉE

Toute la population, à des âges ou des périodes sensibles de la vie

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, travailleurs sociaux, Éducation nationale, services universitaires de médecine préventive, IREPS, Mutualité française, acteurs de prévention et de promotion de la, santé, ORS, CARSAT, Direccte, CAF, Préfectures, collectivités territoriales, DREAL, Assurance maladie, URPS, CAMSP, maisons des adolescents, ADMR, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Éléments de contexte favorables à la mise en œuvre de l'objectif :

- Évaluation du programme régional de santé publique 2005-2009
- Déclinaison régionale des plans de santé publique (PNNS3, plan obésité…), PRSE2, PRST2
- Richesse en structures et associations de prévention en Pays de la Loire
- Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Outils/moyens à la disposition de l'ARS pour atteindre l'objectif :

- Dispositif d'appel à projet en matière de prévention
- Structures de coordination territoriales déjà existantes, et souvent mobilisées autour des âges de la vie
- Maisons de santé pluri professionnelles, pôles et centres de santé
- Contrats locaux de santé
- Réseaux de santé

POINTS DE VIGILANCE

Des organisations en prévention souvent monothématiques

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Identification de structures territoriales d'information, de repérage et d'orientation pour les populations vivant des périodes sensibles de leur vie

Adaptation des opérateurs à une logique de continuité des parcours et de coordination territoriale des acteurs locaux autour de populations spécifiques et non autour de thématiques trop ciblées

Évaluation des politiques autour des priorités régionales de santé, en particulier la thématique nutrition / activité physique comme terrain expérimental de la coordination des acteurs régionaux

Amélioration des indicateurs de santé d'impact, traceurs régionaux

INDICATEURS

Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisé par âge

Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant consommer plus de 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion, une fois par mois ou plus souvent, au cours des 12 derniers mois (enquête)

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRAPS

UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ORGANISÉE EN FONCTION DES THÉMATIQUES RÉGIONALES PRIORITAIRES

OBJECTIF N°4

Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé – Être acteur de sa santé

Les personnes en situation de perte ou de manque d'autonomie, quel que soit leur âge, sont particulièrement exposées à l'aggravation de leur état de santé du fait d'une plus grande difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun en prévention et promotion de la santé.

Les enjeux principaux visent à adapter une offre de prévention adaptée à ces publics tant pour la préservation de leur capital santé que pour le dépistage des maladies chroniques, les déficiences sensorielles, les troubles trophiques et statiques des pieds ou le suivi de la santé bucco-dentaire par exemple. Par ailleurs, il est nécessaire de mobiliser les acteurs de l'aménagement urbain, de la politique du logement et de l'accompagnement médico-social pour l'accès à l'ensemble des services et faciliter le maintien à domicile.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Promouvoir le maintien d'un bon niveau de santé physique et psychique des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge**
- Promouvoir une activité physique régulière adaptée
- Lutter contre l'isolement en favorisant le lien social
- Faciliter le dépistage des infections sexuellement transmissibles, des déficiences visuelles ou auditives, troubles trophiques et statiques des pieds, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladie d'Alzheimer, santé bucco-dentaire et dénutrition.
- **Plus particulièrement chez la personne âgée, prévenir à domicile comme en établissement les risques de chutes, la dénutrition et la iatrogénie**
- **Développer l'autonomisation du patient (éducation thérapeutique, bon usage du médicament)**
- **Aider la personne et les familles à se projeter sur les évolutions futures de leur parcours de vie par une meilleure anticipation et adaptation de leur environnement (aménagement de l'habitat, accès aux services…)**
- **Encourager l'innovation dans le domaine des technologies d'assistance à la vie autonome (domotique…)**
- **Mobiliser les acteurs des politiques publiques pour faire respecter la continuité de la chaîne de déplacement (transports, voierie, espaces publics, mobiliers urbains, accès au bâti des établissements publics et privés) et permettre un vrai choix de maintien à domicile**
- **Promouvoir le développement des formations d'accompagnateurs pour aider les personnes en perte d'autonomie à se déplacer dans la cité**

POPULATION CONCERNÉE

Personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap

ACTEURS CONCERNÉS

Établissements de santé, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, structures médico-sociales, services d'aide à domicile, Gérontopôle, acteurs ressources en promotion de la santé, associations d'usagers, aidants naturels, Assurance maladie, Mutualité française, collectivités territoriales, Services de l'État

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental

LEVIERS

Mobilisation des commissions de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention et de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social

Aides financières à l'adaptation des logements

Déclinaison régionale du PNNS3

Appel à projet national du 7 juillet 2011 « développement des services numériques pour la santé et l'autonomie »

POINTS DE VIGILANCE

Coûts financiers de mise en œuvre

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Réduction du nombre de chutes des personnes âgées

Réduction de la prévalence de l'état de dénutrition des personnes en institution et en établissement de santé.

Renforcement du repérage des habitats inadaptés par des acteurs de proximité formés et des dispositifs de soutien à leur aménagement

Visibilité de l'engagement des acteurs publics pour garantir l'accessibilité des voiries et des lieux publics

INDICATEUR

Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur chez les personnes âgées de 75 ans et plus

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRGDR

UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DE PROXIMITÉ ORGANISÉE EN FONCTION DES THÉMATIQUES RÉGIONALES PRIORITAIRES

OBJECTIF N°5

Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Suite à une couverture vaccinale régionale insuffisante contre la rougeole, en particulier en Vendée, Loire-Atlantique et Maine et Loire, et suite à différentes alertes de recrudescence de cas, notamment en collectivité, il apparaît nécessaire de revisiter la politique vaccinale régionale en s'appuyant sur la commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Pour ce faire, des pistes doivent être explorées pour faire de l'amélioration de la couverture vaccinale un enjeu pour l'ensemble des acteurs de santé et des établissements sanitaires et médico-sociaux.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé, notamment ceux qui interviennent dans les établissements accueillant des personnes vulnérables**
- **Promouvoir le rôle central des centres de vaccination afin qu'ils remplissent leurs missions d'information du public et des professionnels de santé et qu'ils soient ainsi reconnus en tant que pôles ressources**
- **Harmoniser le travail au niveau régional par la mise en relation plus étroite des centres de vaccination autour des pratiques et des organisations**
- **Sensibiliser le public et les professionnels de santé aux bénéfices apportés par les vaccins, notamment contre la rougeole et la coqueluche**
- **Sensibiliser les professionnels de santé à leurs propres vaccinations, notamment contre la grippe**
- **Permettre un meilleur suivi du calendrier vaccinal par les usagers et par les professionnels du 1er recours par la diffusion d'outils adaptés**
- **Élaborer un système de recueil de données afin de cibler un meilleur accès à la vaccination des populations et d'évaluer l'impact des vaccinations**

POPULATION CONCERNÉE

Population générale, notamment les enfants, les adolescents et les personnes vulnérables

ACTEURS CONCERNÉS

Assurance maladie, collectivités territoriales, Éducation nationale, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, établissements de santé, structures médico-sociales, centres de vaccination, Mutualité française

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Éléments de contexte favorables à la mise en œuvre de l'objectif :

- Récentes épidémies de rougeole en Pays de la Loire, à l'origine d'une prise de conscience collective
- Recentralisation des actions de santé publique (loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales)

Outils/moyens à la disposition de l'ARS pour atteindre l'objectif :

- Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile
- Organisation du 1er recours et mise en place de maisons de santé pluri professionnelles
- Semaine européenne de la vaccination relayée au niveau de la région
- Déploiement du dossier médical personnel

POINTS DE VIGILANCE

Représentations négatives par rapport à la vaccination

Insuffisante lisibilité du calendrier vaccinal

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Meilleur taux de couverture vaccinale chez les enfants, les adolescents et les professionnels de santé

Meilleure accessibilité de la vaccination pour les publics vulnérables

Meilleure articulation entre les centres de vaccination et les professionnels de santé

Recherche d'une articulation systématique veille-alerte-prévention

Objectivation des représentations autour de la vaccination

INDICATEUR

Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS, PRGDR

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

L'analyse de l'offre de prévention en Pays de Loire a permis d'identifier le besoin de développer un partenariat avec les acteurs du soin et de l'accompagnement, afin de mieux intégrer la prévention dans leurs pratiques, que ce soit dans le domaine de la prévention universelle, la prévention sélective comme le dépistage des maladies chroniques ou la prévention au bénéfice des patients comme l'éducation thérapeutique et la sécurité des soins.

AINSI, IL EST PROPOSÉ DE RÉPONDRE À CET ENJEU À TRAVERS QUATRE OBJECTIFS.

- Tout d'abord, intégrer la prévention au sein des préoccupations de tous les acteurs du soin, en particulier du 1er recours. À ce titre, ils doivent pouvoir disposer d'une culture commune et partagée en matière de prévention universelle, sélective ou ciblée, notamment par des dispositifs de sensibilisation et de formation continue.
- Ensuite, engager ces acteurs dans des actions de prévention de proximité en facilitant la lisibilité des dispositifs locaux ou régionaux et en améliorant la coordination des prises en charge pour mieux orienter les personnes vers différents partenaires intervenant de façon plus collective ou thématique.
- En outre, les établissements de santé et médico-sociaux doivent également pouvoir s'engager dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée.
- Enfin, maîtriser les risques liés aux activités de santé en garantissant la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la qualité environnementale, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social.

OBJECTIF N°6

Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Il existe une forte demande de l'ensemble des professionnels de santé d'accéder plus facilement à une culture partagée de la prévention universelle, sélective et ciblée, de favoriser la mutualisation des connaissances entre les acteurs de santé ainsi que leurs interactions, par la formation continue pluri professionnelle territorialisée.

Les formations initiales et continues en prévention doivent faire évoluer les pratiques professionnelles des acteurs du soin, quel que soit leur secteur d'intervention, en collaboration avec les acteurs de la promotion de la santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Déployer et soutenir des outils de formation continue pluri-professionnelle en prévention sur une base territoriale pour les professionnels de santé en priorité du premier recours**
- **Promouvoir la formation initiale des professionnels de santé à la prévention**

>>>

>>>

- **Sensibiliser les professionnels de santé :**
  - aux priorités régionales de prévention
  - à l'identification des principaux facteurs de risques
  - aux enjeux de la santé environnementale et à l'éco-épidémiologie
  - aux déterminants des inégalités de santé
- **Faire connaître et développer les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles de prise en charge relatifs aux thématiques prioritaires identifiées en région**
- **Favoriser la formation du personnel de santé à la qualité et à la sécurité des soins et à la diffusion des bonnes pratiques, en ambulatoire ou en établissement**

POPULATION CONCERNÉE

Professionnels de santé ambulatoires, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, URPS, Assurance maladie, organismes de formation (universités, instituts de formation, structures de formation continue…), établissements et services sanitaires et médico-sociaux, IREPS, ORS, Mutualité française

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Redéfinition des missions des professionnels de santé

Mise en place des maisons de santé pluri professionnelles, des pôles et centres de santé

Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)

Orientations nationales de formations et plans de formation des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

PRSE2

Contractualisation avec l'ARS

POINTS DE VIGILANCE

Contenu des formations initiales jusqu'à maintenant

Modalités du développement professionnel continu (DPC)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Prise en compte des enjeux de prévention dans les formations initiales et continues, incluant la recherche action et l'évaluation

Renforcement des actions de formation sur la qualité et la sécurité des soins en établissements de santé

INDICATEUR

Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en prévention à destination des professionnels de santé du premier recours

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

OBJECTIF N°7

Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Les professionnels de santé du premier recours sont des acteurs clés pour l'accès des personnes aux dispositifs de prévention et de promotion de la santé du fait des prestations de prévention qu'ils offrent et des relations de confiance établies avec leurs patients.

Le développement de formations/action, de la connaissance des structures ressources et d'incitations financières doivent favoriser la prévention et la promotion de la santé en proximité, en coordination avec des acteurs associatifs ou professionnels identifiés, sur une base territoriale définie.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Promouvoir les enjeux de prévention universelle, sélective et ciblée auprès des professionnels de santé**
- **Ajuster la stratégie d'ensemble de la prévention en organisant la cohérence et la complémentarité des actions nationales, régionales et locales**
  - Pour certaines thématiques, repérer des structures facilitant le travail en réseau entre les différents acteurs au niveau de chaque territoire de santé (cancer, vaccination, tuberculose…) ou au niveau régional (santé sexuelle…)
  - Prendre en compte les priorités de santé des territoires
  - Associer systématiquement les représentants d'usagers dans les politiques de prévention, notamment lors des campagnes de prévention
- **Développer et structurer l'offre de prévention et de prise en charge coordonnée au niveau du 1er recours**
  - Intégrer et renforcer la prévention dans les projets de santé des maisons de santé pluriprofessionnelles, pôles et centres de santé en y favorisant le déploiement d'actions centrées sur les priorités régionales de prévention (incitation des libéraux au dépistage, à un meilleur repérage et suivi…) en y faisant intervenir des spécialistes de la prévention (associations, consultations avancées de professionnels issus des établissements sanitaires ou médico-sociaux)
  - Favoriser l'articulation entre les multiples acteurs du 1er recours (médecins du travail / médecins libéraux / acteurs ressources en prévention…)
- **Assurer la lisibilité des différents services et acteurs de prévention**
  - Dresser un inventaire des ressources existantes au niveau de la région par le biais :

- du recensement des différents acteurs de prévention et de promotion de la santé
- du repérage des missions de chaque acteur et des complémentarités de leurs missions

  - Disposer d'une cartographie régionale des actions de prévention et de promotion de la santé par le développement de l'outil OSCARS (observation et suivi cartographique des actions régionales de santé)
  - Favoriser les rencontres au niveau régional et territorial des acteurs de la prévention pour mieux se connaître, échanger les pratiques et partager les expériences

POPULATION CONCERNÉE

Population générale, professionnels de santé

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux intervenant en ambulatoire, pharmaciens, URPS, Assurance maladie, acteurs de prévention et de promotion de la santé, IREPS, collectivités territoriales, médecine du travail, Mutualité française, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, intercommunal

LEVIERS

Éléments de contexte favorables à la mise en œuvre de l'objectif :

- Richesse du tissu associatif régional en prévention
- Convention médicale du 26 juillet 2011 valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique
- Plans nationaux de santé publique

Outils/moyens à la disposition de l'ARS pour atteindre l'objectif :

- Expérimentation des nouveaux modes de rémunération en exercice coordonné (maisons de santé pluri professionnelles et pôles de santé)
- Contrats locaux de santé
- Contractualisation avec les professionnels du premier recours

POINTS DE VIGILANCE

Reconnaissance et valorisation insuffisante des actes de prévention

Faiblesse de la démographie des acteurs du 1er recours dans certains territoires

Visibilité de l'ensemble des acteurs territoriaux de prévention par les professionnels de santé

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Concertation régionale pour la définition d'objectifs ciblés de prévention auprès des professionnels libéraux : médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages femmes

Déclinaison coordonnée et territorialisée des campagnes nationales de prévention

Développement des consultations avancées de prévention au sein du premier recours

Développement du dépistage individuel des cancers par les médecins traitants, en complément des programmes de dépistage organisé

Cartographie des acteurs et des actions de prévention pour réguler les actions de prévention en région

INDICATEUR

Taux de participation au dépistage, organisé ou individuel, du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 74 ans

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRGDR

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

OBJECTIF N°8

Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Missions de service public, les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ainsi que les actions de santé publique entrent dans le cadre de l'article L.6112-1 du code de la santé publique. Elles sont cependant inégalement prises en compte dans les établissements de santé.

L'ensemble des établissements a pourtant pour mission de mettre en œuvre des actions de prévention ; ils peuvent soit les mener en leur sein, soit ré adresser leurs patients ou résidents vers les acteurs-ressources en prévention du 1er recours, plus à même de mener ces actions dans la continuité et en partenariat.

Tout contact avec le système de soin ou d'accompagnement médico-social doit ainsi représenter une opportunité pour aborder la prévention ; le soin et la prévention doivent être indissociables lors d'une prise en charge globale du patient.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Identifier les besoins de prévention lors de chaque hospitalisation**
  - Mieux associer les services d'urgence à la prévention sélective par le développement :
    - d'un observatoire épidémiologique régional des urgences
    - du dépistage des facteurs de risques prioritaires
    - du repérage des personnes qui ne peuvent pas accéder aux services de 1er recours
  - Repérer les facteurs de risque ou comportements à risque nécessitant une prise en charge coordonnée avec les acteurs du 1er recours ou de l'accompagnement médico-social
  - Pour chaque patient, proposer une offre de promotion de la santé en privilégiant une orientation vers les acteurs du 1er recours ou des acteurs spécialisés en prévention
- **Au sein des établissements et services médico-sociaux**
  - Prévoir l'information systématique des usagers des dispositifs de prévention médicalisée (dépistage des cancers et autres pathologies, vaccinations)
  - Développer par la contractualisation avec l'ARS des actions de prévention et d'éducation pour la santé adaptée pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap
  - Valoriser la dimension préventive de l'accompagnement passé auprès de la personne âgée ou en situation de handicap.

POPULATION CONCERNÉE

Patients hospitalisés, résidents de structures médico-sociales, bénéficiaires de services médico-sociaux

ACTEURS CONCERNÉS

Assurance maladie, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, acteurs de prévention et de promotion de la santé, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Éléments de contexte favorables à la mise en œuvre de l'objectif :

- Réaffirmation par la loi HPST des missions de santé publique des établissements de santé

Outils/moyens à la disposition de l'ARS pour atteindre l'objectif :

- MIGAC, CPOM et conventions tripartites

POINTS DE VIGILANCE

T2A, technicité accrue des plateaux techniques hospitaliers

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Organisation visible et formalisée des actions de prévention dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région

Relations « ville-hôpital » en prévention, formalisées et opérationnelles

Écriture d'un volet prévention dans tous les projets d'établissement

Création d'un observatoire épidémiologique des urgences

INDICATEUR

Taux de réalisation des actions de prévention prévues dans les CPOM ou les conventions tripartites des établissements

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

OBJECTIF N°9

Maîtriser les risques liés aux activités de santé

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Au niveau national, les évènements indésirables graves (EIG) estimés à un million par an seraient évitables pour 40 à 50 % d'entre eux. Parmi ceux-ci, un tiers seraient dus à des problèmes de iatrogénie médicamenteuse qui sont à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans.

Lors de la dernière enquête de prévalence des infections associées aux soins (IAS) en 2006, les Pays de la Loire se situaient au 12ème rang des régions françaises. Par ailleurs, le rapport d'activité du CCLIN Ouest de 2010 a montré une sous-déclaration externe des IAS.

Les principaux enjeux du PRS visent à renforcer la culture de la qualité et de la sécurité des soins, du signalement des EIG et des IAS et à disposer d'une visibilité régionale des nombreux systèmes de vigilance.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Garantir la qualité et la sécurité des soins dans tous les secteurs de la santé (ambulatoire, hospitalier, médico-social)**
- Généraliser la couverture territoriale des réseaux hospitaliers « qualité et sécurité des soins » et l'étendre aux secteurs ambulatoires et médico-sociaux, avec une organisation et un pilotage régional (observation, formation…)
- Concernant les évènements indésirables graves :

- développer l'analyse des évènements indésirables graves pour réduire leur survenue (causes principales : actes invasifs, infections associées aux soins, produits de santé)
- réduire la iatrogénie médicamenteuse

- Développer la culture de la bientraitance
- Développer la culture en matière de qualité et de gestion des risques (formation, information, communication des résultats…)
- Favoriser la participation des patients et des résidents pour les placer en acteurs de l'amélioration de la sécurité des soins, tels que le signalement des événements indésirables et l'information en cas d'événement indésirable
- **Réorganiser en région les différents dispositifs de vigilance (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, cosmétovigilance, réactovigilance, biovigilance, AMPvigilance, toxicovigilance, nutrivigilance, radiovigilance…) en articulation avec les structures nationales**
- **Maintenir une vigilance vis-à-vis de la maîtrise de la qualité environnementale (air, eau, déchets…) des établissements de santé et structures médico-sociales**

POPULATION CONCERNÉE

Patients, professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux

ACTEURS CONCERNÉS

CCLIN Ouest, ARLIN, réseaux qualité et sécurité des soins, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, centre antipoison d'Angers, Autorité de sûreté nucléaire

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Historique des réseaux qualité et sécurité des soins dans la région

Programme régional d'inspection et son bilan

Contractualisation

Déclinaison du plan national sur les infections associées aux soins

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Généralisation et pilotage régional de la couverture du territoire par les réseaux « qualité et sécurité des soins » au niveau des secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire

Respect par la totalité des établissements de santé de la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Diminution des plaintes pour défaut de bientraitance

Réduction de la iatrogénie médicamenteuse et de la prévalence des infections associées au soins

Visibilité des résultats d'action des établissements de santé et médico-sociaux en matière de suivi de la qualité environnementale (réseaux d'eau et d'air intérieur, filière des déchets)

INDICATEUR

Distribution par classes des établissements de santé sur les indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins

UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGÉES

Assurer la veille sanitaire et la prévention des crises fait partie des missions de l'ARS. Elles sont d'autant plus justifiées que l'on note, dans la région comme en France, une intensification des menaces de risques à diffusion rapide avec la résurgence de maladies infectieuses ou de problèmes environnementaux.

Pour répondre à cet enjeu, une plateforme régionale a été structurée dès 2010 pour recevoir, réguler et apporter une réponse coordonnée, notamment avec les préfectures, aux alertes et aux urgences sanitaires couvrant les champs des risques infectieux, environnementaux et des risques majeurs.

Dans la continuité de l'organisation de la veille sanitaire et de la prévention des crises, deux objectifs sont proposés.

D'abord, développer la culture de la veille et du signalement des alertes sanitaires, y compris environnementales, par une meilleure information des déclarants sur les dispositifs de veille et d'alerte et par l'animation des réseaux de partenaires.

Ensuite, anticiper et prévenir les crises sanitaires par l'organisation d'une capacité de réponse immédiate et par l'anticipation de la gestion de communication.

OBJECTIF N°10

Développer la culture du risque sanitaire et du signalement

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

L'ARS a pour mission d'organiser la veille, le recueil et le traitement des signalements d'origine sanitaire ou environnementale au niveau régional. Les axes à impulser consistent en premier lieu à :

- La régionalisation de la veille sanitaire, levier pour améliorer l'expertise, l'harmonisation des pratiques, la continuité de la veille et de la réactivité et le développement de compétences autour de références thématiques
- La centralisation du recueil des signaux
- L'extension du périmètre classique de la veille sanitaire à d'autres types de signaux (situations affectant le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux, évènements indésirables graves liés aux soins, indicateurs d'activité…)
- La contribution de la veille sanitaire aux missions de prévention, de qualité et d'offre de soins de l'ARS et à l'intégration de la mission potentielle d'alerte sanitaire chez tous les professionnels des champs sanitaire et médico-social

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Informer sur le dispositif de veille et d'alerte**
- Informer sur les actions menées par l'ARS visant à la maîtrise des risques sanitaires y compris les risques environnementaux :

- par la rétro-information systématisée aux déclarants
- par la diffusion de bulletins d'information
- par la mise à jour du site Internet de l'ARS

- Organiser et animer des réseaux de partenaires (formations, sensibilisations, bilans)

>>>

>>>

- **Renforcer les systèmes de surveillance non spécifique**
  - Organiser et animer des réseaux de surveillance, couvrant tous les territoires, en élargissant le spectre des structures de surveillance (Assurance maladie, secteur santé-travail, Éducation nationale, réseau d'urgentistes…)
  - Augmenter la densité des médecins de premier recours participant aux réseaux de surveillance
- **Consolider l'organisation régionale de la permanence de réception et de traitement des alertes :**
  - Outiller le point focal régional
  - Proposer des supports de signalement adaptés
  - Intégrer les signalements dans le système de remontée d'information en routine et unifier les remontées de signalement
  - Développer le télé signalement (établissements médico-sociaux, premier recours)

POPULATION CONCERNÉE

Population générale

ACTEURS CONCERNÉS

Services de l'État, collectivités territoriales, dispositifs régionaux de surveillance, URPS, professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental et infra départemental

LEVIERS

Éléments de contexte favorables à la mise en œuvre de l'objectif :

- Instruction nationale du 20 avril 2010 demandant la mise en place d'un point focal régional, de réception et de traitement des signaux
- Cadre conceptuel national DGS-InVS de la veille et de l'alerte, existant et mis à jour en février 2011

Outils/moyens à la disposition de l'ARS pour atteindre l'objectif :

- Champ de compétence partagée ARS/InVS
- Protocoles ARS-préfets (juillet 2010)
- Contractualisation

POINTS DE VIGILANCE

Certains supports de signalements non encore stabilisés (EIG par exemple)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Relations formalisées entre l'ARS et tous les déclarants potentiels, avec mise en place de réseaux de surveillance couvrant toute la région

Extension continue du périmètre et de la quantité des signaux à gérer (hospitalier, médico-social et ambulatoire)

Automatisation de la saisie des alertes à la source

Intégration veille sanitaire-prévention (avec exemples précis et documentés)

INDICATEUR

Proportion de passages dans les services d'urgence faisant l'objet d'un Résumé de Passage aux Urgences (RPU) transmis au niveau régional

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme de télémédecine et systèmes d'information

UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGÉES

OBJECTIF N°11

Anticiper et prévenir les crises sanitaires

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

L'ARS contribue à l'organisation de la réponse aux urgences et à la gestion de crise sanitaire, dans le respect des attributions des préfets de département. Il est nécessaire de maintenir ou de renforcer, selon les cas, la qualité de la préparation aux crises sanitaires (plans de secours, moyens, formations, exercices…) en impliquant l'ensemble des professionnels de santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Organiser en cas de crise une expertise spécifique au sein de l'ARS, nécessitant une capacité de réponse immédiate, importante et durable :**
  - Finaliser les modalités d'appui de l'ARS aux préfectures en situation de crise prolongée
  - S'assurer de la mise à jour des plans de secours, plans blancs élargis, plans blancs, plans bleus
  - Mettre en place un plan de continuité de l'activité au sein de l'ARS
  - Assurer la formation des agents
  - Organiser la mobilisation en astreinte
- **Anticiper la gestion de la communication**
  - Préparer des plans d'information et de communication, en amont des crises
  - Préciser les circuits de communication, en particulier dans le cadre de l'alerte et de la crise (cf. protocoles ARS-Préfecture)
  - Prévoir une information identique et permanente pour tous les acteurs lors d'une crise de durée longue
  - Impliquer les professionnels de santé de 1er recours dès la phase de préparation de crise

POPULATION CONCERNÉE

Population générale

ACTEURS CONCERNÉS

Préfets de département, Préfet de zone de défense Ouest, professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental

LEVIERS

Éléments de contexte favorables à la mise en œuvre de l'objectif :

- Crises récentes (pandémie grippale…)
- Mise en place du comité régional de sécurité sanitaire
- Cadre de la gestion de crise non modifiée : responsabilité des préfets de département ou des préfets de zone de défense

Outils/moyens à la disposition de l'ARS pour atteindre l'objectif :

- Protocoles ARS-préfets
- Mise en place de l'ARS zonale
- Contractualisation

POINTS DE VIGILANCE

Manque de culture collective de crise des populations et des professionnels

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Mise en place d'une organisation structurée d'appui aux préfectures en cas de crise prolongée, en cohérence avec l'organisation zonale

Intégration systématique de la médecine de premier recours dans la préparation de crise

INDICATEUR

Pourcentage des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les inégalités de santé suivant un gradient social, se mesurent en termes de différences de mortalité et d'années de vie sans handicap selon l'appartenance sociale. Par exemple, en Pays de Loire, le taux comparatif de mortalité des agriculteurs-ouvriers-employés est trois fois plus élevé que celui des cadres. À 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 34 ans sans incapacité contre 24 ans pour un ouvrier.

Ces inégalités sociales de santé trouvent leur origine hors du champ de la santé dans les déterminants multiples qui s'accumulent depuis la petite enfance tout au long de la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail.

Pour répondre à l'enjeu de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, quatre objectifs sont proposés à travers cet axe.

Tout d'abord, observer et partager les données de santé, sous l'angle des inégalités, afin d'identifier les zones prioritaires d'intervention et mobiliser les acteurs de santé ainsi que les partenaires porteurs de politiques publiques et sociales.

Ensuite, faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes touchées par des situations de précarité sociale, d'isolement, d'exclusion ou de relégation.

Par ailleurs, réduire les impacts de l'environnement sur la santé par la surveillance de la qualité des milieux de vie, la réduction des expositions environnementales pour certaines populations et certains territoires et par la mobilisation des acteurs publics.

Enfin, renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence, périodes où se construisent largement les inégalités sociales de santé.

OBJECTIF N°12

Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Si les principaux déterminants des inégalités de santé sont pour l'essentiel extérieurs aux compétences de l'ARS, il lui est néanmoins possible d'agir autour de l'observation territoriale, et d'éclairer les acteurs qui sont en capacité d'agir sur ces déterminants, en s'appuyant sur les partenaires de l'observation tels l'observatoire régional de la santé et le CREAI en particulier.

Pour ce faire, il est nécessaire de disposer à une échelle fine d'une connaissance territoriale des inégalités sociales et environnementales de santé pour agir de façon plus pertinente et ciblée. Ces éléments de diagnostic doivent être partagés entre les différents acteurs institutionnels d'un territoire de proximité et permettre d'orienter les stratégies de lutte contre ces inégalités.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Identifier des zones prioritaires à partir de l'observation à l'intérieur de chaque territoire de santé**
- **Valoriser et partager les données sanitaires, sociales et environnementales existantes à l'échelle d'un territoire afin de développer un diagnostic territorial partagé des inégalités de santé**
- Améliorer la collecte sur les données de santé, notamment en mettant en place des systèmes d'information capables d'apporter aux décideurs des connaissances fiables, croisant les différentes données (santé, environnement, social) à des échelles très fines
- Développer des études visant à prendre en compte la dimension socio-environnementale (perception de l'environnement, implication dans la vie de quartier et les processus décisionnels)
- **Développer des démarches d'observation / action en y intégrant des indicateurs qualitatifs de suivi**
- **Diffuser les connaissances et débattre autour des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé, afin de mobiliser les différents partenaires porteurs de politiques publiques**
- Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques en agissant sur l'éducation, l'emploi, l'accès aux activités physiques et de loisirs, le logement, l'environnement physique (développement des transports doux, réduction de la pollution atmosphérique, du bruit, aménagements d'îlots urbains de fraîcheur, accessibilité aux personnes à mobilité réduite…)
- Expérimenter l'évaluation de l'impact sur la santé de politiques locales d'aménagement, de construction d'équipements selon la méthodologie de l'OMS

POPULATION CONCERNÉE

Population générale

ACTEURS CONCERNÉS

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, acteurs sociaux, services de l'État, collectivités territoriales, acteurs de prévention et de promotion de la santé, IREPS, ORS, Mutualité française, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental, infra départemental

LEVIERS

Commissions de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Contrats locaux de santé

PRSE2, PRST2

Études et publications de l'ORS

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

POINTS DE VIGILANCE

Complexité technique de l'analyse territoriale de proximité

Difficultés à structurer les systèmes d'information et à garantir le suivi des indicateurs

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Définition d'un diagnostic des besoins et priorités de santé au sein de chaque territoire de santé

Contrats locaux de santé mis en œuvre dans les territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés

Organisation de conférences/débats autour des inégalités de santé dans chaque département

INDICATEUR

Nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés comprenant un diagnostic territorial partagé

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°13

Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Le poids prépondérant des déterminants sociaux dans la santé se traduit en termes de différence de mortalité prématurée et d'années de vie sans incapacités selon un gradient social touchant en particulier les personnes les plus démunies.

Afin d'éviter que le système de santé dans son ensemble n'aggrave ces inégalités, il convient de poursuivre et renforcer les actions pour permettre aux publics cibles d'accéder à la prévention et aux droits et de faire évoluer les pratiques professionnelles.

Mission de service public, la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination, entre dans le cadre de l'article L.6112-1 du code de la santé publique. Les 19 établissements de santé publics avec service d'urgence des Pays de la Loire disposent d'une PASS. D'autres établissements de santé, privés ou de proximité en ont également créé. Ils sont recensés par la PASS référente régionale. Si le territoire régional apparaît de ce fait bien couvert, les activités et les modalités de fonctionnement de ces PASS sont cependant disparates.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social, afin de faciliter les prises en charge pluridisciplinaires de proximité pour les populations en situation de précarité sociale**
  - Sensibiliser et accompagner les professionnels, en contact avec les publics cibles, aux enjeux prioritaires régionaux de prévention
  - Améliorer l'articulation sanitaire et sociale au sein des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, des PASS, et avec le 1er recours
  - Créer des filières de suivi entre les dispositifs spécifiques et le droit commun (détenus…)
- **Améliorer l'accès aux droits pour pouvoir bénéficier des actions de prévention et éviter les renoncements aux soins**
  - Facilitation et extension de l'accès aux droits, du tiers payant
  - Sensibilisation au problème des refus de soins
  - Maintien d'une offre de professionnels aux tarifs opposables
- **Prendre en compte les déterminants socioculturels, psychosociaux et environnementaux afin d'adapter les stratégies d'accès aux soins et à la prévention (langue, communication, accès)**
  - Adapter les conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge
  - Repérer et aller vers les personnes qui ne sollicitent pas de soutien
- **S'appuyer sur des intervenants de proximité formés et coordonnés pour repérer et agir préventivement :**
  - Dans les situations potentielles de fragilité psychique, de violence, de risque de suicide
  - Dans les situations de logement indigne ou inadapté
  - Dans l'approche de la santé sexuelle

POPULATION CONCERNÉE

Personnes concernées par les situations de précarité économique et sociale, d'isolement, de relégation (prostitution, situations irrégulières, détention) ou d'exclusion

ACTEURS CONCERNÉS

Assurance maladie, services de l'État, collectivités territoriales, associations d'aides aux personnes démunies, établissements de santé, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, services universitaires de médecine préventive, Mutualité française, acteurs de prévention et de promotion de la santé, IREPS, associations d'aide à domicile, associations d'usagers, réseaux de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Dynamique des PRAPS des générations précédentes, et leur évaluation

Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Dispositif d'appel à projet en matière de prévention

Contrats locaux de santé

Politique de la ville

Réaffirmation par la loi HPST des missions de service public des établissements de santé

CPOM des établissements de santé

PRSE2

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

POINTS DE VIGILANCE

Manque de mobilisation des personnes vulnérables quant à leur situation de santé

Information des personnes en situation de précarité sur leurs droits

Difficultés liées aux déplacements ou à l'avance des frais médicaux

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Uniformisation des procédures d'ouverture de droits

Prise en compte des inégalités sociales de santé dans les schémas et programmes élaborés dans la région

Compatibilité de l'ensemble du système de santé à l'ensemble des publics

INDICATEUR

Écart du taux de participation au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein entre population totale, population CMU et population CMUC

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS

OBJECTIF N°14

Réduire les impacts de l'environnement sur la santé

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

L'environnement est un déterminant majeur de la santé des populations et complexe dans ses mécanismes. Les populations ne sont pas exposées de la même manière aux polluants de l'environnement. Par ailleurs, les personnes ne sont pas égales face aux agressions environnementales selon l'âge, l'état de santé ou l'appartenance sociale.

Si l'environnement est globalement de bonne qualité dans la région, une politique de prévention est à maintenir du fait de nombreuses pressions anthropiques liées à l'importance régionale de l'activité agricole et industrielle. Il est donc nécessaire d'agir sur la réduction des expositions du fait de l'implantation géographique des sources d'émission, de la sensibilité du public (enfants par exemple) ou du fait la dangerosité de produits (cancérogénicité, reprotoxicité…) et de fournir aux populations les leviers pour maîtriser l'impact de leur environnement et de leurs comportements sur leur santé.

Les institutions doivent s'impliquer pour que les politiques publiques intègrent les enjeux de la santé environnementale, pour un aménagement du territoire favorable à la santé.

L'assurance par l'ARS de la surveillance sanitaire de l'environnement ainsi que l'animation d'une politique volontariste de prévention en santé environnementale impliquant les acteurs publics et locaux contribuent à la réduction des inégalités de santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Surveiller et maintenir dans toute la région un bon niveau de qualité des milieux de vie**
  - Surveiller et contrôler la qualité des milieux de vie, en particulier dans les domaines de l'eau potable, des eaux de baignade et sites de pêche à pied, de la pollution atmosphérique urbaine, de la qualité de l'air intérieur, du bruit

>>>

>>>

- Prévenir la dégradation de l'environnement, par exemple les ressources en eau (eau potable, baignades…)
- **Réduire les expositions environnementales pour certaines populations cibles et/ou sur certains territoires**
- Réduire les expositions à fort impact sur la santé (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques)
- Réduire les inégalités territoriales
- Développer l'éducation à la santé environnementale
- **Mobiliser les acteurs publics pour des politiques en faveur d'un environnement sain (plans locaux d'actions en santé environnement…)**

POPULATION CONCERNÉE

Population générale

ACTEURS CONCERNÉS

Services de l'État, collectivités territoriales, associations de consommateurs et d'usagers, environnementales et d'éducation à la santé, ORS, Mutualité française, IREPS, acteurs économiques, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, Autorité de sûreté nucléaire, santé au travail

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Dynamique des Plans régionaux santé environnement (PRSE) de 1ère et 2ème générations

Plans de prévention des collectivités territoriales et des mutuelles

PRST2

Plan régional écophyto

Contrôle sanitaire de l'environnement et dispositifs de surveillance

Contrats locaux de santé

Agenda 21

Plans d'urbanisme

POINTS DE VIGILANCE

Complexité des relations entre l'environnement et la santé (effets à long terme, cumul d'expositions, non spécificité des effets sur la santé…)

Multiplicité des acteurs (services de l'État, collectivités…) disposant des leviers pour agir sur l'environnement

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

À minima, maintien d'un bon niveau de qualité des milieux de vie (eau, air, bruit, sols), surveillance continue des milieux de vie, baisse du nombre d'incidents de qualité (baignades notamment)

Amélioration de la qualité des bâtiments, notamment ceux accueillant des enfants

Des politiques publiques régionales et locales pour un environnement favorable à la santé

INDICATEUR

Pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5 000 habitants, présentant de manière récurrente des dépassements de limite de qualité

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

OBJECTIF N°15

Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Les travaux de recherche et d'observation sanitaire et sociale confirment l'importance de la période de la périnatalité et l'enfance dans la construction des inégalités sociales de santé. En effet, les premières phases du développement, l'éducation et les conditions psychosociales des jeunes influencent la santé de l'individu tout au long de la vie.

Les acteurs intervenant dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance et de l'adolescence sont multiples et sont appelés à mieux coopérer tant à l'échelle régionale que locale pour favoriser une politique coordonnée en prévention et en promotion de la santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Favoriser le lien maternités - services de PMI - CAMSP afin de repérer les situations à risque pour la mère et l'enfant (facteurs individuels, familiaux, psychosociaux, facteurs environnementaux) et favoriser le diagnostic précoce des situations de handicap**
- **Favoriser la coordination entre les CAF, les PMI, la santé scolaire, les médecins de premier recours et professionnels paramédicaux libéraux, les services sociaux et les établissements de santé afin d'améliorer le dépistage et l'accompagnement préventif vers l'accès aux soins de 1er recours**
- **Mettre en place une exploitation des bilans de santé des enfants de l'indice de masse corporelle, de la santé-buccodentaire et de l'asthme, dans l'optique de définir des zones d'intervention prioritaires**
- **En complément des thématiques prioritaires régionales, favoriser des actions spécifiques autour du lien intergénérationnel, de la prévention de la violence et des relations entre garçons et filles**
- **Renforcer les actions de soutien à la parentalité par une plus grande implication des familles dans des actions communautaires innovantes d'éducation pour la santé**
- **Promouvoir l'acquisition des compétences psychosociales et en éducation pour la santé chez les enfants et les adolescents**
- Renforcer les programmes coordonnés en milieu scolaire
- Former les acteurs de première ligne du champ éducatif, sportif et social
- **Améliorer la connaissance chez les adolescents et les professionnels intervenant directement ou non auprès des jeunes des dispositifs de prévention**
- **Développer des échanges entre les professionnels intervenants : CAMSP, services de PMI, d'aide sociale à l'enfance, Éducation nationale, maisons des adolescents, CMPP, CMP, services de protection judiciaire de la jeunesse, associations de prévention et de promotion de la santé, médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, professionnels paramédicaux libéraux (dont masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes)**

POPULATION CONCERNÉE

Enfants, adolescents, parents

ACTEURS CONCERNÉS

Réseau sécurité naissance, collectivités territoriales, Éducation nationale, maisons des adolescents, CAMSP, CMPP, CMP, établissements de santé, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, services de protection judiciaire de la jeunesse, IREPS, associations de prévention et promotion de la santé, services universitaires de médecine préventive, Mutualité française, Assurance maladie, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Richesse du réseau associatif

Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Déclinaison régionale du plan périnatalité, du PNNS3, du plan obésité

POINTS DE VIGILANCE

Dispersion et cloisonnement des compétences entre de très nombreux acteurs institutionnels

Complexité de l'intervention préventive qui ne doit pas être basée sur une approche unique et négative des « comportements à risque » des jeunes

Difficulté de prise en considération des facteurs conditionnant les comportements

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Articulation entre le réseau sécurité naissance, les services de protection maternelle et infantile et les réseaux d'addictologie

Définition de zones d'intervention prioritaires de prévention du surpoids, de la santé buccodentaire et de l'asthme

Maintien et développement de tissus locaux autour de la parentalité

Développement d'actions communautaires par les parents à l'échelle des quartiers

INDICATEUR

Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de grande section maternelle

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRAPS

AVANT-PROPOS

Permettre une réponse adaptée de proximité, en s'appuyant prioritairement sur les professionnels de santé du premier recours, mobiliser les médecins spécialistes et les établissements de santé à bon escient et en seconde intention, améliorer la coordination entre les professionnels de santé, avec, pour finalité, une consommation de soins qui évolue au même rythme que l'accroissement de la population : voilà l'enjeu du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Pour les usagers, l'ambition est de rendre le monde de la santé plus simple, plus **lisible,** d'aider les personnes concernées à comprendre comment ça marche, à qui s'adresser, où trouver la réponse à tel ou tel besoin de santé : il s'agit de créer une **plateforme d'intégration des informations sur l'offre** de santé, et de généraliser le principe de l'appel téléphonique avant tout déplacement, pour organiser une réponse médicale coordonnée.

Sur un plan plus individuel, l'étape délicate que représente, pour un patient, l'annonce d'une grave pathologie ou d'une maladie dont le pronostic est défavorable, pourra être accompagnée d'une consultation **spécifique d'annonce,** lui permettant de mieux comprendre les choix thérapeutiques le concernant et les conséquences sur sa vie quotidienne.

Au plan collectif, les usagers sont en attente d'une meilleure prise en compte du respect de leurs droits. Il faudra, également, les responsabiliser dans l'utilisation du système de santé et favoriser leur **expression collective** en vue d'améliorer le fonctionnement de ce système.

En ce qui concerne les professionnels de santé, leur absence dans certains secteurs, l'isolement des médecins de premier recours, la nécessité d'une révision des pratiques et des modes d'exercice, impliquent **l'accompagnement de leurs regroupements,** notamment, au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance. Le développement **d'équipes et structures** spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion, … viendra en appui aux professionnels du premiers recours. Une dynamique **d'équipes territoriales de médecins spécialistes,** prenant en charge des consultations avancées, permettra de pallier l'existence de zones blanches (dans certaines spécialités).

Parallèlement à ces réorganisations, il convient d'assurer, par la mobilisation de tous et sur la base des réflexions portées par les acteurs de terrain, une **permanence des soins ambulatoires adaptée** dans les cinq territoires de la région, un **accès de tout nouveau patient à un médecin traitant, coordonnateur du parcours de soins,** une meilleure utilisation des ressources médicales dans la Permanence Des Soins en Établissement de Santé.

Une politique d'organisation des soins doit, également, poursuivre l'objectif de favoriser **la fluidité du parcours de soins** des patients, en évitant les attentes inutiles, en préparant les changements de services ou les retours à domicile, en **garantissant le juste soin,** c'est-à-dire le soin de qualité et pertinent. Ceci passe par une adaptation constante des compétences des professionnels et une **amplification de la dynamique de recherche clinique.**

Cette fluidité des parcours de soins nécessite, aussi, une meilleure articulation entre les **coordinations territoriales autour de la personne et les coordinations régionales autour d'une pathologie,** mais, également, le **renforcement des coopérations formalisées autour de la personne,** le **déploiement des infrastructures et des outils nécessaires à la coopération des acteurs** et, une **réponse graduée** dans le cadre d'une filière identifiée et structurée.

Par ailleurs, la **mutualisation renforcée des établissements de santé,** dans des domaines susceptibles d'entraîner des économies d'échelle ou une meilleure utilisation des ressources, permettra de retrouver des marges de manœuvre financières, tout en améliorant la réponse aux besoins des ligériens.

Une politique d'organisation des soins doit, enfin, se préoccuper des risques, pour les connaître et, ainsi, mieux les prévenir : **un pilotage unifié des risques** au sein de chaque établissement et au plan régional sera recherché. Parmi les risques identifiés en Pays de la Loire, il faut signaler une démographie des professionnels de santé défavorable ou déséquilibrée. **Une analyse partagée,** permettant d'agir à la fois sur les ressources humaines disponibles et sur une meilleure organisation des réponses apportées par le système de santé, sera recherchée, avec le souci de **garantir, dans chaque territoire, l'accès, par spécialité, à une offre au tarif opposable et d'assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap** et aux personnes éloignées du soin.

Plus largement, **les enjeux sociétaux, en matière d'environnement et de développement durable,** exigent une attention de tous les acteurs économiques, parmi lesquels les professionnels de santé. Tant dans le domaine de la qualité des locaux, que dans leur pratique de professionnels, leur mobilisation sera requise pour assumer leur responsabilité sociétale.

Tels sont les grands axes, d'une organisation des soins renouvelée, qui sont déclinés dans les trente et un objectifs et dans l'organisation des activités soumises à autorisation du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

LA PLACE DE LA PERSONNE

- Contribuer à la création du service public d'information sur l'offre de santé destinée aux usagers **105**
- Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés **106**
- Expérimenter les dispositifs d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable **108**
- Garantir l'expression de l'usager et prendre en compte les attentes de la personne **109**
- Créer les conditions d'une meilleure observance et d'un meilleur recours au système de santé avec la pleine participation des usagers **110**
- S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes **111**
- Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du « prendre soin » **113**

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

- Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours **117**
- Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance **119**
- Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours **120**
- Assurer une permanence des soins ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé **122**
- Assurer l'accès de tous les nouveaux patients à un médecin traitant et/ou à un chirurgien dentiste et organiser la continuité des soins **124**
- Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins du médecin traitant **126**

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

- Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences **129**
- Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations **131**
- Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes **134**
- Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé **136**
- Garantir le juste soin **138**
- Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé **140**
- Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche reconnue et garantir l'accès à l'innovation **142**

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

- Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie **145**
- Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé **147**
- Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs **149**
- Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés **151**
- Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par la mutualisation **153**

LA MAÎTRISE DES RISQUES

- Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins **157**
- Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques **159**
- Garantir, dans chaque territoire, l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable **160**
- Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap **162**
- Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun **164**
- Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociétale, notamment en matière environnementale **166**

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

1. Médecine **168**
2. Chirurgie **172**
3. Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation **174**
4. Psychiatrie **180**
5. Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) **184**
6. Soins de Longue Durée (SLD) **187**
7. Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie **188**
8. Médecine d'urgence **190**
9. Réanimation **192**
10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale **193**
11. Traitement du cancer **196**
12. Diagnostic PréNatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales **199**
13. Imagerie médicale

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

1. Les territoires de santé de proximité **206**
2. Les territoires de régulation de l'offre de soins de proximité **208**

LA PLACE DE LA PERSONNE

La personne au cœur des préoccupations du système de santé est la première Orientation Stratégique. Donner toute sa place au patient, dans le système de soins, c'est, d'abord, lui permettre d'être un acteur éclairé et responsable de sa santé : cinq objectifs y contribuent. C'est, également, soutenir à la fois les représentants des usagers et les professionnels du soin, dans l'importance qu'ils accordent à une approche globale, centrée sur le patient : deux objectifs y contribuent.

Être acteur de sa santé, c'est, d'abord, être en capacité d'accéder à l'information, de s'orienter et de décider. Un premier objectif développe une plateforme qui donne accès, de façon simple et efficace, aux multiples sources et sites d'information déjà existants, mais dispersés, en étant accompagné si nécessaire. Le second objectif s'attache à promouvoir le principe de l'appel téléphonique avant tout déplacement, une manière simple et efficace, pour bien orienter la demande de soins non programmés vers la réponse la plus adaptée. Le troisième objectif capitalise sur l'expérience de la « consultation d'annonce », mise en œuvre dans certaines maladies, pour en étendre le principe plus largement aux maladies chroniques. Il s'agit, pour le patient, de bien comprendre les enjeux, lorsque débute une maladie dont la durée ou la gravité risque d'affecter profondément sa vie quotidienne. Le quatrième objectif vise à garantir le respect des droits des usagers, par une information adaptée à chaque situation et à chaque personne. Il s'agit de renforcer les conditions d'expression des usagers pour leur permettre d'affirmer pleinement leurs droits. Le cinquième objectif accompagne l'usager, par une information objective, pour une utilisation raisonnable de l'offre de soins, efficiente et de qualité. Il s'agit, pour le patient, de prendre une part active de responsabilité dans la démarche de soins efficiente et de qualité.

Le sixième objectif vise à renforcer le fonctionnement et les contributions des instances représentatives des usagers. Une approche globale, centrée sur le patient, représente une attente très forte exprimée par les usagers ; pour les professionnels de santé, c'est le cœur de leur métier et la raison d'être de leur engagement. Le septième objectif mobilisera les leviers qui favorisent la prise en charge globale : le travail en équipe pluri-professionnelle, les réunions de synthèse, les échanges de pratiques, la participation à l'éducation thérapeutique.

>>>

>>>

OBJECTIF N°1

Contribuer à la création du service public d'information sur l'offre de santé destinée aux usagers

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé.

- Aujourd'hui, l'information est dispersée entre de multiples acteurs et institutions.
- L'accès à l'information est difficile pour l'usager.
- La fourniture d'une information adaptée permet, à chaque usager, d'être acteur de sa santé, de connaître les différentes possibilités qui s'offrent à lui et de faire bon usage de son libre choix
- La qualité de l'accompagnement de la personne, dans sa recherche d'informations, constitue un élément important du libre choix des personnes dans leur prise en charge.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Contribuer à la création du service public d'information en santé en proposant des liens pointant vers les sites utiles, les informations, aujourd'hui, dispersées auprès de différents acteurs et réseaux.
- Enrichir cette plateforme d'informations, aujourd'hui, inexistantes ou inaccessibles.
- Rendre accessible, à tous les usagers, l'information existante, par des vecteurs de communication adaptés : plateforme téléphonique, site Internet, « Centre Info Santé », régulation médicale du Centre 15 pour les soins urgents.
- Accompagner l'accès à la plateforme : dans les lieux publics, auprès des professionnels de santé, ...
- La réforme de la biologie implique de veiller au maintien d'une offre de biologie médicale adaptée aux besoins de la population. À cette fin, la plateforme d'informations sera notamment enrichie de l'offre de biologie. Par ailleurs les prélèvements de biologie médicale doivent pouvoir être effectués dans des délais raisonnables au sein des sites de prélèvements des LBM ou par les IDE, à l'appui des maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires.

RÉSULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La plateforme est mise en œuvre.
- La plateforme est utilisée par les usagers, seuls ou accompagnés.
- La plateforme donne satisfaction.

LEVIER

Il existe, actuellement, une volonté partagée, ainsi qu'un besoin, exprimé par les acteurs en santé, de disposer d'une plateforme de centralisation des informations.

POINT DE VIGILANCE

Assurer la bonne définition du périmètre de la plateforme.

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble de la population ligérienne.

ACTEURS CONCERNÉS

Les partenaires impliqués dans la mise à disposition des informations : l'Assurance Maladie, les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), les Professionnels de santé, la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés, les associations d'usagers, les Fédérations d'établissements de santé, …

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

INDICATEUR

Nombre de connexions et/ou d'appels (en fonction du vecteur).

LA PLACE DE LA PERSONNE

OBJECTIF N°2

Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé.

- Aujourd'hui, l'accès aux soins est pluriel et confus pour l'usager : médecin généraliste, SAMU Centre 15, pompiers, Maisons Médicales de Garde / Centres d'Accueil et de Permanence des Soins. Il doit gagner en lisibilité.
- La régulation téléphonique des activités de Permanence Des Soins et d'Aide Médicale Urgente, dans la région, est accessible sur l'ensemble du territoire par le numéro national mais aussi par des numéros différents en fonction des départements.
- Dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire, cette régulation téléphonique est, également, accessible, pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par le numéro de SOS Médecins, association de Permanence Des Soins.
- Le système de régulation médicale est également complexe : il faut simplifier les points d'entrée et d'accès dans le système de santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Promouvoir l'utilisation de l'appel téléphonique préalable à toute prise en charge, en dehors des heures d'ouverture du cabinet du médecin traitant, afin de bénéficier d'une régulation médicale des appels et de la meilleure orientation.

Cette régulation médicale téléphonique est accessible par le numéro national unique pour les soins urgents et les soins non programmés en période de permanence des soins : c'est aujourd'hui le 15.

Dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire, cette régulation médicale téléphonique est également accessible pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par le numéro de SOS Médecins.

- Structurer l'interconnexion de la plateforme d'appel de SOS Médecins avec le numéro de téléphone national, le 15.
- Coupler ces numéros d'appel, avec une réponse médicale téléphonique, comportant éventuellement une prescription.
- Mettre en place une campagne de communication pour promouvoir l'utilisation de ces numéros d'appel.
- Coordonner cette démarche avec un Centre « info santé » régional.

RÉSULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les orientations inadéquates, en particulier dans le recours aux urgences, diminuent significativement.
- Pendant la période de Permanence Des Soins, le nombre d'actes diminue dans le secteur ambulatoire.
- Le recours à la régulation médicale téléphonique, préalable au déplacement, se généralise.

POINTS DE VIGILANCE

- Veiller à intégrer l'ensemble des acteurs intervenant sur les soins non programmés, dont la Permanence Des Soins en médecine bucco-dentaire et le numéro unique pour la garde pharmaceutique.
- Veiller à assurer des ressources humaines et techniques nécessaires au traitement des flux d'appel au SAMU Centre 15.

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble de la population ligérienne.

ACTEURS CONCERNÉS

Toutes les instances de la Permanence des Soins.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et infra-régional.

INDICATEUR

Évolution du nombre des appels et évolution du nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants.

LA PLACE DE LA PERSONNE

OBJECTIF N°3 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Expérimenter les dispositifs d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne.

- L'annonce, d'une maladie chronique ou à pronostic défavorable, est une étape délicate pour le patient. Elle nécessite un dispositif spécifique pour lui permettre d'appréhender sa pathologie et ses conséquences sur son projet de vie.
- Ces dernières années, des progrès ont été faits pour l'information des patients, notamment dans le domaine de la cancérologie.
- Les modalités propres au dispositif d'annonce permettent de s'assurer de la bonne information du patient, ainsi que de sa bonne compréhension de la maladie, de son évolution et, de la thérapeutique proposée.
- Elles permettent de mieux associer le patient aux choix thérapeutiques qui le concernent, avec une meilleure transparence.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Définir les maladies chroniques ou à pronostic défavorable, nécessitant un accompagnement du patient.
- Identifier les acteurs impliqués dans ce dispositif.
- Identifier les moyens financiers.
- Mettre en place les compétences nécessaires.
- Évaluer l'impact, avant d'étendre le dispositif.
- Déterminer un accompagnement spécifique pour les populations en situation précaire.

RÉSULTAT ATTENDU À 5 ANS

Le dispositif d'annonce est expérimentée pour les pathologies chroniques retenues.

LEVIERS

- Les dispositifs d'annonce sont déjà développées en cancérologie et dans le domaine du Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise (SIDA).
- Inscription du déploiement du dispositif dans la contractualisation.

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes présentant l'une des pathologies chroniques retenues et leur entourage.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.
- Les associations d'usagers.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

À décliner, également, de façon plus spécifique, dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

INDICATEUR

Nombre d'expérimentations de dispositifs d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées).

OBJECTIF N°4 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Garantir l'expression de l'usager et prendre en compte les attentes de la personne

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne.

- Les usagers expriment une attente de prise en compte de leurs préoccupations.
- Les usagers ignorent souvent les droits d'expression dont ils disposent (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, …).

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Renforcer l'information du patient sur ses droits et les possibilités d'expression de ses attentes.
- Pour les personnes vulnérables, associer les aidants et / ou les proches dans cette démarche.
- Généraliser l'expression écrite des choix du patient (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, …).
- Mettre en place des procédures, assurant la traçabilité, dans le recueil de l'expression de l'usager.
- Respecter ces choix.
- Organiser un accompagnement spécifique pour les populations en situation précaire.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les professionnels ont mis en œuvre les dispositions prévues par les textes.
- Les usagers et le public connaissent mieux leurs droits et les dispositifs existants (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, …).

LEVIERS

- Contractualisation, avec les établissements de santé, sur le respect des dispositions garantissant l'expression et les droits des usagers.
- Appui sur la Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients.
- Effet du dispositif national 2011 « année des patients et de leurs droits ».

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers du service de santé.

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé, les établissements de santé, les associations d'usagers.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

À décliner, également, de façon plus spécifique dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

INDICATEUR

Taux d'établissements certifiés HAS V2010 présentant une cotation A sur l'item 11b : « Consentement et participation du patient ».

LA PLACE DE LA PERSONNE

OBJECTIF N°5 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Créer les conditions d'une meilleure observance et d'un meilleur recours au système de santé avec la pleine participation des usagers

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé.

- Être acteur de sa santé signifie, également, se sentir responsable du coût des soins.
- Des campagnes d'information (antibiotiques, médicaments génériques) ont montré qu'il est possible de modifier efficacement les comportements.
- Les coûts réels des soins sont peu connus, des patients comme des professionnels de santé. En outre, les professionnels constatent souvent une incompréhension des patients quand on les sensibilise aux coûts.
- Une meilleure sensibilisation à l'utilisation du système de santé permet de réaliser des économies.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Faire connaître, à chaque usager, le coût de sa prise en charge.
- Faire prendre conscience, à l'usager, de l'importance des coûts de la santé et de la nécessité de les maîtriser.
- Apprendre, à l'usager, à utiliser la porte d'entrée adaptée à son état de santé.
- Convaincre, chaque usager, de recourir au niveau de prise en charge adapté à son état de santé (retour direct au domicile, sans séjour en Soins de Suite et de Réadaptation ; prise en charge en Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire, au lieu d'une hospitalisation complète ; utilisation responsable du transport sanitaire,…).

RESULTAT ATTENDU À 5 ANS

L'information, sur le coût des séjours en établissement de santé, s'est développée.

LEVIERS

- Politiques de responsabilisation déjà engagées (Ministère, Assurance Maladie, mutuelles, …).
- Éducation thérapeutique : pour obtenir une meilleure observance, liée à une meilleure connaissance de la pathologie et du traitement (éviter les incidents).
- Dans de nombreuses officines, le Dossier Pharmaceutique peut aider à repérer les incompatibilités et les contre-indications. Cette démarche peut faciliter une certaine prise de conscience des usagers.

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers du service de santé.

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé, les établissements de santé, l'Assurance Maladie, les mutuelles, les assurances, les associations, …

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR).

INDICATEURS

Évolution du nombre d'établissements de santé remettant, systématiquement, au patient, une information sur le coût total de son séjour, quelle qu'en soit la nature, avec la facture.

OBJECTIF N°6 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne.

- L'expérience collective, acquise par les usagers, est une source de savoir qui permet d'optimiser la prise en charge, en répondant mieux aux besoins.
- Il existe des marges de progrès dans le retour des questionnaires de sortie, qui ne sont remplis que par 10 % des patients, et dans leur exploitation. Des marges de progrès existent, également pour le dépôt et l'exploitation des plaintes,

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Intégrer les instances représentant les usagers, dans l'élaboration de tous les projets d'établissement, pour améliorer la qualité de la prise en charge.
- Intégrer les travaux, les rapports et les retours d'expérience des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), dans les réflexions et les décisions portant sur le fonctionnement des établissements de santé.
- Généraliser les enquêtes de satisfaction, l'exploitation des questionnaires de sortie, ainsi que celle des plaintes. En assurer le suivi, la mise en œuvre de réponses et de solutions.
- Développer des projets innovants, émanant des organisations représentant les usagers.
- L'analyse globale des plaintes est régulièrement discutée au sein de la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Des projets innovants sont mis en œuvre, en collaboration avec les organisations représentant les usagers.
- Des plans d'action sont produits, consécutifs aux résultats des enquêtes de satisfaction.
- Des actions correctrices sont mises en œuvre, consécutives à l'exploitation des questionnaires de sorties et à celle des plaintes.
- Les organisations représentant les usagers sont impliquées dans les projets d'établissement.

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

- Le dispositif national « 2011, année des patients et de leurs droits » a souhaité valoriser les expériences et les innovations, visant à dynamiser l'exercice de la démocratie sanitaire et à favoriser la participation des usagers à la définition des politiques de santé.
- La contractualisation avec les établissements.
- Les outils d'amélioration de la qualité dans les établissements : la certification et les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- La mise en place, en 2010, de la commission « usagers - professionnels » de l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) médecins libéraux, qui traite de sujets concernant l'organisation des soins et permet une concertation dans le secteur ambulatoire.

POINT DE VIGILANCE

Une attention particulière devra être portée au secteur ambulatoire, dans lequel la participation des usagers n'est pas aussi structurée que dans le secteur hospitalier.

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers du système de santé.

ACTEURS CONCERNÉS

La CRUQPC, la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation, le Défenseur des Droits, les Ordres, les Associations d'usagers, les Unions Régionales des Professions de Santé, les établissements de santé, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, …

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental et Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé, pour le secteur ambulatoire.

INDICATEUR

Taux d'établissement certifiés HAS V 2010 présentant une cotation A sur l'item 2b : « Implication des usagers, de leurs représentants et des associations ».

OBJECTIF N°7 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du « prendre soin »

Orientation stratégique de rattachement : La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne.

- Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques conduisent à des prises en charge de plus en plus complexes.
- De ce fait, la prise en charge de la personne, dans sa globalité, devient prépondérante.
- Cette situation conduit les professionnels de santé à développer de nouveaux modes d'organisation du travail, en équipe(s) pluridisciplinaire(s), et à renforcer les compétences dans la relation soignant / soigné.
- La formation, les pratiques et les compétences des professionnels doivent donc évoluer vers le développement de méthodes cliniques, davantage centrées sur la prise en charge globale de la personne.
- Cette approche a, récemment, été introduite dans la formation initiale de médecine générale. Son développement est indispensable pour accompagner l'évolution de la médecine de premier recours.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Dans les projets de santé de premier recours, promouvoir une organisation qui favorise le travail en équipe(s) pluridisciplinaire(s) et pluri-professionnelle(s) (réunions de synthèse, réunions de pratique clinique, …).
- Intervenir en plaidoyer en faveur de l'approche clinique et globale du patient, dans les formations initiale et continue des professionnels de santé (écoute, accompagnement, communication, relation soignant / soigné, consultation d'annonce, éducation thérapeutique, prévention, repérage de l'environnement, soins de support, travail en pluri-professionnalité, . . .).
- Repérer les expériences innovantes, réaliser un bilan de ce qui existe et, en envisager, le cas échéant, la généralisation.
- Encourager la réalisation d'études et de recherches, avec les professionnels de santé, sur l'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la prise en charge globale de la personne (nouveaux modes d'accompagnement, …).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les organisations mises en place favorisent une prise en charge globale de la personne.
- Les formations initiale et continue des professionnels de santé donnent une place plus importante à une approche globale de la personne et à la relation soignant / soigné.
- Des études et recherches sont menées sur les meilleures façons d'améliorer la prise en charge globale de la personne.

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

- Les professionnels de santé ont conscience de l'importance de la prise en charge globale de la personne.
- La formation initiale de la médecine générale est en évolution et intègre cette dimension.
- L'ARS appuie le développement de la pluri-disciplinarité en accompagnant les projets de rénovation de l'offre de premier recours.
- La formation à l'éducation thérapeutique du patient développe les compétences relationnelles du professionnel et sa capacité à intégrer le vécu du patient, lors de l'élaboration du plan thérapeutique.
- Les travaux internationaux, sur la pratique de la méthode clinique centrée sur le patient, constituent une importante base de travail.

POINT DE VIGILANCE

Associer, les professionnels de santé et les institutions de formation, à toutes les étapes de la démarche.

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble de la population ligérienne.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.
- Les facultés, les écoles et les instituts de formation des professionnels de santé.
- Les URPS.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

INDICATEUR

Nombre de séances de formation continue pluri-professionnelle en matière de prise en charge globale de la personne.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

La proximité organisée est la deuxième Orientation Stratégique. Il s'agit, d'abord, d'organiser, en proximité, la réponse aux besoins de soins de premier recours, objet de ce chapitre, puis, d'organiser depuis le premier recours, l'accès approprié aux avis et interventions spécialisés, lorsque c'est justifié. La coordination, entre l'ensemble des intervenants des différents échelons du système, est alors cruciale, pour obtenir des parcours de soins efficaces et efficients.

L'offre de soins de premier recours est plus que jamais la pierre angulaire du système de soin. Les objectifs de ce chapitre visent à la conforter et à l'adapter aux enjeux émergents.

L'évolution démographique des professionnels de santé, en particulier dans les zones où ils sont déficitaires, pose un véritable défi, face au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de malades chroniques qui en résulte et, par conséquent, à l'évolution nécessaire de la nature de l'offre de soins en proximité.

Le regroupement des professionnels de santé, en équipe(s) pluriprofessionnelle(s), dans un pôle, un centre ou une maison de santé, est l'approche retenue et déclinée dans l'**objectif 8**, pour permettre de proposer, d'une part, des réponses plus intégrées aux problèmes complexes posés par les conséquences du vieillissement et, d'autre part, des modalités de travail qui répondent aux aspirations des jeunes médecins. Des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance, en raison de l'importance de l'érosion démographique de leurs professionnels de santé, seront la cible prioritaire des aides. Ils sont définis dans le chapitre « L'organisation territoriale des activités de premiers recours ».

La prise en charge, à domicile, des problèmes de santé complexes, nécessite des interventions d'adaptation, de réadaptation, de réinsertion. L'appui des professionnels du soin, par des professionnels de proximité, spécialisés en réadaptation, est décrit dans l'**objectif 10**.

La Permanence Des Soins Ambulatoires est indispensable pour assurer une réponse adaptée aux soins non programmés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et paramédicaux. Son organisation est précisée dans l'**objectif 11**. En dehors des situations d'urgence, la situation démographique fait, parfois, de la recherche d'un médecin traitant, un parcours du combattant, et menace la continuité des soins, en particulier dans les établissements médico-sociaux. L'**objectif 12** vise à organiser la continuité des soins, dans une approche concertée entre les différents acteurs de la proximité.

Finalement, la complexité croissante des réponses de soins de premier recours, nécessite une répartition adaptée des interventions autour d'une personne et leur coordination. Le rôle du médecin traitant, au sein des équipes de professionnels de santé de proximité, est précisé dans l'**objectif 13**.

OBJECTIF N°8 :

Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Le regroupement et l'exercice pluri-professionnel des professionnels de santé de premier recours, répond à trois évolutions inter-dépendantes :

- la répartition territoriale des professionnels de santé présente de telles disparités que l'accès aux soins est une vraie difficulté, dans certaines parties du territoire, principalement rurales,

- par ailleurs, le vieillissement de la population et la part prépondérante prise par les maladies chroniques font évoluer les conditions d'exercice des professionnels de santé,

- les jeunes professionnels de santé aspirent à de nouvelles formes d'exercice et, en particulier, une majorité ne souhaite plus exercer isolément.

- Le regroupement permet, notamment, de rompre l'isolement et d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels.

- Le regroupement des professionnels est, en outre, un moyen d'améliorer la qualité de la prise en charge globale et la continuité des soins, au bénéfice des usagers, tout en garantissant des conditions d'accès satisfaisantes.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Définir la taille, l'échelle pertinente pour le développement des exercices coordonnés, en premier recours.

- Intégrer, dans le projet de santé, la prévention, l'accompagnement et une approche santé des populations, au-delà d'un simple projet immobilier et du projet de soins.

- Accompagner les projets de regroupement avec les Comités d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours (CATS).

- Promouvoir la coordination des professionnels en premier recours : développer des protocoles thérapeutiques communs, expérimenter de nouveaux modes de rémunération.

- Créer un modèle économique pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient en secteur libéral.

- Adapter les conditions d'exercice coordonné des professionnels, aux spécificités d'organisation et d'exercice propres à chaque profession :

- conforter le maillage des pharmacies sur le ter ritoire et l'articuler avec celui des maisons, pôles et centres de santé ; inciter à une coopération entre les acteurs de terrain, dont les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) pharmaciens et médecins libéraux, pour construire un maillage équilibré,

- garantir la bonne répartition des officines de pharmacie sur le territoire, par un rééquilibrage des implantations urbaines et rurales,

- protocoliser l'organisation du retour à domicile, entre les pharmaciens d'officine, les médecins traitants, les infirmiers (ères) à domicile, …

- favoriser des plateaux techniques regroupés de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes. Puis les articuler avec les maisons, pôles et centres de santé,

- garantir et améliorer l'accessibilité à l'offre de biologie médicale, dans le cadre des opérations de regroupement et de création de laboratoires (sites ou plateaux techniques) en s'assurant de la pertinence des opérations envisagées au regard des besoins de la population en offre d'examens de biologie médicale et de l'activité des laboratoires existants mentionné à l' état des lieux du PRS.. Assurer la réponse du laboratoire, dans le respect du délai garantissant la prise en charge optimale du patient.

-Poursuivre les opérations de recomposition de l'offre de biologie médicale hospitalière.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- La lisibilité de l'offre de soins de premier recours est améliorée pour le patient.
- Les maisons, pôles et centres de santé mettent en œuvre, dans le cadre de leur projet de santé, des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, partagent des informations et développent des coopérations entre les professionnels (coopération sur exercice partagé).
- L'exercice regroupé attire des jeunes professionnels de santé.
- La télémédecine améliore l'accès aux soins spécialisés.
- Un accès raisonnable à l'offre de biologie est maintenu sur l'ensemble du territoire.
- Un accès raisonnable à l'offre pharmaceutique est maintenu sur l'ensemble du territoire.

LEVIERS

- Les appels à projet conjoints État - ARS, lancés dans chaque région.
- Le développement des nouveaux modes de rémunération.
- 71 % des médecins généralistes, de la région, exercent en groupe, ce qui constitue une spécificité régionale (Panel médecins généralistes Pays de la Loire, enquête de février 2011).

POINTS DE VIGILANCE

- La convergence des exercices, objectifs et intérêts, de multiples partenaires.
- Le regroupement, des professionnels de santé de ville, invite à repenser la question des transports du public.

POPULATION CONCERNÉE

- Les professionnels de santé.
- Les usagers.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé.
- L'Assurance Maladie, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les mairies, …

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, pôles de santé).

OBJECTIF N°9 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et, la raréfaction de l'offre de soins, dans les zones rurales, constituent de nouveaux enjeux sanitaires.
- L'organisation territoriale de la médecine de proximité est, aujourd'hui, considérée comme une priorité, pour répondre aux besoins de soins des populations.
- Certaines zones de la région ressortent comme des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance, pour l'accès aux soins, en raison de la démographie des professionnels de santé. Ces zones sont souvent peu attractives pour les professionnels de santé : éloignées des centres urbains, plus ou moins bien desservies par les transports, éloignées des établissements scolaires.
- Il faut donc inciter de nouveaux professionnels de santé à s'installer et à rester dans ces territoires.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Arrêter les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance, espaces d'observation de la démographie des professionnels de santé de premier recours. .
- Cibler les mesures d'aides aux professionnels de santé, déployer les contrats d'engagement de service public et donner une priorité à l'accompagnement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), sur ces zones et espaces susmentionnés..

RESULTAT ATTENDU À 5 ANS

Constatation d'une augmentation des installations de nouveaux médecins de premier recours dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance.

LEVIERS

Des aides et des financements existent (Maisons de Santé Pluri-professionnelles, Contrats d'Engagement de Service Public, Contrats de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale, défiscalisation, aides pour les infirmiers (ères) libéraux (ales), …).

POINTS DE VIGILANCE

- Mettre en cohérence l'ensemble des politiques publiques (aides).
- La priorisation sur les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance ne signifie pas la non pertinence des expérimentations innovantes dans les autres zones.

POPULATION CONCERNÉE

Les professionnels de santé.

ACTEURS CONCERNÉS

Les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), l'Assurance Maladie, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les mairies, …

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Évolution du nombre de nouvelles installations de professionnels de santé dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°10 :

Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Des hospitalisations inappropriées résultent d'une difficulté à organiser la réponse plurielle (sociale, médico-sociale, sanitaire) de premier recours.
- Il faut donc mettre en synergie ces différentes réponses en créant ce qui manque et/ou en réorientant ce qui existe sur le terrain.
- Ces réponses se mettent, habituellement, en place en sortie d'hospitalisation. Il s'agit de les développer, en amont, en prévention d'hospitalisation.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Mettre en place, des équipes spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion (masseur-kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, …) sur les territoires ;
- ces équipes viennent en appui du professionnel du premier recours (médecin, Services de Soins Infirmiers À Domicile [SSIAD], Centre Local d'Information et de Coordination [CLIC], …).
- S'appuyer sur les Hôpitaux Locaux, qui proposent une offre de Soins de Suite et de Réadaptation, de Soins de Longue Durée, pour compléter ce dispositif avec : des consultations externes, complémentaires de l'offre ambulatoire de proximité, y compris les consultations avancées de spécialistes ; des activités d'éducation thérapeutique en premier recours ; une hospitalisation de jour en Soins de Suite et de Réadaptation ; l'accès à la télémédecine.
- Définir la taille et le territoire d'intervention de ces équipes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Des équipes spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion, sont mises en place.
- Les Hôpitaux Locaux contribuent à l'appui des soins de premier recours de leur territoire.

LEVIERS

- De nombreux professionnels de l'adaptation, réadaptation, interviennent aussi bien en secteur libéral qu'en secteur hospitalier.
- La région est bien dotée en Hôpitaux Locaux.

POINTS DE VIGILANCE

- Accompagner le repositionnement des Hôpitaux Locaux et dégager des moyens financiers adéquats.
- S'appuyer sur les dispositifs incitatifs destinés aux professionnels intervenant dans ces équipes et structures.

POPULATION CONCERNÉE

- Les professionnels du premier recours.
- Les personnes, à domicile ou en établissement médico-social, ayant besoin de prestations d'adaptation, réadaptation, réinsertion.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé spécialisés en adaptation, réadaptation, réinsertion (masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes,…).
- Les professionnels du médico-social.
- Les Hôpitaux locaux.
- Les professionnels du premier recours.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Durée Moyenne de Séjour dans les CMD 01MZ, 04MZ, 05MZ, 08C, 08MZ, 19MZ pour les personnes âgées.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°11 :

Assurer une Permanence Des Soins Ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Constituant un des modes de réponse aux besoins de soins non programmés, la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) doit s'articuler avec l'organisation des services d'urgence (organisation territoriale structurée, graduée et efficiente).
- La structuration de la PDSA apparaît comme un levier pour l'organisation de l'offre de soins ambulatoires. Une bonne structuration permet d'alléger les contraintes de la PDSA et, ce faisant, de lever certaines réserves des professionnels sur l'exercice dans des zones fragiles.
- Lorsque l'organisation de la PDSA se traduit par la création de Maisons Médicales de Garde, cela constitue un lieu de dialogue et de concertation entre les médecins libéraux, qui peut, ensuite, déboucher sur d'autres projets.
- Dans la région Pays de la Loire, à Nantes et Saint Nazaire, SOS Médecins participe à la PDSA.
- L'organisation d'une permanence des soins infirmiers et l'amélioration des conditions d'accès à l'offre de biologie, pendant les heures de PDSA, figurent parmi les enjeux.
- La PDSA est adoptée dans chaque territoire, dans le cadre d'un cahier des charges régional.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Accompagner le dispositif mis en place et organisé avec les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), et SOS Médecins, à Nantes et à Saint Nazaire.
- Accompagner la création d'une Maison Médicale de Garde, par territoire de premier recours, en l'implantant préférentiellement au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, des Hôpitaux Locaux,... Cette implantation sera toujours réalisée en lien avec les structures d'urgence.
- Développer le conventionnement entre les ADOPS et les établissements hospitaliers pour faciliter et réguler les transferts de patients entre les services d'urgence et les Maisons Médicales de Garde.
- Assurer une couverture régionale de garde de kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons, en cohérence avec les territoires de premier recours. Avec les professionnels, réfléchir aux modalités à mettre en place pour les autres pathologies : Soins Palliatifs, kinésithérapie respiratoire chez les adultes, ...
- Travailler, avec les professionnels, pour optimiser la couverture régionale de garde en soins infirmiers, en médecine bucco-dentaire (assurée par des chirurgiens-dentistes), aux heures de la PDSA. Réfléchir aux solutions adaptées pour les zones littorales et les publics d'été. Mettre en place une régulation médicale par le SAMU Centre 15.
- Améliorer le service de proximité de la PDSA, en définissant, au niveau de chaque territoire de premier recours, les modalités d'articulation entre : les Maisons Médicales de Garde, SOS médecins à Nantes et à Saint Nazaire, la garde pharmaceutique et les autres services de garde (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, biologistes, radiologues).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Une réponse coordonnée est apportée, aux besoins de soins non programmés, pendant les horaires de la PDSA et sur chaque territoire de santé, y compris en en médecine bucco-dentaire (assurée par des chirurgiens dentistes), en soins infirmiers et en kinésithérapie.
- Le parcours des patients est optimisé sur chaque territoire de santé. La gradation des soins est améliorée entre le premier recours (PDSA) et le recours aux services hospitaliers (services d'urgence, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation [SMUR]).
- La prise en compte du conseil médical, apporté par les médecins régulateurs du SAMU Centre 15, et l'accès régulé aux Maisons Médicales de Garde, ainsi qu'aux médecins mobiles pour les visites, contribuent à améliorer la prise en charge du patient.

LEVIERS

- Dans les cinq départements, intérêt de s'appuyer sur l'expérience des ADOPS et sur les expérimentations régionales de la PDSA.
- Existence d'un cadre régional (cahier des charges).

POINTS DE VIGILANCE

- La diversité des organisations actuelles et la variabilité de leur coût amènent à réfléchir sur la pérennité des solutions.
- L'obtention d'une meilleure articulation entre l'organisation de la PDSA et celle de la garde pharmaceutique, se heurte aux sectorisations (médicales et pharmaceutiques), qui ne sont pas superposables.
- La PDSA n'est pas inscrite dans les conventions des professionnels paramédicaux ; son financement ne peut donc qu'être lié à une expérimentation.

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers.

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé, les ADOPS, les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés, l'Assurance Maladie.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Évolution du nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°12 :

Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin traitant et / ou à un chirurgien-dentiste et organiser la continuité des soins

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients.

- La surcharge de travail des médecins généralistes les oblige, parfois, à refuser de nouveaux patients.
- Des patients qui n'arrivent pas à trouver un médecin traitant appellent le SAMU Centre 15 ou se rendent dans un service d'urgence.
- Tout nouveau patient (par exemple, après un déménagement ou une entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes [EHPAD]) doit pouvoir accéder à un médecin traitant, selon sa convenance (proximité de son domicile, de son travail ou autre souhait). La déclaration du choix d'un médecin traitant est, en effet, obligatoire pour bénéficier de l'optimisation des remboursements par l'Assurance Maladie.
- La continuité des soins doit être assurée : aucun patient, y compris en EHPAD, ne doit rencontrer de difficulté pour consulter un médecin, notamment le samedi matin et / ou pendant les vacances de son médecin traitant.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Mettre en œuvre une observation des difficultés d'inscription auprès d'un médecin traitant pour construire au niveau du territoire de santé de proximité une réponse personnalisée à ces situations
- Prise en charge d'un nouveau patient :

- sur chaque territoire, rédiger et mettre en place un protocole concerté avec les professionnels, pour apporter une réponse de proximité, à tout nouveau patient rencontrant des difficultés pour trouver un médecin traitant qu'il s'agisse de patients nouvellement arrivés ou de patients dont le médecin traitant a quitté le territoire.

- Continuité des soins dans le cadre de l'exercice regroupé :

- s'assurer que le regroupement des professionnels du secteur intègre un dispositif d'organisation de la continuité des soins,
- développer des coopérations sur exercice partagé, pour dégager du temps médical.

- Organisation pour la continuité des soins, durant les absences du médecin traitant (hors permanence des soins) :

- s'appuyer sur le projet de santé du territoire de proximité et l'organisation, la coordination des services de premier recours,
- développer une organisation pérenne de continuité des soins ambulatoires, permettant de répondre aux demandes de consultations non programmées, hors période de Permanence Des Soins Ambulatoires,
- développer le conventionnement entre les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), SOS Médecins, à Nantes et à Saint Nazaire et, les établissements et services médico-sociaux, les Hôpitaux Locaux, les services d'Hospitalisation À Domicile, pour convenir des modalités de continuité des soins dans ces structures.

- Ces trois Déclinaisons Opérationnelles s'appliquent, également, aux chirurgiens-dentistes.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Tout nouveau patient peut accéder en proximité à un médecin traitant et / ou à un chirurgien-dentiste.
- Le nombre de refus de prise en charge, opposé aux nouveaux patients, par les médecins généralistes, a diminué.
- La continuité des soins est garantie, notamment, le samedi matin, ainsi que pendant les périodes habituelles de congé.
- La continuité des soins est assurée dans les établissements et services médico-sociaux, les Hôpitaux Locaux, les services d'Hospitalisation À Domicile.
- La pertinence et l'efficience du recours aux soins ambulatoires non programmés, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, est améliorée par l'organisation de la continuité et de la Permanence Des Soins Ambulatoires.

LEVIERS

La Loi HPST rend possible les coopérations entre professionnels (coopérations sur exercice partagé).

POINT DE VIGILANCE

Les protocoles de coopération, sur exercice partagé, doivent appliquer un cahier des charges, ainsi que des procédures d'autorisation, complexes et longues.

POPULATION CONCERNÉE

Les patients.

ACTEURS CONCERNÉS

Les médecins généralistes, l'Assurance Maladie, les Unions Régionales des Professions de Santé, les Ordres professionnels, la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Taux d'assurés de plus de 16 ans ayant un médecin traitant.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°13 :

Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins pour le médecin traitant

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients.

- Représentant, en principe, la porte d'entrée du système de soins depuis la convention de 2005, le médecin traitant est généralement le professionnel de santé le mieux identifié par l'usager. De ce fait, il occupe, naturellement, la place centrale dans la prise en charge du patient.
- Dans le cadre d'une coopération sur exercice partagé, en pôle de santé, en Maison de Santé Pluri-professionnelle, le médecin traitant peut déléguer la coordination à un autre professionnel de soins.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Renforcer la capacité du médecin traitant à tenir son rôle de coordonnateur du parcours de soins :

- s'appuyer sur des échanges d'informations, progressivement standardisés, dans le cadre du déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et utiliser une messagerie sécurisée,
- rendre systématique le retour d'information des médecins spécialistes vers les médecins traitants : consultations avancées, télémédecine et téléconsultations, orientation et inscription du patient dans un réseau, organisation de l'éducation thérapeutique, …
- promouvoir une consultation de coordination, à l'instar de ce qui se fait en cancérologie, dans les cas plus complexes.
- Veiller à l'intégration des résultats des examens de biologie médicale dans les systèmes d'information (logiciels métiers, DMP).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Le médecin traitant est destinataire des informations, concernant ses patients, transmises par l'ensemble des professionnels de santé.
- Les patients ont pris conscience de la mission de « pivot » de leur médecin traitant.

LEVIERS

- Possibilité d'utiliser les nouveaux modes de rémunération pour financer le temps de coordination du médecin traitant.
- Contractualisation avec les Maisons de Santé Pluri-professionnelles.
- Nouvelle convention médicale (missions du médecin traitant).

POINT DE VIGILANCE

La coordination demande du temps et des financements.

POPULATION CONCERNÉE

Les patients des médecins traitants.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les médecins traitants.
- Les autres professionnels de santé.
- Les Ordres professionnels.
- Les Unions Régionales des Professions de Santé.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

INDICATEUR

Évolution du nombre DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu).

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

Les soins de premier recours sont la pierre angulaire du système de santé, avec une attention portée à la globalité de la prise en charge du patient. La capacité à répondre à des questions diagnostiques ou thérapeutique relevant de l'expertise, reste également fondametale. L'accès à l'innovation et aux soins spécialisés, complémentaire du premier recours, est, ainsi, le deuxième axe de la proximité organisée.

Il s'agit, d'abord, d'assurer la disponibilité, dans le temps et l'espace, des réponses spécialisées.

Dans les situations d'urgence, pour garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient, l'**objectif 14** constitue une évolution et précise l'organisation de cette filière, ainsi que le rôle de ces structures au sein de la région.

En établissement de santé, l'optimisation de la ressource médicale est nécessaire pour assurer la Permanence Des Soins. L'**objectif 15** précise les principes d'organisation de la Permanence Des Soins en Établissement de Santé et préconise des mutualisations, afin d'assurer un maillage efficace et efficient du territoire.

Sur le territoire régional, la répartition des spécialistes est inégale et pose des problèmes d'accès. L'**objectif 16** vise à dépasser les logiques institutionnelles, pour encourager la constitution d'équipes - à l'échelle d'un territoire - qui puissent déployer une réponse aux besoins d'avis ou aux besoins d'intervention.

Il s'agit, ensuite, d'optimiser les modalités de prise en charge spécialisée.

De nombreuses sources d'inefficience et d'inadéquation de prise en charge sont liées à l'insuffisance de fluidité des parcours entre les différents segments du système de santé ; l'**objectif 17** propose d'y remédier en levant les obstacles au sein et entre les établissements.

Les sources d'inefficience sont, également, liées à des réponses qui ne sont pas optimales au regard des référentiels d'aujourd'hui et des possibilités offertes par l'innovation. Le modeste développement de la chirurgie ambulatoire en est un exemple. Afin d'améliorer l'efficience du système et des réponses médicales, l'**objectif 18** vise le juste soin.

Il s'agit, enfin, de préparer l'avenir.

L'adaptation indispensable de l'organisation du système de santé, consécutive à l'évolution démographique et à ses conséquences, mais, aussi, à l'évolution technologique, conduit à des besoins en nouvelles compétences. La diversification des contenus et des parcours de formation est proposée dans l'**objectif 19** pour répondre à ce besoin. Enfin, l'importance de la recherche et du développement des techniques innovantes est affirmée dans l'**objectif 20**, qui vise à soutenir et accompagner les initiatives régionales.

OBJECTIF N°14 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès aux services spécialisés.

- Malgré des délais d'attente prévisionnelle souvent très longs, un certain nombre de patients se présentent dans les structures de médecine d'urgence pour des soins non programmés, qui auraient pu être délivrés par un professionnel du premier recours.
- Les usagers se présentent, spontanément, dans ces structures :

- parce que l'accès financier est facile,
- parce qu'ils n'arrivent pas à joindre leur médecin traitant ou qu'ils jugent trop longs les délais de rendez-vous,
- parce qu'ils confondent soins non programmés et urgence.

- Il est nécessaire de sécuriser la prise en charge des urgences vitales, dès l'amont de l'entrée dans un établissement de santé. Pour cela, la régulation médicale initiale est fondamentale.
- Les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Ces missions sont d'ores et déjà assurées sur l'ensemble du territoire régional.
- Pour les besoins de soins qui en relèvent, la structure territoriale d'urgence adaptée la plus proche doit être privilégiée, quelque soit son statut (privé, public, …).
- Au total, l'organisation de l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (vitales, psychiatriques, soins non programmés) doit être précisée et son fonctionnement expliqué à tous les usagers.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Apporter une réponse graduée, adaptée aux besoins :

- en proximité, un professionnel du premier recours prend en charge les soins non programmés qui relèvent de ses missions,
- pour les besoins relevant d'une structure de médecine d'urgence, le patient est orienté vers la structure compétente la plus proche.

- Organisation générale des structures d'urgence (Service d'urgence, Service d'Aide Médicale Urgente [SAMU], Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation [SMUR]) :

- au niveau de chaque établissement, l'ensemble des structures d'urgence, à l'exception éventuelle des urgences pédiatriques, doivent être regroupées dans la même entité opérationnelle (pôle, département, service),
- en ce qui concerne les structures de proximité dont l'activité 24 h / 24 - 7 j / 7 - 365 jours par an est discutable, il est proposé de les rattacher à une structure de recours et d'organiser leur fonctionnement en tant qu'antenne, ayant une ouverture éventuellement saisonnière ou fractionnée dans le temps (fermeture en nuit profonde),
- le modèle type est celui d'une structure principale territoriale, à laquelle seraient rattachées les autres structures d'urgence du territoire afin de constituer des équipes médicales communes et d'harmoniser leur fonctionnement.

- Organisation des Services d'Urgence :

- renforcer les structures de recours,
- impliquer chaque établissement de santé, disposant d'une autorisation, dans un programme d'analyse et de maîtrise des temps de passage aux urgences, ainsi que dans la gestion de l'aval (disponibilité des lits), en récompensant ceux qui adoptent les bonnes pratiques,
- homogénéiser les prises en compte financières des passages aux urgences des patients hospitalisés,
- favoriser la polyvalence du personnel dans les structures d'urgence et de SMUR,
- améliorer l'information du patient tout au long de son séjour en service d'urgence (durée d'attente prévisionnelle, en particulier).

>>>

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

>>>

- Organisation des SAMU Centres 15 :

- maintenir les 5 SAMU, couvrant chacun un territoire de santé, avec la perspective de sécuriser, de développer leurs coopérations et leur articulation, ainsi qu'une plateforme « info santé » régionale,

- favoriser la polyvalence entre les activités de régulation médicale des Centres de Régulation et de Réception des Appels (CRRA) et des SMUR,

- Organisation des SMUR

- en Vendée, adapter les activités des SMUR, pour tenir compte des variations saisonnières (constitution d'antennes),

- favoriser la polyvalence du personnel des services des urgences et des SMUR, ainsi que celles des CRRA.

- Organisation des transports héliportés

- renforcer l'activité de l'héli-SMUR sur la zone Est de la région, avec autorisation d'un second appareil, basé à Angers, en prévoyant une deuxième base pour un renfort côtier saisonnier,

- dans le cadre du plan de modernisation, organiser une régulation médicale régionale des transports héliportés, par l'interconnexion des SAMU.

- Biologie médicale :

- Encourager le dialogue clinicien / biologiste relatif à la prescription des examens de biologie médicale. La prise en compte des délais de rendu des résultats d'examens complémentaires contribue à maîtriser la durée de séjour dans les services de soins.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- La totalité des territoires de la région, 365 jours / an et 24 h / 24 , dispose d'un accès à une structure de médecine d'urgence, notamment pour les urgences vitales et, dans des délais compatibles avec l'état de santé.
- La rapidité des prises en charge (fluidité des parcours), s'est améliorée, notamment, pour les urgences vitales.
- La saturation de toutes les structures de médecine d'urgence a diminué.
- La satisfaction de tous (usagers et professionnels) s'est améliorée.
- Le nombre des transferts inappropriés a diminué.

LEVIERS

- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).
- La contractualisation.

POINT DE VIGILANCE

Certaines actions sont liées à l'évolution de la réglementation ou à une logique d'expérimentation.

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé.
- Les structures membres des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).
- La Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Interrégional, Régional, Territorial, Local.

INDICATEUR

Pourcentage et nombre de passages aux urgences en moins de 4 heures

OBJECTIF N°15 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Des gardes et astreintes sont organisées dans les établissements de santé. Elles mobilisent des équipes médicales, parfois pour un faible nombre d'actes.
- La Permanence Des Soins en Établissement de Santé (PDSES) entre dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Cette mission est d'ores et déjà assurée sur l'ensemble du territoire régional.
- L'arrêté du 30 avril 2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, dans les établissements publics de santé et dans les Établissements publics d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, rend les mutualisations possibles entre les établissements.
- Les mutualisations permettent :

- d'améliorer le fonctionnement des services, grâce à la présence de ces équipes en journée (consécutive à la diminution des repos compensateurs post-garde),
- d'apporter une réponse aux besoins de la population sur chaque territoire (Mission de Service Public),
- de diminuer le nombre des équipes médicales de garde et, donc, le coût de la permanence des soins.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- La permanence des soins en établissement de santé concerne la prise en charge des patients nécessitant des soins non programmés en dehors des heures de fonctionnement des services. Sur la base de cette définition, l'organisation de la PDSES sera faite dans la région selon les principes suivants :

- définition des spécialités relevant de la PDSES avec attribution d'un niveau de territoire à chacune en cohérence avec la gradation des soins hospitaliers et pour garantir un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population

1. Spécialités de niveau infra-territorial : chirurgie viscérale, orthopédique, gynécologie-obstétrique, médecine polyvalente, cardiologie non interventionnelle
2. Spécialités de niveau territoire de santé : chirurgie ORL, maxillo-faciale et stomatologie, urologie, vasculaire, ophtalmologie, pneumologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie en UNV, médecine interne, cardiologie interventionnelle
3. Spécialités de niveau régional et inter régional : chirurgie de la main, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, grands brûlés, dermatologie, oncohématologie, neuroradiologie, radiologie interventionnelle en vasculaire, réanimation pédiatrique, biologie spécialisée, rythmologie

- optimisation des ressources médicales selon l'activité effectuée sur les heures de PDSES. Ainsi seront utilisées les modalités suivantes :

1. la garde (G) ou l'astreinte opérationnelle (AO) complète : 18 h30 ou 20 H jusqu'à 8 h en semaine, plus les samedis après-midi et les dimanches ou jour fériés
2. la demi-astreinte (1/2 AO) : 18 h30 ou 20 H jusqu'à minuit en semaine, plus les samedis après-midi et les dimanches ou jour fériés
3. l'astreinte de WE (AO WE) : samedi après-midi et dimanche

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

Le développement de la télé imagerie permettra dans cette même optique de réduire le nombre de fronts d'astreinte en imagerie médicale.

- encourager les coopérations entre les secteurs public et privé, pour répartir, de manière équitable, les contraintes d'exercice et permettre la mise en place d'équipes de garde de taille suffisante (au moins trois praticiens, pour une astreinte et, au moins sept, pour une garde). Ces coopérations pourront prendre la forme d'une mutualisation des équipes avec choix d'un plateau technique unique pour la PDSES soit d'un partage de l'astreinte avec alternance des plateaux techniques et une convention fixant les modalités précises de cette organisation.

- garantir la sécurité du patient et la lisibilité du dispositif en identifiant les équipes et les plateaux techniques de garde et d'astreinte, tout en alimentant le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Des mutualisations entre établissements (publics, privés), titulaires des mêmes autorisations, ont été mises en œuvre pour optimiser la PDSES.
- Des médecins sont redéployés, en journée, dans les services.

LEVIERS

- La signature de conventions garantit l'engagement des établissements qui mutualisent leur PDSES.
- La contractualisation.

POPULATION CONCERNÉE

Les médecins des établissements de santé (publics et privés).

ACTEURS CONCERNÉS

Les établissements, les médecins des établissements, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et les conférences des présidents de CME (public, privé).

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Nombre d'établissements de santé mutualisés pour garantir la PDSES (conventions signées)

Spécialités de niveau régional	Modalités
Neurochirurgie adulte ou pédiatrique anesthésie adulte et pédiatrique	2 AO* (Nantes et Angers) 1 AO (Angers)
Chirurgie cardiaque adulte ou pédiatrique Anesthésie adulte et pédiatrique Réanimation cardiaque	3 AO (Nantes et Angers) 3 AO (Nantes et Angers) 1 AO (Nantes)
Grands brûlés	1 AO (Nantes)
Chirurgie infantile viscérale Chirurgie infantile Ortho anesthésie pédiatrique	3 AO (Nantes, Angers, le Mans) 1 G / AO*****, 1 AO 1/2 AO (Nantes, Angers, Le Mans) 1 G** 1 AO (Nantes, le Mans)
Chirurgie de la main Anesthésie	3 AO (Nantes, Angers, Le Mans) 1/2 AO + AE**** (Nantes, Angers)
Dermatologie	1 AO WE*** (Nantes)
Infectiologie	1 AO WE (Nantes)
Oncohématologie adulte ou pédiatrique	4 AO et 2 AO WE (Nantes, Angers, Le Mans, La Roche sur Yon)
Réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée	2 G (Nantes, Angers)
Neuroradiologie	3 AO (Nantes, Angers)
Radiologie interventionnelle vasculaire	2 AO (Nantes, Angers)
Biologie spécialisée	6 AO (Nantes, Angers, Le Mans)
Rythmologie	3 sites avec rémunération en appels exceptionnels (Nantes, Angers, Le Mans)

*AO : astreinte opérationnelle
**G : garde
***AO WE : astreinte opérationnelle week-end
****AE : déplacement exceptionnel en nuit profonde
*****1 G / AO : une demi garde et une astreinte en nuit profonde et le week-end

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

OBJECTIF N°16 :

Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Sur certaines zones du territoire, l'accès des patients aux médecins spécialistes est difficile :

- la densité de ces derniers n'est pas homogène,

- les zones d'influence de leurs lieux d'exercice ne couvrent pas l'intégralité du territoire.

- Il est donc nécessaire d'organiser un accès aux soins spécialisés dans ces territoires, notamment, en sensibilisant les médecins spécialistes à l'utilité d'offrir cet accès à l'ensemble de la population ligérienne.

- Les professionnels du premier recours rencontrent la même difficulté d'accès, par exemple :

- pour adresser un patient en urgence,

- pour raccourcir un délai de rendez-vous,

- pour une demande d'avis spécialisé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Observer la démographie des professionnels de santé spécialistes et développer des plans d'action avec leurs représentants (URPS, Fédérations …) pour les spécialités les plus fragiles.

- Garantir une couverture du territoire :

- entre les établissements : en développant des postes d'assistants partagés,

- en appui du premier recours :

. en développant des consultations avancées, notamment, dans les maisons et pôles de santé, les Hôpitaux Locaux,

. en encourageant la multiplicité d'activité pour les médecins spécialistes, par exemple entre un cabinet libéral, un plateau technique, un possible cabinet secondaire, des consultations avancées,

- en s'appuyant sur les dynamiques professionnelles en cours, en croisant les regroupements par discipline et les regroupements sur un territoire.

- Développer et s'appuyer sur les expériences innovantes dans le suivi des malades pour les soins de spécialistes, avec une logique de couverture territoriale, afin de répondre aux contraintes de la démographie médicale.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Des postes d'assistants partagés ont été créés.

- Des consultations avancées sont organisées.

- Le maillage territorial des réponses spécialisées s'est amélioré, notamment, grâce au développement de la multiplicité d'activité.

LEVIERS

- La loi HPST rend possible la signature de Contrats d'Engagement de Service Public pour les étudiants et internes en médecine.
- Certaines organisations d'imagerie fonctionnent déjà avec des plateaux techniques gradués. Ce mode de fonctionnement pourrait être étendu à d'autres structures de la région, en s'appuyant sur ces expériences.

POINT DE VIGILANCE

La mise en place de conditions attractives est nécessaire pour inciter les médecins spécialistes à assurer une offre de proximité.

POPULATION CONCERNÉE

- Les usagers.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels du premier recours.
- Les médecins spécialistes.
- Les établissements de santé.
- Les étudiants et internes en médecine.
- Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

- Les fédérations.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

INDICATEUR

Programme Territorial de Santé.

Évolution du nombre de médecins spécialistes ayant une activité « multi-sites ».

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

OBJECTIF N°17 :

Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé

Orientation stratégique de rattachement : Une démarche centrée sur la personne - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Les étapes, de la prise en charge du patient, pensées dans une logique de parcours, sont encore trop souvent effectuées selon les contraintes respectives des services, ce qui ne permet pas toujours l'anticipation, ni l'optimisation souhaitées du séjour.
- Trois situations principales posent problème :

- la sortie des services d'urgence,

- l'attente de la programmation ou de résultats d'examens,

- la sortie d'hospitalisation, après une perte d'autonomie ne permettant pas un retour direct à domicile.

- Le manque de places d'aval sature les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), qui ne peuvent, en conséquence, accepter de nouveaux patients sortant de court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Ce manque de fluidité encombre l'ensemble de la filière.
- Une réflexion doit, également, être menée sur la fluidité des parcours entre les établissements psychiatriques, les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- De nets progrès ont été faits pour limiter le nombre d'examens de biologie et d'imagerie, ainsi que leurs redondances. Il faut continuer dans ce sens, en particulier, en généralisant la transmission dématérialisée des résultats aux professionnels concernés.
- Il est nécessaire de développer des filières thématiques, intra et inter-établissements, notamment pour améliorer la fluidité des parcours.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Évaluer les filières existantes (Accident Vasculaire Cérébral, Infarctus Du Myocarde, …).
- Construire des filières non encore créées, en particulier dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, de la psychiatrie, des personnes âgées poly-pathologiques en perte d'autonomie.
- Protocoliser l'aval des urgences, en repensant la gestion des lits dans chaque établissement concerné et en favorisant l'accès direct aux Soins de Suite et de Réadaptation.
- Favoriser la fluidité des parcours par l'utilisation généralisée de l'outil « Trajectoire », par tous les établissements de court séjour MCO, de Soins de Suite et de Réadaptation, ainsi que par les structures d'Hospitalisation À Domicile, voire ultérieurement, par les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes de la région.
- Améliorer l'organisation interne des établissements, en particulier, pour prévenir les redondances des examens de biologie et d'imagerie.
- Assurer une circulation dématérialisée des informations entre les professionnels, pour éviter toute perte de résultat d'examen.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les attentes en sortie de séjour ont diminué.
- Les transferts sont adéquats entre les services, aussi bien qu'entre les établissements.
- Les Durées Moyennes de Séjour ont diminué.
- Les redondances d'examens de biologie et d'imagerie ont diminué.
- Les outils de partage d'information se sont développés entre tous les professionnels de santé.
- Les filières sont protocolisées.

LEVIERS

- Contractualisation avec les établissements.
- Déploiement complet du logiciel « Trajectoire » et des cellules d'orientation vers les SSR, avec extension de leur champ d'activité.
- Possibilité de s'appuyer sur les outils existants de transmission des informations (notamment, l'accès aux résultats de biologie médicale sur Internet, les outils développés par le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé.

POINT DE VIGILANCE

L'insuffisance actuelle de structures d'Hébergement Temporaire, intermédiaires entre un séjour en établissement et le retour à domicile (y compris en institution).

POPULATION CONCERNÉE

Les patients.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Territorial de Santé.
- Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés et de Télémédecine (PRSTPT)
- Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR).

INDICATEUR

Durée Moyenne de Séjour pour les séjours de médecine et/ou de chirurgie suivis d'un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation ou en Hospitalisation À Domicile.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

OBJECTIF N°18 :

Garantir le juste soin

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Le juste soin se définit comme la possibilité de répondre au besoin de soin de tout citoyen, quelque soit le lieu, dans les meilleurs délais et avec des moyens adaptés à son problème de santé. Ce juste soin se décline en trois étapes, qui nécessitent, pour être traitées, des professionnels d'un haut niveau de qualification :

- qualifier la demande du patient, définir au travers de cette demande le réel besoin de soin,
- agir, si besoin, pour préserver la vie et sa qualité, par des conseils mais, également, par une prise en charge adaptée,
- orienter ce patient au bon endroit, au bon moment.

Cette triade « qualifier, agir, orienter » se décline à tous les moments de la prise en charge d'un patient.

- Les attentes des patients ont évolué : les patients sont mieux informés (Internet) et les médecins doivent donc gérer une prise de décision partagée.
- Des orientations non pertinentes génèrent des gaspillages, des pertes de chance, voire une majoration de la pathologie initiale.
- Les référentiels notamment ceux de la Haute Autorité de Santé (HAS), ne sont pas toujours connus, ni suivis, par les professionnels de santé.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Optimiser chaque séjour en établissement, et ne transférer dans un autre établissement de santé que les patients dont l'état le justifie [utilisation du logiciel « Trajectoire » pour les transferts de court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), vers les Soins de Suite et de Réadaptation].
- Appliquer les recommandations de la HAS et des plans nationaux.
- Les Soins Palliatifs entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Pour couvrir les besoins dans la région, l'objectif est de créer au moins une Unité de Soins Palliatifs par département. Une unité sera également envisagée pour 600 décès par bassin de population, et dans les établissements de santé enregistrant un nombre significatif de décès relevant des soins palliatifs.
- Ramener les taux de recours, pour la chirurgie, au niveau des taux cibles nationaux.
- Développer la chirurgie ambulatoire et travailler sur la pertinence des actes qui présentent un taux de recours supérieur à la moyenne nationale.
- Veiller à la mise en place de l'accréditation pour chaque laboratoire de biologie médicale dans le respect du calendrier établi par le COFRAC.
- Promouvoir le dialogue cliniciens / biologistes et susciter des réflexions sur les pratiques : la « juste prescription » de biologie médicale. La prise en compte de la pertinence des examens de biologie médicale, à l'appui des travaux menés par la HAS à ce sujet, contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, particulièrement dans les services d'urgence.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- La satisfaction de tous (usagers et professionnels) est améliorée.
- Les lacunes, redondances et gaspillages, dans le parcours de soins, sont évités.
- Le nombre de transferts inappropriés a diminué (en particulier, le nombre de transferts en Soins de Suite et de Réadaptation, après une intervention programmée de chirurgie orthopédique).
- Chaque département dispose d'une Unité de Soins Palliatifs. Des Unités de Soins Palliatifs ont été créées dans les bassins de population dans lesquels on observe plus de 600 décès par an et, dans les établissements de santé enregistrant un nombre significatifs de décès relevant des soins palliatifs.
- En Pays de la Loire, les taux de recours à la chirurgie ambulatoire sont proches, voire, supérieurs aux taux nationaux, pour toutes les disciplines concernées.
- Les taux de recours pour la chirurgie sont adaptés, en tenant compte de la démographie et de l'état de santé de la population.

LEVIERS

- Le logiciel « Trajectoire » et l'expérience concluante du Dispositif d'Orientation des Patients (DOP) à Angers.
- Les contractualisations (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens [CPOM], le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles [CAPI], la Mise sous Accord Préalable [MSAP]).
- Les référentiels de la Haute Autorité de Santé, les plans nationaux, les recommandations de l'AFSSAPS.
- La Mission de Service Public des établissements de santé pour les Soins Palliatifs

POPULATION CONCERNÉE

Les patients.

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé, l'Assurance Maladie.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Territorial de Santé.
- Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR).

INDICATEUR

Taux de recours en chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée, comparé au taux de recours national.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

OBJECTIF N°19 :

Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés.

- L'évolution des modalités de prise en charge et de l'organisation du système de santé requiert de nouvelles compétences et connaissances de la part des professionnels de santé (l'accompagnement, la prévention, la coordination, le travail en pluri-professionnalité, la consultation d'annonce, l'éducation thérapeutique, les soins de support, ...).
- Les formations initiales des professionnels de santé prennent encore assez peu en compte ces nouvelles dimensions d'exercice.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale, le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical, la recherche dans leurs domaines de compétence, entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Tous les établissements de santé, publics et privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Dans les formations initiales des professionnels de santé, promouvoir l'introduction des enseignements répondant aux nouveaux besoins de prise en charge des patients et d'organisation du système de santé.
- Favoriser un parcours de stages, permettant de connaître les différents modes d'exercice.
- Dans ce cadre, permettre aux hôpitaux de proximité et aux établissements psychiatriques de proximité, de participer à la formation des internes en médecine générale (agrément comme terrain de stage).
- Adapter le DPC aux nouveaux besoins, par un dialogue soutenu avec les organismes et acteurs de la formation continue, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et les établissements.
- En ce qui concerne la biologie médicale, veiller à la qualité et à la régularité de la formation des personnels impliqués dans la phase préanalytique (IDE réalisant et transmettant des prélèvements)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- La formation initiale des professionnels de santé a introduit une approche sur l'accompagnement, la prévention, la coordination, …
- L'offre de formation continue des professionnels de santé, couvre les nouveaux besoins (l'accompagnement, la prévention, la coordination, …)
- Ces nouvelles formations se dispensent généralement en inter-professionnel.

LEVIERS

- Décrets du 30 décembre 2011, relatifs au Développement Professionnel Continu
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans sa partie concernant les Missions de Service Public.

POINT DE VIGILANCE

L'ARS n'a pas compétence directe dans la formation initiale des professionnels de santé ; il lui faut donc jouer un rôle de plaidoyer.

POPULATION CONCERNÉE

Les professionnels de santé.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les facultés et instituts de formation, les Doyens.
- Les Structures de Formation Médicale Continue (FMC) agréées.
- Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).

INDICATEUR

Évolution du nombre de lieux de stages (extra- hospitaliers et en hôpital local) pour les internes en médecine générale.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

OBJECTIF N°20 :

Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche reconnue et garantir l'accès à l'innovation

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- L'enseignement universitaire et post-universitaire, de même que la recherche, constituent, chacun, une Mission de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) assurent ces missions de manière satisfaisante. Le besoin est couvert.
- Pour améliorer les connaissances et optimiser la prise en charge, il faut développer des pôles de recherche avec du personnel spécifiquement formé et dédié.
- La recherche ne peut progresser que grâce à des études suffisamment importantes et étayées (méta-analyses de plus en plus fréquentes), ce qui nécessite souvent un regroupement d'initiatives à un niveau régional, voire inter-régional.
- La région des Pays de la Loire souhaite se placer dans une position d'excellence.
- La réforme de la biologie médicale réaffirme le caractère médical de la biologie et encourage la dynamique territoriale. Elle doit favoriser l'innovation à l'appui des confrontations clinico-biologiques.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Accompagnement, déploiement, renforcement d'initiatives régionales existantes, entre autres :

- Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) cancer : 2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) + Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) + cancéropôle,
- Gérontopôle,
- Plateforme maladies rares.

- Développement de la médecine personnalisée.
- Développement de l'accès aux techniques innovantes dans le domaine de la biologie.
- Diffusion des technologies et protocoles innovants (par exemple, montée en charge du Diagnostic Pré-Implantatoire).
- Promouvoir la recherche en sciences humaines en particulier concernant la sociologie des acteurs sur les territoires de premier recours et finaliser des avenants aux CPOM des CHU.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Des études ambitieuses régionales et inter-régionales sont lancées.

LEVIERS

- Appui sur les structures de recherche déjà existantes, notamment le Département Inter-régional de Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (DIRC-HUGO).
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans sa partie concernant les Missions de Service Public.

POINT DE VIGILANCE

Fluctuation des crédits attribués à la recherche.

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers.

ACTEURS CONCERNÉS

- Les chercheurs.
- Les professionnels de santé.
- Les Universités.
- Les collectivités territoriales.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et inter-régional.

INDICATEUR

Évolution de la part modulable de la dotation « Missions d'Enseignement de Recherche, de Référence et d'Innovation » (MERRI) en Pays de Loire, comparée à l'évolution de cette donnée au niveau national.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

Déclinant la deuxième Orientation Stratégique sur la proximité organisée, cette partie développe l'axe « Coordination des acteurs pour des parcours efficients ».

Il s'agit d'utiliser de manière optimale toutes les ressources, humaines et matérielles, en s'appuyant essentiellement sur les coopérations et coordinations entre les professionnels du premier recours et les équipes spécialisées, à tous les niveaux du territoire - régional et / ou en proximité - en développant tous les moyens qui permettent, aujourd'hui, l'efficience, tout en apportant la réponse adaptée à la prise en charge du patient.

Cette efficience devra être recherchée dans l'approche, renouvelée, de prise en charge de certaines pathologies, en repensant la graduation de filières et le recours pertinent au professionnel de santé. Elle devra, en outre, être facilitée par le déploiement d'outils nouveaux et / ou la modernisation des infrastructures, ainsi que par la mutualisation de moyens et de services.

Cinq objectifs y contribueront, en articulant coopérations et coordinations à différents niveaux du territoire (**objectif 21**), en prévoyant la formalisation de ces coopérations (**objectif 22**), en déployant infrastructures et outils (**objectif 23**), en précisant la graduation de certaines filières (**objectif 24**) et en mettant en œuvre les regroupements possibles et nécessaires de structures ou activités (**objectif 25**).

OBJECTIF N°21 :

Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- De multiples structures de coordination (Centres Locaux d'Information et de Coordination [CLIC], Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer [MAIA], réseaux thématiques) existent déjà, mais :

- leurs préoccupations respectives se juxtaposent et parfois se chevauchent,
- leur nombre dissuade les principaux acteurs (les médecins traitants, notamment) de s'y impliquer, tant du fait de la charge administrative, que de la multiplication des réunions,
- leur diversité génère un manque de lisibilité.

- Tout cela engendre des difficultés de coordination (ressenties par les professionnels) et donc un important besoin de clarification.
- Pour certains patients (par exemple, les personnes avec un handicap psychique), dont les modes de vie et les comportements sont très imprévisibles, une coordination stable autour de chacun n'est pas toujours possible (changement fréquent de lieu de résidence, de médecin traitant et recours irrégulier au système de santé, ...). En revanche, sur un territoire donné, les acteurs doivent organiser une coordination opérationnelle, pour être capables d'apporter à ces patients une prise en charge coordonnée.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- À l'échelon régional, renforcer la fonction de coordination ciblée sur certaines thématiques (exemples : périnatalité, cancer, autisme, …). Ces coordinations régionales doivent être centres de référence et d'expertise thématique (conception, diffusion de protocoles de prise en charge et de parcours, amélioration de la qualité et des pratiques, évaluation).
- Organiser, en proximité et sur l'ensemble du territoire, la coordination des acteurs autour de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes, en s'appuyant sur l'existant :

- Mutualiser les réseaux de proximité et les autres intervenants de coordination de proximité, pour éviter les situations de doublon dans les prises en charge,
- Les reconfigurer en réseaux généralistes (de proximité), autour de la personne, pour améliorer la lisibilité du système, l'équité d'accès et l'efficience,
- Appuyer ces réseaux généralistes sur les coordinations thématiques régionales (centres ressources), et respecter les recommandations de ces dernières.

- Renforcer le rôle des infirmiers (ères) à domicile, dans la prise en charge des personnes dépendantes (Évaluation Infirmière après hospitalisation, formalisation de protocoles interprofessionnels, gestion des carnets de vaccination, …)
- Renforcer le rôle de coordination des sages-femmes dans le suivi ambulatoire de la grossesse physiologique et son articulation avec l'équipe pluri-professionnelle de proximité.
- Renforcer le rôle des pédicures-podologues, en particulier dans la prévention des complications du diabète et dans le maintien des capacités et du périmètre de marche.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les réseaux de proximité sont mutualisés et réorganisés
- Les coordinations régionales sont recentrées autour de certaines pathologies, avec un rôle de centres ressources
- Les missions des réseaux généralistes de proximité et des coordinations thématiques régionales sont redéfinies et clarifiées
- L'accès de tous à un réseau généraliste de proximité est garanti
- Les infirmiers (ères) à domicile facilitent la prise en charge à domicile des personnes dépendantes.

LEVIER

Appui sur les structures de coordination existantes, même si elles doivent évoluer.

POINTS DE VIGILANCE

- Le recensement des structures de coordination est complexe du fait de leur multiplicité.
- La connaissance de l'activité réelle de chaque structure est difficile du fait de l'existence de nombreuses interactions réciproques..
- Les financements sont multiples et réglementés. Tous les regroupements ne sont donc probablement pas envisageables.

POPULATION CONCERNÉE

- Les usagers
- Les professionnels de santé du premier recours

ACTEURS CONCERNÉS

Les structures de coordination.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

- Régional pour les coordinations thématiques
- Local pour les coordinations généralistes de proximité

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé pour les coordinations de proximité.

INDICATEUR

Pourcentage des réseaux polyvalents parmi les réseaux de proximité.

OBJECTIF N°22 :

Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Certains passages aux urgences ne constituent pas un recours pertinent au système de santé. Ils saturent inutilement les services d'urgence, alors que les services de proximité sont aptes à répondre à ces besoins de soins.
- Les médecins généralistes ont des difficultés à joindre rapidement un confrère spécialiste pour un avis ponctuel.
- Les coordinations entre les établissements de santé et le domicile sont souvent jugées insuffisantes
- À chaque niveau, de nombreux actes sont réalisés par des professionnels du niveau de recours supérieur (par exemple : points de suture par les services d'urgence et toilettes par les infirmières). Il est souhaitable de recentrer chaque professionnel de santé sur son cœur de métier, tant pour être en conformité avec son décret de compétence, que pour le coût qui en résulte.
- L'article 78 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) donne un cadre juridique à la télémédecine et confie aux ARS son déploiement opérationnel.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Principe de subsidiarité : s'assurer que les prises en charge ont lieu au niveau le plus pertinent du système et par le professionnel de santé le plus adapté (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...).
- Effectuer des admissions directes, chaque fois que cela est possible.
- Pendant ses consultations, garantir à tout médecin généraliste de premier recours un accès direct et rapide à un avis spécialisé, notamment en psychiatrie et, tout particulièrement, pour un patient en crise.
- Développer les coopérations sur exercice partagé, en lien avec les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le respect des conditions prévues par l'article 51 de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et, en concertation avec les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).
- Développer les actions de télémédecine, la télé-consultation, les consultations téléphoniques.
- Promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire pour certaines prises en charge, notamment psychiatriques.
- Veiller à la bonne articulation de la biologie de proximité avec la biologie spécialisée.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Des démarches de coopération entre professionnels de santé sont expérimentées sur les territoires.
- L'accès à un avis spécialisé est facilité pour les médecins traitants.
- Dans chaque territoire, les outils de télé-radiologie sont utilisés et intégrés dans l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), piloté par le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé.
- La télémédecine se développe et se pérennise en Pays de la Loire.

LEVIERS

- La possibilité de s'appuyer sur les dispositifs nationaux : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP), Haute Autorité de Santé (HAS), ...
- Les décrets de compétences des professionnels de santé
- Le décret n°2010-1 229 du 19 octobre 2010 explicite le déploiement opérationnel de la télémédecine (actes éligibles, conditions de mise en œuvre et organisation)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé, qui s'est constitué le 7 juillet 2011 en Pays de la Loire

POINTS DE VIGILANCE

- Absence de prise en charge, en ambulatoire, par l'Assurance Maladie, des actes de certaines professions (psychologues, diététicien(ne)s, aides-soignant(e)s, ergothérapeutes, …)
- Lourdeur du cahier des charges des protocoles de coopération entre professionnels de santé et possible réticence de ces derniers à s'engager dans cette démarche.
- La télémédecine engendre de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, ce qui modifie le « colloque singulier » entre le patient et le professionnel

POPULATION CONCERNÉE

- Les patients
- Les professionnels de santé

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels et les structures de santé
- Les Ordres professionnels et les Unions Régionales des Professions de Santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental ou local, selon la thématique

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional des Systèmes d'Information Partagées et de Télémédecine (PRSIPT)

INDICATEUR

Nombre de protocoles de coopération, sur exercice partagé, autorisés par l'ARS entre professionnels de santé, en Pays de Loire.

OBJECTIF N°23 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- La coordination - l'échange d'informations - est un point capital pour la prise en charge des personnes. De gros progrès ont été faits en intra-hospitalier (dossiers partagés inter-services…), ainsi que dans les officines de pharmacie avec la mise en place du Dossier Pharmaceutique. L'intérêt serait, maintenant, d'arriver à un partage complet de l'information entre les différents acteurs du système de santé : les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux, les professionnels de ville, …
- Les laboratoires privés de biologie médicale offrent aux médecins la possibilité de leur adresser, par courriel, les résultats de leurs patients. Tous les services hospitaliers devraient, également, pouvoir adresser par courriel leurs comptes-rendus d'hospitalisation aux médecins respectifs des patients.
- La réorganisation de la biologie hospitalière induite par la réforme suppose le déploiement de nouveaux systèmes d'information et d'une logistique adaptée. Pour les établissements de santé, les problématiques de mise en œuvre des systèmes d'information seront abordées différemment selon que l'établissement de santé a internalisé ou externalisé l'activité de biologie médicale.
- La transmission par courriel des comptes-rendus d'hospitalisation, devrait constituer un gain d'efficience avéré pour les médecins destinataires (moins de secrétariat, plus besoin de scanner).
- Les décrets 576 et 577 du 22 mai 2006 et leur circulaire d'application, complétés par la circulaire DHOS du 13 février 2007, rendent obligatoire la mise en place d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Ce ROR permettra :

- la mise à disposition d'informations actualisées et fiables sur les moyens (plateaux techniques, spécialités, fonctionnalités techniques, ...), les modalités d'accès (horaires, ...)
- la mise à disposition d'un portail informatisé, partagé, opérationnel, simple et fiable
- l'actualisation des informations de ce portail par l'ensemble des acteurs impliqués

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Déployer le Dossier Médical Personnel (DMP), en partant d'une expérimentation sur deux territoires de la région au 1er semestre 2012.
- Généraliser l'utilisation du dossier partagé.
- Développer le ROR et l'articuler avec les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Centres 15 de la région.
- Renforcer les Systèmes d'Information (SI), en s'assurant de leur interopérabilité.
- Veiller à la mise en œuvre de systèmes d'information facilitant et fiabilisant les échanges entre biologistes et cliniciens.
- Développer l'utilisation des Picture Archiving and Communication System (PACS) par les imageurs.
- Inciter les professionnels de santé à utiliser, en routine, une messagerie sécurisée.
- Poursuivre le plan d'informatisation, afin de permettre une analyse locale et régionale de l'activité et des performances, en se basant sur les indicateurs du Conseil National de l'Urgence Hospitalière.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Disposer d'un ROR, régulièrement actualisé et, conforme à la circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du 13 février 2007
- Disposer d'un ROR étendu, incluant les acteurs du premier recours (professionnels et structures de santé de proximité, structures médico-sociales, acteurs du domicile, associations, ...)
- Disposer d'un dossier partagé dans tous les établissements de santé (privés et publics)

LEVIERS

- L'encadrement réglementaire du ROR, outil obligatoire pour le réseau des services d'urgence
- Les travaux de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé, qui s'est constitué le 7 juillet 2011 en Pays de la Loire
- L'expérimentation de déploiement du DMP au 1er semestre 2012 sur deux territoires de la région

POINTS DE VIGILANCE

- Le retard pris par le DMP
- Le financement des PACS

POPULATION CONCERNÉE

- Les patients
- Les professionnels de santé

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels et structures de santé
- Les éditeurs de logiciels
- Les Ordres professionnels et les Unions Régionales des Professions de Santé
- La Collégiale des urgences et des soins non programmés

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés et de Télémédecine (PRSIPT)

INDICATEUR

Nombre de professionnels de santé et établissements de santé utilisant les services de l'Espace Numérique Régional de Santé

OBJECTIF N°24 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Une filière de prise en charge doit permettre à chaque patient concerné par la pathologie, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant au besoin de proximité et permettant, aussi, le recours à un plateau technique.
- Dans le cadre des filières de prise en charge, la coopération protocolisée des professionnels est un élément fondamental, qui leur permet de se coordonner, aussi bien entre eux qu'avec les services et les établissements, afin de mieux répondre aux besoins de santé.
- Une filière permet également de fluidifier les parcours de soins, par une meilleure connaissance réciproque des acteurs et de leur articulation.
- La filière a, aussi, pour vocation de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés et aux plateaux techniques.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Selon les spécialités, conforter, structurer ou finaliser des filières graduées et protocolisées, pour toutes les thématiques qui en relèvent, comme par exemple l'addictologie, la douleur chronique rebelle, les soins palliatifs, la pédiatrie, la périnatalité, les pathologies vasculaires, neurologiques et cardiaques, …
- Dans le domaine de la santé mentale, organiser les articulations opérationnelles entre la psychiatrie, la médecine somatique, les établissements et services médico-sociaux. La filière mise en place permettra d'assurer la coordination des soins et le suivi des patients, mais aussi de développer un dispositif concerté de prévention et de prise en charge de la crise psychiatrique

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Sur l'ensemble du territoire régional, et pour les pathologies en relevant, les filières de prise en charge sont formalisées et opérationnelles
- Ces filières assurent, pour l'ensemble du territoire, un rôle de « ressource » dans les domaines concernés

LEVIERS

Plans nationaux et circulaires encadrant la mise en œuvre de filières

POINT DE VIGILANCE

Inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire

POPULATION CONCERNÉE

Les patients relevant des pathologies concernées

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé et du médico-social

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental ou local

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé

INDICATEUR

Nombre de filières formalisées par territoire de santé

OBJECTIF N°25 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Les enjeux économiques actuels et la raréfaction des moyens humains conduisent à rechercher une utilisation rationnelle des ressources, tout en optimisant les modes de fonctionnement et en recherchant des économies d'échelle.
- Le maintien de certaines activités structurantes, comme la biologie, impliquent une mutualisation et / ou des regroupements de plateaux techniques, au sein (ou entre) des structures hospitalières.
- L'accréditation encourage la mutualisation des activités de biologie médicale. Les coopérations supposent des organisations sujettes à une graduation des examens de biologie médicale (examens courants, examens courants demandés dans le cadre d'une urgence, examens requérant un temps d'analyse plus long, parfois externalisés).
- Les études de type benchmark ont mis en évidence des marges de progression. La réorganisation consécutive des plannings et / ou des services peut permettre une augmentation d'activité, des recettes supplémentaires, ainsi qu'une diminution des dépenses.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Atteindre la taille critique pertinente pour les établissements et les services.
- Optimiser les organisations en recherchant des économies d'échelle sur un certain nombre de fonctions : logistiques, techniques, médico-techniques.
- Dans les établissements de santé, veiller à l'optimisation des plateaux techniques de biologie médicale existants. Au sein d'un territoire, tout nouvel investissement dans un établissement de santé doit être examiné au regard des mutualisations notamment entre offre de biologie publique et privée. Ces investissements doivent être conformes au schéma régional d'investissement.
- Sur chaque territoire, optimiser les modalités de fonctionnement des établissements et des services : amplitudes d'ouverture, zones de couverture, mutualisation de certains postes en temps partagé, développement d'expertises spécifiques, … Par exemple en santé mentale, chaque antenne de secteur continue d'accueillir la totalité des pathologies. Cependant l'investissement de certaines antennes sur des pathologies spécifiques permettra une mutualisation graduée, pour la prise en charge des cas les plus complexes.
- Soutenir la création de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) notamment sur la biologie médicale hospitalière et encourager au-delà des mutualisations, les coopérations public/public mais également public/privé.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les mutualisations et réorganisations ont permis de dégager des marges de manœuvre financières dans les établissements de santé

LEVIERS

- Contrats de Retour à l'Equilibre
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), qui définit les modalités de mise en place des GCS et CHT

POINTS DE VIGILANCE

- Les réorganisations et les mutualisations sont difficiles à mettre en œuvre
- Les coopérations, maintenant possibles entre secteur public et secteur privé, se heurtent au manque d'habitude de partenariat des établissements

POPULATION CONCERNÉE

Les établissements de santé

ACTEURS CONCERNÉS

Les établissements de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé

INDICATEUR

Nombre de conventions de coopération entre établissements de santé (publics ou privés), y compris constitutives de GCS ou CHT

LA MAÎTRISE DES RISQUES

La maîtrise des risques concernant la santé des populations est la troisième Orientation Stratégique du Projet Régional de Santé. Elle se décline en deux axes, prévention et promotion de la santé intégrés dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale, pour le premier et, la mobilisation pour réduire les inégalités de santé, pour le second.

Appliquée au domaine des soins, la maîtrise des risques pour la santé répond à deux enjeux.

Le premier enjeu se fonde sur une démarche préventive au regard des risques , qui se concrétise par trois objectifs. Pour le premier, partant de la nécessité d'anticiper le risque de pénurie de professionnels de santé, il s'agira de mettre en œuvre une stratégie durable pour couvrir les territoires (**objectif 26**). Pour le second, il s'agira de mieux coordonner la culture de la qualité et de la gestion des risques (infections nosocomiales, pharmaco-vigilance, etc.) dans les établissements de santé (**objectif 27**). Enfin, pour le troisième, à partir de l'exercice professionnel, il s'agira de faire assurer un rôle de vigilance et de signalement des risques observables notamment dans l'environnement du patient (**objectif 31**).

Le second enjeu porte plus directement sur la maîtrise des inégalités sociales de santé, en s'intéressant à des populations spécifiques ou aux conditions d'accès à la santé. Ainsi, l'**objectif 28** devrait permettre de s'assurer, en tous lieux, des possibilités d'accès à la santé au tarif opposable. Les objectifs 29 et 30 visent, en renforçant l'accès au droit commun, à permettre une meilleure accessibilité à la santé, en particulier et respectivement pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes les plus éloignées du soin.

OBJECTIF N°26 :

Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

- La pyramide des âges des professionnels de santé est élevée, ce qui génèrera de nombreux départs en retraite dans les années à venir
- Dans certaines spécialités et certains secteurs géographiques, la faible démographie des professionnels de santé pose un problème d'offre de soins
- Tous les établissements n'ont pas mis en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) performante. Or, une projection des années d'activité des professionnels est indispensable pour anticiper les besoins prévisionnels en ressources humaines. Cette absence d'anticipation majore les difficultés de recrutement des établissements, notamment sur certains territoires.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Observer la démographie des professionnels et réaliser des projections dynamiques pour anticiper et modéliser les ressources humaines potentielles
- Développer la GPEC dans les établissements, pour adapter les organisations aux projections de la situation envisagée (scénarios et modélisation)
- Modifier en conséquence le nombre d'étudiants dans chaque profession
- Définir et mettre en œuvre une politique d'attractivité des professionnels
- Recentrer les professionnels sur leur cœur de métier

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les « zones blanches » en professionnels de santé sont limitées
- Dans les établissements, les politiques de recrutement sont optimisées, en veillant à équilibrer les pyramides des âges
- Les politiques internes de ressources humaines des établissements de santé sont adaptées aux caractéristiques des salariés (exemple : développement d'actions de prévention des risques liés au vieillissement au travail, dans un établissement dont la pyramide des âges est élevée)
- Une étude a été menée sur les motivations de choix d'exercice des professionnels de santé libéraux (exercice libéral : en solo, en cabinet de groupe, en maison, pôle ou centre de santé ; choix d'exercice en tant que remplaçant ; exercice salarié ; exercice mixte libéral et salarié). Les résultats de cette étude ont permis de réorienter les politiques d'attractivité du système de santé.

LA MAÎTRISE DES RISQUES

LEVIERS

- Volet social du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- Les établissements de plus de 300 salariés sont tenus de produire un bilan social annuel (décret 88-951 du 7 octobre 1988 et circulaire d'application du 1er février 1990).
- Les aides accordées aux professionnels de santé s'installant et exerçant en zone fragile

POINTS DE VIGILANCE

- Tous les établissements ne disposent pas d'un logiciel de ressources humaines leur permettant de connaître les caractéristiques de leurs salariés (âge, ancienneté dans l'établissement, parcours professionnel, ...)
- L'ARS n'a pas compétence directe pour la fixation du nombre d'étudiants des différentes professions de santé

POPULATION CONCERNÉE

Les professionnels de santé, étudiants, libéraux et / ou salariés

ACTEURS CONCERNÉS

- Les établissements de santé
- Les Ordres professionnels
- Les Unions Régionales des Professions de Santé
- Les facultés, écoles, instituts de formation des professionnels de santé
- Le Conseil Régional

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

INDICATEUR

Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale

OBJECTIF N°27 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

- Dans les établissements de santé, la gestion des risques est actuellement assurée par des responsables, qui sont, chacun, référents d'un thème précis, avec, par ailleurs, un pilotage de la qualité. Chacun d'eux rédige un bilan annuel et complète les indicateurs présents dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. La gestion des risques est donc, souvent, répartie entre les différents comités.
- Progressivement, depuis plus de dix ans, la culture de la gestion des risques est montée en charge dans les établissements de santé. Elle reste néanmoins perfectible.
- Comme il n'existe pas d'instance régionale pour chaque comité, l'activité ne peut pas être harmonisée.
- Par ailleurs, la structuration du bilan annuel varie d'un comité à l'autre.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Conforter une culture de la gestion des risques au sein des établissements, en articulation avec le management de la qualité.
- Unifier, articuler, coordonner la gestion des risques, actuellement dispersée dans les établissements, comme celle des infections nosocomiales ou de la pharmaco-vigilance, en s'appuyant sur les référents respectifs.
- Assurer un pilotage d'ensemble au niveau régional, tout en s'appuyant sur les compétences et les organisations déjà existantes.
- Dans tous les établissements, mettre en place un bilan annuel uniformisé, pour disposer d'un état des lieux régional des risques.
- Veiller à associer les biologistes, en tant que de besoin, au déploiement des démarches de retours d'expérience dans les établissements de santé. Par ailleurs, avec le regroupement des activités de biologie médicale (un LBM par établissement), les prescripteurs devraient accéder plus facilement à l'ensemble du dossier biologique des patients et les biologistes bénéficier d'un système qualité cohérent et partagé par l'ensemble des acteurs. Ces organisations doivent notamment concourir à la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé en diminuant les risques liés à la duplication des procédures d'identification.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Un pilotage régional de la gestion des risques est mis en place
- Les établissements renseignent un « bilan annuel type »

LEVIERS

- Les comités existants
- Les travaux réalisés par les instances régionales de certains comités (par exemple : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales [C-CLIN])
- La certification des établissements par la Haute Autorité de Santé

POINT DE VIGILANCE

Assurant leur fonction de référent(s) thématique(s) en plus de leur exercice professionnel, les référents manquent fréquemment de temps, entre autres pour rédiger leur bilan annuel

POPULATION CONCERNÉE

Les professionnels de santé

ACTEURS CONCERNÉS

- Les établissements de santé
- L'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) des Médecins Libéraux et la conférence des présidents de CME publics et privés

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et local

INDICATEUR

Taux d'établissements de santé certifiés HAS V 2010, présentant une cotation A sur l'item 8b (Pratique Exigible Prioritaire [PEP]) : « Fonction gestion des risques »

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°28 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Garantir dans chaque territoire l'accès, par spécialité, à une offre au tarif opposable

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Selon le rapport 2009 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) :

- La fréquence des dépassements d'honoraires médicaux réduit l'accès à l'offre de soins au tarif opposable et, simultanément, l'égalité d'accès aux soins
- En France, en euros constants, entre 1990 et 2006, le montant des dépassements d'honoraires a augmenté de 68 %
- Cette augmentation concerne surtout les spécialistes, notamment les gynécologues, les ophtalmologistes, les chirurgiens, les anesthésistes, …
- Dans certaines zones, l'évolution de la démographie médicale peut générer une diminution de l'offre de soins des praticiens exerçant aux tarifs opposables, notamment dans certaines spécialités.
- L'existence d'une offre de soins, sans dépassement d'honoraire, est un facteur d'accès aux soins d'autant plus important, que les revenus des assurés sont faibles. Or, dans la région des Pays de la Loire, si l'on rapporte la densité en médecins du secteur 1, à la population à bas revenus (niveau de vie inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance [SMIC]), la Vendée et la Mayenne ressortent comme problématiques pour l'accès aux soins

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Analyser l'accessibilité à l'offre de spécialité au tarif opposable et identifier les zones où cet accès n'est pas assuré
- Dans chaque territoire de santé, assurer aux ligériens une offre de spécialité au tarif opposable pour les soins dont ils ont besoin
- En cas de regroupement public-privé, de structures hospitalières, maintenir une accessibilité au tarif opposable dans chaque spécialité concernée
- Afficher systématiquement et de manière visible pour le patient, les tarifs des soins dentaires et d'optique pratiqués par les professionnels de santé

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Une prise en charge au tarif opposable est assurée à tout patient accueilli dans le cadre de l'une des Missions de Service Public
- Dans chaque Territoire de Santé, au moins une offre au tarif opposable est assurée aux ligériens, pour tous les soins dont ils ont besoin

LEVIERS

- La définition des Missions de Service Public dans la loi HPST
- La Convention médicale
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé
- L'amélioration de l'information à l'usager (affichage, devis, site d'information, …)

POINTS DE VIGILANCE

- Il faut trouver comment étendre cette accessibilité financière (obligatoire dans le cadre des missions de service public) à l'ensemble du panier de soins, aussi bien en établissement de santé, qu'en médecine de ville
- L'évolution de la démographie médicale, ainsi que l'augmentation de la population vieillissante (accroissement probable de la demande) ne constituent pas des éléments favorables à la pratique d'honoraires au tarif opposable
- Pour le secteur ambulatoire, la généralisation de l'accessibilité doit passer par un accord entre l'ARS et les représentants des professionnels concernés, éventuellement en concertation avec les représentants des usagers

POPULATION CONCERNÉE

Les usagers du système de santé et, plus particulièrement, ceux à faibles revenus

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé, notamment les spécialistes
- Les associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, local

INDICATEUR

Pourcentage des professionnels de santé en secteur 1 (tarifs opposables) par spécialité et par territoire

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°29 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS de SANTÉ

Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

- La grande majorité des établissements de santé est déjà aux normes concernant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap. De gros progrès ont également été faits avec l'augmentation des signalisations en braille. Par contre, très peu d'établissements sont équipés en signaux sonores pour les malvoyants.
- D'ici à 2015, l'ensemble des cabinets des professionnels de santé devront être accessibles aux personnes handicapées.
- Les nouveaux cabinets doivent d'ores et déjà se mettre aux normes avec les règles d'accessibilité, notamment à destination des personnes à mobilité réduite.
- L'organisation des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux, doit permettre à toute personne, quelque soit son handicap, de pouvoir accéder aux soins.
- Le numéro d'appel d'urgence (114) pour les sourds et malentendants est opérationnel.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Faciliter l'accessibilité dans les cabinets et les établissements de santé :

- application du droit commun, lorsque cela est possible
- mise en place de dispositifs adaptés, dans les autres cas : lieu spécifique, circuit court, équipement, communication, ...

- Pour la prévention et / ou les soins buccodentaires, instaurer un accompagnement, ainsi que des protocoles et une prise en charge spécifiques.
- Former les représentants des usagers qui participent aux différentes instances intervenant dans le domaine de l'accessibilité.
- Interfacer le système d'information des SAMU Centre 15 au 114.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Au niveau architectural, tous les cabinets des professionnels de santé de la région sont accessibles aux personnes en situation de handicap, dans le respect des conditions posées par le cadre législatif
- Des protocoles ont été mis en place pour permettre l'accessibilité à l'offre de soins des personnes en situation de handicap :
  - dans le cadre du droit commun lorsque cela est possible
  - ou par la mise en place de dispositifs adaptés dans les autres cas
- Les SAMU Centre 15 intégrent les données non vocales issues du 114.

LEVIERS

- loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation, modifiant le code de la construction et de l'habitation
- possibilité de s'appuyer sur le cahier des charges des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles pour intégrer l'accessibilité et porter les dispositifs adaptés
- contractualisation

POINT DE VIGILANCE

Coût des dispositifs

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé
- Les établissements de santé
- Les associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

INDICATEUR

Taux d'établissements de santé certifiés HAS-V 2010 présentant l'appréciation « oui » sur l'EA « L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.» (critère 16a)

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°30 :

Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

- Les soins dispensés aux détenus, ainsi que la lutte contre l'exclusion sociale, font partie des Missions de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique
- Pour les détenus :

- cette Mission de Service Public est couverte en nombre de centres dans la région : tous les centres pénitentiaires de la région disposent d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)
- en revanche, durant la détention, on constate des insuffisances dans l'accès aux soins (délais d'attente élevés) et des difficultés à la sortie (problème d'ouverture des droits à l'Assurance maladie, manque de préparation, …)

- Pour les exclus :

- cette Mission de Service Public est couverte en nombre de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans la région
- cependant, on constate fréquemment des besoins de soins, non pris en charge
- le circuit est généralement méconnu, et les aides (Aide Médicale d'État [AME], Couverture Maladie Universelle [CMU], Couverture Maladie Universelle Complémentaire [CMU-C], Aide à l'acquisition Complémentaire Santé [ACS], …) ne sont pas toujours sollicitées

- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :

- on constate que les médecins généralistes sont souvent démunis (insuffisance de la coordination de proximité avec le secteur psychiatrique, …)

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Pour les détenus :

- assurer les soins dans les conditions les plus proches du droit commun (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires [UCSA], Unité Hospitalière Spécialement Aménagée [UHSA], Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale [UHSI])

- Pour les exclus :

- les accompagner pour les amener vers une offre de soins
- s'assurer de la présence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), d'une antenne, ou d'un lien formalisé avec une PASS, dans chaque établissement de santé
- développer une coordination régionale des PASS pour mutualiser les expériences et faire appel aux compétences des PASS les plus importantes

- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :

- assurer une collaboration entre le médecin généraliste de ville et le Centre Médico-Psychologique (CMP)
- activer ou réactiver les conseils locaux de santé mentale

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- La continuité et la sécurité des soins sont assurées à tout patient détenu
- Il n'y a plus de rupture de prise en charge des soins à la sortie du milieu carcéral
- Chaque établissement de santé prend en charge les exclus par le biais d'une PASS, d'une antenne ou d'un lien avec une PASS
- La coordination régionale des PASS assure une cohérence dans les dispositifs proposés aux personnes exclues
- Des liens formalisés et opérationnels existent entre la médecine de ville et les CMP
- Les conseils locaux de santé mentale jouent pleinement leur rôle

LEVIERS

- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) dans sa partie concernant les Missions de Service Public
- S'appuyer sur les travaux des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), qui pourraient être diffusés pour reproduction éventuelle
- S'appuyer sur la PASS régionale

POINTS DE VIGILANCE

- Absence fréquente de droits ouverts aux prestations de l'Assurance maladie, à la sortie du milieu carcéral ou pendant les périodes d'aménagement de peine.
- Difficulté d'amener les exclus vers le système de soins. Difficulté de les orienter vers le premier recours plutôt que vers les services d'urgence.
- L'accès aux soins psychiatriques est difficile dans certains départements « sinistrés » en psychiatres (longs délais en pédo-psychiatrie par exemple)

POPULATION CONCERNÉE

Personnes éloignées du soin

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé
- L'Assurance Maladie
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

INDICATEUR

Nombre de personnes accueillies par les PASS

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°31 :

Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociétale, notamment en matière environnementale

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Les professionnels de santé ne sont pas plus sensibilisés aux enjeux du développement durable que l'ensemble de la population

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Veiller à la qualité environnementale des bâtiments :
  - garantir la qualité et la maintenance des réseaux d'eau et d'air intérieur, ainsi que celle du confort thermique
  - s'engager dans une politique de développement durable
- Mobiliser les établissements pour la mise aux normes de leurs locaux (accessibilité, amiante, bruit, …)
- Travailler avec les professionnels de santé sur la problématique des déchets, dans les cabinets libéraux et au domicile des patients
- Informer et responsabiliser les professionnels de santé sur les actions possibles en matière de développement durable
- Intégrer systématiquement un volet « environnement et développement durable » dans les projets d'établissement
- Promouvoir la responsabilité sociétale des professionnels de santé et des établissements sur :
  - l'emploi des travailleurs en situation de handicap
  - l'appui des seniors
  - toute logique de non discrimination au travail

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Les performances énergétiques des bâtiments des établissements et structures de santé se sont améliorées
- Les professionnels de santé ont amélioré leur sensibilité au développement durable
- Les projets d'établissement ont inclus un volet « environnement et développement durable »
- Des protocoles, relayés par des actions de communication, ont été mis en place pour développer les gestes éco-responsables

LEVIERS

- La nouvelle Stratégie Nationale de Développement Durable pour la période 2010-2013, adoptée le 27 juillet 2010 par le Comité Interministériel pour le Développement Durable
- La contractualisation (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles)
- Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE)

POINT DE VIGILANCE

La mise aux normes environnementales des bâtiments n'est guère envisageable que lors d'importants travaux de rénovation, nécessitant un financement important

POPULATION CONCERNÉE

L'ensemble de la population

ACTEURS CONCERNÉS

- Les professionnels de santé
- Les usagers
- Les directeurs d'établissements de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

INDICATEUR

Pourcentage des établissements de santé certifiés HAS V 2010 présentant une cotation A sur l'item 7e « Gestion des déchets »

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Cette partie est opposable dans sa totalité. Elle s'inscrit en cohérence avec les orientations stratégiques et l'ensemble des objectifs des trois schémas. Pour les activités soumises à autorisations, les objectifs d'organisation, les implantations et les indicateurs sont définis par activités des soins.

Trois grands principes devront être respectés par les titulaires des autorisations :

- les conditions techniques réglementaires de fonctionnement,
- les dynamiques de coopération avec le premier recours, les autres établissements de santé et le secteur Médico-social,
- la qualité des prestations et l'efficience, en lien avec la contractualisation.

Les autorisations seront accordées avec la préoccupation de garantir une répartition adaptée au sein des territoires de santé.

1 Médecine

La répartition des implantations de médecine semble équilibrée et ne fait pas apparaître de zones désertiques particulièrement critiques. La région des Pays de la Loire se positionne à un taux de 1,86 lits et places pour 1 000 habitants (moyenne pour la France en 2008 : 2,14 lits). La répartition des taux d'équipement (lits et places pour 100 000 habitants) est inégale d'un territoire de santé à l'autre : les taux les plus faibles sont situés dans les départements 85 et 44 (respectivement : 1,37 et 1,58), les plus élevés sont dans les départements 49 et 72 (respectivement : 2,07 et 2,01). Concernant le taux de recours en Pays de la Loire (nombre d'entrées en hospitalisation complète de médecine pour 100 000 habitants), le taux est inférieur à la moyenne nationale (83,06 pour 95,22).

Certains services de médecine sont amenés à fermer, notamment l'été. Dans ces établissements, l'enjeu sera d'assurer une capacité d'accueil suffisante pour répondre aux besoins, sur toute l'année, par une gestion rigoureuse des disponibilités en lits et une coordination avec les autres établissements.

Les centres hospitaliers anciennement dénommés Hôpitaux Locaux ou les ESPIC de proximité fournissent, aujourd'hui, à des degrés divers, des prestations de médecine, de SSR et de SLD, ainsi que des prestations Médico - Sociales. Ils devront poursuivre leur évolution pour renforcer leur rôle d'appui aux acteurs de santé de premier recours et à la filière organisée des soins hospitaliers. Ils devront veiller à la pertinence des admissions des patients en fonction des référentiels. Ils ont vocation par ailleurs à developer des prises en charge spécifiques en proximité (soins de fin de vie par exemple).

Les alternatives à l'Hospitalisation Complète, dont l'Hospitalisation à Temps Partiel, seront développées - dans une logique d'autorisation - dans les établissements autorisés en médecine. À ce titre les Centres Hospitaliers disposant d'une autorisation de médecine, devraient, également, disposer de places en Hospitalisation à Temps Partiel, notamment pour la réalisation de bilans gériatriques.

Actuellement, 26 établissements ont une autorisation d'activité de médecine, en Hospitalisation à Temps Partiel (sur 64 établissements autorisés en médecine, en hospitalisation complète). Il s'agit essentiellement des CHU, des Centres Hospitaliers, des CRLCC et des cliniques privées.

ORGANISER LA GRADUATION DES PRISES EN CHARGE :

En termes d'organisation, il y a lieu de distinguer :

- la médecine polyvalente et la médecine spécialisée,
- des niveaux de proximité, de recours, et de référence,
- des types de populations accueillies (pédiatrie et gériatrie),
- des structures mono et poly-spécialisées.

Les établissements s'inscriront dans une organisation graduée en trois niveaux :

- **un niveau de proximité**

Il concerne la médecine polyvalente et, possiblement, le court séjour gériatrique. Il repose sur des unités qui doivent tendre vers une taille minimale de 20 lits afin d'assurer un véritable projet en médecine avec une équipe dédiée.

- **Un niveau de recours**

Il concerne les structures prenant en charge des pathologies nécessitant une spécialisation des techniques médicales, des compétences multidisciplinaires et des plateaux techniques d'exploration.

- **Un niveau de référence ou d'expertise**

Il répond au besoin d'un degré élevé d'expertise, tant pour le dépistage, les explorations, le diagnostic, le traitement, que pour l'enseignement et la recherche. L'accès à un plateau technique spécialisé doit permettre la prise en charge de pathologies complexes, très spécifiques ou rares.

Un cahier des charges fixera, par niveau, les missions, les compétences requises en termes de spécialités, ainsi que leur masse critique, l'équipement minimal ou optimal du plateau technique, l'organisation à développer, les modalités de coordination, de collaboration et de mutualisation.

Les objectifs suivants seront poursuivis :

- Améliorer la qualité des soins au sein de chaque établissement,
- Améliorer la gestion des lits disponibles et centraliser l'information de cette disponibilité, pour garantir l'aval des urgences, en journée,
- Garantir la permanence et la continuité des soins des établissements de santé,
- Favoriser les activités programmées et les entrées directes dans les services de court séjour, afin d'éviter les attentes aux urgences,
- Préparer la sortie d'hospitalisation de médecine avec les structures de SSR, d'HAD, la médecine de ville et le secteur Médico - Social, y compris les SSIAD,
- Améliorer la disponibilité des plateaux techniques et programmer l'ensemble des explorations sur la durée du séjour, pour diminuer les DMS, voire prévenir les hospitalisations itératives,
- Organiser l'offre hospitalière d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en lien avec l'offre d'ETP du premier recours,
- Améliorer la coordination des parcours de soins entre les établissements,
- Renforcer et formaliser les liens de complémentarité et de coopération entre les établissements de santé autorisés en médecine, assurant différents niveaux de prises en charge (mutualisation d'équipes et de moyens, relais d'avis spécialisés, réseaux de télémédecine, partages de protocoles, plans de formation communs). La formalisation des relations devra se faire dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou dans le cadre de conventions avec les établissements.
- Le développement des prises en charge, sans hébergement hospitalier, doit être encouragé. L'hospitalisation À Domicile (HAD), qui représente une modalité, de proximité, de réponse au besoin de prise en charge hospitalière, doit être déployée. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional, avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé. Il n'y aura pas de nouvelle structure d'HAD autonome supplémentaire. Par contre, l'extension de l'aire géographique est possible.

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

La pédiatrie

En termes d'organisation, il y a lieu de distinguer :

- les implantations des structures de pédiatrie (services)
- les sites d'hospitalisation, autorisés en médecine et, pouvant accueillir des enfants. Il paraît indispensable d'identifier les établissements de médecine adultes, susceptibles de répondre à des besoins de prise en charge médicale pédiatrique (accès à des actes techniques, pathologies aiguës ou suivi de pathologies chroniques), notamment, lorsque les services de pédiatrie sont d'accès difficile ou imposent des temps de trajet excessifs.

La gériatrie

Afin de répondre aux besoins de court séjour, l'implantation de ces services se fera prioritairement dans les établissements disposant d'un service d'urgence.

INDICATEURS

- Taux d'évolution de la DMS, pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en HAD ou en SSR
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Les opérations de création et de transformation concerneront essentiellement :

- l'ajout d'une implantation de médecine sur l'agglomération du Mans
- un regroupement ou une conversion pour les établissements suivants :

En Loire Atlantique :

- l'ajout de trois implantations de médecine sur l'agglomération nantaise,
- Hôpital Local de Nozay,
- Hôpital Local Loire et Sillon (Savenay),
- Hôpital Intercommunal de la Presqu'ile (Guérande, le Croisic),
- Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire (Vertou, Le Loroux-Bottereau).
- Hôpital Intercommunal du Pays de Retz

(Paimboeuf/Pornic)

En Maine et Loire :

- Hôpital Local de Candé,
- Hôpital Local Lucien Boissin de Longue Jumelles,
- Hôpital de Saint Georges sur Loire, regroupement avec l'hôpital de Chalonnes sur Loire,

Le regroupement est encouragé pour les établissements de :

- Martigné Briand et Doué la Fontaine,
- Chaudron en Mauges et Beaupréau,

La réorganisation des sites est préconisée pour l'hôpital local du Baugeois et de la Vallée.

En Mayenne

- Hôpital Local de Villaines La Juhel.

IMPLANTATIONS

Le tableau, ci-dessous, présente les implantations actuelles et les cibles.

Elles sont comptées en dénombrant les différentes adresses d'implantation des établissements autorisés. Lorsque des établissements, gérés par des entités juridiques (EJ) différentes, ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation a été comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés, implantées en Pays de Loire, mais dont les EJ sont dans une autre région, sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations, l'activité s'effectuant sur une aire géographique.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation en raison de non-conformité à des conditions réglementaires, ou ne la justifierait plus à la suite de restructuration, transformation, regroupement, son activité de médecine sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Médecine	20	18
Maine et Loire	Médecine	20	17
Mayenne	Médecine	9	8
Sarthe	Médecine	9	10
Vendée	Médecine	10	10
Total Région	Médecine	68	63

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

2 Chirurgie

La région des Pays de la Loire compte 43 établissements disposant d'une autorisation de chirurgie, avec regroupement sur site géographique unique, pour bon nombre d'entre eux, par exemple :

- Regroupement privé / privé : Le Mans avec le Pôle Santé Sud ou Angers avec le Village Santé Angers Loire
- Regroupement public / privé avec partage d'activités entre la chirurgie et la gynécologie obstétrique : Châteaubriant, Les Sables, Fontenay le Comte, Saumur
- Regroupement entre un CHU et un CLCC à Angers.

La constitution de pôles public / privé, dans les villes moyennes, a permis de consolider l'offre de chirurgie de proximité.

En termes d'amélioration d'accès, de qualité et d'efficience des soins, les objectifs suivants seront poursuivis :

- Garantir la qualité / la sécurité des soins, avec des équipes de taille suffisante et un bon niveau d'activité, tout en maintenant le maillage actuel, satisfaisant en terme d'accessibilité
- En chirurgie maxillo-faciale et en stomatologie, l'accessibilité aux soins chirurgicaux doit être améliorée dans certains territoires de santé
- En chirurgie cardiaque, le délai d'attente entre le diagnostic et la prise en charge doit diminuer. Une évaluation à deux ans sera assurée.
- L'accessibilité aux soins chirurgicaux doit être garantie dans ses différentes spécialités et dans une logique de gradation des soins
- Le développement de la chirurgie ambulatoire
- La recommandation minimale d'activité pour une implantation de chirurgie est fixée au seuil de 1 500 séjours par an. Cette recommandation ne concerne pas les établissements pratiquant principalement une activité de cancérologie et les établissements ayant une activité de maternité.
- Permettre un accès direct aux plateaux techniques spécialisés en chirurgie de la main, notamment en urgence et en lien avec le réseau des urgences.

INDICATEURS

- Nombre d'implantations dont le niveau annuel d'activité est inférieur à 1 500 séjours chirurgicaux
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Taux de chirurgie ambulatoire
- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)
- Taux de patients retournant directement au domicile, après une intervention de chirurgie orthopédique programmée.

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de chirurgie pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

Dans le territoire de santé de Loire-Atlantique, la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire regroupera le Centre Hospitalier et les établissements mutualistes de Saint-Nazaire.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ et établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Chirurgie	15	15
Maine et Loire	Chirurgie	7	7
Mayenne	Chirurgie	4	4
Sarthe	Chirurgie	5	5
Vendée	Chirurgie	6	6
Total Région	Chirurgie	37	37

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

3 Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation

La répartition actuelle des maternités et des services de néonatalogie, sur le territoire régional, sont le reflet des évolutions apportées au fil des SROS précédents. Cette répartition et ce maillage par vingt-quatre maternités, dix services de soins de néonatalogie et trois services de réanimation néonatale, sont adéquats au regard des besoins. S'y ajoute une activité de HAD en Vendée et Maine et Loire.

Le respect des normes techniques de fonctionnement est, cependant, en tension en raison d'une tendance à la concentration des ressources humaines spécialisées dans les grands centres, en particulier pour la pédiatrie. Le maintien du maillage passe par la mutualisation des équipes et la coopération entre les établissements.

L'accessibilité à la planification familiale et à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un enjeu fort. La disponibilité pérenne et la qualité de l'offre d'IVG passent par l'intégration de l'IVG dans les activités des services de gynécologie obstétrique des établissements publics.

Le réseau régional de périnatalité -Réseau Sécurité Naissance- est un atout pour soutenir l'amélioration de la qualité, la promotion des bonnes pratiques, l'adéquation des orientations et pour développer les outils pour la coopération et la coordination des services.

PÉRINATALITÉ, INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Pour garantir l'accès, la qualité et l'efficience des soins, les principes suivants seront suivis :

- Le maintien du maillage, le respect de la gradation des soins, une bonne organisation des transferts, pour garantir un bon accès aux soins et réduire la saturation des maternités avec activité de réanimation néonatale.
- La création d'équipes de territoire, de taille suffisante, constituées, notamment, de pédiatres, sera encouragée afin d'assurer la continuité et la permanence des soins au sein de chaque maternité et service de néonatalogie.
- Le réseau régional de périnatalité doit poursuivre ses missions de coordination des acteurs et d'évaluation des organisations et de la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique.
- Pour les établissements pratiquant la gynécologie obstétrique , la réalisation des IVG sera assurée par tous les établissements publics ainsi que par les établissements privés qui le souhaitent. Les articulations, entre les établissements pratiquant les IVG, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et, les professionnels de santé libéraux, seront renforcées.
- Le dépistage précoce, chez les nouveaunés présentant un risque de handicap, la continuité des prises en charge et l'accompagnement des parents, devront être soutenus. Les Centres d'Action Médico - Sociale Précoce (CAMSP) devront bénéficier des moyens adaptés pour développer l'approche diagnostic, en articulation avec les unités de néonatalogie, les services de pédiatrie, les pédiatres et les généralistes libéraux, les services de PMI, de pédopsychiatrie et le réseau « Grandir ensemble ».
- L'hospitalisation à Domicile (HAD) représente une modalité de réponse au besoin de prise en charge hospitalière qui pourra être déployée pour les grossesses pathologiques ou à haut risque. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé. Il n'y aura pas de nouvelle structure d'HAD autonome supplémentaire. Par contre, l'extension de l'aire géographique est possible.

INDICATEURS

- Nombre de nouveau-nés transférés en réanimation néonatale
- Taux de césariennes par maternité et par territoire de santé
- Nombre d'établissements pratiquant des IVG et pourcentage des IVG médicamenteuses

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement dans la répartition des maternités, développement de l'HAD.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations, l'activité s'effectuant sur une aire géographique.

IMPLANTATIONS

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	7	7
Maine et Loire	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	5	5

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Mayenne	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	1	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	0	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total	3	3
Sarthe	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	3	3
Vendée	Gynécologie obstétrique	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total	5	5
Total Région		23	23

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

L'activité d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) concerne des couples en âge de procréer, qui doivent avoir recours à des équipes et des techniques spécialisées pour initier et développer une grossesse. Ce parcours, souvent long et difficile, se réalise dans un délai médian de 5 ans (début de recherche d'une grossesse, à la naissance d'un enfant par FIV).

Les chances de mettre un enfant au monde, avec cette technique, sont évaluées à 23 % des cycles engagés, pour 60 % des couples engagés dans la démarche.

En 2008, 20 136 enfants sont nés à la suite d'une AMP, dont 63 % effectuées par une ICSI (micro injection de spermatozoïdes). Cela représente 2,4 % des naissances en France.

>>>

>>>

Cette activité est cadrée par des normes juridiques, en particulier, l'âge civil de la mère fixé à moins de 43 ans, l'hétérosexualité et l'intra conjugalité de la procréation, l'établissement d'une filiation génétique.

La France, comparée aux autres pays européens, pour lesquels il existe un recensement exhaustif (Danemark, Allemagne, Royaume-Uni), se situe dans la moyenne, en matière d'accès aux soins et de résultats. Ces données générales peuvent cependant masquer des données plus hétérogènes en régions.

Les activités de prélèvement et de conservation des gamètes sont soumises à autorisation de même que les activités de fécondation in vitro et de transfert d'embryon :

Les autorisations concernent des activités cliniques et des activités biologiques

1. Les activités cliniques :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;

2. Les activités biologiques :

- Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ;
- Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
- Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L. 2141-11 ;
- Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Dans la région Pays de la Loire, l'assistance médicale à la procréation proposant la fécondation in vitro est réalisée dans trois territoires de santé : En Loire atlantique dans 4 sites nantais, en Maine et Loire dans un site à Angers, en Sarthe dans un site au Mans. Par ailleurs la préparation et conservation du sperme est réalisée par un laboratoire au moins dans chaque territoire de santé.

Un enjeu important pour l'Assistance médicale à la procréation est de concilier d'une part des exigences de qualité qui nécessite un volume d'activité suffisant et un système de management de la qualité très performant. Et d'autre part une disponibilité et une accessibilité adéquate en raison des contraintes du parcours d'AMP avec la contrainte des injections quotidiennes.

Pour répondre à cet enjeu, il est essentiel d'assurer une bonne coordination entre les professionnels qui accompagne les femmes dans leur parcours en proximité et ceux qui réalisent les activités à haut niveau de technicité comme la fécondation in vitro. L'enjeu est d'éviter des renoncements en cours de parcours et d'assurer une qualité de prise en charge pour tous les couples.

OBJECTIFS

Conforter l'offre d'AMP existante dans la région pour en assurer la qualité.

Assurer une articulation entre la prise en charge de proximité et la prise en charge très spécialisée qui met en œuvre les fécondations in vitro dans une logique de réseau afin d'accompagner les couples et d'éviter les renoncements.

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

INDICATEURS

Le taux de recours aux activités cliniques d'AMP (des femmes en âge de procréer)

Le nombre de couples qui quittent le système avant la quatrième tentative (sans enfant)

Le nombre de couples qui vont au-delà de quatre tentatives (avec le nombre de tentatives)

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Ajout d'une activité de fécondation in vitro (FIV) biologique et clinique ainsi qu'une activité de conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux pour que le territoire de santé de la Vendée dispose d'une offre complète en AMP

IMPLANTATIONS

AMP clinique

AMP Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

AMP Transfert d'embryons en vue de leur implantation	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

AMP Prélèvement de spermatozoïdes	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	4	5

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

AMP Biologique

AMP Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	5	5
Maine et Loire	4	4
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1
Total	12	12

AMP Fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

AMP Recueil et traitement du sperme en vue de dons	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	1	1

AMP Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux art L2141-11	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		1
Vendée		1
Total	2	4

AMP Conservation des embryons en vue d'un projet parental	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

4 Psychiatrie

La demande de soins en santé mentale est en progression constante comme en témoigne l'accroissement de 4 % de l'activité ambulatoire des secteurs de psychiatrie entre 2008 et 2009. Le développement souhaité des modes de prise en charge, dits alternatifs à l'hospitalisation complète, ne doit pas masquer la situation de saturation des lits constatée dans les services et établissements de psychiatrie, notamment par déficit de solutions d'aval. Si la prise en charge des urgences psychiatriques est un enjeu fort pour l'entourage des patients, la prévention des situations de crise est une priorité. Les enjeux d'articulation entre les médecins généralistes et les psychiatres hospitaliers, dont il convient de souligner le déficit démographique, sont particulièrement forts.

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est une Mission de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Les établissements spécialisés en psychiatrie et les services de psychiatrie en centres hospitaliers assurent cette mission et la couverture de cette mission est assurée sur l'ensemble du territoire. Toutefois, l'impact de la mise en œuvre de la récente loi sur les soins sans consentement sera à évaluer.

LES OBJECTIFS SONT LES SUIVANTS :

- La prise en charge des urgences psychiatriques doit reposer sur des filières territoriales organisées, lisibles, avec une orientation protocolisée des patients. Il convient également de développer les organisations pour les demandes de soins non programmés
- Les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social doivent être renforcées. Ces articulations concerneront notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles. Le développement des équipes mobiles, si besoin, intersectorielles, devra faciliter le décloisonnement en intervenant auprès des structures médico-sociales et hospitalières non psychiatriques. Une attention particulière sera portée sur l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux.
- Le développement des prises en charge sans hébergement hospitalier doit être poursuivi, sans toutefois réduire les capacités d'hospitalisation complète. À ce titre, les projets expérimentaux de prises en charge à domicile seront évalués sur un ou deux territoires de santé.
- Il n'y aura pas de structure de psychiatrie autonome supplémentaire. Par contre, de nouvelles modalités de prise en charge sont envisagées.
- Une réponse adaptée doit être apportée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de troubles envahissants du développement, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires. L'approche inter-sectorielle pour les prises en charge spécialisées et pour la prise en charge et la prévention des crises au domicile sera favorisée.
- Mise en place d'équipes mobiles d'intervention en urgence.

INDICATEURS

- Nombre de patients hospitalisés à temps complet, depuis plus d'un an, par territoire de santé
- Évolution du taux d'hospitalisation sans consentement, par territoire de santé

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pour un maillage régional équilibré, dans les départements qui ne disposent pas de l'ensemble de ces offres de soins, prévoir la création d'activité de psychiatrie, en hospitalisation partielle, de jour et de nuit, en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique, que ce soit en secteur infanto-juvénile ou adulte.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Dénombrement des activités actuelles sur la base des autorisations détenues par les entités juridiques.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	2	3
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	4	4
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	6	6
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	7	7
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	4	4
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	2	3
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	2	2

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Maine et Loire	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	5	5
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1
Mayenne	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	2	3
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	4	4
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	2	3
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	0	0

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

>>>

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Sarthe	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en postcure	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour par substitution d'hospitalisation complète	1	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	1	2
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1
Vendée	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	2	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

5 Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Les travaux d'organisation des soins en SSR jusqu'en 2008 avaient le triple objectif d'atteindre une équité d'équipement dans les territoires de recours, de moderniser l'organisation de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) - regroupement des plateaux techniques, rapprochement géographique des prescripteurs de court séjour - et d'effectuer des renforts ciblés en personnels, dans les structures de SSR, pour atteindre un minimum recommandé.

Les décrets d'avril 2008 ont conduit à la définition de bornes basse et haute pour exprimer l'encadrement adapté en SSR - polyvalents et spécialisés - dans la région, à partir des ressources existantes. Une restructuration des soins de suite pour enfants a déjà eu lieu.

Les centres hospitaliers anciennement dénommés Hôpitaux Locaux ou les ESPIC de proximité fournissent, aujourd'hui, à des degrés divers, des prestations de médecine, de SSR et de SLD, ainsi que des prestations Médico - Sociales. Ils devront poursuivre leur évolution pour renforcer leur rôle d'appui aux acteurs de santé de premier recours et à la filière organisée des soins hospitaliers. Ils devront veiller à la pertinence des admissions des patients en fonction des référentiels. Ils ont vocation par ailleurs à developer des prises en charge spécifiques en proximité (soins de fin de vie par exemple).

OBJECTIFS

Le recours des personnes aux structures de SSR doit encore évoluer et s'améliorer pour s'inscrire dans une dimension transversale avec l'ambulatoire, le médico-social et le social.

Il s'agira :

- d'améliorer le juste recours aux structures de SSR, tout en encourageant les admissions directes par les professionnels du premier recours
- de tendre vers une taille minimale de 30 lits afin d'assurer un véritable projet en SSR.
- de poursuivre le développement de l'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP), par redéploiement de moyens.
- de déployer les dispositifs d'orientation, en s'appuyant sur l'outil Trajectoire en établissements de santé
- de développer les prises en charge sans hébergement hospitalier. L'hospitalisation à Domicile (HAD) représente une modalité de réponse au besoin de prise en charge hospitalière qui devra être déployée. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional avec une offre d'HAD dans chaque territoire. Il n'y aura pas de nouvelle structure d'HAD autonome supplémentaire. Par contre, l'extension de l'aire géographique est possible.
- de poursuivre la mise en œuvre des SSR spécialisés à temps partiel ou à temps complet :

INDICATEURS

Les indicateurs porteront sur les résultats des trois années précédentes

- Pourcentage des séjours de chirurgie orthopédique programmée suivis, dans les 30 jours, d'une prise en charge en SSR
- Part des entrées directes (en provenance du domicile)
- Évolution du nombre de prises en charges en HTP
- Proportion des patients pris en charge en HTP quatre ou cinq fois par semaine (en SSR spécialisé)

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Les opérations de créations et de transformations concerneront essentiellement les établissements suivants par regroupement ou conversion.

En Loire-Atlantique

- Réorganisation au sein de l'hôpital intercommunal de la presqu'île (Guérande - Le Croisic)
- Regroupement Tourmaline Maubreuil sur un seul site (Saint Herblain)
- Regroupement sur un seul site à Saint Nazaire des activités SSR de PenBron (La Turballe) et des Océanides (Pornichet)

En Maine et Loire

Le regroupement est encouragé pour les établissements de :

- Martigné Briand et de Doué La Fontaine
- Chaudron en Mauges et Beaupréau

La réorganisation des sites est préconisée pour l'hôpital local du Baugeois et de la Vallée

En Vendée

- Répartition d'activité entre l'hôpital de Noirmoutier et le CH Loire Vendée Océan (La Guérinière)

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

En Mayenne

Création d'une implantation supplémentaire de SSR.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations, l'activité s'effectuant sur une aire géographique.

Soins de suite (à l'exclusion des soins de suite spécialisés)

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Soins de suite	25	24
Maine et Loire		24	24
Mayenne		8	9
Sarthe		14	14
Vendée		15	15

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Soins de suite spécialisés

		Implantations actuelles*			Implantations cibles		
Territoire de santé	Orientation	Adultes	Juvéniles	Enfants	Adultes	Juvéniles	Enfants
Loire-Atlantique	Appareil locomoteur	7	3	1	5	3	1
	Système nerveux	6	3	1	5	3	1
	Cardiovasculaire	6			5		
	Maladies respiratoires	2	1	1	3	1	1
	Système digestif et métabolique	1	1	1	3	1	1
	Onco hématologie		1	1	1	1	1
	Conduites addictives	1			2		
	Personne âgée polypathologique	3			3		
Maine et Loire	Appareil locomoteur	2	1	1	3	1	1
	Système nerveux	3	1	1	3	1	1
	Cardiovasculaire	3			4		
	Maladies respiratoires	1	1	1	2	1	1
	Système digestif et métabolique	1			3	1	1
	Onco hématologie	1			1	1	1
	Conduites addictives	4			4		
	Personne âgée polypathologique	3			3		
	Brûlés				1	1	
Mayenne	Appareil locomoteur	1			1		
	Système nerveux	1			1		
	Cardiovasculaire	3			3		
	Maladies respiratoires				1		
	Système digestif et métabolique	1			1		
	Onco hématologie						
	Conduites addictives	1			1		
	Personne âgée polypathologique	1			1		
Sarthe	Appareil locomoteur	3	1	1	3	1	1
	Système nerveux	3	1	1	3	1	1
	Cardiovasculaire	2			3		
	Maladies respiratoires	1			1		
	Système digestif et métabolique	2			2	1	1
	Onco hématologie	1			1		
	Conduites addictives	2	0	0	3	1	1
	Personne âgée polypathologique	1			1		
Vendée	Appareil locomoteur	3			3	1	1
	Système nerveux	3			3	1	1
	Cardiovasculaire	1			2		
	Maladies respiratoires	1			1		
	Système digestif et métabolique	1			1		
	Onco hématologie						
	Conduites addictives	2			2		
	Personne âgée polypathologique	2			2		

6 ■ Soins de Longue Durée (SLD)

Ces dernières années, le nombre d'implantations des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) a été redéfini et un certain nombre d'USLD a été entièrement transféré dans le secteur médico-social.

Dès lors, les axes de développement porteront sur les principes suivants :

- Le respect du maillage des territoires (villes moyennes / grandes villes)
- L'identification d'unités viables sur la base de 30 lits (opérations de regroupement à mener)

L'objectif poursuivi est de clarifier la mission des Unités de Soins de Longue Durée :

En ce qui concerne le fonctionnement, conformément à la circulaire DHOS du 10 mai 2007, il est recommandé :

- que la capacité minimale d'une USLD soit de 30 lits
- que la coordination soit assurée par un gériatre et que l'équipe soit formée à la gériatrie
- qu'un projet individualisé soit établi pour toutes les prises en charge
- qu'une IDE et une aide soignante soient présentes 24 h /24
- que la permanence des soins médicaux soit organisée.

INDICATEURS

Taux de SMTI constatés en USLD dans le cadre des coupes PATHOS

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées. Une possiblilité reste ouverte pour envisager une évolution d'implantation cible en USLD de la Vendée au profit du Maine et Loire.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Soins de longue durée	14	14
Maine et Loire	Soins de longue durée	6	7
Mayenne	Soins de longue durée	4	4
Sarthe	Soins de longue durée	7	7
Vendée	Soins de longue durée	9	8
Total Région	Soins de longue durée	40	40

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

7 Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

L'état des lieux réalisé dans le schéma précédent a montré une bonne adéquation de l'offre à la demande.

OBJECTIFS

Constituer un maillage pertinent pour le territoire régional

Maintenir l'activité de traitement des cardiopathies de l'enfant par voie endovasculaire sur un seul centre.

Garantir les critères de qualité pour les centres d'angioplastie coronaire

- dans les centres formateurs d'angioplastie : un seuil d'activité d'au moins 600 angioplasties par an,
- dans les autres centres : un seuil d'activité d'au moins 350 angioplasties par site
- une astreinte d'angioplastie reposant sur au moins 3 opérateurs
- la mise en place d'un contrôle de qualité

Participer au registre régional des syndromes coronariens aigus ST+ pour tous les centres d'angioplastie coronaire.

Inscrire la cardiologie interventionnelle dans une filière de soins

Les plateaux, qui disposent de l'angioplastie coronaire, doivent être accessibles, en permanence par entrée directe ou par transfert. La prise en charge d'aval doit être organisée et il est préconisé que les établissements, titulaires d'une autorisation d'angioplastie coronaire, définissent les conditions d'un partenariat avec une structure de réadaptation cardiaque, lorsqu'ils ne disposent pas eux-mêmes de ce type d'activité.

Se doter de moyens matériels adaptés

La configuration doit permettre d'exercer cette activité dans des salles dédiées et il est recommandé qu'elles soient à proximité des salles d'intervention chirurgicale classiques. Les salles d'imagerie numérisée et d'angiographie numérisée, qui ne sont pas à proximité d'un plateau technique chirurgical, disposent d'une salle de surveillance post-interventionnelle, située à proximité de la salle d'intervention.

Poursuivre les adaptations dans l'organisation des équipes médicales

L'évolution des techniques, d'une part, et la fragilité démographique en cardiologues, d'autre part, doivent nécessairement conduire à un décloisonnement entre les équipes médicales.

L'activité interventionnelle doit s'intégrer dans une approche collégiale. Les centres, amenés à faire de la rythmologie interventionnelle sur un type d'acte précis, doivent exercer leur activité dans un partenariat étroit avec un centre de référence, dans le cadre d'une convention.

Une mutualisation des moyens est à rechercher, pour constituer des équipes en nombre suffisant. Les plateaux techniques sont ouverts à des intervenants extérieurs notamment libéraux.

Le développement de la télémédecine est encouragé.

INDICATEURS

- Nombre d'angioplasties coronaires par implantation
- Nombre d'actes de rythmologie interventionnelle
- Nombre d'interventions pour cardiopathies de l'enfant

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles***	Implantations cibles
Région	Cardiopathies de l'enfant	2	2
Loire-Atlantique	Rythmologie interventionnelle*	3 dont une limitée aux actes de traitement du flutter**	3 dont une limitée aux actes de traitement du flutter**
	Cardiopathies de l'enfant : ré-interventions à l'âge adulte	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	3	3
Maine et Loire	Rythmologie interventionnelle*	2	2
	Cardiopathies de l'enfant : ré-interventions à l'âge adulte	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Mayenne	Rythmologie interventionnelle*	0	1 limitée aux actes de traitement du flutter**
	Autres cardiopathies de l'adulte	1	1
Sarthe	Rythmologie interventionnelle*	2	2
	Autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Vendée	Rythmologie interventionnelle*	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	1	1

(*) Cette activité comprend les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.

(**) L'autorisation de rythmologie est destinée à permettre la réalisation d'ablations de flutter ; en conséquence, l'activité de rythmologie relevant d'une autorisation se fera en lien avec un centre référent (dont l'autorisation comporte l'ensemble des actes de rythmologie interventionnelle).

(***) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

8 ■ Médecine d'urgence

Pour l'activité du SAMU centre 15, le SROS III, révisé pour tenir compte des décrets du 22 mai 2006, constatait une augmentation de 52 % des appels entre 2001 et 2004. Une augmentation de 14 % du nombre de dossiers de régulation médicale a par ailleurs été constatée entre 2006 et 2010. L'activité des services d'urgences est aussi en majoration constante et tout particulièrement dans les structures de recours et pour les urgences pédiatriques.

Il convient d'ajouter à ces éléments de constat, ceux fournis par le rapport « Mardegan » sur la nécessaire modernisation des SAMU (6 juillet 2010).

Les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Ces missions sont d'ores et déjà assurées sur l'ensemble du territoire régional.

La principale difficulté réside dans l'adaptation des ressources humaines à la fluctuation du niveau d'activité. Une des solutions pourrait passer par l'amélioration des systèmes d'information et de télécommunication des SAMU avec une meilleure interopérabilité. Ceci pourrait en effet faciliter la mutualisation entre Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA).

Un certain nombre de questions sont soulevées : l'opportunité de la conservation de toutes les structures d'urgences et de SMUR ; l'opportunité de faire fonctionner les 5 CRRA 24 h/ 24 ; l'organisation des structures, pour répondre à l'afflux estival, sur les côtes de Loire Atlantique et de Vendée.

OBJECTIFS

- Conserver l'organisation de la gestion des appels reposant sur un SAMU par département et encourager le développement des coopérations inter-SAMU
- Centraliser la régulation régionale des transports héliportés sur le SAMU 44. Le renfort de l'HELI-SMUR, par un second appareil, sera étudié en même temps que l'actualisation du maillage territorial des SMUR terrestres. Des coopérations avec les régions voisines seront recherchées.
- Organiser la réponse du SMUR Pédiatrique sur deux sites (Nantes et Angers).
- Conduire une réflexion approfondie en vue d'adapter le nombre de structures des urgences et de SMUR à l'activité et prendre en compte les besoins liés aux variations saisonnières. Ceci amènera à mutualiser l'activité des CRRA, à optimiser le nombre des implantations de SMUR terrestres et, parallèlement, le nombre de SMUR saisonniers, ainsi que l'activité de l'HELI-SMUR. Et ce, à moyens constants.
- Concernant la structure des urgences : nécessité d'implantations principales d'urgence, fonctionnant 7 jours sur 7 et d'implantations secondaires, rattachées à une implantation principale, ayant une activité uniquement saisonnière.
- Organiser l'accès direct à des plateaux techniques adéquats notamment lorsque le pronostic vital ou fonctionnel est engagé (infarctus, AVC). C'est également le cas concernant les urgences qui relèvent du centre de la main.

Il conviendra par ailleurs de veiller la cohérence entre les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) établis par les préfets de département et le présent schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par le directeur de l'agence régionale de santé.

INDICATEURS

Nombre de passages pour 100 000 habitants

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Concernant les structures des urgences :

- CH Vendée : évolution de l'organisation de la réponse aux soins non programmés sur les territoires couverts par l'hôpital (Roche sur Yon, Montaigu et Luçon) dans une logique d'équipes multi-sites. Cette organisation sera articulée avec la permanence des soins ambulatoires, l'offre de santé de premier recours, l'offre hospitalière de chacun des sites et le développement de consultations avancées spécialisées.
- Réorganisation de la réponse aux urgences sur le site de Laval dans le cadre d'un GCS de moyens (au plus tard fin 2012) avec accueil du public sur un seul site (24 h /24) et avec une équipe mutualisée.

Concernant les SMUR :

Une implantation d'une antenne SMUR est ajoutée dans le territoire de santé de Loire Atlantique afin de couvrir le bassin de population d'Ancenis.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	1
	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Maine et Loire	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	4	4
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Mayenne	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	4	3
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
Sarthe	SAMU	1	1
	SMUR	2	2
	Antenne SMUR	1	1
	Structure des urgences	7	7
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Vendée	SAMU	1	1
	SMUR	4	4
	Antenne SMUR	2	2
	Structure des urgences	7	7
	Structure des urgences pédiatriques	0	0

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

9 Réanimation

Pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficience des soins, les objectifs poursuivis sont les suivants :

- L'objectif d'amélioration de l'accessibilité à la réanimation, pour la région, nécessite un ajustement des capacités des sites existants, notamment dans les structures autorisées pour les activités spécialisées relevant du SIOS.
- L'inter-région Ouest a pour objectif la création d'un réseau de réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée, afin de gérer au mieux l'orientation des patients, par une régulation interrégionale des transports pédiatriques, de favoriser des projets de recherche multicentriques, de mettre en place des staffs à l'échelle de chaque région et à l'échelle de l'inter-région, de proposer des formations destinées aux médecins et au personnel paramédical. Cette organisation doit permettre la reconnaissance de compétences spécifiques dans la région : les pathologies neurologiques à Angers, les pathologies cardiaques et la réanimation des grands brûlés à Nantes.
- Le maintien d'une activité de réanimation pédiatrique rattachée à la réanimation néonatale, dans les sites bénéficiant d'un service de chirurgie et de médecine pédiatriques, est préconisé.
- Un maillage territorial pour la prise en charge des patients nécessitant une Assistance Respiratoire ExtraCorporelle (AREC), en lien avec la couverture des Unités Mobiles d'Assistance Circulatoire (UMAC), sera défini pour garantir l'accessibilité à ce type de soins sur l'ensemble de la région.

INDICATEURS

Pour la réanimation :

- Taux d'occupation
- Taux de recours / Taux de refus
- DMS
- Part des IGS2

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Réanimation	3	3
	Réanimation pédiatrique spécialisée	1	1
Maine et Loire	Réanimation	2	2
	Réanimation pédiatrique	1	1
Mayenne	Réanimation	1	1
Sarthe	Réanimation	1	1
	Réanimation pédiatrique	1	1
Vendée	Réanimation	1	1

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

10 Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

Les axes de développement porteront sur l'offre de trois niveaux, dans chaque territoire de santé :

- Une prise en charge à domicile : hémodialyse et dialyse péritonéale, avec une couverture de l'ensemble de la région
- Une prise en charge « hors centre » : Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) et centres d'auto-dialyse, selon une organisation de proximité (au moins une structure, par territoire de santé)
- Une prise en charge en centre d'hémodialyse

Les orientations sont les suivantes :

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC
- Mobiliser les médecins généralistes sur l'enjeu du dépistage
- Favoriser l'accès aux consultations de néphrologie
- Développer des stratégies de traitement efficientes
- Renforcer la prise en charge précoce de l'IRC
- Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale
- Développer la dialyse hors centre
- Soutenir la transplantation rénale
- Agir sur les leviers de lutte contre la pénurie d'organes
- Organiser le suivi des greffés
- Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficiente possible
- Favoriser la prise en charge de proximité
- Déployer le recours à la télémédecine

INDICATEURS

- Taux de prise en charge en dialyse hors centre
- Taux de prise en charge en Dialyse Péritonéale (DP)
- Ratio : nombre de greffes sur nombre de patients dialysés

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

- Conservation du même nombre de centres d'hémodialyse en dehors de la dialyse pour enfants dont l'activité sera centralisée sur Nantes
- Développement des UDM au bénéfice de structures hors centre de dialyse avec apport de la télémédecine pour assurer la qualité et la sécurité des soins.
- Rapprochement des nouvelles UDM et des unités d'auto-dialyse

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Centre d'hémodialyse pour enfants

Territoires de santé	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	0

Centre d'hémodialyse

Territoires de santé	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	4	4
Mayenne	1	1
Sarthe	2	2
Vendée	2*	2*

*** 1 des 2 centres a une activité saisonnière en plus de son activité permanente**

Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)

Territoires de santé	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	6
Maine et Loire	4	5
Mayenne	1	3
Sarthe	2	5
Vendée	1	5

(**) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

Unité d'Auto-Dialyse (UAD)

Territoires de santé	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	7	7
Maine et Loire	5	4
Mayenne	1	2
Sarthe	4	4
Vendée	7*	7*

*** 1 des unités a une activité saisonnière en plus de son activité permanente**

Hémodialyse à domicile

Territoires de santé	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	2	2
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1

Dialyse péritonéale à domicile

Territoires de santé	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	2	2
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1

(**) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

11 Traitement du cancer

Le cancer reste la première cause de mortalité en France. Pour autant, si le nombre de cancers et le nombre de décès par cancer a augmenté entre 1980 et 2005, le risque de décéder d'un cancer a lui diminué. Les progrès dans les thérapeutiques en sont à l'origine mais le système de santé et la société doivent s'adapter à ces parcours souvent très longs.

La prise en charge du cancer concerne plusieurs modalités de traitement, toutes soumises à autorisation : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, chimiothérapie.

La chimiothérapie est une activité en progression constante, principalement en hospitalisation à temps partiel et 9 établissements concentrent 89 % de cette activité.

La radiothérapie connaît une croissance régulière, évaluée à 2 % par an, et concerne plus d'un patient sur deux atteint d'un cancer : les appareils et techniques de radiothérapie évoluent dans le sens d'une plus grande efficacité et d'un plus grand respect des tissus sains, donc bénéficient d'un meilleur rapport efficacité/tolérance.

Les objectifs sont les suivants :

- L'accès aux soins en cancérologie doit être garanti dans chaque territoire de santé
- L'accès aux soins de chimiothérapie doit être amélioré en proximité, uniquement pour la réalisation de chimiothérapies prescrites par un centre autorisé. Ceci nécessite le développement :
  - de sites associés,
  - de la prise en charge en HAD des patients atteints de cancer
  - de la chimiothérapie en ambulatoire.
  - l'accès aux soins complexes, hyper spécialisés et innovants, doit être favorisé et organisé dans le cadre d'une organisation régionale unique, fédérée autour des deux CHU et de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).
- La conjugaison des impératifs de prise en charge en proximité et de qualité de prise en charge, pour les enfants, doit reposer sur une organisation graduée des plateaux techniques de cancérologie pédiatrique, à l'échelle de l'interrégion ouest, ainsi que sur une organisation régionale pour l'accès aux soins de support, y compris ceux effectués au domicile.
- L'accès à des soins adaptés, pour les personnes âgées atteintes de cancer, doit être amélioré. Le pilotage des projets d'onco-gériatrie et la diffusion d'une culture onco-gériatrique par une Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG), seront favorisés dès sa labellisation par l'INCa.
- Le SROS PRS, pour l'imagerie médicale, prendra en compte l'accroissement des besoins en Equipement Matériels Lourds (EML) pour la cancérologie, avec les appareils d'IRM au premier chef.

INDICATEURS

- Part des séjours de médecine en cancérologie en Hospitalisation de Jour
- Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs
- Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

- Réorganisation de la réponse aux activités de chimiothérapie sur un seul site à Laval dans le cadre d'un GCS de moyens (au plus tard fin 2012), avec accueil du public sur un seul site et avec une équipe mutualisée.
- Regroupement de l'activité de chimiothérapie sur un seul site à l'ouverture de la Cité sanitaire à Saint-Nazaire
- Création d'une activité de chirurgie des cancers ORL dans le territoire du Maine et Loire
- Création d'une activité de chirurgie des cancers ORL dans le territoire de la Mayenne
- Ajout d'un site d'implantation de chirurgie thoracique des cancers dans l'agglomération du Mans

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de traitement du cancer pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activités	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Chimiothérapie	7	7
	Radiothérapie externe	3	3
	Curiethérapie	2	2
	Radioéléments en source non scellée	3 (dont 1 uniquement en ambulatoire)	3 (dont 1 uniquement en ambulatoire)
	Chirurgie des cancers	Digestif : 8* Sein : 9* Gynécologie : 8* Urologie : 8 Thoracique : 5 ORL : 7 1 site non spécialisé	Digestif : 8 Sein : 9 Gynécologie : 8 Urologie : 8 Thoracique : 5 ORL : 7 1 site non spécialisé

(*) incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.
(**) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activités	Implantations actuelles**	Implantations cibles
Maine et Loire	Chimiothérapie	5	5
	Radiothérapie externe	1	1
	Curiethérapie	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 7 Sein : 6 Gynécologie : 5 Urologie : 4 Thoracique : 4 ORL : 3	Digestif : 7 Sein : 6 Gynécologie : 5 Urologie : 4 Thoracique : 4 ORL : 4
Mayenne	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 4 Sein : 1 Gynécologie : 1 Urologie : 2 Thoracique : 1 ORL : 0	Digestif : 4 Sein : 1 Gynécologie : 1 Urologie : 2 Thoracique : 1 ORL : 1
Sarthe	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 4 Sein : 2 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 2 ORL : 3	Digestif : 4 Sein : 2 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 3 ORL : 3
Vendée	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 5 Sein : 4 Gynécologie : 3 Urologie : 3 Thoracique : 0 ORL : 2	Digestif : 5 Sein : 4 Gynécologie : 3 Urologie : 3 Thoracique : 0 ORL : 2

(*) incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.

(**) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

12 Diagnostic prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Le rôle important – et sans doute amené à se développer – de la génétique dans les activités de diagnostic prénatal comme postnatal amène à présenter ensemble, dans le présent schéma, les activités de diagnostic prénatal et les activités d'examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

L'introduction de cette dernière activité dans un SROS, inédite, amène à une réflexion globale sur l'offre en génétique en région Pays de Loire. Il convient toutefois de garder à l'esprit que la spécialisation de ce domaine, pour la recherche des affections rares, implique une approche à un niveau national, voire international.

DIAGNOSTIC PRE-NATAL, Y COMPRIS PAR DES ANALYSES RELEVANT DE LA GENETIQUE

Les activités de diagnostic prénatal soumises à autorisation regroupent les examens diagnostics afin d'indentifier si l'embryon est porteur d'une maladie grave, invalidante et/ou curable. Elles comprenenet, d'une part, les examens de biologie (biologie moléculaire, hématologie, immunologie, biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels) et, d'autre part, les activités de cytogénétique et génétique moléculaire.

Objectifs et principes d'organisation

En matière de diagnostic prénatal, et plus spécifiquement de dépistage de la trisomie, l'analyse des marqueurs sériques maternels couplée avec le résultat de l'échographie fœtale permet de déterminer l'importance du risque et d'envisager soit une choriocentese soit une amniocentèse de confirmation.

Lorsqu'un risque de malformation est avéré, la conduite à tenir qui pourra être proposée est élaborée dans le cadre pluridisciplinaire et collégial du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal au nombre de trois dans la région.

Le diagnostic anténatal par les marqueurs sériques maternel couplé à une échographie permet si les résultats sont transmis rapidement de réaliser une choriocentèse à un terme plus précoce que l'amniocentèse, réduisant d'autant les délais de prise de décision. À ce jour, l'activité d'analyse biochimique des marqueurs sériques maternels n'est proposée que dans 3 des départements de la région. Le nombre de naissances en Vendée (7 718 en 2009, soit 17 % des naissances de la région) justifie la création, dans ce département, d'une telle activité.

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Création d'une activité d'analyses portant sur des marqueurs sériques maternels dans le territoire de Vendée

IMPLANTATIONS

Analyses biologiques

DPN - BIOCH - Analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	2	3

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

DPN – BIOCH - Analyse de biochimie, y compris le analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

DPN – BIOCH - Analyses de biochimie fœtale à l'exclusion des marqueurs sériques	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique		
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total	1	1

DPN Analyses en vue de diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

Analyses génétiques

DPN Analyse de génétique moléculaire	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

DPN Analyse de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	Implantations actuelles*	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total	4	4

(*) Implantations actuelles : correspondent aux implantations existantes au 9 mars 2012 - date de publication du PRS

EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GENETIQUES À DES FINS MEDICALES

La génétique post-natale concerne les jeunes enfants dans le cadre d'un diagnostic effectué en pédiatrie (par exemple un retard mental). Elle concerne aussi les adultes pour lesquels la recherche vise à identifier soit des facteurs de risques face à une pathologie connue, soit des facteurs protecteurs ou de bonne réponse à un traitement (pharmacogénétique).

La génétique comprend trois « spécialités » complémentaires et dépendantes les unes des autres dans la démarche diagnostique : la génétique clinique, la cytogénétique et la génétique moléculaire. La cytogénétique et la génétique moléculaire sont des activités de laboratoires soumises à autorisation.

Objectifs et principes d'organisation

Dès lors qu'une analyse de génétique moléculaire est réalisée, les normes de bonne pratique imposent qu'elle soit précédée d'une consultation de génétique médicale. Pour en assurer un bon accès, le maillage territorial doit reposer sur au moins une consultation de génétique clinique par territoire de santé. Compte-tenu des spécificités de cette discipline et de la ressource médicale, cette consultation pourra prendre la forme de consultations « avancées ».

Les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes et de leur famille seront organisés de façon graduée, identifiant un centre de génétique clinique à vocation régionale (pouvant être multi-sites) , articulé avec les laboratoires de génétique et les unités de recherche afin de renforcer l'expertise, de mutualiser les compétences et de limiter les prescriptions d'analyses non pertinentes.

Les laboratoires relèvent de deux niveaux d'expertise graduée, tant en cytogénétique qu'en génétique moléculaire. Une offre spécialisée sur des pathologies polygéniques rares sera à distinguer d'un dépistage plus courant portant sur une ou deux mutations d'un même gène. Ceci se traduira le cas échéant par une gradation des laboratoires selon le niveau de complexité de l'analyse

- analyse partielle d'un ou plusieurs gènes pour en diagnostiquer les mutations fréquentes

- analyse exhaustive d'un ou plusieurs gènes pour en diagnostiquer les mutations rares.

L'amélioration de la qualité et la lisibilité de l'offre pour les patients et les médecins traitants sera recherchée. Il conviendra de structurer l'offre entre les laboratoires afin de favoriser la coopération en réseau et de garantir la mise en œuvre d'un lien étroit avec les centres de génétique clinique d'une part et une articulation avec les filières de prise en charge des maladies rares d'autre part.

L'autorisation des laboratoires pratiquant les analyses de génétique est une obligation nouvelle inscrite au SROS PRS. Il existe aujourd'hui quatre laboratoires pratiquant cette activité dans trois départements de la région. Afin de permettre aux Établissements Français du Sang de continuer à réaliser les analyses de typage HLA dans le cadre de la pharmacogénétique, et de la recherche de prédisposition à certaines maladies, aux établissements régionaux de lutte contre le cancer de poursuivre l'activité de pharmacogénétique, quatre implantations supplémentaires sont prévues.

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Reconnaissance d'activité de cytogénétique et de biologie moléculaire dans les territoires de Loire Atlantique sur deux sites, de Maine et Loire et de Sarthe.

Reconnaissance des activités d'analyse de génétique par les Établissements Français du Sang sur deux sites de Maine et Loire et deux sites de Loire Atlantique.

Ajout d'une implantation pour le territoire de santé de Loire Atlantique afin de prendre en compte les évolutions technologiques et de mieux répondre aux besoins de la population.

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Implantations en génétique postnatale

Territoire de santé	Activité	Implantations
Loire-Atlantique	Génétique moléculaire	3
Maine et Loire	Génétique moléculaire	3
Mayenne		
Sarthe	Génétique moléculaire	1
Vendée		
Total Région		7

Analyses de cytogénétique dont la cytogénétique moléculaire

Territoire de santé	Activité	Implantations
Loire-Atlantique	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire	2
Maine et Loire	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire	1
Mayenne		
Sarthe	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire	1
Vendée		
Total Région		4

INDICATEURS

Nombre de laboratoires organisés en réseau

Existence d'un centre de génétique clinique structuré et répondant à ses missions

13 Imagerie médicale

La région Pays de la Loire se place dans une situation très spécifique avec un taux d'équipement en IRM faible (et dans une moindre mesure en scanner).

La réflexion stratégique relative au développement de l'imagerie médicale doit également prendre en compte la situation régionale au regard de la démographie médicale. Avec 9,1 radiologues pour 100 000 habitants, les Pays de la Loire présente un déficit démographique important.

Les axes de développement porteront sur les orientations suivantes :

1 Favoriser un égal accès à l'imagerie médicale de la population :

- Mettre en œuvre un plan volontariste de développement soutenable de l'offre en équipements matériels lourds.
- Veiller au maintien, au sein des territoires et en proximité d'une offre de radiologie conventionnelle.

2 S'assurer de l'efficience de fonctionnement des équipements, de la pertinence des actes et de la maîtrise des risques associés

- Éviter la réalisation des actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants
- Veiller à l'efficience de l'utilisation des plateaux techniques en renforçant les dynamiques de mutualisation et le déploiement d'appareils plus efficients
- Mieux maîtriser la gestion des risques spécifiques de l'imagerie médicale (diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants)
- Accompagner le progrès médical et le soutien à l'innovation

3 Assurer, en mobilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication et le potentiel de la télémédecine, une organisation de l'imagerie médicale en région qui garantisse :

- Une permanence des soins mutualisée associant l'ensemble des acteurs publics et privés au sein des territoires de santé
- Des filières d'expertise clairement définies et opérationnelles (AVC, …) prenant appui sur des protocoles validés et des centres ressources identifiés
- Dans le cadre de l'ENRS (Espace Numérique régional de Santé), le déploiement d'une infrastructure technique régionale permettant un réel partage de l'information, un accès assuré aux images et un développement, régional harmonisé entre l'ensemble des acteurs des PACS.

OBJECTIFS

IRM

L'objectif est d'atteindre le taux cible du plan cancer de 12 IRM par million d'habitant avec une diversification des équipements.

La diversification du parc des IRM repose sur une dynamique de mutualisation des acteurs et la présence d'une IRM polyvalente.

L'IRM 3 tesla doit être disponible en région pour accompagner le développement de la recherche.

Scanners

L'objectif est d'atteindre le taux national d'équipement de 14,4 Scanners pas million d'habitant

Gamma-caméras

Actuellement tous les territoires sont dotés d'un plateau de scintigraphie.

L'activité de ces équipements n'augmente que faiblement. Il y aura une place pour une implantation supplémentaire à Saint-Nazaire ce qui sera cohérent avec les missions de la cité sanitaire.

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

TEP

- Actuellement six autorisations de TEP ont été attribuées.
- Cinq équipements sont installés. Le deuxième appareil de l'IRCNA de Nantes n'a débuté son activité qu'au cours de l'années 2010 et cette activité va croitre encore en 2011 et 2012.
- Le CHU d'Angers n'a pas mis en œuvre son autorisation de deuxième équipement.
- L'activité régionale des TEP croit en moyenne de 20 % par an.
- La mise en service de l'équipement d'Angers va absorber une partie de l'activité

L'installation d'un équipement supplémentaire sur le site du CH Vendée est possible sous réserve de disposer d'effectifs suffisants notamment en termes de médecins.

Radiologie conventionnelle

La radiologie conventionnelle garde une place importante dans l'activité d'imagerie.

Les cabinets libéraux conventionnels sont un élément essentiel pour garantir l'accessibilité à l'imagerie. Le soutien au maintien d'un maillage raisonnable de cabinet de radiologie conventionnel est un objectif du schéma régional.

L'objectif est de conserver une cible d'un cabinet de radiologie conventionnelle pour 20 000 habitants et une accessibilité d'une ressource en imagerie médicale qui ne dépasse pas 30 kilomètres.

INDICATEURS

- Part des sites disposant de l'accès H24 à l'IRM
- Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM ou au scanner
- Proportion d'UNV avec accès permanent IRM
- Proportion sites urgences pédiatriques et accès permanant IRM
- Proportion examens par appareil IRM pour pathologies cancéreuses
- Nombre de coopérations par TS entre plusieurs sites portant sur la télémédecine pour interprétation a distance
- Évolution du nombre d'actes en radiologie conventionnelle (notamment crâne, thorax, ASP)

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

IRM

L'évolution attendue dans les territoires de santé est la suivante :

- En Loire Atlantique : 5 nouvelles machines pour un objectif de 15 IRM
- En Maine et Loire : 4 nouvelles machines pour un objectif de 10 IRM
- En Mayenne : 2 nouvelles machines pour un objectif de 4 IRM
- En Sarthe : 3 nouvelles machines pour un objectif de 7 IRM
- En Vendée : 2 nouvelles machines pour un objectif de 6 IRM

L'IRM 3 tesla doit être disponible en région pour accompagner le développement de la recherche.

Gamma caméra

Une implantation supplémentaire à Saint-Nazaire en cohérence avec les missions de la cité sanitaire.

TEP

Une implantation supplémentaire en Vendée.

IMPLANTATIONS

Répartitions d'IRM

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils IRM
Loire-Atlantique	15
Maine et Loire	10
Mayenne	4
Sarthe	7
Vendée	6

Répartitions des scanners

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils scanner
Loire-Atlantique	18
Maine et Loire	12
Mayenne	5
Sarthe	9
Vendée	8

Répartitions des gamma caméras

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils gamma camera
Loire-Atlantique	12
Maine et Loire	5
Mayenne	1
Sarthe	4
Vendée	2

Répartition des TEP

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils TEP
Loire-Atlantique	3
Maine et Loire	2
Mayenne	0
Sarthe	1
Vendée	1

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

La mise en œuvre de la politique territoriale de premier recours vise à mieux coordonner localement les parcours de santé et à réduire les inégalités d'accès aux soins de proximité, grâce à une organisation territoriale adaptée à ces enjeux.

Au sein de chaque territoire de santé de la région, des territoires de santé de proximité sont définis comme lieux d'animation de projets, capables de fédérer les acteurs intervenant dans le champ de la santé (sanitaire, social et médico-social) pour structurer une offre complète et adéquate de services de proximité. Les territoires de santé de proximité servent également à l'analyse des besoins et de l'offre de santé pour l'orientation des actions mises en œuvre par l'Agence.

Parallèlement ce chapitre mentionne les deux catégories de territoires sur lesquels vont se concentrer les mesures visant à renforcer l'offre de soins de proximité et/où vont s'appliquer des contraintes pour l'accès au conventionnement auprès de l'Assurance Maladie.

Tout d'abord des zones conventionnelles pluri professionnelles et par profession de santé ont été élaborées. Celles-ci revêtent un caractère d'opposabilité pour l'octroi de mesures d'incitation aux professionnels de santé libéraux ou de contraintes à l'installation.

Ensuite des espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance sont définis afin d'élargir les zones sur lesquelles les mesures d'aides aux professionnels de santé doivent se déployer. L'objectif est de garantir sur chaque espace une offre de soins comprenant médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

1 ■ Les territoires de santé de proximité

La structuration de l'offre de soins de premier recours relève notamment d'une logique de proximité entre la population, les services et les professionnels de santé. Elle doit ainsi s'organiser à une échelle géographique répondant à cette contrainte, donc s'appuyer sur des territoires ni trop grands, pour rester proche, ni trop petits pour regrouper un nombre suffisant de services et d'acteurs locaux dans le domaine de la santé pour permettre un travail en commun.

L'enjeu est également à ce niveau l'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social dans chaque territoire de santé de proximité pour être en mesure de proposer une palette d'offre de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social couvrant l'ensemble des besoins en prestations de proximité d'une part et l'organisation d'un appui à la coordination des prestataires d'autre part.

L'enjeu est celui de prévenir les hospitalisations évitables, (prévention des chutes, de la dénutrition, de la iatrogénie et de la dépression) de prévenir l'institutionnalisation en favorisant et soutenant la qualité de vie à domicile (pour prévenir le risque de perte d'autonomie) et de faciliter le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation.

>>>

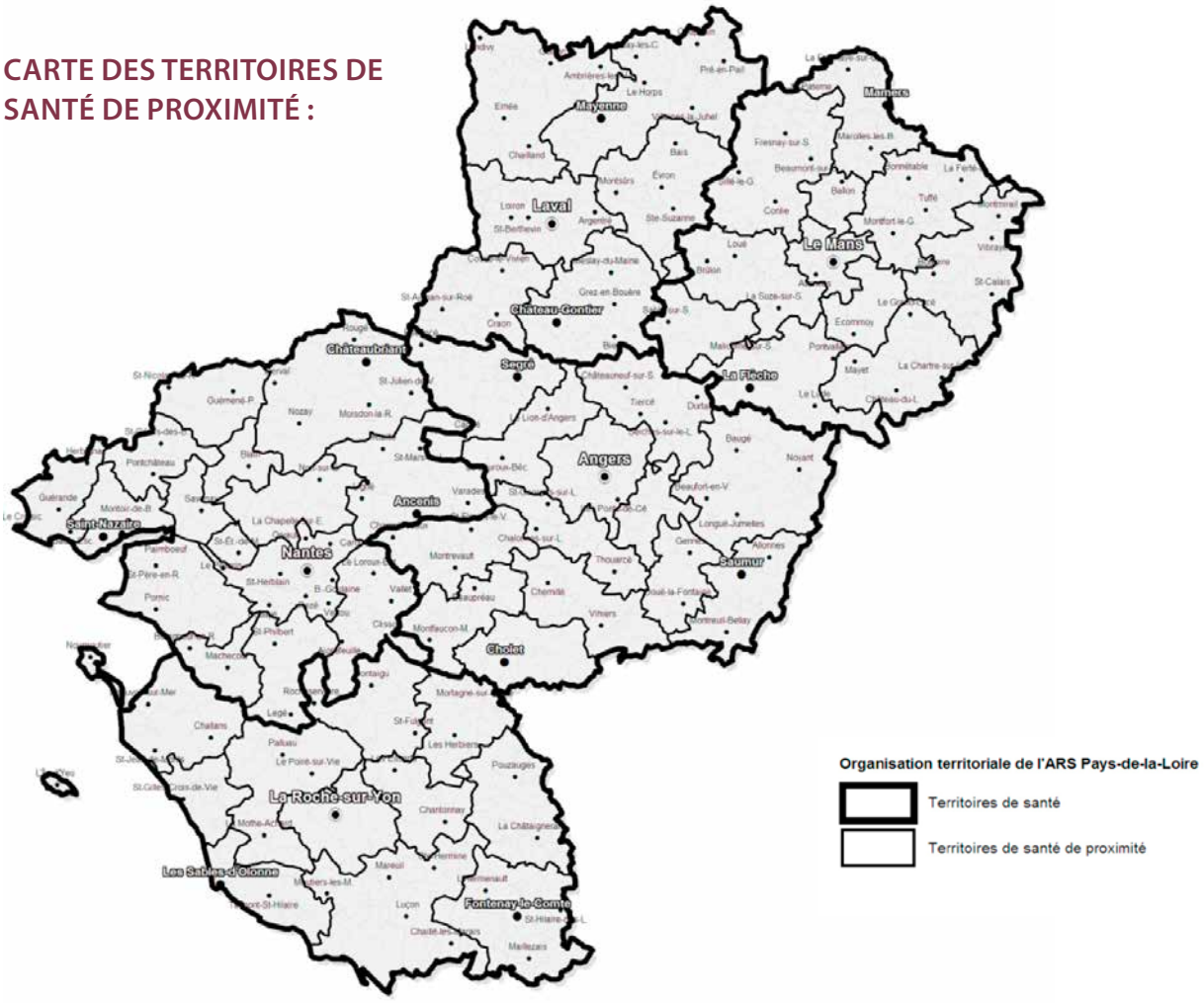
LOGIQUE DE CONSTRUCTION :

Les territoires de santé de proximité sont bâtis à partir des établissements publics de coopération intercommunale, niveau administratif structurant les logiques territoriales de services de proximité et d'acteurs. Les périmètres des agglomérations sont maintenus et les zones urbaines feront l'objet d'analyses particulières afin de déterminer d'éventuelles fragilités pour la mise en œuvre d'actions adéquates. La construction des territoires de santé de proximité répond également aux dynamiques d'aménagement du territoire fondées sur une offre d'équipements et de services scolaires, généraux et commerciaux qui structurent le territoire et desservent la population, y compris les professionnels de santé libéraux de premier recours.

DES ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC :

Du fait du rôle structurant et d'animation de projet dévolu au territoire de santé de proximité il constitue l'échelle d'analyse de la santé des populations résidents dans ces territoires. À ce titre des diagnostics flash fournissent un ensemble de données statistiques sur ces territoires, dans l'objectif d'apporter des instruments d'aide à la décision aux différents acteurs de la politique de santé. Un catalogue de données a ainsi été défini, de façon à illustrer différents axes, soit directement sur les données de santé, soit sur des thématiques connexes populationnelles. Ils s'inscrivent dans la suite des actions décidées par l'Agence afin de faciliter le déploiement de projets de déclinaison infra-territoriale du projet régional de santé.

CARTE DES TERRITOIRES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ :



2 Les territoires de régulation de l'offre de soins de proximité

Deux catégories de territoires sont distingués : D'une part les zones fragiles conventionnelles pluri professionnelles et par profession de santé et d'autre part les espaces d'équipes de soins.

LES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES PLURI PROFESSIONNELLES

Conformément à l'article L.1434-7 du code de la santé publique, des zones fragiles conventionnelles pluri professionnelles sont déterminées pour la « mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ».

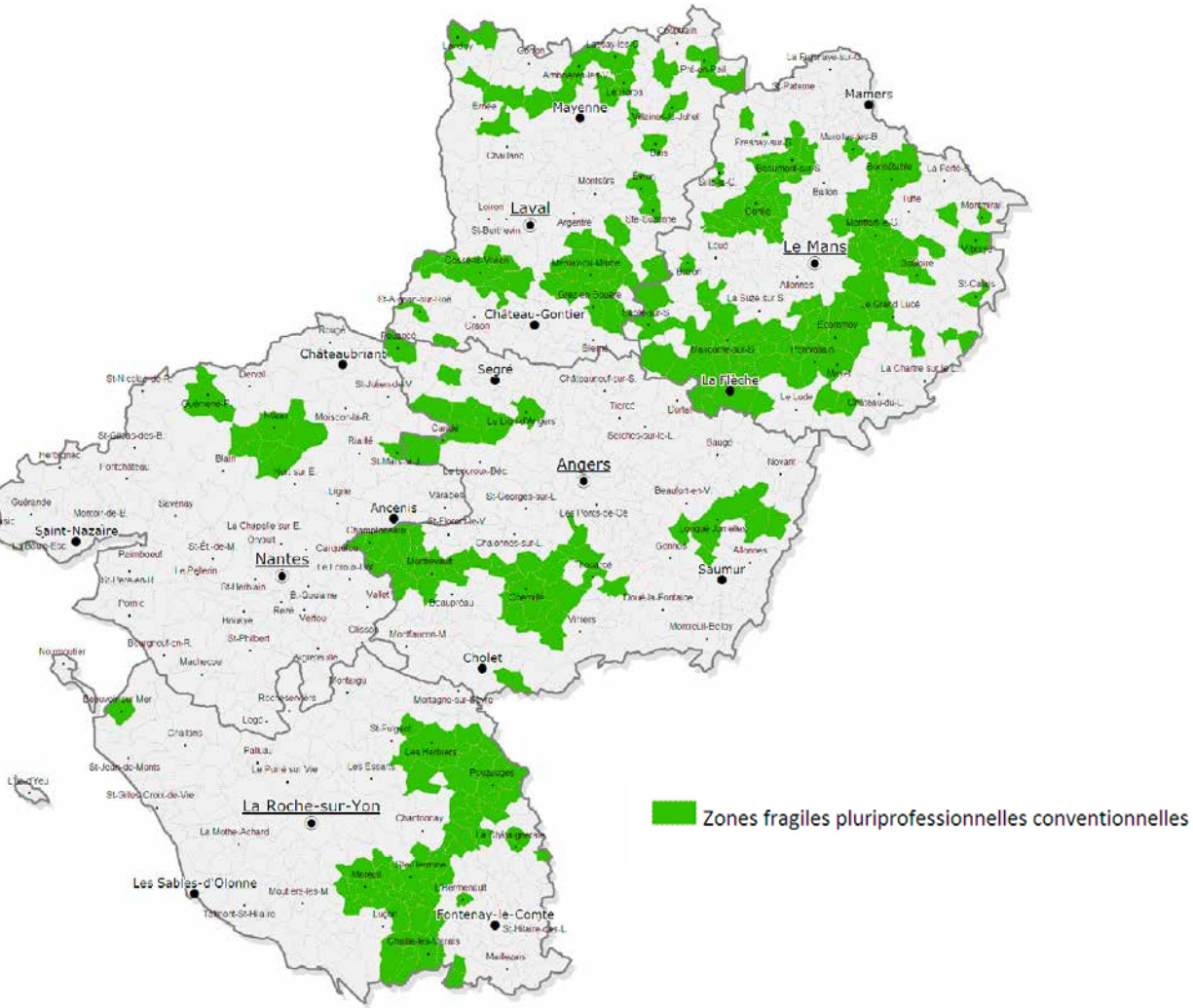
Elles sont le lieu du déploiement des mesures d'aides et d'incitations, notamment liées au regroupement et à l'exercice pluri professionnel des professions de santé. Elles conditionnent notamment l'accès aux options conventionnelles de la convention médicale, c'est-à-dire des mesures incitatives à l'installation et au maintien des professionnels de santé pour les médecins libéraux. Elles coexistent avec d'autres zonages conventionnels ou réglementaires, existants ou à venir, comme les espaces d'équipes de soins fragiles et sous vigilance.

La méthodologie utilisée pour déterminer les zones fragiles conventionnelles pluri professionnelles a été établie par l'Agence régional de santé, en concertation avec l'union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux et les comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours, et selon les dispositions applicables précisées par l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Cet arrêté national détermine notamment le taux maximum de population légale régionale vivant dans les zones déterminées, soit 13 % pour les Pays de la Loire. La méthode consiste à définir les communes fragiles sur la base d'une analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins.

Les zones non concernées ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle incitative ou de régulation particulière à l'exercice libéral.

En Pays de la Loire, l'arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 10 mai 2012 classe 303 communes en zones fragiles conventionnelles pluri-professionnelles représentant 456 148 habitants en 2008.

CARTE DES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES PLURI PROFESSIONNELLES :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

LES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX

L'avenant n°2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, arrêté le 31 juillet 2012, définit les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins en chirurgie dentaire.

Ce dispositif de régulation est mis en place sur la base d'un zonage qui classe les zones géographiques en cinq niveaux de dotation d'offre de soins et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, c'est-à-dire des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice dans les zones « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif chirurgien-dentiste ».

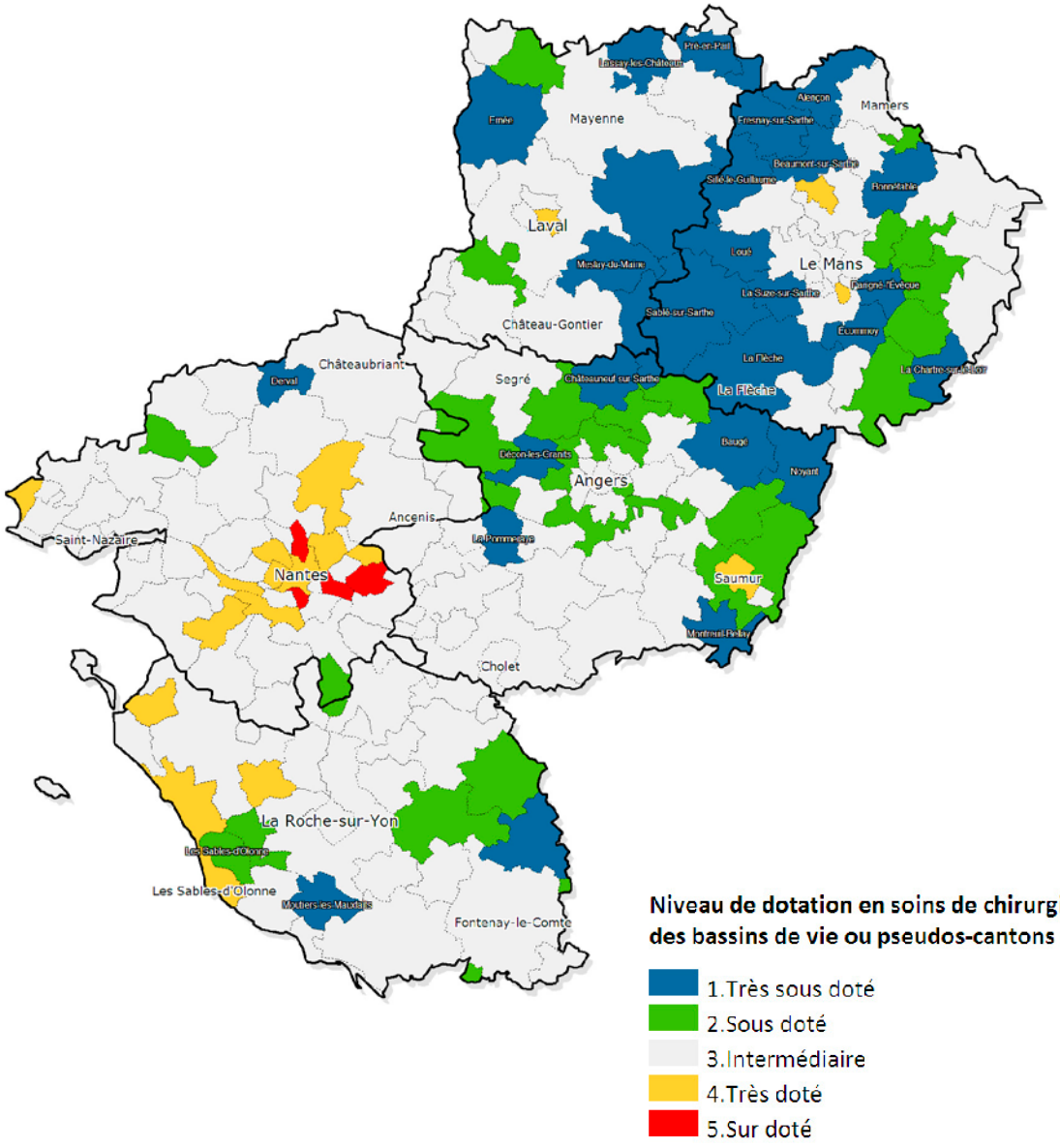
Les zones « sous-dotées », « intermédiaires », « très dotées » et « sur-dotées » ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle incitative ou de régulation particulière à l'exercice libéral.

La méthodologie utilisée pour classer les zones en niveaux de dotation d'offre de soins a été établie au niveau national par l'arrêté du 21 décembre 2011 (modifié par l'arrêté du 28 mai 2013) relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Elle repose d'une part sur des unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee), à savoir les bassins de vie et les « pseudo-cantons » pour les zones urbaines de plus 30 000 habitants, et d'autre part sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins.

En Pays de la Loire, l'arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/A13/2013 du 11 septembre 2013 classe les zones en niveaux de dotation de soins de chirurgie dentaire de la façon suivante :

- 26 zones « très sous-dotées »
- 25 zones « sous-dotées »
- 114 zones « intermédiaires »
- 18 zones « très dotées »
- 4 zones « sur-dotées »

CARTE DES NIVEAUX DE DOTATION EN SOINS DE CHIRURGIE DENTAIRE PAR BASSIN DE VIE ET PSEUDO-CANTONS :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

LES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

L'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales, arrêté le 12 mars 2012, définit les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins de maïeutique.

Ce dispositif de régulation est mis en place sur la base d'un zonage qui classe les zones géographiques en sept niveaux de dotation d'offre de soins et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, c'est-à-dire :

- des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif sage-femme » ;

- une régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées ».

Les zones « sans sage-femme » comptabilisant moins de 350 naissances domiciliées par an, « intermédiaires » et « très dotées » ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle incitative ou de régulation particulière à l'exercice libéral.

La méthodologie utilisée pour classer les zones en niveaux de dotation d'offre de soins a été établie au niveau national par l'annexe 4 de l'arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales. Elle repose d'une part sur des unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee), à savoir les zones d'emploi au 1er janvier 2009, et d'autre part sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins.

En Pays de la Loire, l'arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASP/936/2012/44 du 3 janvier 2013 classe les zones en niveaux de dotation de soins de maïeutique de la façon suivante :

- 0 zone « sans sage-femme » comptant moins de 350 naissances domiciliées par an

- 0 zone « sans sage-femme »

- 0 zone « très sous-dotées »

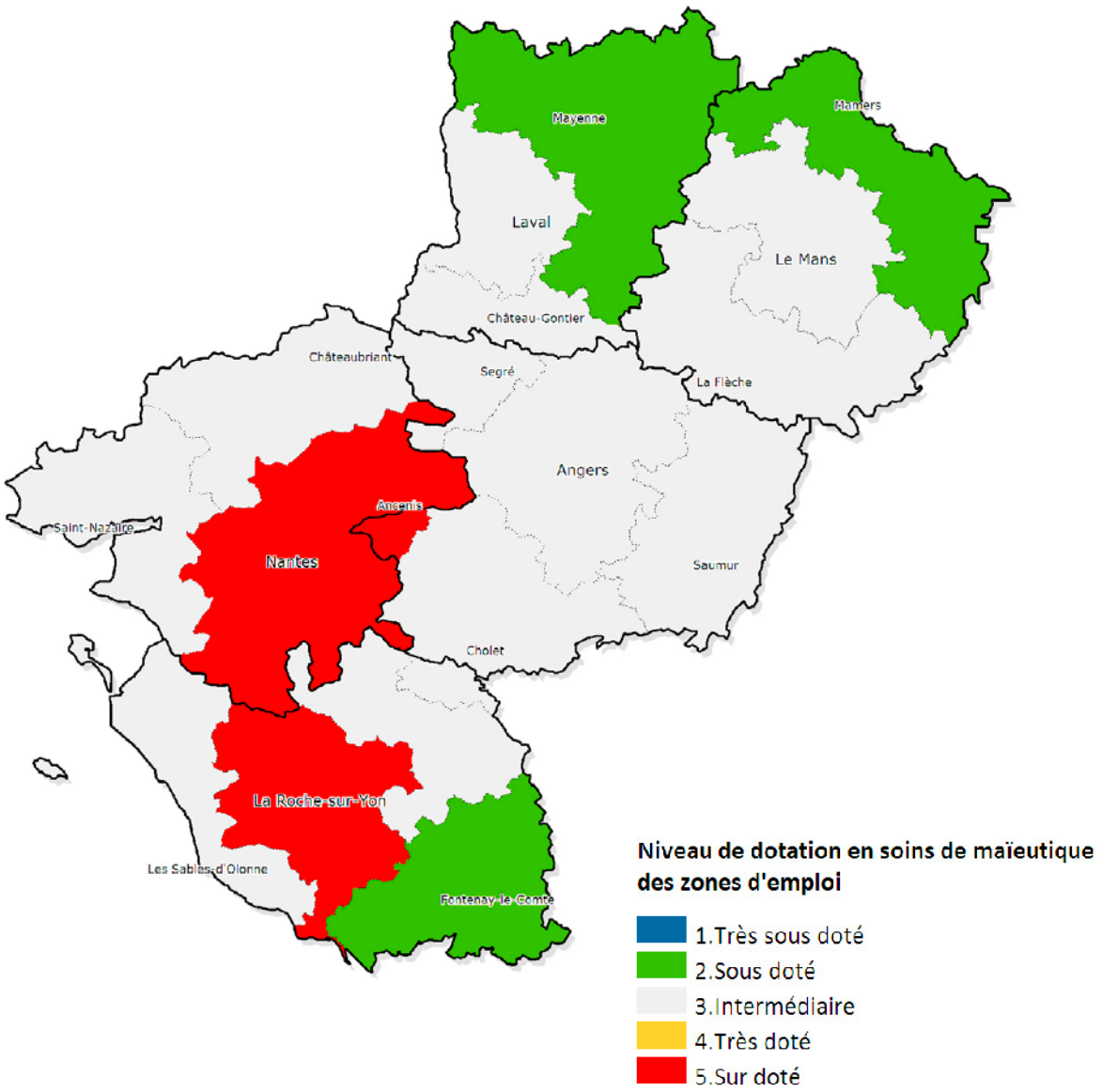
- 3 zones « sous-dotées »

- 12 zones « intermédiaires »

- 0 zone « très dotées »

- 2 zones « sur-dotées »

CARTE DES NIVEAUX DE DOTATION EN SOINS DE MAÏEUTIQUE PAR BASSIN DE VIE ET PSEUDO-CANTONS :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

LES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES INFIRMIERS LIBÉRAUX

L'avenant n°3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux, arrêté le 25 novembre 2011, définit les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers.

Ce dispositif de régulation est mis en place sur la base d'un zonage qui classe les zones géographiques en cinq niveaux de dotation d'offre de soins et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, c'est-à-dire :

- des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice dans les zones « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier » ;

- une régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées ».

Les zones « sous-dotées », « intermédiaires » et « très dotées » ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle incitative ou de régulation particulière à l'exercice libéral.

La méthodologie utilisée pour classer les zones en niveaux de dotation d'offre de soins a été établie au niveau national par l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Elle repose d'une part sur des unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee), à savoir les bassins de vie et les « pseudo-cantons » pour les zones urbaines de plus 30 000 habitants, et d'autre part sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins.

En Pays de la Loire, l'arrêté n°ARS-PDL/DASASP/A32/2013/44 du 6 décembre 2013 classe les zones en niveaux de dotation de soins infirmiers de la façon suivante :

- 29 zones « très sous-dotées »

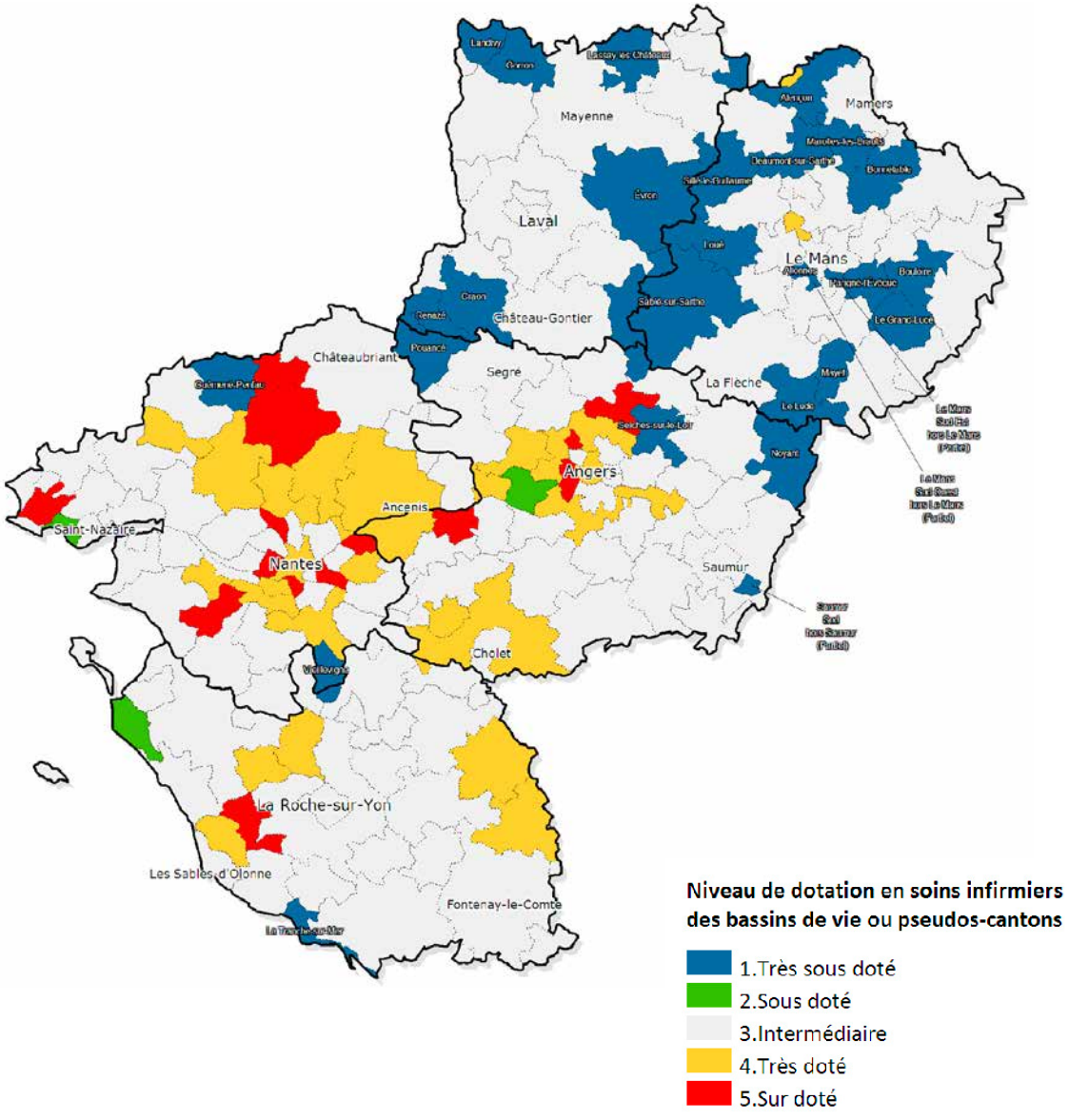
- 3 zones « sous-dotées »

- 118 zones « intermédiaires »

- 22 zones « très dotées »

- 15 zones « sur-dotées »

CARTE DES NIVEAUX DE DOTATION EN SOINS INFIRMIERS PAR BASSIN DE VIE ET PSEUDO-CANTONS :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

LES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX

L'avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, arrêté le 10 janvier 2012, définit les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins de masso-kinésithérapie.

Ce dispositif de régulation est mis en place sur la base d'un zonage qui classe les zones géographiques en cinq niveaux de dotation d'offre de soins et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, c'est-à-dire :

- des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice dans les zones « sous-dotées » et « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » ;

- une régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées ».

Les zones « intermédiaires » et « très dotées » ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle incitative ou de régulation particulière à l'exercice libéral.

La méthodologie utilisée pour classer les zones en niveaux de dotation d'offre de soins a été établie au niveau national par l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Elle repose d'une part sur des unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee), à savoir les bassins de vie et les « pseudo-cantons » pour les zones urbaines de plus 30 000 habitants, et d'autre part sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins.

En Pays de la Loire, l'arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/758/2012/44 du 23 octobre 2012 classe les zones en niveaux de dotation de soins de masso-kinésithérapie de la façon suivante :

- 33 zones « très sous-dotées »

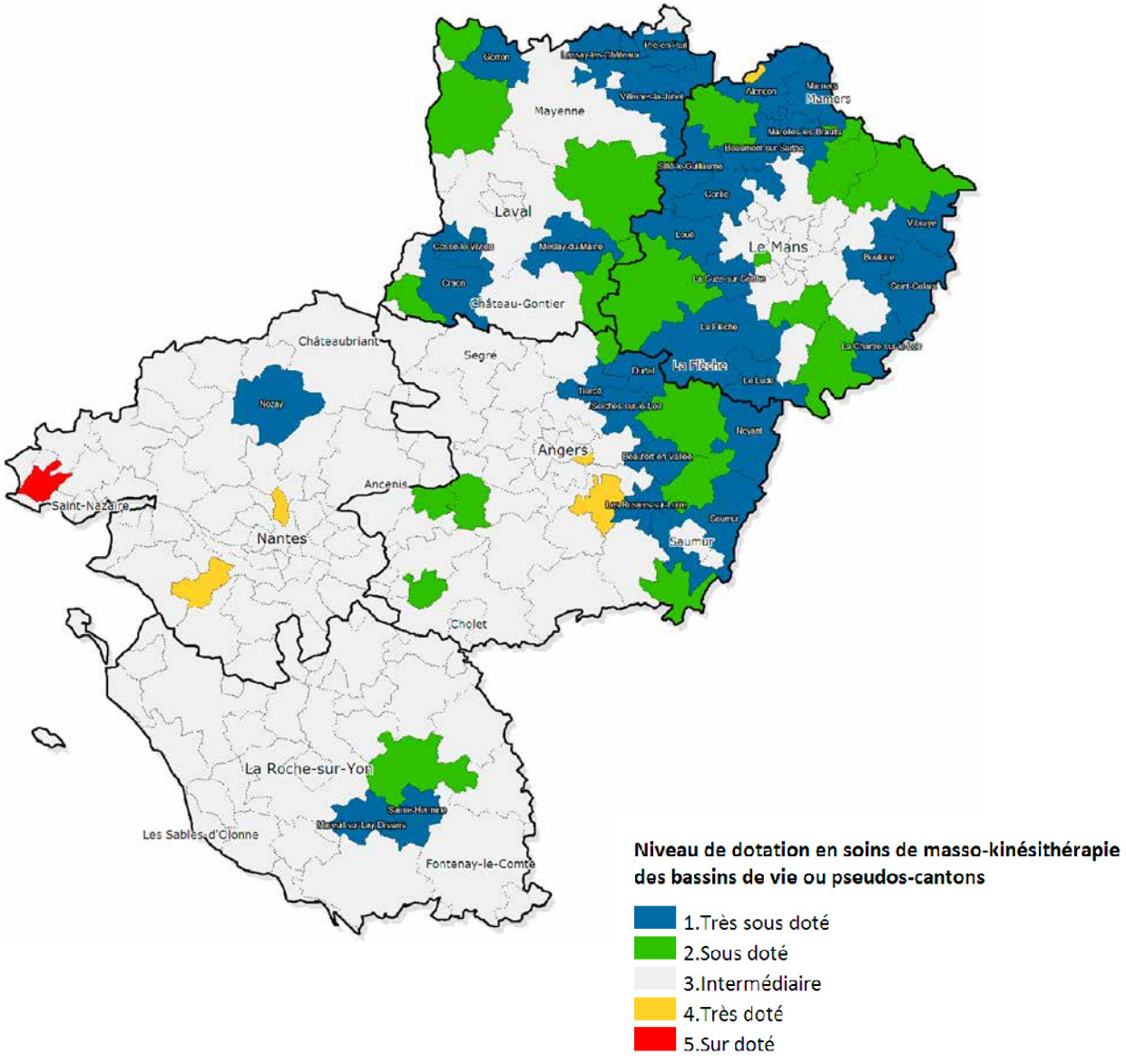
- 19 zones « sous-dotées »

- 129 zones « intermédiaires »

- 5 zones « très dotées »

- 1 zone « sur-dotée »

CARTE DES NIVEAUX DE DOTATION EN SOINS DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE PAR BASSIN DE VIE ET PSEUDO-CANTONS :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

LES ZONES FRAGILES CONVENTIONNELLES ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX

L'avenant n°13 à la convention nationale des orthophonistes libéraux, arrêté le 4 mai 2012, définit les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins en orthophonie.

Ce dispositif de régulation est mis en place sur la base d'un zonage qui classe les zones géographiques en cinq niveaux de dotation d'offre de soins et conditionne la mise en œuvre des dispositions conventionnelles, c'est-à-dire :

- des mesures incitatives à l'installation et au maintien en exercice dans les zones « très sous-dotées », par une option conventionnelle appelée « contrat incitatif orthophoniste » ;

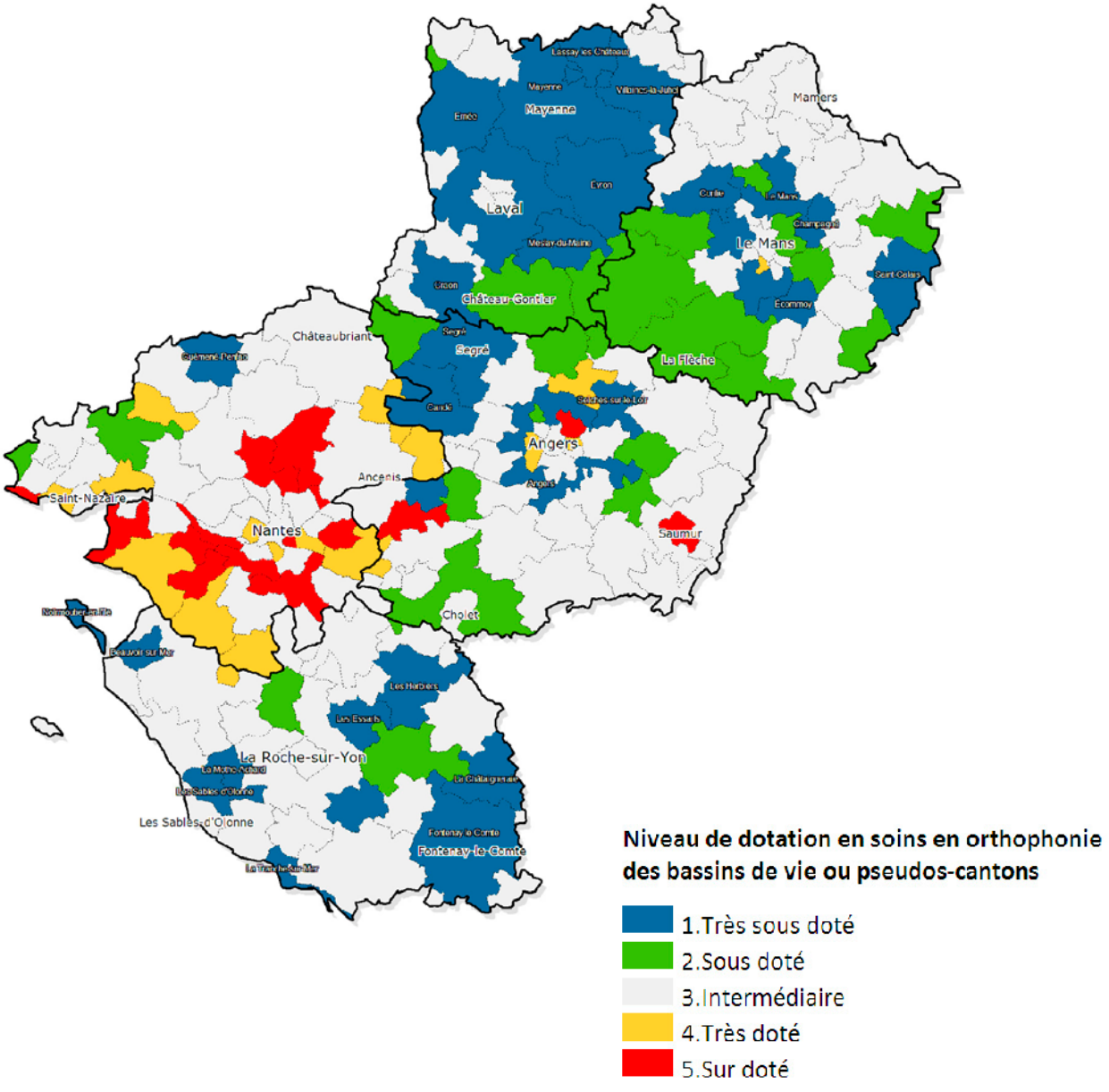
Les zones « sous-dotées », « intermédiaires », « très dotées » et « sur-dotées » ne font l'objet d'aucune disposition conventionnelle incitative ou de régulation particulière à l'exercice libéral.

La méthodologie utilisée pour classer les zones en niveaux de dotation d'offre de soins a été établie au niveau national par l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Elle repose d'une part sur des unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee), à savoir les bassins de vie et les « pseudo-cantons » pour les zones urbaines de plus 30 000 habitants, et d'autre part sur l'analyse d'indicateurs d'offre et de besoins de soins.

En Pays de la Loire, l'arrêté n°ARS-PDL/DAS/ASP/89/2013 du 18 mars 2013 classe les zones en niveaux de dotation de soins en orthophonie de la façon suivante :

- 30 zones « très sous-dotées »
- 22 zones « sous-dotées »
- 107 zones « intermédiaires »
- 16 zones « très dotées »
- 12 zones « sur-dotée »

CARTE DES NIVEAUX DE DOTATION EN SOINS DES ORTHOPHONISTES LIBÉRAUX PAR BASSIN DE VIE ET PSEUDO-CANTONS :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

LES ESPACES D'ÉQUIPES DE SOINS

Ces espaces sont des lieux d'observation de la démographie des cinq professions de santé de proximité (médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes).

Les espaces fragiles et sous vigilances sont les lieux de déploiement prioritaire des mesures d'aide et d'accompagnement aux professionnels de premier recours au-delà des zonages conventionnels. Ils sont, notamment, destinés à servir de référence pour les lieux d'installation des professionnels sous contrat d'engagement de service public et de praticien territorial de médecine générale (cf article R.1434-4 du code de la santé publique).

Pour autant il s'avère que la résolution des problèmes de démographie des professionnels ne pourront se résumer par le déploiement de mesures spécifiques sur l'espace d'équipe de soins fragile ou sous vigilance, d'où la nécessité de développer une approche territoriale plus large avec notamment les dynamiques développés au sein des territoires de santé de proximité.

LOGIQUE DE CONSTRUCTION :

Comme les territoires de santé de proximité, les espaces d'équipes de soins sont bâtis à partir des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Les espaces d'équipes de soins sont ainsi composés d'un EPCI, ou plusieurs si la population n'atteint pas un seuil minimum de 10 000 habitants. Les périmètres des agglomérations sont également maintenus.

MODALITÉS DE DÉFINITION ET DE GRADATION DE LA FRAGILITÉ DES ESPACES D'ÉQUIPES DE SOINS :

La définition de la fragilité des espaces d'équipes de soins repose sur la combinaison de l'analyse de l'accessibilité à l'offre de soins et de l'analyse de la fragilité démographique des professions de santé. Ces analyses ont été réalisées avec une approche pluri professionnelle sur les professions de santé libérales socle du premier recours, à savoir les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens.

L'analyse de l'accessibilité à l'offre de soins se base sur l'accessibilité potentielle localisée (APL) par profession, un indicateur synthétique qui prend en compte :

- la population desservie, pondérée par le temps d'accès aux professionnels de santé ;
- le niveau d'activité des professionnels de santé, en fonction du nombre d'actes réalisés ;
- la consommation de soins, mesurée par le taux de recours en fonction de la structure par âge de la population ;
- le nombre de professionnels de santé.

Par rapport à l'analyse en densité brute, l'analyse utilisée prend notamment en compte la disponibilité réelle de l'offre grâce au niveau d'activité réalisé et évite les effets de frontières en intégrant les temps d'accès dépassant ainsi les limites communales.

Pour chaque espace d'équipes de soins, la combinaison des accessibilités potentielles localisées par profession donne un indicateur pluriprofessionnel d'accessibilité.

L'analyse de la fragilité démographique détermine pour chaque profession la densité projetée à 5 ans (hypothèse de non remplacement) inférieure de 30 % à la moyenne nationale par profession, ou à la réglementation pour les pharmacies.

Les modalités de gradation de la fragilité des espaces d'équipes de soins sont définies comme suit :

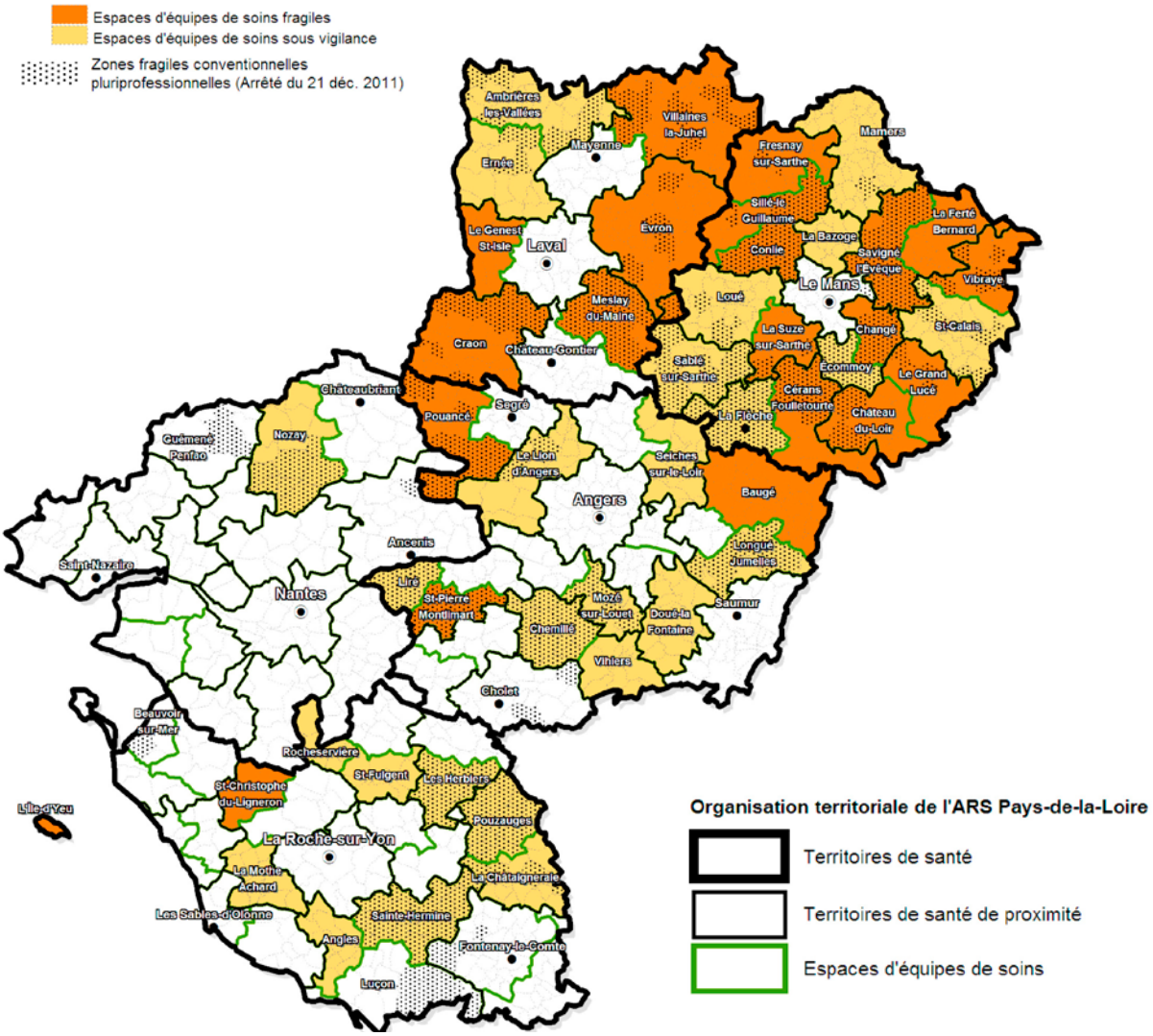
- « Fragiles » pour les espaces d'équipes de soins qui cumulent une faible accessibilité potentielle localisée pluri professionnelle

et une faible densité démographique pluri professionnelle (au moins 3 professions).

- « Sous vigilance » pour les espaces d'équipes de soins qui connaissent une faible accessibilité potentielle localisée pluri professionnelle ou une faible densité démographique pluri professionnelle (au moins 3 professions) ou dont au moins 50 % de la population est déjà en zone fragile conventionnelle pluri professionnelle.

Les espaces sous vigilance font l'objet d'une attention particulière pendant toute la durée du SROS, et les actions de l'agence, en complément des dispositifs portés par les zones fragiles « conventionnelles », seront également déployées au sein de ces espaces.

CARTE DES ESPACES D'ÉQUIPES DE SOINS :



L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Annexe ■ Liste des communes des territoires de santé de proximité et des espaces d'équipes de soins par département

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
44	Ancenis	Ancenis	Ancenis Anetz Belligné Bonnoeuvre Couffé Joué-sur-Erdre La Chapelle-Saint-Sauveur La Roche-Blanche La Rouxière Le Cellier Le Fresne-sur-Loire Le Pin Ligné Maumusson Mésanger	Montrelais Mouzeil Oudon Pannecé Pouillé-les-Côteaux Riaillé Saint-Géréon Saint-Herblon Saint-Mars-la-Jaille Saint-Sulpice-des-Landes Teillé Trans-sur-Erdre Varades Vritz
	Blain	Blain	Blain Bouvron	La Chevallerais Le Gâvre
	Châteaubriant	Châteaubriant	Châteaubriant Erbray Fercé Grand-Auverné Issé Juigné-des-Moutiers La Chapelle-Glain La Meilleraye-de-Bretagne Louisfert Moisdon-la-Rivière	
		Nozay	Abbaretz Derval Jans La Grigonnais Lusanger Marsac-sur-Don Mouais Nozay Puceul Saffré Saint-Vincent-des-Landes Sion-les-Mines Treffieux Vay	

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Guémené-Penfao	Guémené-Penfao	Avessac Conquereuil Fégréac Guémené-Penfao Massérac Pierric Plessé Saint-Nicolas-de-Redon Noyal-sur-Brutz	Petit-Auverné Rougé Ruffigné Saint-Aubin-des-Châteaux Saint-Julien-de-Vouvantes Soudan Soulvache Villepot
	Guérande	Guérande	Assérac Batz-sur-Mer Guérande Herbignac La Baule-Escoublac La Turballe	Le Croisic Le Pouliguen Mesquer Piriac-sur-Mer Saint-Lyphard Saint-Molf
	Machecoul	Machecoul	Bourgneuf-en-Retz Fresnay-en-Retz La Marne Machecoul Paulx	Saint-Étienne-de-Mer-Morte Saint-Mars-de-Coutais Saint-Même-le-Tenu
	Nantes	Nantes	Basse-Goulaine Bouaye Bouguenais Brains Carquefou Couëron Indre La Chapelle-sur-Erdre La Montagne Le Pellerin Les Sorinières Mauves-sur-Loire	Nantes Orvault Rezé Saint-Aignan-Grandlieu Sainte-Luce-sur-Loire Saint-Herblain Saint-Jean-de-Boiseau Saint-Léger-les-Vignes Saint-Sébastien-sur-Loire Sautron Thouaré-sur-Loire Vertou
	Nort-sur-Erdre	Nort-sur-Erdre	Casson Fay-de-Bretagne Grandchamps-des-Fontaines Héric Les Touches Nort-sur-Erdre	Notre-Dame-des-Landes Petit-Mars Saint-Mars-du-Désert Sucé-sur-Erdre Treillières Vigneux-de-Bretagne
	Pontchâteau	Pontchâteau	Crossac Drefféac Guenrouet Missillac Pontchâteau	Sainte-Anne-sur-Brivet Sainte-Reine-de-Bretagne Saint-Gildas-des-Bois Sévérac
	Pornic	Pornic	Arthon-en-Retz Chauvé La Bernerie-en-Retz La Plaine-sur-Mer	Les Moutiers-en-Retz Pornic Préfailles Saint-Michel-Chef-Chef
		Saint-Brevin-les-Pins	Corsept Frossay Paimboeuf	Saint-Brevin-les-Pins Saint-Père-en-Retz Saint-Viaud
		Sainte-Pazanne	Cheix-en-Retz Chéméré Port-Saint-Père Rouans	Sainte-Pazanne Saint-Hilaire-de-Chaléons Vue

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Saint-Étienne-de-Montluc	Saint-Étienne-de-Montluc	Cordemais Le Temple-de-Bretagne	Saint-Étienne-de-Montluc
	Saint-Nazaire	Saint-Nazaire	Besné Donges La Chapelle-des-Marais Montoir-de-Bretagne Pornichet	Saint-André-des-Eaux Saint-Joachim Saint-Malo-de-Guersac Saint-Nazaire Trignac
	Saint-Philbert-de-Grand-Lieu	Saint-Philbert-de-Grand-Lieu - Legé	Corcoué-sur-Logne Geneston La Chevrolière La Limouzinière Le Bignon Legé Montbert	Pont-Saint-Martin Saint-Colomban Saint-Lumine-de-Coutais Saint-Philbert-de-Grand-Lieu Touvois
	Savenay	Savenay	Bouée Campbon La Chapelle-Launay Lavau-sur-Loire	Malville Prinquiau Quilly Savenay
	Vallet	Vallet	Aigrefeuille-sur-Maine Barbechat Boussay Château-Thébaud Clisson Gétigné Gorges Haute-Goulaine La Boissière-du-Doré La Chapelle-Basse-Mer La Chapelle-Heulin La Haie-Fouassière La Planche La Regrippière	La Remaudière Le Landreau Le Loroux-Bottereau Le Pallet Maisdon-sur-Sèvre Monnières Mouzillon Remouillé Saint-Fiacre-sur-Maine Saint-Hilaire-de-Clisson Saint-Julien-de-Concelles Saint-Lumine-de-Clisson Vallet Vieillevigne
49	Angers	Angers	Angers Avrillé Beaucouzé Béhuard Bouchemaine Briollay Cantenay-Épinard Écouflant Écuillé Feneu La Meignanne La Membrolle-sur-Longuenée Le Plessis-Grammoire Le Plessis-Macé Les Ponts-de-Cé Montreuil-Juigné Mûrs-Erigné	Pellouailles-les-Vignes Saint-Barthélemy-d'Anjou Saint-Clément-de-la-Place Sainte-Gemmes-sur-Loire Saint-Jean-de-la-Croix Saint-Jean-de-Linières Saint-Lambert-la-Potherie Saint-Léger-des-Bois Saint-Martin-du-Fouilloux Saint-Sylvain-d'Anjou Sarrigné Savennières Soucelles Soulaines-sur-Aubance Soulaire-et-Bourg Trélazé Villevêque

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Beaupréau	Beaupréau	Andrezé Beaupréau Bégrolles-en-Mauges Gesté Jallais La Chapelle-du-Genêt	La Jubaudière La Poitevinière Le Pin-en-Mauges Saint-Philbert-en-Mauges Villedieu-la-Blouère
		Saint-Macaire-en-Mauges	La Renaudière Le Longeron Montfaucon-Montigné Roussay Saint-André-de-la-Marche	Saint-Crespin-sur-Moine Saint-Germain-sur-Moine Saint-Macaire-en-Mauges Tillières Torfou
	Brain-sur-l'Authion	Brain-sur-l'Authion	Andard Bauné Brain-sur-l'Authion Corné	La Bohalle La Daguenière La Ménitré Saint-Mathurin-sur-Loire
		Brissac-Quincé	Blaison-Gohier Brissac-Quincé Charcé-Saint-Ellier-sur-Aubance Juigné-sur-Loire Les Alleuds Luigné	Saint-Jean-des-Mauvrets Saint-Melaine-sur-Aubance Saint-Rémy-la-Varenne Saint-Saturnin-sur-Loire Saint-Sulpice Saulgé-l'Hôpital Vauchrétien
	Chalonnes-sur-Loire	Chalonnes-sur-Loire	Chalonnes-sur-Loire Champtocé-sur-Loire Chaudefonds-sur-Layon Denée Ingrandes	La Possonnière Rochefort-sur-Loire Saint-Aubin-de-Luigné Saint-Georges-sur-Loire Saint-Germain-des-Prés
		Mozé-sur-Louet	Aubigné-sur-Layon Beaulieu-sur-Layon Champ-sur-Layon Chavagnes Faveraye-Mâchelles Faye-d'Anjou	Martigné-Briand Mozé-sur-Louet Notre-Dame-d'Allençon Rablay-sur-Layon Saint-Lambert-du-Lattay Thouarcé
	Chemillé	Chemillé	Chanzeaux Chemillé Cossé-d'Anjou La Chapelle-Rousselin La Jumellière La Salle-de-Vihiers La Tourlandry	Melay Neuvy-en-Mauges Sainte-Christine Saint-Georges-des-Gardes Saint-Lézin Valanjou
		Vihiers	Cernusson Cléré-sur-Layon La Fosse-de-Tigné Les Cerqueux-sous-Passavant Montilliers Nueil-sur-Layon	Passavant-sur-Layon Saint-Paul-du-Bois Tancoigné Tigné Trémont Vihiers

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Cholet	Cholet	Chanteloup-les-Bois Cholet Coron La Plaine La Romagne La Séguinière La Tessoualle Le May-sur-Èvre Les Cerqueux Maulévrier	Mazières-en-Mauges Nuaillé Saint-Christophe-du-Bois Saint-Léger-sous-Cholet Somloire Toutlemonde Trémentines Vezins Yzernay
	Doué-la-Fontaine	Doué-la-Fontaine	Ambillou-Château Brigné Chemellier Chênehutte-Trèves-Cunault Concourson-sur-Layon Coutures Dénezé-sous-Doué Doué-la-Fontaine Forges Gennes Grézillé	Le Thoureil Les Ulmes Les Verchers-sur-Layon Louerre Louresse-Rochemenier Meigné Montfort Noyant-la-Plaine Saint-Georges-des-Sept-Voies Saint-Georges-sur-Layon
	La Pommeraye	La Pommeraye	Beausse Botz-en-Mauges Bourgneuf-en-Mauges La Chapelle-Saint-Florent La Pommeraye Le Marillais	Le Mesnil-en-Vallée Montjean-sur-Loire Saint-Florent-le-Vieil Saint-Laurent-de-la-Plaine Saint-Laurent-du-Mottay
		Liré	Bouzillé Champtoceaux Drain La Varenne Landemont Liré	Saint-Christophe-la-Couperie Saint-Laurent-des-Autels Saint-Sauveur-de-Landemont
		Saint-Pierre-Montlimart	Chaudron-en-Mauges La Boissière-sur-Èvre La Chaussaire La Salle-et-Chapelle-Aubry Le Fief-Sauvin Le Fuilet	Le Puiset-Doré Montrevault Saint-Pierre-Montlimart Saint-Quentin-en-Mauges Saint-Rémy-en-Mauges
	Le Lion-d'Angers	Le Lion-d'Angers	Andigné Bécon-les-Granits Brain-sur-Longuenée Chambellay Champteussé-sur-Baconne Chenillé-Changé Gené Grez-Neuville La Cornuaille La Jaille-Yvon La Pouëze	Le Lion-d'Angers Le Louroux-Béconnais Montreuil-sur-Maine Pruillé Saint-Augustin-des-Bois Saint-Sigismond Sceaux-d'Anjou Thorigné-d'Anjou Vern-d'Anjou Villemoisan

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Longué-Jumelles	Baugé	Auverse Baugé Bocé Breil Broc Chalonnes-sous-le-Lude Chartrené Chavaignes Cheviré-le-Rouge Chigné Clefs Cuon Dénezé-sous-le-Lude Échemiré Fougeré Genneteil	La Pellerine Lasse Le Guédéniau Le Vieil-Baugé Linières-Bouton Meigné-le-Vicomte Méon Montpollin Noyant Parçay-les-Pins Pontigné Saint-Martin-d'Arcé Saint-Quentin-lès-Beaurepaire Vaulandry
		Beaufort-en-Vallée	Beaufort-en-Vallée Brion Fontaine-Guérin Fontaine-Milon	Gée Mazé Saint-Georges-du-Bois
		Longué-Jumelles	Blou Courléon La Lande-Chasles Les Rosiers-sur-Loire Longué-Jumelles Mouliherne	Saint-Clément-des-Levées Saint-Martin-de-la-Place Saint-Philbert-du-Peuple Vernantes Vernoil-le-Fourrier
	Saumur	Saumur	Allonnes Antoigné Artannes-sur-Thouet Brain-sur-Allonnes Brézé Brossay Chacé Cizay-la-Madeleine Courchamps Distré Épieds Fontevraud-l'Abbaye La Breille-les-Pins Le Coudray-Macouard Le Puy-Notre-Dame Montreuil-Bellay	Montsoreau Neuillé Parnay Rou-Marson Saint-Cyr-en-Bourg Saint-Just-sur-Dive Saint-Macaire-du-Bois Saumur Souzay-Champigny Turquant Varennes-sur-Loire Varrains Vaudelnay Verrie Villebernier Vivy

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Segré	Pouancé	Angrie Armaillé Bouillé-Ménard Bourg-l'Évêque Candé Carbay Challain-la-Potherie Chazé-Henry Chazé-sur-Argos Combrée	Freigné Grugé-l'Hôpital La Chapelle-Hullin La Prévière Le Tremblay Loiré Noëllet Pouancé Saint-Michel-et-Chanveaux Vergonnes
		Segré	Aviré Châtelais La Chapelle-sur-Oudon La Ferrière-de-Flée Le Bourg-d'Iré L'Hôtellerie-de-Flée Louvaines Marans	Montguillon Noyant-la-Gravoyère Nyoiseau Sainte-Gemmes-d'Andigné Saint-Martin-du-Bois Saint-Sauveur-de-Flée Segré
	Tiercé	Seiches-sur-le-Loir	Beauvau Chaumont-d'Anjou Cornillé-les-Caves Corzé Daumeray Durtal Huillé Jarzé La Chapelle-Saint-Laud	Les Rairies Lézigné Lué-en-Baugeois Marcé Montigné-lès-Rairies Montreuil-sur-Loir Morannes Seiches-sur-le-Loir Sermaise
		Tiercé	Baracé Brissarthe Champigné Châteauneuf-sur-Sarthe Cheffes Chemiré-sur-Sarthe Cherré Contigné	Étriché Juvardeil Marigné Miré Querré Soeurdres Tiercé

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
53	Château-Gontier - Meslay-Grez	Meslay-Grez	Arquenay Ballée Bannes Bazougers Beaumont-Pied-de-Boeuf Bouère Bouessay Chémeré-le-Roi Cossé-en-Champagne Épineux-le-Seguin Grez-en-Bouère La Bazouge-de-Chemeré	La Cropte Le Bignon-du-Maine Le Buret Maisoncelles-du-Maine Meslay-du-Maine Préaux Ruillé-Froid-Fonds Saint-Brice Saint-Charles-la-Forêt Saint-Denis-du-Maine Saint-Loup-du-Dorat Villiers-Charlemagne
		Pays de Château-Gontier	Ampoigné Argenton-Notre-Dame Azé Bierné Château-Gontier Châtelain Chemazé Coudray Daon Fromentières Gennes-sur-Glaize Houssay	Laigné Loigné-sur-Mayenne Longuefuye Marigné-Peuton Ménil Origné Peuton Saint-Denis-d'Anjou Saint-Fort Saint-Laurent-des-Mortiers Saint-Michel-de-Feins Saint-Sulpice
	Coëvrons	Coëvrons	Assé-le-Bérenger Bais Blandouet Brée Chammes Champgenéteux Châtres-la-Forêt Deux-Évailles Évron Gesnes Hambers Izé La Bazouge-des-Alleux La Chapelle-Rainsouin Livet Mézangers Montourtier Montsûrs Neau Saint-Céneré	Saint-Christophe-du-Luat Sainte-Gemmes-le-Robert Sainte-Suzanne Saint-Georges-le-Fléchard Saint-Georges-sur-Erve Saint-Jean-sur-Erve Saint-Léger Saint-Martin-de-Connée Saint-Ouën-des-Vallons Saint-Pierre-sur-Erve Saint-Pierre-sur-Orthe Saint-Thomas-de-Courceriers Saulges Thorigné-en-Charnie Torcé-Viviers-en-Charnie Trans Vaiges Vimarcé Voutré

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Craon - Saint Aignan-Renazé - Cossé	Craon - Saint Aignan-Renazé - Cossé	Astillé Athée Ballots Bouchamps-lès-Craon Brains-sur-les-Marches Chérancé Congrier Cosmes Cossé-le-Vivien Courbeveille Craon Cuillé Denazé Fontaine-Couverte Gastines La Boissière La Chapelle-Craonnaise La Roë La Rouaudière	La Selle-Craonnaise Laubrières Livré-la-Touche Mée Méral Niafles Pommerieux Quelaines-Saint-Gault Renazé Saint-Aignan-sur-Roë Saint-Erblon Saint-Martin-du-Limet Saint-Michel-de-la-Roë Saint-Poix Saint-Quentin-les-Anges Saint-Saturnin-du-Limet Senonnes Simplé
	Ernée - Bocage Mayennais	Bocage Mayennais	Ambrières-les-Vallées Brecé Carelles Chantrigné Châtillon-sur-Colmont Colombiers-du-Plessis Couesmes-Vaucé Désertines Fougerolles-du-Plessis Gorron Hercé La Dorée Landivy Le Pas	Lesbois Levaré Montaudin Oisseau Pontmain Saint-Aubin-Fosse-Louvain Saint-Berthevin-la-Tannière Saint-Ellier-du-Maine Saint-Loup-du-Gast Saint-Mars-sur-Colmont Saint-Mars-sur-la-Futaie Soucé Vieuvy
		Ernée	Andouillé Chailland Ernée Juvigné La Baconnière La Bigottière La Croixille La Pellerine	Larchamp Montenay Saint-Denis-de-Gastines Saint-Germain-le-Guillaume Saint-Hilaire-du-Maine Saint-Pierre-des-Landes Vautorte

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Laval-Loiron	Laval	Ahuillé Argentré Bonchamp-lès-Laval Châlons-du-Maine Changé Entrammes Forcé La Chapelle-Anthenaise Laval L'Huisserie	Louverné Louvigné Montflours Montigné-le-Brillant Nuillé-sur-Vicoin Parné-sur-Roc Saint-Berthevin Saint-Germain-le-Fouilloux Saint-Jean-sur-Mayenne Soulgé-sur-Ouette
		Pays de Loiron	Beaulieu-sur-Oudon Bourgon La Brûlatte La Gravelle Launay-Villiers Le Bourgneuf-la-Forêt Le Genest-Saint-Isle Loiron	Montjean Olivet Port-Brillet Ruillé-le-Gravelais Saint-Cyr-le-Gravelais Saint-Ouën-des-Toits Saint-Pierre-la-Cour
	Villaines - Avaloirs - Le Horps-Lassay - Mayenne	Pays de Mayenne	Alexain Aron Belgeard Commer Contest Grazay Jublains La Bazoge-Montpinçon La Haie-Traversaine Marcillé-la-Ville Martigné-sur-Mayenne	Mayenne Moulay Parigné-sur-Braye Placé Sacé Saint-Baudelle Saint-Fraimbault-de-Prières Saint-Georges-Buttavent Saint-Germain-d'Anxure
		Villaines - Avaloirs - Le Horps-Lassay	Averton Boulay-les-Ifs Champéon Champfrémont Charchigné Chevaigné-du-Maine Couptrain Courcité Crennes-sur-Fraubée Gesvres Hardanges Javron-les-Chapelles La Chapelle-au-Riboul La Pallu Lassay-les-Châteaux Le Ham Le Horps Le Housseau-Brétignolles Le Ribay Lignières-Orgères Loupfougères	Madré Montreuil-Poulay Neuilly-le-Vendin Pré-en-Pail Ravigny Rennes-en-Grenouilles Saint-Aignan-de-Couptrain Saint-Aubin-du-Désert Saint-Calais-du-Désert Saint-Cyr-en-Pail Sainte-Marie-du-Bois Saint-Germain-de-Coulamer Saint-Julien-du-Terroux Saint-Mars-du-Désert Saint-Pierre-des-Nids Saint-Samson Thuboeuf Villaines-la-Juhel Villepail

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
72	Ballon - Sainte Jammes	Montbizot	Ballon Courceboeufs Joué-l'Abbé La Bazoge La Guierche Montbizot Neuville-sur-Sarthe	Sainte-Jamme-sur-Sarthe Saint-Jean-d'Assé Saint-Mars-sous-Ballon Saint-Pavace Souillé Souligné-sous-Ballon Teillé
	Château-du-Loir	Château-du-Loir	Aubigné-Racan Beaumont-Pied-de-Boeuf Château-du-Loir Coulongé Dissay-sous-Courcillon Flée Jupilles Lavernat Luceau	Mayet Montabon Nogent-sur-Loir Saint-Pierre-de-Chevillé Sarcé Thoiré-sur-Dinan Vaas Verneil-le-Chétif Vouvray-sur-Loir
		La Chartre-sur-le-Loir	Beaumont-sur-Dême Chahaignes Courdemanche La Chapelle-Gaugain La Chartre-sur-le-Loir Lavenay Le Grand-Lucé Lhomme Marçon	Montreuil-le-Henri Poncé-sur-le-Loir Pruillé-l'Éguillé Ruillé-sur-Loir Saint-Georges-de-la-Couée Saint-Pierre-du-Lorouër Saint-Vincent-du-Lorouër Villaines-sous-Lucé
	Ecommoy - Changé	Changé	Brette-les-Pins Challes Changé	Parigné-l'Évêque Saint-Mars-d'Outillé
		Ecommoy	Écommoy Laigné-en-Belin Marigné-Laillé Moncé-en-Belin	Saint-Biez-en-Belin Saint-Gervais-en-Belin Saint-Ouen-en-Belin Teloché

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	La Ferté-Bernard	La Ferté-Bernard	Avezé Beillé Boëssé-le-Sec Bouër Cherré Cherreau Cormes Dehault Duneau La Bosse La Chapelle-du-Bois La Chapelle-Saint-Rémy La Ferté-Bernard	Le Luart Préval Prévelles Saint-Aubin-des-Coudrais Saint-Denis-des-Coudrais Saint-Hilaire-le-Lierru Saint-Martin-des-Monts Sceaux-sur-Huisne Souvigné-sur-Même Théligny Tuffé Villaines-la-Gonais Vouvray-sur-Huisne
		Savigné-l'Évêque	Ardenay-sur-Mérize Beaufay Bonnétable Briosne-lès-Sables Connerré Courcemont Courcival Fatines Jauzé Le Breil-sur-Mérize Lombron Montfort-le-Gesnois Nogent-le-Bernard	Nuillé-le-Jalais Rouperroux-le-Coquet Saint-Célerin Saint-Corneille Saint-Georges-du-Rosay Saint-Mars-la-Brière Savigné-l'Évêque Sillé-le-Philippe Soulitré Surfonds Terrehault Torcé-en-Vallée
	La Flèche	Cérans-Foulletourte	Cérans-Foulletourte Château-l'Hermitage Chenu Dissé-sous-le-Lude La Bruère-sur-Loir La Chapelle-aux-Choux La Fontaine-Saint-Martin Le Lude Luché-Pringé	Mansigné Oizé Pontvallain Requeil Saint-Germain-d'Arcé Saint-Jean-de-la-Motte Savigné-sous-le-Lude Yvré-le-Pôlin
		La Flèche	Arthezé Bazouges-sur-le-Loir Bousse Clermont-Créans Courcelles-la-Forêt Cré Crosmières	La Chapelle-d'Aligné La Flèche Ligron Mareil-sur-Loir Thorée-les-Pins Villaines-sous-Malicorne

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	La Suze-sur-Sarthe	La Suze-sur-Sarthe	Chemiré-le-Gaudin Étival-lès-le-Mans Fercé-sur-Sarthe Fillé Guécélard La Suze-sur-Sarthe Louplande	Mézeray Parigné-le-Pôlin Roézé-sur-Sarthe Saint-Jean-du-Bois Souligné-Flacé Spay Voivres-lès-le-Mans
		Loué	Amné Auvers-sous-Montfaucon Avessé Brains-sur-Gée Brûlon Chantenay-Villedieu Chassillé Chemiré-en-Charnie Chevillé Coulans-sur-Gée Crannes-en-Champagne Épineu-le-Chevreuil Fontenay-sur-Vègre Joué-en-Charnie Longnes	Loué Maigné Mareil-en-Champagne Pirmil Poillé-sur-Vègre Saint-Christophe-en-Champagne Saint-Denis-d'Orques Saint-Ouen-en-Champagne Saint-Pierre-des-Bois Tassé Tassillé Vallon-sur-Gée Viré-en-Champagne
	Le Mans	Le Mans	Aigné Allonnes Arnage Champagné Chaufour-Notre-Dame Coulaines Fay La Chapelle-Saint-Aubin La Milesse Le Mans	Mulsanne Pruillé-le-Chétif Rouillon Ruaudin Saint-Georges-du-Bois Saint-Saturnin Sargé-lès-le-Mans Trangé Yvré-l'Évêque

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Mamers	Mamers	Aillières-Beauvoir Arçonnay Avesnes-en-Saosnois Blèves Champfleur Chassé Chenay Commerveil Congé-sur-Orne Contilly Courgains Dangeul Dissé-sous-Ballon La Fresnaye-sur-Chédouet Le Chevain Les Aulneaux Les Mées Lignières-la-Carelle Louvigny Louzes Lucé-sous-Ballon Mamers Marolles-les-Braults Marollette Meurcé Mézières-sur-Ponthouin	Moncé-en-Saosnois Monhoudou Montigny Nauvay Neufchâtel-en-Saosnois Nouans Panon Peray Pizieux René Roullée Saint-Aignan Saint-Calez-en-Saosnois Saint-Cosme-en-Vairais Saint-Longis Saint-Paterne Saint-Pierre-des-Ormes Saint-Rémy-des-Monts Saint-Rémy-du-Val Saint-Rigomer-des-Bois Saint-Vincent-des-Prés Saosnes Thoigné Vezot Villaines-la-Carelle
	Sablé-sur-Sarthe	Sablé-sur-Sarthe	Asnières-sur-Vègre Auvers-le-Hamon Avoise Courtillers Dureil Juigné-sur-Sarthe Le Bailleul Louailles Malicorne-sur-Sarthe	Notre-Dame-du-Pé Noyen-sur-Sarthe Parcé-sur-Sarthe Pincé Précigné Sablé-sur-Sarthe Solesmes Souvigné-sur-Sarthe Vion
	Saint-Calais	Saint-Calais	Bessé-sur-Braye Bouloire Cogners Conflans-sur-Anille Coudrecieux Écorpain Évaillé La Chapelle-Huon Maisoncelles Marolles-lès-Saint-Calais Montaillé Rahay	Saint-Calais Sainte-Cérotte Sainte-Osmane Saint-Gervais-de-Vic Saint-Mars-de-Locquenay Saint-Michel-de-Chavaignes Thorigné-sur-Dué Tresson Vancé Volnay
		Vibraye	Berfay Champrond Courgenard Dollon Gréez-sur-Roc Lamnay Lavaré Melleray	Montmirail Saint-Jean-des-Échelles Saint-Maixent Saint-Ulphace Semur-en-Vallon Valennes Vibraye

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
85	Sillé-le-Guillaume	Conlie	Bernay-en-Champagne Conlie Cures Degré Domfront-en-Champagne La Chapelle-Saint-Fray La Quinte Lavardin	Mézières-sous-Lavardin Neuvillalais Neuvy-en-Champagne Ruillé-en-Champagne Sainte-Sabine-sur-Longève Saint-Symphorien Tennie
		Fresnay - Fyé	Ancinnes Assé-le-Boisne Bérus Béthon Bourg-le-Roi Chérancé Chérisay Douillet Fresnay-sur-Sarthe Fyé Gesnes-le-Gandelin Grandchamp Livet-en-Saosnois Moitron-sur-Sarthe	Montreuil-le-Chétif Mont-Saint-Jean Moulins-le-Carbonnel Oisseau-le-Petit Rouessé-Fontaine Saint-Aubin-de-Locquenay Saint-Georges-le-Gaultier Saint-Germain-sur-Sarthe Saint-Léonard-des-Bois Saint-Ouen-de-Mimbré Saint-Paul-le-Gaultier Saint-Victeur Sougé-le-Ganelon Thoiré-sous-Contensor
		Sillé-le-Guillaume - Beaumont	Assé-le-Riboul Beaumont-sur-Sarthe Coulombiers Crissé Doucelles Juillé Le Grez Le Tronchet Maresché Neuvillette-en-Charnie Parennes Pezé-le-Robert	Piacé Rouessé-Vassé Rouez Saint-Christophe-du-Jambet Saint-Marceau Saint-Rémy-de-Sillé Ségrie Sillé-le-Guillaume Vernie Vivoin
	Aizenay	Aizenay	Aizenay Beaufou Belleville-sur-Vie La Génétouze	Le Poiré-sur-Vie Les Lucs-sur-Boulogne Saint-Denis-la-Chevasse Saligny
		La Mothe-Achard	Beaulieu-sous-la-Roche La Chapelle-Achard La Chapelle-Hermier La Mothe-Achard Le Girouard Martinet	Nieul-le-Dolent Sainte-Flaive-des-Loups Saint-Georges-de-Pointindoux Saint-Julien-des-Landes Saint-Mathurin
		Saint-Christophe-du-Ligneron	Apremont Falleron Grand'Landes La Chapelle-Palluau Machét	Palluau Saint-Christophe-du-Ligneron Saint-Étienne-du-Bois Saint-Paul-Mont-Peni

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Challans	Beauvoir-sur-Mer	Beauvoir-sur-Mer Bouin	Saint-Gervais Saint-Urbain
		Challans	Bois-de-Céné Challans Châteauneuf	Froidfond La Garnache Sallertaine
		L'Île-d'Yeu	L'Île-d'Yeu	
		Saint-Jean-de-Monts	La Barre-de-Monts Le Perrier Notre-Dame-de-Monts	Saint-Jean-de-Monts Soullans
	Chantonnay	Chantonnay	Bournezeau Chantonnay Rochetrejoux Saint-Germain-de-Prinçay	Saint-Hilaire-le-Vouhis Saint-Prouant Saint-Vincent-Sterlanges Sigournais
		Les Essarts	Boulogne La Merlatière Les Essarts L'Oie	Sainte-Cécile Sainte-Florence Saint-Martin-des-Noyers
	Fontenay-le-Comte	Benet	Benet Bouillé-Courdault Damvix Faymoreau Le Mazeau Liez Maillé Maillezais	Nieul-sur-l'Autise Oulmes Puy-de-Serre Saint-Hilaire-des-Loges Saint-Pierre-le-Vieux Saint-Sigismond Vix Xanton-Chassenon
		Fontenay-le-Comte	Auzay Bourneau Chaix Doix Fontaines Fontenay-le-Comte Foussais-Payré Le Langon Le Poiré-sur-Velluire L'Hermenault Longèves L'Orbrie Marsais-Sainte-Radégonde Mervent Montreuil	Mouzeuil-Saint-Martin Nalliers Petosse Pissotte Pouillé Saint-Cyr-des-Gâts Saint-Laurent-de-la-Salle Saint-Martin-de-Fraigneau Saint-Martin-des-Fontaines Saint-Michel-le-Cloucq Saint-Valérien Sérigné Velluire Vouvant
	La Roche-sur-Yon	La Roche-sur-Yon	Aubigny Chaillé-sous-les-Ormeaux Dompierre-sur-Yon Fougeré La Chaize-le-Vicomte La Ferrière La Roche-sur-Yon Landeronde	Le Tablier Les Clouzeaux Mouilleron-le-Captif Nesmy Saint-Florent-des-Bois Thorigny Venansault

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES ACTIVITÉS DE PREMIER RECOURS

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Les Herbiers	Les Herbiers	Beaurepaire Les Epesses Les Herbiers Mesnard-la-Barotière	Mouchamps Saint-Mars-la-Réorthe Saint-Paul-en-Pareds Vendrennes
		Mortagne-sur-Sèvre	Chambretaud La Gaubretière La Verrie Les Landes-Genusson Mallièvre Mortagne-sur-Sèvre	Saint-Aubin-des-Ormeaux Saint-Laurent-sur-Sèvre Saint-Malô-du-Bois Saint-Martin-des-Tilleuls Tiffauges Treize-Vents
	Les Sables-d'Olonne	Les Sables-d'Olonne	Château-d'Olonne Les Sables-d'Olonne L'Île-d'Olonne	Olonne-sur-Mer Sainte-Foy Vairé
		Talmont-Saint-Hilaire	Avrillé Grosbreuil Jard-sur-Mer Le Bernard Longeville-sur-Mer	Poiroux Saint-Hilaire-la-Forêt Saint-Vincent-sur-Jard Talmont-Saint-Hilaire
	Luçon	Angles	Angles Curzon La Boissière-des-Landes La Jonchère Le Champ-Saint-Père Le Givre	Moutiers-les-Mauxfaits Saint-Avaugourd-des-Landes Saint-Benoist-sur-Mer Saint-Cyr-en-Talmondais Saint-Vincent-sur-Graon
		Luçon	Chaillé-les-Marais Champagné-les-Marais Chasnais Grues La Faute-sur-Mer La Taillée La Tranche-sur-Mer L'Aiguillon-sur-Mer Lairoux Le Gué-de-Velluire Les Magnils-Reigniers	L'Île-d'Elle Luçon Moreilles Puyravault Saint-Denis-du-Payré Sainte-Radégonde-des-Noyers Saint-Michel-en-l'Herm Triaize Vouillé-les-Marais
		Sainte-Hermine	Bessay Château-Guibert Corpe La Bretonnière-la-Claye La Caillère-Saint-Hilaire La Chapelle-Thémer La Couture La Jaudonnière La Réorthe Les Pineaux Mareuil-sur-Lay-Dissais Moutiers-sur-le-Lay	Péault Rosnay Saint-Aubin-la-Plaine Sainte-Gemme-la-Plaine Sainte-Hermine Sainte-Pexine Saint-Étienne-de-Brillouet Saint-Jean-de-Beugné Saint-Juire-Champgillon Saint-Martin-Lars-en-Sainte-Hermine Thiré

Dép.	Territoire de santé de proximité	Espace d'équipes de soins	Commune	
	Montaigu	Montaigu	Boufféré Cugand La Bernardière La Boissière-de-Montaigu La Bruffière La Guyonnière	Montaigu Saint-Georges-de-Montaigu Saint-Hilaire-de-Loulay Treize-Septiers
		Rocheservière	L'Herbergement Mormaison Rocheservière	Saint-André-Treize-Voies Saint-Philbert-de-Bouaine Saint-Sulpice-le-Verdon
		Saint-Fulgent	Bazoges-en-Paillers Chauché Chavagnes-en-Paillers La Copechagnière	La Rabatelière Les Brouzils Saint-André-Goule-d'Oie Saint-Fulgent
	Noirmoutier-en-l'Île	Noirmoutier-en-l'Île	Barbâtre La Guérinière	L'Épine Noirmoutier-en-l'Île
	Pouzauges	La Châtaigneraie	Antigny Bazoges-en-Pareds Breuil-Barret Cezais Cheffois La Chapelle-aux-Lys La Châtaigneraie La Tardière Loge-Fougereuse Marillet	Menomblet Mouilleron-en-Pareds Saint-Germain-l'Aiguiller Saint-Hilaire-de-Voust Saint-Maurice-des-Noues Saint-Maurice-le-Girard Saint-Pierre-du-Chemin Saint-Sulpice-en-Pareds Thouarsais-Bouildroux
		Pouzauges	Chavagnes-les-Redoux La Flocellière La Meilleraie-Tillay La Pommeraie-sur-Sèvre Le Boupère Les Châtelliers-Châteaumur Monsireigne	Montournais Pouzauges Réaumur Saint-Mesmin Saint-Michel-Mont-Mercure Tallud-Sainte-Gemme
	Saint-Hilaire-de-Riez	Coëx	Coëx Commequiers Givrand La Chaize-Giraud L'Aiguillon-sur-Vie	Landevieille Notre-Dame-de-Riez Saint-Maixent-sur-Vie Saint-Révérend
		Saint-Hilaire-de-Riez	Brem-sur-Mer Bretignolles-sur-Mer Le Fenouiller	Saint-Gilles-Croix-de-Vie Saint-Hilaire-de-Riez

AVANT-PROPOS

Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge, mobiliser et redéployer des moyens pour permettre une réponse diversifiée, de proximité et personnalisée en privilégiant, chaque fois que possible, le milieu ordinaire de vie avec pour finalité une diminution du délai d'attente pour l'accès à un service : voilà l'enjeu du schéma régional d'organisation médico-sociale.

S'appuyant et capitalisant sur les schémas départementaux arrêtés par les Conseils Généraux, les objectifs de ce schéma concernent l'ensemble des acteurs de santé. La région bénéficie également d'un tissu associatif très diversifié et particulièrement actif.

C'est la qualité de cet existant, qui permet d'envisager la mise en oeuvre des évolutions nécessaires à la prise en compte, dans un contexte d'augmentation de la demande et d'enveloppes budgétaires contraintes, de l'exigence d'amélioration de la réponse aux usagers.

Les usagers eux-mêmes doivent être acteurs de leur propre santé. Placer la personne au coeur du système d'accompagnement médico-social, c'est d'abord centrer la démarche d'accompagnement sur les souhaits que la personne exprime et l'éclairer dans ses choix. C'est ensuite en tenir compte dans une élaboration systématisée des projets personnalisés. C'est aussi prendre en compte le couple aidant/aidé. Dès lors, la place des **aidants naturels** doit être reconnue et leur rôle réaffirmé.

Les représentants d'usagers doivent être sollicités, encouragés à s'exprimer sur le fonctionnement interne des établissements et services, afin de garantir l'amélioration constante de la qualité de service.

Pour aider chaque personne dans ses choix, il sera nécessaire de **conforter les lieux d'information accompagnée** en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé.

Les professionnels du soin et du médico-social ont également une responsabilité particulière. Plusieurs professionnels pouvant être mobilisés autour d'une même personne pour faciliter la prise en charge globale de celle-ci, il est indispensable d'aboutir à une évaluation partagée à partir d'un **dossier unique** enrichi par tous.

Au sein de chaque territoire, la coordination des dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux est nécessaire. Elle sera variable selon la nature des problèmes rencontrés (centre de ressources régional pour l'autisme, organisation infra-territoriale pour la santé mentale...). La coordination entre les professionnels exige que soit identifié, auprès de chaque personne, **un référent** qui variera selon le niveau de complexité des problèmes rencontrés.

Tous les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ont besoin d'outils partagés (dossier unique, mais aussi dossier d'inscription standardisé pour l'entrée en établissement, etc…).

L'exigence d'une qualité accrue formulée par nombre d'usagers, ainsi que la disponibilité de ressources limitées imposent de retrouver des marges de manoeuvre financières. **La mutualisation de certaines prestations** ou le regroupement de certains services constituent des pistes d'amélioration. De même, faut-il envisager **une gradation de l'offre sur un territoire** par un maillage garantissant l'accès de tous à un service de qualité.

Le renforcement des accompagnements favorisant **la vie en milieu ordinaire**, souhaitée par la majorité des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, sera recherché. De même, l'accès à l'expertise ou aux centres de ressources spécialisés sera facilité afin d'aider professionnels et usagers dans leur travail d'accompagnement, tant à domicile qu'en institution.

Les risques de rupture sont aggravés à certains **âges-clé** correspondant à des étapes significatives de la vie (arrivée à l'âge scolaire, entrée dans la vie professionnelle, etc…). Il convient d'anticiper ces moments charnières par une prise en charge adaptée.

Une politique régionale médico-sociale impose également de mieux équilibrer l'offre sur le territoire. Dans cette perspective, et pour préparer les choix futurs en matière d'équipement et de services, il est indispensable **de promouvoir une analyse partagée** avec les Conseils Généraux

et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour adapter l'offre aux besoins, avec une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans les systèmes de droit commun.

Enfin, les structures médico-sociales sont confrontées, comme les autres acteurs, à une exigence de qualité. Dans sa pratique quotidienne, chaque professionnel a le souhait d'apporter un accompagnement et des soins de qualité aux personnes prises en charge. Il importe cependant de renforcer et de **promouvoir encore davantage une culture de la qualité** et de la bientraitance permettant de mobiliser l'ensemble des professionnels et de fédérer leurs interventions.

Plus largement, les enjeux sociétaux en matière d'environnement et de développement durable exigent une attention de tous les acteurs économiques parmi lesquels les structures médico-sociales.

Là encore, échanges de bonnes pratiques, réflexions croisées et mutualisations garantiront une meilleure efficacité.

Tels sont les grands axes d'une politique médico-sociale qui sont déclinés dans les 18 objectifs du schéma ci-après.

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

LA PLACE DE LA PERSONNE

- Systématiser les projets d'accompagnement personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge **244**
- Prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne. **247**
- Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux **249**
- Conforter les lieux d'information accompagnée sur l'offre de santé **251**

UNE OFFRE GRADUÉE

- Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne **253**
- Favoriser la vie en milieu ordinaire **255**
- Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers **258**
- Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie **260**
- Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements au sein de la région et par territoire de santé **263**

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Aboutir à une évaluation de la personne partagée par tous les professionnels **265**
- Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire **267**

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne . **269**
- Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne **271**
- Retrouver des marges de manoeuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation **273**

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

- Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins **275**
- Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun **277**
- Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales **279**
- Mobiliser les structures médico-sociales sur leur responsabilité sociétale notamment en matière environnementale **281**

LA PLACE DE LA PERSONNE

« La personne au coeur des préoccupations du système de santé » est la première orientation stratégique du Projet Régional de Santé.

Mettre la personne au coeur des préoccupations du système de santé, c'est tenir compte de sa situation, de son contexte de vie et de ce qui est important pour elle. Le secteur médico-social accompagne, à tous les âges, les personnes en situation de handicap. Ce chapitre propose quatre objectifs pour relever trois défis.

D'abord, intégrer le projet personnalisé de chacun dans l'accompagnement tout au long de la vie et mieux associer l'entourage à cette démarche lorsque cela est nécessaire. Les deux premiers objectifs répondent à cet enjeu en systématisant le projet personnalisé et en reconnaissant l'importance du rôle des aidants.

Ensuite, permettre aux instances créées par les réformes sur le droit des usagers de mieux jouer leur rôle dans l'amélioration de la qualité et de la réponse aux attentes dans les établissements et les services. Le troisième objectif renforce le rôle de ces instances.

Enfin, rendre lisible au public et aux professionnels un secteur médico-social dont la grande diversité et multiplicité des acteurs en fait la richesse mais aussi la complexité. Le quatrième objectif vient compléter la plateforme d'informations (prévue dans le cadre du SROS) permettant d'accéder à l'ensemble de l'offre en santé de la région, en proposant un accompagnement personnalisé dans les lieux où le public cherche à s'informer.

OBJECTIF N°1

Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge

Orientation stratégique de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé -Être acteur de sa santé – Une démarche centrée sur la personne

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit la mise en place systématique de projets personnalisés, en établissements et dans les services, pour les personnes en situation de handicap. Près de 10 ans après, le chemin à parcourir reste important. Dans le continuum d'une étude ANESM, une étude ARS 2010, réalisée sur 12 établissements, fait état d'un pourcentage de 16 % d'EHPAD ayant rédigé un projet de vie personnalisé pour l'ensemble de leurs résidents.

Il s'agit d'aller au-delà de la seule transmission d'informations relative à la personne pour aller vers la formalisation d'un projet de vie respectant le choix de vie de la personne. Ce document a vocation à suivre la personne, s'actualiser et s'adapter tout au long de sa vie et à fédérer les intervenants dans leur accompagnement.

Par ailleurs, la participation de la personne (et de son entourage) est essentielle dans cette démarche de construction du projet personnalisé pour lui permettre d'être acteur (respect de ses souhaits, de son choix de vie et des modalités d'accompagnement qu'il juge appropriées).

>>>

>>>

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Institutionnaliser des réunions de constitution des projets personnalisés pour une élaboration collective pluri-professionnelle,
- Associer la personne et ses proches à l'élaboration de ces projets pour une meilleure individualisation et appropriation,
- Associer systématiquement le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur à l'élaboration du projet de soins, au service du projet de la personne,
- Définir les modalités de la révision et de la réévaluation du projet,
- Identifier un référent auprès de la personne (pouvant évoluer au cours du parcours), garant du respect du suivi de la personne et du respect de son projet personnalisé,
- Développer à destination des professionnels une offre de formation intégrant une approche psycho-sociale de la personne,
- Développer une offre de formation permettant la progression de compétence des professionnels pour la construction des projets personnalisés,
- Accompagner les professionnels par la mise à disposition d'outils et les échanges de bonnes pratiques concernant l'élaboration et le suivi de projets personnalisés.

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes concernées par un accompagnement en établissement ou par un service médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Tous les acteurs du champ social et de la santé : professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant en ambulatoire et en établissements, professionnels des services et établissements médico-sociaux, Conseils Généraux, Conseil Régional, communes

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Appui à prendre sur la loi du 2 janvier 2002 et sur les expériences déjà réalisées dans la région

Appui sur la commission des usagers

Inscription du projet personnalisé dans les cursus de formation des professionnels

Intégration du projet personnalisé dans les objectifs des CPOM et conventions tripartites pour les établissements et services médico-sociaux

Commission des usagers de la CRSA

LA PLACE DE LA PERSONNE

POINTS DE VIGILANCE

Articulation entre les différents acteurs l'Éducation Nationale (EN), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), milieu du travail…)

Des choix alternatifs doivent exister pour construire un vrai projet

Définition d'évènements « sentinelle »

Uniformisation excessive de la méthode

Formatage excessif du projet de vie

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Systématisation des projets personnalisés dans les établissements et services médico-sociaux

Quel que soit son âge, chaque personne en situation de handicap est détentrice de son projet personnalisé.

INDICATEURS

% des personnes suivies en établissement ou service médico-social bénéficiant d'un projet personnalisé

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Propgramme territoriaux de santé (PTS)

OBJECTIF N°2

Prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

L'aidant naturel est une personne de l'entourage familial, amical ou de voisinage.

Le soutien qu'il apporte est essentiel au maintien à domicile. Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'éviter ou retarder l'entrée en établissement. Il faut donc l'associer au projet de vie et à l'accompagnement.

Il faut une approche spécifique de l'aidant pour lui permettre d'assumer son rôle, pour tenir compte de ce qu'il est en capacité de faire, de son propre besoin, et de l'appui qu'il peut attendre.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Faire participer l'aidant aux décisions**
  - Mettre en place un temps d'échange spécifique avec l'aidant aux étapes-clé de l'accompagnement,
  - Associer les aidants à l'élaboration du projet de vie, à son évolution et prendre en compte son avis,
  - Tenir compte des potentialités de l'aidant dans les décisions concernant la personne.
- **Apporter un soutien aux aidants**
  - Donner les moyens à l'aidant d'assumer son rôle y compris pour anticiper et gérer les situations d'épuisement et de crise : lui permettre de participer à des formations, d'avoir des échanges avec d'autres aidants (groupes de pairs, groupes de parole, équipe de thérapie familiale…),
  - Lui permettre de préserver sa vie personnelle : promouvoir le développement de l'accueil alternatif, temporaire, de nuit et/ou de jour et des séjours de rupture pour le répit des parents.
  - Prévoir des solutions qui permettent de répondre aux situations d'urgence.

POPULATION CONCERNÉE

Tous les aidants naturels.

ACTEURS CONCERNÉS

L'ensemble des aidants naturels. Les acteurs du champ social et de la santé, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les centres de ressources, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les structures de services à la personne, les Conseils Généraux, les communes, les fédérations et associations, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les mandataires judiciaires.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

Le plan Alzheimer et notamment la circulaire du 30 juin 2011 qui prévoit le développement de dispositifs d'accompagnement et de répit des aidants

Le plan autisme

Le plan pluriannuel de création de places notamment pour les modes d'accompagnement diversifiés et souples

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

POINTS DE VIGILANCE

Dispersion actuelle des fonctions de conseil et d'information (CLIC, plateformes, centres ressources...)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Les aidants sont associés à l'élaboration du projet de vie et à son suivi

Des dispositifs de formation et d'appui sont proposés à tous les aidants

Les réponses en situation de crise et d'épuisement sont opérationnelles et connues des aidants

INDICATEUR

Taux d'évolution du nombre de lits et places en hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et les programmes territoriaux de santé (PTS)

OBJECTIF N°3

Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Être acteur de sa santé - Une démarche centrée sur la personne

La participation des usagers constitue un axe fort des lois de 2002 et 2005 ainsi que des plans Alzheimer, autisme, santé mentale, addictions et autres plans de santé publique.

Des efforts restent à faire notamment pour faciliter et renforcer l'expression collective des usagers. Il s'agit également d'amplifier leur rôle dans les dynamiques d'amélioration de la qualité des établissements et services médico-sociaux.

Faute d'être connues, les instances de conciliation puis de médiation ne sont pas utilisées de manière optimale pour que les usagers puissent se faire entendre. Des informations suffisantes, des échanges ou une bonne médiation pourraient améliorer les prises en charge et prévenir les conflits.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Améliorer la communication autour des conseils de vie sociale, des dispositifs de médiation, des personnes qualifiées (existence, rôle, mode de saisie...),
- Améliorer le fonctionnement de ces instances et s'assurer de leur efficacité,
- Systématiser l'existence des dispositifs de médiation dans les projets d'établissement,
- Renforcer la formation des représentants des usagers pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans les instances,
- Améliorer les conditions d'exercice des bénévoles dans le cadre de leur mission de représentation des usagers,
- Mettre en place des outils de recueil et de mesure de la satisfaction des usagers en établissement et à domicile,
- Faire participer les usagers aux évaluations internes et externes,
- Organiser le retour d'information sur les enquêtes de satisfaction et sur leur impact en termes d'amélioration des services.
- Réunir annuellement les conseils de vie sociale pour leur permettre un échange sur les bonnes pratiques

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes prises en charge en établissement ou par des services médico-sociaux

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels du champ médico-social, les associations et les organismes gestionnaires, les associations représentatives des usagers, les Conseils Généraux, les communes

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et conventions, contrats locaux de santé

Loi de 2005 : plan Alzheimer, plan autisme, plan santé mentale, plans addictions et autres plans de santé publique

Commission des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

POINTS DE VIGILANCE

Capacité de mobilisation des usagers et leur représentativité (durée de séjour ou de prise en charge limitée, expression orale…)

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

La participation des usagers dans les instances est effective

Le point de vue des usagers est exprimé et mieux pris en compte

La qualité de la prise en charge est améliorée dans les dimensions auxquelles les usagers sont sensibles.

Le nombre de conflits et de plaintes diminue

INDICATEUR

% des établissements médico-sociaux réunissant leur conseil de vie sociale au moins 3 fois par an (fréquence réglementaire)

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programmes territoriaux de santé (PTS)

OBJECTIF N°4

Conforter les lieux d'information accompagnée sur l'offre de santé

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

Pour permettre à la personne de faire un vrai choix, il faut qu'elle ait connaissance de l'ensemble des solutions possibles répondant à ses besoins. Produire une information de qualité et adaptée permet à chacun d'être acteur de sa santé.

Le système de santé et les dispositifs d'accompagnement sont complexes, morcelés et souvent très techniques. Il est difficile de se repérer sans aide ou sans conseil. Ce manque de lisibilité est un facteur important d'inégalité sociale de santé.

Pour remédier à cet état de fait, une plateforme intégrée de santé (web) est prévue dans l'objectif 1 du SROS. Elle rassemblera sur support dématérialisé l'ensemble des informations sur l'offre sanitaire et médico-sociale régionale.

Pour y accéder, certaines personnes auront besoin d'un accompagnement plus personnalisé. La création de cette plateforme doit s'accompagner d'un renforcement des lieux d'information accompagnée. Ces lieux existent déjà, certains formalisés (comme les CLIC et les centres de ressources), d'autres moins, comme les pharmacies d'officine. Ce sont ces lieux d'écoute et d'information qu'il convient de conforter en s'assurant d'un maillage territorial suffisant.

La qualité de l'accompagnement de la personne, dans sa recherche d'information, constitue un élément important de respect du choix éclairé de la personne.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Formaliser le partenariat avec les lieux qui existent déjà (ex : pharmacies) pour déployer une information accompagnée,
- Susciter des approches innovantes pour élargir le maillage,
- Recenser les lieux spécifiques d'accueil et d'orientation et les rendre lisibles pour la population,
- Préciser les missions des lieux d'information accompagnée pour aider la personne à faire un choix éclairé,
- Doter ces lieux d'information accompagnée de supports d'information adaptés, tenant compte des handicaps éventuels des personnes, en lien avec les professionnels concernés

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge.

Les aidants, accompagnants et proches.

ACTEURS CONCERNÉS

Les pharmacies d'officine, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les maisons départementales des handicapés (MDPH), les maisons pour l'autonomie et l'integration des malades d'alzheimer (MAIA), les maison des adolescents (MDA), les caisses primaires d'assurance maladie, les Conseils Généraux (notamment les services de protection maternelle infantile (PMI), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les maisons et centres de santé.

LA PLACE DE LA PERSONNE

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

La transversalité de la plateforme va faciliter une information complète et globale

S'appuyer sur l'existant : l'accompagnement est souvent présent de façon informelle dans le cadre d'un maillage souvent bien établi

POINTS DE VIGILANCE

Mise en place effective de la plateforme web

Qualité et actualisation des informations disponibles sur la plateforme

Investissement des structures d"écoute

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Maillage régional des lieux d'information accompagnée

Satisfaction des utilisateurs

INDICATEUR

Existence d'un « cahier des charges » des lieux d'information accompagnée précisant leur définition et leurs missions, et la liste des lieux d'information accompagnée y répondant

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programmes territoriaux de santé (PTS)

« La proximité organisée » est la deuxième orientation stratégique du Projet Régional de Santé. Elle implique de conforter l'offre de premier recours et d'assurer l'accès à l'innovation et aux services spécialisés. Mettre en place une offre graduée répond à ces deux enjeux.

Ces enjeux s'inscrivent dans un contexte de forte demande de maintien à domicile, qui impose de développer une réponse de proximité équitable sur les territoires de santé de la région.

En outre, si la vie à domicile n'est pas possible ou si le recours à l'expertise est nécessaire, il faut organiser l'accès à des réponses adéquates.

Pour répondre à l'enjeu du maintien à domicile et du déploiement des services en proximité, il s'agit d'abord d'organiser les différentes réponses en proximité, au niveau des territoires de santé ou à l'échelle de la région en respectant choix du lieu de vie et projet personnel. L'**objectif 5** y répond.

Il s'agit également de favoriser la vie en milieu ordinaire, à domicile, à l'école et dans le monde du travail (**objectif 6**)

Il s'agit, enfin, d'appuyer les professionnels du premier recours par le développement de plateformes d'expertises, de centres de ressources, d'outils de diagnostic à distance et d'équipes mobiles spécialisées (**objectif 7**).

Cependant, deux autres dimensions sont à prendre en compte : une adaptation de l'accompagnement à chaque âge-clé de la vie (**objectif 8**) et une distribution de l'équipement médico-social équitable entre les cinq territoires de santé de la région pour réduire les inégalités d'accès aux services et aux établissements (**objectifs 8 et 9**) .

OBJECTIF N°5

Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne.

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

Aujourd'hui le souhait des personnes est majoritairement de rester vivre à domicile. Depuis de nombreuses années, les textes accompagnent cette évolution.

Il s'agit aujourd'hui de privilégier le développement des services, dont la part au sein de l'offre d'équipement est actuellement minoritaire dans la région.

Dans le respect du parcours souhaité par la personne et de son choix de lieux de vie, le schéma propose d'organiser la réponse d'une façon graduée :

- À l'échelle du premier recours, en proximité, une logique de services et d'accueil de jour/semi-internat pour permettre de répondre aux besoins de chaque personne qui souhaite et peut rester à domicile,
- À l'échelle du territoire de santé et éventuellement en infra départemental, une logique d'accueil de jour et/ou d'hébergement pour répondre aux besoins des personnes en situation de déficiences intellectuelle ou motrice et des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge dont l'état nécessite une prise en charge en établissement,
- À l'échelle de la région, d'une part, une logique d'établissements d'hébergement et d'accompagnement pour répondre aux besoins des personnes souffrant d'un handicap à prévalence faible ou nécessitant une prise en charge spécialisée et, d'autre part, une logique de centre de ressources venant en appui spécialisé sur leur domaine d'intervention.

UNE OFFRE GRADUÉE

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

Identifier les besoins en proximité pour faire évoluer l'offre

- Adopter une logique de diversification pour offrir une palette de réponses aux besoins,
- Développer des réponses innovantes (exemple : visiteurs du soir),
- Réduire les inégalités entre les territoires.

En logique infra-départementale :

- Soutenir le milieu ordinaire par la création de places de services (places nouvelles ou transformation de places d'établissement),
- L'équipement par territoire infra-départemental doit comporter :

- une offre polyvalente d'accompagnement précoce accessible à moins de 40 minutes du domicile,
- des places de services diversifiés pour l'accompagnement de personnes handicapées quelque soit leur âge : SESSAD et SAMSAH, SSIAD, SPASAD, SAVS, accueil de jour, de week-end, hébergement temporaire, accueil de nuit et/ou d'urgence…
- des possibilités d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) pour les jeunes handicapés,
- une antenne généraliste du CSAPA départemental.
- des consultations géographiques ou populationnelles (ex : consultations de jeunes consommateurs) avancées

En logique de territoire de santé

- Diversifier la prise en charge en établissement,
- Développer des solutions souples.
- L'équipement par territoire de santé doit comporter :

- un CAMSP,
- des places en établissement pour déficients intellectuels moyens et profonds, pour les personnes souffrant de troubles du comportement, de handicap psychique ou de troubles envahissants du développement ou de polyhandicaps proposant :
- des places d'accueil de jour, d'accueil séquentiel, temporaire et d'internat, pendant les vacances et les week-ends,
- des SEHA, SEES, SIPFP,
- des unités spécifiques pour enfants autistes ou polyhandicapés,
- des places en ESAT,
- une offre d'accompagnement en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes ainsi que des réponses adaptées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (dont UHR et PASA),
- un CSAPA généraliste et polyvalent ou une coordination de deux CSAPA spécialisés, l'un « alcool », l'autre « drogues illicites »
- des antennes généralistes mutualisées, dans l'hypothèse de CSAPA spécialisés
- au moins un CAARUD
- des Lits Halte Soins Santé (LHSS) pour les personnes en situation de vulnérabilité
- une intervention des services médico-sociaux auprès des personnes en situation de handicap dans leur lieu d'accueil y compris les établissements accueillant des publics vulnérables

En logique régionale

- Développer une réponse très spécialisée pour les personnes souffrant de handicaps rares ou nécessitant une prise en charge particulière
- Répondre à la demande d'expertise et d'appui des professionnels et d'information des usagers (centres de ressources)

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels du champ sanitaire et médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Appels à projets

Conventions tripartites, CPOM

Révision des autorisations

POINTS DE VIGILANCE

Périmètre de compétence des établissements et services

Compétence partagée avec les conseil généraux

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Disposer de services de proximité, diversifiés

Mettre en place une offre en services représentant a minima 30 % de l'offre globale.

Bénéficier de prises en charge institutionnelles plus souples et plus innovantes

INDICATEUR

Part des services dans l'offre globale médico-sociale

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRIAC -PTS

OBJECTIF N°6

Favoriser la vie en milieu ordinaire

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

La loi de 2005 affirme le principe d'accessibilité universelle et donc d'accès prioritaire aux dispositifs de droit commun pour les personnes en situation de handicap. Cette approche est également retenue dans les politiques publiques en faveur des personnes âgées.

Afin de garantir le respect de ce principe, tout en respectant le choix de la personne, il convient de favoriser les conditions permettant la vie en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge.

Le schéma met la priorité sur une réponse de proximité avec une diversification de l'offre de services, ce qui permettra aux établissements de privilégier l'accueil des personnes nécessitant un accompagnement et des soins plus importants.

Il est nécessaire d'anticiper et d'adapter les conditions matérielles et les accompagnements humains contribuant à l'autonomie des personnes au long du parcours de vie.

Cet enjeu concerne l'ensemble des politiques publiques. Il s'agit donc pour l'ARS, au- delà du développement des solutions d'accompagnement appropriées dans le champ médico-social, de soutenir un plaidoyer auprès des autres acteurs porteurs des politiques publiques.

UNE OFFRE GRADUÉE

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Créer les conditions matérielles permettant à la personne de rester chez elle ou de vivre dans un logement collectif**

- Aménagement du domicile grâce à des aides techniques, télé-alarme et télésurveillance, innovation dans le domaine des technologies d'assistance à la vie autonome (domotique…),
- Développement des aides humaines pour répondre aux besoins d'accompagnement et de suivi des personnes (accompagnateurs pour les déplacements dans la cité et l'accès aux activités culturelles),
- Améliorer l'accessibilité par l'adaptation de l'environnement : transport, voierie, espaces publics, mobiliers urbains, accès au bâti des établissements publics et privés (cabinets médicaux par exemple).

- **Renforcer la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés**

- Renforcer la réflexion partagée avec l'Éducation Nationale par la tenue de réunions régulières sur les problèmes d'intégration scolaire des enfants handicapés et sur la planification coordonnée de création des classes spécialisées et des SESSAD,
- Accompagner la mise en place des cursus préprofessionnels dès l'adolescence pour faciliter l'apprentissage d'un métier et l'entrée dans le milieu ordinaire de travail (notamment « SESSAD-Pro »),
- Sensibiliser et former aux problématiques du handicap tous les professionnels intervenant auprès des enfants dans les établissements scolaires (personnels de l'Éducation Nationale, des Conseils Généraux et des communes).

- **Favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs handicapés**

- Soutenir les actions menées par la DIRECCTE et les services de formation spécialisés pour une meilleure intégration et un maintien des adultes en situation de handicap dans le milieu ordinaire,
- Accompagner la transition des travailleurs handicapés en ESAT vers les entreprises du milieu ordinaire (adaptation aux postes, suivi lors de la prise de poste...)
- Diversifier les prises en charge au sein des ESAT : mise à disposition, ESAT hors les murs…,
- Renforcer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes pour préserver le plus longtemps possible leur activité professionnelle (ex : développement du temps partiel pour tenir compte de la fatigabilité).

- **Favoriser la vie des personnes âgées à domicile**

- Renforcer la concertation avec les Conseils Généraux et les communes pour coordonner les services à la personne avec les services médico-sociaux (portage de repas, aide-ménagère...),
- Développer les SPASAD.

- **Institutionnaliser des rencontres périodiques entre instances décisionnaires et de planification sur les territoires (DRJSCS, Éducation Nationale, collectivités territoriales, directions du travail, ASE, PJJ, ….)**

- Renforcer l'articulation institutionnelle des instances décisionnaires afin de développer un accompagnement global,
- Travailler à la fluidité des parcours en recherchant une simplification des circuits de décision tant sur le plan administratif que financier,
- Identifier les situations relevant de prises en charge partagées (PJJ, rectorat, santé) pour développer des solutions dépassant les frontières administratives et financières,
- Développer avec l'Éducation Nationale une réflexion prospective sur la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire et en établissement spécialisé pour une meilleure articulation entre les établissements scolaires et les établisssements médico-sociaux,

>>>

>>>

- Développer avec les directions du travail des actions valorisant le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap et des publics fragiles,
- Associer les collectivités locales pour une meilleure identification des besoins de la personne à domicile.

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge concernées par un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

L'ensemble de la population, des acteurs économiques et institutionnels

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental et infra-départemental

LEVIERS

Loi de 2005 posant le principe de scolarisation en milieu ordinaire

Loi de 1987 fixant 6 % de salariés en situation de handicap dans les entreprises

Existence de partenariats

POINTS DE VIGILANCE

Compétence partagée avec de nombreux acteurs

Financements partagés

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Progression de l'intégration scolaire et de l'insertion en milieu ordinaire de travail

Progression du nombre de personnes de plus de 80 ans vivant à domicile

INDICATEUR

Pourcentage de GIR 5 et 6 à l'entrée en EHPAD

Nombre d'enfants handicapés accueillis en collège (ULIS ou classes ordinaires)

% des travailleurs handicapés en ESAT ayant accédé au milieu ordinaire

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRIAC -PTS

UNE OFFRE GRADUÉE

OBJECTIF N°7

Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter – Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

Les professionnels de proximité ont la responsabilité d'un accompagnement centré sur la personne dans son environnement naturel de vie.

Le souci de prendre en compte la globalité des situations ne leur permet pas de résoudre les situations complexes qui nécessitent une expertise spécialisée.

Ces professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes spécialisées quand ils l'estiment nécessaire.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Développer ou conforter les plateformes d'expertise et autres centres de ressources spécialisés dans le domaine médico-social (CAMSP, centre de ressources autisme, déficiences sensorielles, handicaps rares, handicap psychique, cérébrolésés et traumatisés crâniens,…)**
  - en appui aux professionnels et aux structures pour les aider à approfondir leurs connaissances et affiner leur diagnostic dans les cas complexes (mise à disposition d'informations spécialisées, journées d'études, rencontres débats…),
  - à destination des aidants naturels pour qu'ils assurent un meilleur accompagnement au quotidien grâce à une connaissance plus complète du handicap auquel ils sont confrontés.
- **Faciliter les interventions d'équipes spécialisées et l'utilisation de nouveaux outils technologiques, en EMS et à domicile, pour éviter d'hospitaliser ou de déplacer les personnes**
  - Aider à la décision des professionnels de proximité par la mise en place de numéros spécifiques au sein de services spécialisés,
  - Développer la télémédecine dont la télésurveillance en EHPAD ou à domicile (Vidéo consultations et transmission d'images, consultations spécialisées d'orthopédie à distance, suivi de plaies vasculaires, pansements complexes en EHPAD, films « en situation quotidienne » notamment pour les troubles psychiques ou l'analyse fonctionnelle de la marche),
  - Développer des équipes mobiles spécialisées (notamment gérontologique, soins palliatifs, troubles du comportement, psychiatrie, SSR…) intervenant auprès des professionnels du premier recours
  - Développer les consultations avancées de spécialistes.

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Les aidants naturels

Les professionnels travaillant dans le secteur de la prise en charge des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge

ACTEURS CONCERNÉS

Les centres de ressources, les équipes mobiles, les établissements et services médico-sociaux, les professionnels de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Information par le biais de la plateforme d'information intégrée prévue au SROS

Information des services eux-mêmes sur l'existence de ce nouveau mode d'exercice

Des partenariats déjà existants

POINTS DE VIGILANCE

Méconnaissance des dispositifs d'expertise existants

Multiplicité des handicaps pouvant justifier d'un centre de ressources

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Réponse aux sollicitations des professionnels et des usagers

INDICATEURS

Nombre d'EMS ayant signé au moins 1 convention avec 1 équipe mobile

Délai d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS - PRSIPT

UNE OFFRE GRADUÉE

OBJECTIF N°8

Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie

Orientation stratégique de rattachement : La maitrise des risques concernant la santé des populations - La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

Les personnes sont plus particulièrement confrontées à des situations de risques à certaines périodes de leur vie.

Il convient donc d'anticiper ces moments-clé et d'assurer une prise en charge adaptée, afin d'éviter les ruptures de prise en charge et de préserver la continuité du parcours et le projet de vie des intéressés.

Tout en tenant compte de la spécificité du parcours de chacun qui peut parfois modifier le schéma type des périodes évoquées (vieillissement précoce lié à un handicap, à un mode de vie), il s'agit de mettre en oeuvre des actions ciblées à 4 périodes-clé de la vie (0-6 ans, 11-13 ans, 16-25 ans, vieillissement précoce lié au handicap) et de s'assurer de l'articulation entre les dispositifs existants pour faire face aux besoins spécifiques de ces périodes charnières.

De même il convient de tenir compte de l'évolution des besoins liés notamment au très grand âge, au-delà de 85 ans.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Prévenir le handicap ou son aggravation par un accompagnement médico-social précoce pour les 0 à 6 ans**
- Réaffirmer le rôle des CAMSP pour les enfants « à risque » de 0 à 6 ans comme acteur de coordination de l'offre médico-sociale et sanitaire, d'observation de l'évolution des besoins et de centre de ressources pour les professionnels. Réduire leurs délais de prise en charge,
- Renforcer le dépistage et les interventions précoces auprès des enfants présentant un risque ou atteint d'un handicap (action des CAMSP, des services de PMI, développement de l'accueil en SESSAD),
- Réaffirmer la place du médecin traitant dans le repérage précoce et l'informer des dispositifs d'appui et d'expertise existants,
- Développer une politique de formation des personnels de la petite enfance (Crèches, PMI...).
- **Accompagner le passage du primaire en secondaire pour les 11/13 ans**
- Renforcer l'appui des SESSAD sur cette tranche d'âge,
- Soutenir et former les équipes pédagogiques,
- Proposer des solutions alternatives de scolarisation partagées entre l'Éducation Nationale (classes ordinaires ou ULIS) et classes en IME,
- Rechercher des solutions en région pour harmoniser la prise en charge des frais de transport EN/ IME/CMP,
- Repérer les situations à risques de la période de l'adolescence (addictions, suicide, santé sexuelle) et s'appuyer sur la MDA et les CSAPA pour construire des parcours d'accompagnement adaptés.
- **Assurer la continuité du parcours des jeunes âgés de 16 à 25 ans**
- Renforcer avec le soutien de l'EN, l'appui des « SESSAD-Pro » auprès des jeunes en « ULIS Lycées »,
- Soutenir et former les équipes pédagogiques,
- Renforcer le maillage de l'offre de services du secteur adolescents et du secteur adultes (développement des SESSAD-Pro, relais SAVS/SAMSAH dès 18 ans) pour mieux prendre en compte des problématiques liées au passage des adolescents à l'âge adulte,
- Développer l'insertion en milieu ordinaire de travail en lien avec l'AFPA et les entreprises d'accueil,

>>>

>>>

- Redéployer des places entre le secteur de l'enfance et le secteur des adultes en fonction des besoins identifiés sur les secteurs et dans le respect des usagers,
- Définir des modalités d'accompagnement innovantes pour les jeunes en situation d'amendement Creton (appel à projets) et définir en partenariat avec les Conseils Généraux des critères d'admission prioritaires dans les établissements pour adultes,
- Définir en associant les acteurs concernés, notamment l'Éducation Nationale et les Conseils Généraux, des modalités d'accompagnement innovantes pour les jeunes relevant de champs partagés (ex : ASE/PJJ/MS).

Anticiper l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes

- Développer des dispositifs spécifiques et coordonnés d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, tant en institution qu'à domicile,
- Définir des modalités de médicalisation des structures accueillant des personnes handicapées vieillissantes (ex : intervention de SSIAD, médicalisation de FO…),
- Accompagner la transition des travailleurs handicapés travaillant en ESAT vers la réduction ou l'arrêt de l'activité professionnelle,
- Renforcer la coordination entre secteur personnes âgées et secteur personnes en situation de handicap avec les Conseils Généraux pour trouver des solutions adaptées,
- Développer la problématique de l'accompagnement des PHV dans les projets d'établissement et de services,
- Adapter le dispositif d'entrée en EHPAD pour les personnes dépendantes en grande précarité.

Anticiper la perte d'autonomie brutale ou progressive notamment des personnes âgées de plus de 85 ans

- Développer des solutions innovantes d'accompagnement et de suivi, en lien avec les Conseils Généraux
- Éviter les hospitalisations par l'intervention en urgence des dispositifs médico-sociaux
- Renforcer le suivi infirmier, bucco-dentaire, visuel et auditif, en institution comme à domicile

POPULATION CONCERNÉE

Enfants et adultes en situation de handicap aux 3 périodes clé de la vie (0-6 ans, 11-13 ans, 16-25 ans), personnes handicapées vieillissantes et personnes âgées de plus de 85 ans

ACTEURS CONCERNÉS

Les DIRECCTE, l'AFPA, la PJJ, les MDPH, les MDA, Les établissements et services médico-sociaux, l'Éducation Nationale, les Conseils Généraux (et notamment les services de PMI et ASE),l'assurance maladie

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

UNE OFFRE GRADUÉE

LEVIERS

Partenariats déjà existants

Loi de 2005 sur le droit à la scolarisation des enfants en situation de handicap

Loi sur l'intégration des adultes en situation de handicap dans le milieu professionnel

Appels à projets

Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)

Commission de coordination des politiques publiques médico-sociales

POINTS DE VIGILANCE

Capacités de l'enfant

Capacité des professionnels accueillant les enfants en milieu ordinaire, à accompagner les enfants en situation de handicap

Capacité des structures médico-sociales à accueillir et accompagner des personnes en situation de handicap ayant eu un parcours de vie difficile (errance, détention, addictions…) touchées par un vieillissement précoce

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Réduction du nombre des jeunes en situation d'amendement Creton

Augmentation du nombre des enfants en situation de handicap en inclusion scolaire, en secondaire,

Augmentation du nombre d'intégrations de travailleurs en situation de handicap en milieu ordinaire de travail

Augmentation du nombre de projets professionnels adaptés en fonction du vieillissement de la personne en situation de handicap

INDICATEUR

Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton en région et par département.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRIAC - PTS

OBJECTIF N°9

Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements médico-sociaux au sein de la région et par territoire de santé

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Malgré un bon niveau d'équipement général, des disparités départementales et infradépartementales importantes persistent. Le PRS doit s'attacher dans les cinq prochaines années à faire évoluer l'offre médico-sociale vers un meilleur équilibre pour permettre à chaque personne nécessitant un accompagnement de trouver une réponse en fonction de ses besoins, dans le cadre d'une prise en charge graduée.

À partir de la détermination d'un taux d'équipement pour les établissements et services respectant l'objectif national fixant la proportion entre places de services et places d'hébergement, il s'agit d'identifier les territoires déficitaires et de lancer des appels à projets pour rééquilibrer l'offre par création, restructuration et réorganisation de l'existant.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

Réduire les inégalités territoriales :

- Viser à 5 ans une réduction d'1/3 des écarts interdépartementaux d'équipement.

Développer l'offre de service pour les personnes en situation de handicap

- Viser à 5 ans une part des services aux personnes en situation de handicap représentant 35 % de l'offre globale.
- Viser à 5 ans, par territoire de santé, un taux d'équipement en service pour personnes en situation de handicap :

- de 3.80 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans,

- de 0.50 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

Développer l'offre de service pour les personnes âgées

- Viser à 5 ans une part des services aux personnes âgées représentant 17 % de l'offre globale.
- Viser à 5 ans, par territoire de santé, un taux d'équipement en service pour personnes âgées de 35 places pour 1 000 personnes de 80 ans et plus.
- Pour les personnes atteintes de la maladie d'alzheimer, créer une plateforme de répit et d'accompagnement par territoire, et développer les équipes spécialisées, les PASA et les UHR

Achever le maillage territorial de l'offre médico-sociale sur le secteur de l'addictologie conformément au schéma cible développé dans l'objectif 5

Améliorer le maillage territorial de l'offre médico-sociale sur le secteur de la précarité

- Renforcer le maillage territorial en places d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) et en lits halte soins santé (LHSS)
- Développer l'intervention des services d'accompagnement médico-social dans les structures collectives d'accueil et d'hébergement des personnes précaires

Maintenir une pluralité de l'offre pour permettre l'accessibilité financière

- Respecter un équilibre entre structures relevant du secteur privé lucratif et du secteur non lucratif dans les projets retenus lors des procédures d'appels à projets
- Maintenir une proportion de places conventionnées à l'aide sociale suffisante

>>>

UNE OFFRE GRADUÉE

>>>

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, les publics précaires et fragiles, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels du champ médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental et infra départemental

LEVIERS

- Appels à projets
- Contractualisation

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Atteindre les taux cibles
- Réduction des écarts d'équipement interdépartementaux

INDICATEUR

Écarts de taux d'équipements, par type d'établissements et services entre territoires

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS - PRIAC

« La coordination des acteurs pour des parcours efficients » est le deuxième volet de l'orientation stratégique « La proximité organisée ».

Développer la coordination dans le secteur médico-social, c'est donner la responsabilité à ce secteur de mieux fédérer les interventions et renforcer les coopérations des acteurs de santé pour permettre la prise en charge globale et efficiente de la personne dans son parcours de vie. La coordination concerne à la fois les professionnels de la santé, du social et du médico-social qui interviennent dans le cadre de cette prise en charge globale. Cinq objectifs répondent à trois enjeux.

D'abord, mettre en place les dispositifs permettant le partage des informations, et le développement en particulier de l'évaluation, afin que la coordination puisse être facilitée. L'**objectif 10** vise à mettre en place un dossier unique alimenté par tous les professionnels.

Ensuite, mieux organiser, structurer et articuler les interventions des différents acteurs de l'accompagnement pour les responsabiliser et leur donner les moyens de travailler ensemble. Trois objectifs y répondent. L'**objectif 11** propose de définir le cadre de la coordination en prenant en compte le contexte particulier de chaque territoire. L'**objectif 12** confie le pilotage de la coordination au professionnel le plus adapté, médecin traitant dans les cas simples, professionnel le plus investi auprès de la personne dans les cas plus compliqués ou gestionnaire de cas dans les situations les plus complexes. L'**objectif 13** propose les outils qui manquent pour partager l'information au sein d'une coopération renforcée.

Enfin, l'amélioration de l'efficience est un enjeu d'ampleur. Elle passe par la mutualisation de certaines activités ou services qui aujourd'hui pourraient être réorientés ou regroupés. C'est le 14ème objectif.

OBJECTIF N°10

Aboutir à une évaluation de la personne partagée par tous les professionnels.

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

Une des particularités du secteur médico-social réside dans la multiplicité des acteurs intervenant auprès de la personne, chacun détenant une parcelle d'information et procédant à sa propre évaluation de la situation en fonction de son périmètre de compétence.

Or, un accompagnement personnalisé de qualité ne peut se concevoir qu'en prenant en compte la globalité de la situation (bio-psycho-sociale) de la personne.

Dans un souci d'efficacité, pour éviter de renouveler à de multiples reprises les mêmes investigations, l'harmonisation des dispositifs d'évaluation de la personne est incontournable. Il est également nécessaire de pouvoir utiliser des documents harmonisés et partagés.

Il s'agit donc de disposer d'un document unique utilisable par tous et alimenté par tous.

La centralisation des données relatives à une personne est en effet le gage de la cohérence des interventions des professionnels et de l'adaptation du projet qui lui sera proposé.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Favoriser l'évaluation partagée de la situation de la personne : créer des lieux de rencontre et organiser des journées d'échange pour impulser une vraie coopération entre professionnels et un partage d'expériences et de pratiques
- Mettre en place une synthèse partagée de l'évaluation de la personne et des données relatives aux soins, aux médicaments et aux données psychosociales des personnes
- Engager une démarche d'informatisation du dossier favorisant le partage d'informations, tout en prévoyant le respect de la confidentialité des données

POPULATION CONCERNÉE

Toutes les personnes concernées par un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, les pharmaciens, les professionnels des établissements et services médico-sociaux

Les institutionnels impliqués dans l'élaboration d'outils de traitement des situations et dans la prise de décision (CNSA, Éducation Nationale, Conseils Généraux, CLIC, MDPH)

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, Départemental et infra départemental

LEVIERS

- Contractualisation
- Politique d'harmonisation des outils d'évaluation (ex : GEVA)

POINTS DE VIGILANCE

- Respect du secret médical, confidentialité des données
- Prise en compte du droit de veto de l'intéressé quand à la diffusion des informations le concernant
- Respect des dispositions CNIL
- Exigence de formation pour une bonne utilisation de l'outil GEVA

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Concertation avec les partenaires
- Élaboration d'un dossier-type
- Développement de l'outil GEVA

INDICATEUR

Existence d'un dossier-type régional d'évaluation partagée de la situation de la personne

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°11

Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

Les professionnels et les dispositifs, les décideurs et les pouvoirs publics présents sur un territoire donné sont nombreux et ne travaillent pas toujours ensemble faute de se connaître, d'autant qu'ils relèvent de secteurs, d'autorités de contrôle et de financement différents.

Ce cloisonnement des dispositifs affecte la cohérence des différentes interventions auprès d'une même personne et impacte la qualité de la prise en charge.

Il s'agit ici de définir une coordination du territoire de santé en définissant, grâce à un renforcement de la concertation entre décideurs et structures, une organisation pour que les professionnels puissent travailler ensemble, mieux articuler leurs interventions et partager informations et pratiques.

L'objectif est d'améliorer l'organisation de l'offre et du service rendu à la population en ajustant mieux le rôle de chacun. Cette recherche d'articulation répond également à une exigence d'efficacité et d'utilisation rationnelle des crédits même si ceux-ci relèvent d'origines différentes.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

Au niveau régional

- Réorganiser le centre de ressources autisme : recentrage de son activité sur des missions de ressource (communication, documentation, politique de recherche) et de diagnostic (appui aux diagnostics complexes), avec au niveau régional, une équipe ressource sur le plan sanitaire et médico-social complétée par des antennes pluridisciplinaires départementales,
- Identifier les populations et thématiques pour lesquelles à l'instar de l'autisme ce modèle d'articulation -entre soin et accompagnement- se justifie, (santé mentale, addictologie, handicap sensoriel…),

Au niveau des territoires de santé

- Pour mieux évaluer, sur le territoire, les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, développer la prévention, l'hospitalisation programmée, adapter la prise en charge à domicile et prévenir le recours aux urgences, déployer une organisation en réseau qui s'appuie sur trois modèles en fonction des situations et dynamiques rencontrées dans les territoires,
  - Modèle 1 : déployer des réseaux polyvalents et les filières gériatriques qui organisent en proximité, le travail en commun des professionnels du soin, du social et du médico-social,
  - Modèle 2 : expérimenter le rôle coordinateur/animateur d'une équipe pluriprofessionnelle de premier recours,
  - Modèle 3 : expérimentation du « CLIC élargi » pour étendre le périmètre du CLIC au delà des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Anticiper les problématiques de santé des personnes et faciliter une prise en charge médico-sociale en amont et en cas de crise,
- Développer des réponses de proximité (consultations avancées, équipes mobiles) intervenant en soutien des équipes et des aidants,
- Améliorer l'accès à des solutions de prise en charge médico-sociales alternatives au court séjour (recours à des structures d'hébergement temporaire, d'accueil de jour et d'accueil de nuit).

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professions de santé,

Les professionnels participant à l'accompagnement d'une personne en situation de handicap quelque soit son âge

Les directions départementales de cohésion sociale

Les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental, infra départemental

LEVIERS

Existence GEVA

Travail déjà réalisé par les réseaux de santé, les CLIC…

Systématisation du principe d'articulation pluri-professionnelle dans le cadre de la contractualisation (conventions tripartites, CPOM, contrats locaux de santé, conventions de coopération des MSP, réseaux…)

Conseils locaux de santé mentale

Création de plateforme de services – prototypes préconisés par le rapport du HCAAM

POINTS DE VIGILANCE

Travail parfois isolé de certains professionnels lié à un contexte démographique défavorable

Valorisation du temps de coordination

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Diminution du nombre des recours aux urgences motivés par des difficultés de maintien à domicile

Augmentation du nombre des consultations avancées et des interventions d'équipes mobiles

INDICATEUR

% de personnes de plus de 80 ans restant à domicile

Nombre de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°12

Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

Si la coordination des différentes interventions est le gage de la qualité de prise en charge globale de l'usager et de la cohérence de son parcours, la diversité des professionnels intervenant auprès d'une même personne requiert la désignation d'un professionnel garant de cette coordination.

La mission et le choix de ce professionnel doivent être adaptés en fonction du contexte d'accompagnement et de prise en charge de la personne (situation simple ou situation complexe).

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Identifier, en fonction du niveau de complexité de la situation de l'usager, le type de professionnel le mieux à même d'assurer la meilleure coordination.**
  - Dans les situations simples le médecin traitant est souvent le mieux placé pour assurer une coordination légère,
  - Dans les situations plus complexes, c'est le professionnel intervenant le plus fréquemment auprès de la personne ou le plus concerné qui est le plus pertinent à assurer une coordination structurée des autres professionnels autour de la personne (infirmières, kinésithérapeutes, assistantes sociales, professionnel de l'enfance, référent ASE ou PJJ par exemple, pour les enfants bénéficiant d'un accompagnement particulier...),
  - Dans les situations les plus complexes, l'intervention d'un « gestionnaire de cas » s'inspirant du modèle développé dans le cadre des MAIA pour les malades d'Alzheimer spécialiste de la coordination, sera proposée pour garantir une pluri-professionnalité adaptée et bien coordonnée.
- **Développer des outils soutenant la fonction de « responsable de la coordination » autour de la personne**
  - Protocoliser l'organisation du travail autour du responsable de la coordination à partir des bonnes pratiques reconnues au niveau régional,
  - Définir le modèle de rémunération,
  - Promouvoir chez les étudiants appelés à travailler dans le secteur de la santé une culture et un modèle de travail intégrant la place du responsable de la coordination.

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Les aidants naturels

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

ACTEURS CONCERNÉS

Les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professions de santé,

Tous les professionnels participant à l'accompagnement d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Dans le médico-social, le plan de compensation de la MDPH constitue un support pertinent.

Nouveau mode de rémunération et convention médicale nationale.

Il existe actuellement une coordination entre CLIC et MAIA (pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer). Celle-ci pourrait jouer un rôle actif dans la coordination médico-sociale et s'étendre à d'autres publics. Par ailleurs, d'autres structures autour de la coordination des aides à domicile se développent.

La création de plateformes de services

POINTS DE VIGILANCE

Repérage du coordinateur

Légitimité du coordinateur

Prendre en compte l'existant et éviter les superpositions

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Lancement d'une concertation partenariale sur l'identification de responsables de coordination par territoire et détermination des territoires de référence

Garantir la couverture de la coordination sur tous les territoires

INDICATEUR

% des projets personnalisés comportant l'identification du responsable de la coordination autour de la personne

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°13

Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

Les difficultés de coordination entre professionnels résultent souvent de la méconnaissance de l'existant et des interventions des autres acteurs. Elles peuvent entraîner des orientations inappropriées vers les établissements et services médico-sociaux et nuire à la qualité de la prise en charge.

Il s'agit de mettre en place des outils au service de la coordination pour les professionnels afin qu'ils travaillent et partagent l'ensemble des données concernant l'usager.

Il s'agit également d'adopter une démarche d'uniformisation des données relatives à l'usager et de simplifier ses démarches par la généralisation d'un dossier unique d'inscription en établissement et en service (cf. expérimentation en cours visant la mise en place d'un dossier unique informatisé d'inscription en EHPAD).

En outre, il faut accompagner le virage informatique des professionnels et des établissements.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Centraliser et uniformiser les données relatives à l'usager et mettre en place un dossier partagé de l'usager**
  - Informatiser les dossiers des usagers dans les établissements et services médico-sociaux,
  - Créer les conditions d'échanges d'informations et d'accès à un dossier unique entre professionnels concernés (messagerie sécurisée et autres),
  - organiser la transmission et le traitement au quotidien d'informations à l'instar de ce qui se fait dans les établissements de santé
  - Disposer d'un document d'information qui synthétise l'information sur le handicap pour permettre au professionnel de santé d'adapter ses comportements, ses décisions et ses modalités de prise en charge.
  - Disposer sans délai du courrier de sortie en cas d'hospitalisation
- **Mettre en place un dossier unique d'inscription en établissements et services médico-sociaux**
  - Créer ou améliorer le dossier unique d'inscription et de pré-admission en établissements et en services pour simplifier les démarches de l'usager,
  - Mettre en place une centralisation des inscriptions.
- **Disposer d'un document à domicile qui précise la conduite à tenir en cas de dégradation de la situation d'une personne.** Ce document guide le professionnel qui fait le constat, pour mobiliser les autres intervenants autour d'une prise en charge ou orientation alternative anticipée (exemple : hébergement temporaire ou mise en place d'un portage de repas en cas de difficulté de l'aidant).

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Aidants naturels

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels participant à l'accompagnement d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Création d'un GCS e-santé

POINTS DE VIGILANCE

Actualisation des données de la plateforme

Contenu et traçabilité des modifications

Sécurisation et modulation des droits d'accès aux données

Accord de l'intéressé pour la diffusion des données personnelles le concernant

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Informatisation à la plateforme e-santé des établissements médico- sociaux et des dossiers usagers

Intégration de toutes les données relatives aux dispositifs d'accompagnement et de soins en région Pays de la Loire

Création d'un dossier régional unique d'inscription pour l'entrée en EHPAD

INDICATEUR

Taux d'établissements disposant d'un système d'informatisation des dossiers des usagers

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRSIPT

OBJECTIF N°14

Retrouver des marges de manoeuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

Le niveau d'exigence croissant des usagers, notamment en matière de prise en charge de proximité et de qualité/sécurité des prestations, couplé aux évolutions de la démographie médicale et des disponibilités financières, impose de rechercher des modes organisationnels mutualisés.

Sachant que la mutualisation doit s'entendre dans une logique de territoire mais aussi de panier de services, il s'agit de définir les prestations à mutualiser pour répondre à un objectif d'amélioration des prises en charge, notamment pour les structures n'ayant pas atteint une taille optimale.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Tendre vers une taille optimale et adaptée pour les établissements et services médico-sociaux dans une logique d'optimisation du fonctionnement des structures**

- **Systématiser la réflexion sur la recherche d'une taille optimale alliant qualité de la prise en charge et rationalisation des coûts**

- La référence usuelle à 80 lits en EHPAD pour pouvoir assurer, à terme, une permanence d'infirmière de nuit notamment, se justifie lorsque les structures s'inscrivent dans une logique d'investissements et sollicitent des crédits.

Un seuil de 6 places minimum est préconisé pour les accueils de jour adossés à une structure, et un seuil minimum de 10 places pour les établissements de même nature qui sont autonomes.

- **Regrouper les établissements et services dans le cadre d'un projet concerté avec et entre les acteurs**

- **Soutenir les opérations de fusion** Encourager chaque fois que cela s'avère possible et cohérent, les rapprochements ou regroupement d'EHPAD publics, parfois isolés, afin de permettre la mise en commun de moyens et d'offrir un panier de services et de prestations pour des personnes âgées.

- **Soutenir la réflexion sur la GPEC dans les structures**

- évolution des métiers,

- identification des nouveaux métiers.

- **Mutualiser certaines activités :**

- Activités administratives et logistiques,

- Activités techniques,

- Développement des achats groupés,

- Organisation des transports sous tendue par l'adoption d'une logique de temps de transport maximum.

- **Optimiser sur chaque territoire les modalités de fonctionnement des établissements et services**

- Diversification des accompagnements par la mise en place d'une complémentarité/coopération étroite entre établissements d'un même territoire,

- Amplitude horaire d'ouverture,

- Amélioration de la zone territoriale de couverture,

- Temps partagé sur certains postes.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge bénéficiant d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, Départemental, Infra-départemental

LEVIERS

Contractualisation intégrant des logiques de regroupement

Création de CGSMS pour mutualiser

Circulaire 2010 sur la taille critique des sections ou établissements d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

POINTS DE VIGILANCE

Maintien d'un bon niveau de maillage territorial

Maintien d'une personnalisation des prestations

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Développement des CGSMS et autres formes de coopération

INDICATEUR

% d'établissements médico- sociaux inclus dans une structure de coopération (dont GCSMS)

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

La maîtrise des risques concernant la santé des populations est la troisième orientation stratégique du Projet Régional de Santé.

Mettre en place une politique de maitrise des risques en santé dans le domaine médico-social, c'est agir sur les inégalités sociales de santé. C'est également mettre en oeuvre une dynamique d'amélioration de la qualité dans les établissements et services médico-sociaux.

Ce chapitre propose 4 objectifs pour répondre à cet enjeu.

Réduire les inégalités sociales de santé, c'est d'abord les objectiver et partager avec les Conseils Généraux et les MDPH une stratégie (**objectif 15**). C'est ensuite proposer un accompagnement spécifique aux personnes en situation de vulnérabilité sociale pour leur permettre d'accéder aux services de droit commun (Objectif 16).

D'autre part, l'amélioration de la qualité dans les structures médico-sociales requiert une démarche volontariste qui représente un défi face à la multiplicité des services et établissements. L'**objectif 17** vise à relever ce défi. Enfin, maîtriser les risques, c'est également être exemplaire en matière de développement durable et de responsabilité sociétale. C'est le but poursuivi par l'**objectif 18**.

OBJECTIF N°15

Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins.

Orientations stratégiques de rattachement : La maitrise des risques en santé - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Pour préparer les choix futurs, il faut renforcer l'observation et l'analyse des données sur le secteur médico-social. Il s'agit d'objectiver les besoins pour tenir compte des évolutions sociologiques régionales ainsi que de l'évolution des attentes de la population en matière de santé.

Il s'agit de construire une stratégie partagée pour le futur sur la base de données objectives et partagées. Pour enrichir la réflexion, il faut pouvoir mutualiser les connaissances, les données disponibles et les analyses entre l'ensemble des acteurs de la région ainsi qu'avec le niveau national.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- Mettre en oeuvre un programme d'études sur 5 ans en lien avec les objectifs du PRS : analyser les besoins à venir au regard de l'offre existante,
- Valoriser et partager les données qualitatives et quantitatives en termes d'attentes et de projets de vie, d'épidémiologie et de file active par territoire, mise en commun des ressources de chaque partenaire (ex : plateforme PCOSS),
- Harmoniser et objectiver les pratiques d'évaluation des MDPH de la région,
- Harmoniser les pratiques d'orientations prises par les MDPH de la région,
- Formaliser les échanges et adopter un mode de communication adapté pour une meilleure réactivité,
- Partager les analyses concernant les transferts et créations de places à réaliser entre territoires afin d'atteindre les taux d'équipement cible,

>>>

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

- Analyser les plateaux techniques des établissements et services réalisant des prestations comparables afin de déterminer des principes d'accompagnement et de financement équitables et efficients (organigramme, coût cible),
- Définir et mettre en oeuvre une méthode pour repérer les besoins des personnes âgées et pour les évaluer en tenant compte des souhaits et projets de vie exprimés par ces personnes.

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les Conseils Généraux, les MDPH, les CLIC, l'ORS, le CREAI

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Objectif commun d'amélioration d'anticipation pour une meilleure prise en compte de la population

POINTS DE VIGILANCE

Coûts des études sociologiques

Compétences des organismes prestataires en termes d'analyse des données

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Institutionnalisation de réunions pluriannuelles

Partage des données et des analyses

Développement d'études prospectives et d'analyse des besoins en partenariat

INDICATEUR

Nombre d'études sur l'analyse des besoins et l'évolution de l'offre médico- sociale produites dans le cadre du programme d'études ARS-CG-MDPH

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°16

Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun

Orientations stratégiques de rattachement : La maitrise des risques en santé - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Lutter contre les inégalités de santé est une priorité gouvernementale.

En outre, le recours au droit commun est le principe de base de l'intégration, les dispositifs spécifiques n'intervenant que lorsque cette intégration est temporairement interrompue.

Les déterminants sociaux ont un impact sur la durée de vie sans incapacité et sur la mortalité prématurée.

Il s'agit de renforcer les actions pour éviter que le système de santé dans son ensemble et notamment l'accompagnement médico-social qu'il intègre, n'aggrave ces inégalités.

Il s'agit aussi de prendre en compte les spécificités de chacun pour un accompagnement adapté au plus près des besoins.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Mettre en oeuvre des actions en direction des publics vulnérables et/ou désocialisés**
  - S'attacher par tous moyens à repérer et éviter les situations d'isolement à domicile,
  - Renforcer le partenariat avec les acteurs de la veille et de l'urgence sociale, ainsi qu'avec les structures hospitalières et les équipes mobiles de psychiatrie.
- **Améliorer l'accompagnement et le suivi des jeunes**
  - Renforcer les interventions des CSAPA dans les lieux d'enseignement et d'apprentissage,
  - Renforcer les interventions précoces au sein des consultations jeunes consommateurs et des lieux de rencontre (ex : accueil de jour, services d'accompagnement social et d'hébergement comme les CHRS et les FJT, les missions locales),
  - S'appuyer sur les Maisons Des Adolescents (MDA) pour concevoir des réponses médico-sociales adaptées.
- **Améliorer l'accompagnement et le suivi des femmes enceintes**
  - Renforcer le partenariat entre les CSAPA et les établissements de santé,
  - S'appuyer sur la PMI pour le repérage et le suivi des femmes enceintes vulnérables (grand isolement social, addictions, violences conjugales, naissances précoces, santé mentale),
  - Anticiper l'accompagnement des femmes fragiles par des organisations adaptées associant étroitement les acteurs du médico-social, les sages-femmes et les professionnels des maternités.
- **Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes sous main de justice**
  - Renforcer l'articulation entre les différents intervenants (UCSA, CSAPA, SPIP, professionnels libéraux et associatifs) y compris dans les domaines de la santé mentale, des maladies chroniques invalidantes, des addictions et de la perte d'autonomie,
  - Renforcer le suivi par les CSAPA des détenus consommateurs de drogues et améliorer leur suivi à la sortie de prison.

>>>

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

- **Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes en grande précarité**
- Soutenir les actions d'accompagnement vers la santé des personnes en grande précarité,
- Renforcer les liens avec les acteurs de la psychiatrie pour améliorer le repérage et le suivi des personnes atteintes de troubles psychiatrique en grande précarité,
- Développer les prises en charge en LHSS, pour les personnes en grande précarité et atteintes de maladies chroniques invalidantes,
- Améliorer l'accès et le maintien dans un parcours de santé :
  - favoriser les conditions de bonne observance et de prise des traitements (bagageries médicamenteuses…),
  - Développer l'accompagnement médico-social et la possibilité de recours à des professionnels de santé et à l'accompagnement médico-social au sein des services d'accompagnement social et d'insertion,
  - Favoriser le développement de l'interprétariat dans les services concernés.
- **Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes souffrant de handicap psychique**
- Renforcer l'offre de service en SAMSAH et les Groupes d'Entraide Mutuels (GEM) pour favoriser l'insertion et la socialisation des personnes souffrant de handicap psychique.

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de vulnérabilité sociale et notamment les adolescents, les femmes enceintes, les personnes souffrant d'un handicap psychique, les personnes sous main de justice

ACTEURS CONCERNÉS

Les services de l'État (notamment DDCS et DRJSCS), les Conseils Généraux, les communes, les associations, les gestionnaires d'établissements et services d'accueil d'hébergement, d'insertion, et médico-sociaux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, Départemental, Infra départemental

LEVIERS

Dynamique des PRAPS de 1ère et 2ème génération,

Schémas de protection de l'enfance,

Commissions de coordination des politiques publiques en matière médico-sociale et en matière de prévention

Projets d'établissements et services accueillant ou assurant le suivi des publics précaires

POINTS DE VIGILANCE

Barrières linguistiques

Forte individualisation de la prise en charge

Gestion de problématiques ne relevant pas que du champ de la santé

Existence de problématiques spécifiques des personnes vulnérables, distinctes des problématiques des personnes avec pratiques addictives

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Diminution des décès prématurés liés aux pratiques addictives

Diminution du nombre de femmes identifiées comme « précaires », sans suivi post-natal

Diminution des ruptures de prise en charge de détenus relative à la santé

INDICATEUR

Nombre de places de SAMSAH en faveur des personnes en situation de handicap psychique

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS, PTS

OBJECTIF N°17

Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales

Orientations stratégiques de rattachement : La maitrise des risques de santé - La prévention et la promotion de la santé intégrée dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Si la qualité de la prise en charge est une préoccupation quotidienne des professionnels intervenant auprès des personnes, il est nécessaire de protocoliser cette exigence au niveau de chaque institution pour responsabiliser et coordonner l'ensemble des professionnels concernés.

La maitrise des risques participe à la qualité et à l'efficacité du système.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Inciter les établissements à développer une politique de gestion des risques**
  - Sensibilisation des personnels à la culture de la qualité et de la sécurité,
  - Intégration dans un réseau qualité ou un réseau de lutte contre les infections associées aux soins, ou mutualisation pour créer des postes de qualiticien,
  - Lutte contre les évènements indésirables liés aux soins dont la iatrogénie médicamenteuse et la sur-médication,
  - Maitrise de la qualité environnementale (air, eau, déchets…),
  - Contractualisation sur la réalisation d'une étude des risques avec une hiérarchisation des actions à mener pour contribuer à améliorer la qualité, la coordination et la sécurité des soins.
- **Organiser et sécuriser le circuit du médicament dans les établissements et services médico-sociaux**
  - Renforcer la sureté de prescription des médicaments par l'utilisation d'outils informatiques, la rédaction d'une liste préférentielle des médicaments à utiliser dans les EHPAD et la rédaction d'un livret du médicament,

>>>

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

- Développer les bonnes pratiques par l'élaboration dans les ESMS, de protocoles encadrant plus particulièrement les conditions de préparation des doses à administrer et de l'administration des médicaments,
- Rechercher des solutions de mutualisation pour l'achat de médicaments,
- Évaluer la pertinence du recours à une pharmacie à usage interne en fonction des territoires et en prenant en compte la pérennité des officines en milieu rural.

Renforcer la promotion de la bientraitance

- Rédiger un protocole de prévention et de gestion des actes de maltraitance,
- Intégrer dans les plans de formation des établissements un module destiné à l'ensemble du personnel portant spécifiquement sur la bientraitance,
- En termes des ressources humaines, s'attacher à repérer dans les organisations de travail des professionnels accompagnant les personnes, les situations susceptibles de produire de la maltraitance.

Développer l'évaluation interne et externe

- Accompagner la réalisation des évaluations règlementaires,
- Mettre en place un suivi et une analyse de leurs résultats dans une démarche d'amélioration continue de la qualité,
- Identifier et expérimenter des indicateurs de qualité et d'efficience.

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge ayant besoin d'un accompagnement en établissement et services médico-sociaux

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels du champ médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, Infra départemental

LEVIERS

Contractualisation, CPOM, Conventions tripartites

Travail avec les médecins coordinateur, les réseaux qualité, l'OMEDIT, l'ARLIN et l'ANESM,

Commissions de coordination des politiques publiques médico-sociale et prévention de la CRSA

POINTS DE VIGILANCE

Absence de culture écrite,

Organisation antérieure essentiellement axée sur la prise en charge médicale et sociale et peu sur la gestion des risques et de la qualité

Moyens en personnel dans les établissements et services

Modalités de contrôle à domicile

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Mise en place de protocoles « qualité et gestion du risque » dans les établissements et services médico-sociaux

INDICATEUR

% d'EMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°18

Mobiliser les structures médico-sociales sur leur responsabilité sociétale notamment en matière environnementale

Orientations stratégiques de rattachement : La maitrise des risques de santé - La prévention et la promotion de la santé intégrée dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Les enjeux actuels en matière d'environnement et de développement durable concernent l'ensemble des acteurs économiques y compris le secteur médico-social.

Cependant, les normes règlementaires de fonctionnement des établissements prennent peu en compte les critères environnementaux.

Les professionnels du secteur médico-social, très centrés sur la personne, le sont moins face aux enjeux du développement durable.

Il faut promouvoir le respect des bonnes pratiques environnementales favorables à la santé et inciter les professionnels à se mobiliser.

DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE

- **Promouvoir le développement durable dans les établissements et services médico-sociaux**
- Informer et responsabiliser les professionnels sur les actions possibles en matière de développement durable
- Inciter à la réalisation de bilan énergie et d'amélioration de la gestion des fluides (eau, gaz, électricité….)
- Identifier et accompagner les établissements soumis aux effets du radon
- Sécuriser la filière de gestion des déchets
- Développer les échanges de bonnes pratiques
- **Inciter à la mise aux normes des bâtiments**
- Mobiliser les établissements et services médico-sociaux pour qu'ils aident au repérage des situations d'habitat indigne et accompagnent la recherche de solution
- Mobiliser les établissements et services médico-sociaux pour la mise aux normes de leurs locaux (accessibilité, amiante, bruit…)
- Inciter les structures à intégrer systématiquement un volet développement durable dans leur projet d'établissement
- **Promouvoir la responsabilisation sociale des structures médico-sociales**
- En matière d'emploi des travailleurs en situation de handicap, en situation d'exclusion ou bénéficiaires du RSA
- En matière d'appui des séniors
- Pour ce qui concerne toute autre logique de non discrimination au travail

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

POPULATION CONCERNÉE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge bénéficiant d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNÉS

Les professionnels du champ médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les services de l'État impliqués dans l'habitat, les Conseils Généraux, les communes

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, Infra-départemental

LEVIERS

Contractualisation

Collaboration avec le Conseil Régional, Contrat de plan État-Région, plan global de financement pluriannuel (PGFP) soutien à l'investissement

Commissions de coordination des politiques publiques médico-sociale et prévention

POINTS DE VIGILANCE

La mise aux normes environnementale des bâtiments n'est souvent envisageable que lors d'importants travaux de rénovation

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

Amélioration des performances énergétiques des établissements

Réduction du nombre des personnes logées en habitat indigne

INDICATEUR

Nombre d'ESMS ayant conclu un contrat d'élimination des déchets d'activité de soins

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE

1 La personne au cœur du système de santé 294

Action n°1 : Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescent

2 La proximité organisée 296

Action n°2 : Organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur les territoires de proximité

Action n°3 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques

Action n°4 : Coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

Action n°5 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

Action n°6 : Définir les modalités d'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

Action n°7 : Faire évoluer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en lien avec le Conseil Général de Loire-Atlantique

Action n°8 : Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour personnes âgées en perte d'autonomie dans le département

Action n°9 : Organiser une offre spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Action n°10 : Favoriser et inciter à la mutualisation de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux entre EMS et entre ES et EMS) pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes

Action n°11 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé

Action n°12 : Organiser l'accès aux spécialités médicales

Action n°13 : Améliorer la fluidité des parcours des patients en sortie de court séjour

Action n°14 : Conforter l'offre de premier recours en la structurant sur les territoires ruraux ou peu denses en professionnels de santé, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

3 La maîtrise des risques en santé 322

Action n°15 : Préserver la qualité des eaux et des milieux sur les zones littorales et prévenir les risques sanitaires liés à leurs usages. Renforcer l'information des professionnels et du public.

Action n°16 : Préserver la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

Action n°17 : Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE

1 ■ La personne au cœur du système de santé 332

Action n°1 : Prévenir et organiser les soins en addictologie.

Action n°2 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et les adolescents

Action n°3 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les adultes

Action n°4 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les personnes âgées

Action n°5 : Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap à tous les âges de la vie

Action n°6 : Analyser les besoins pour une offre de soins et d'accompagnement médico-social diversifiée et faire des propositions

Action n°7 : Accompagner le développement de la coordination et les coopérations dans le secteur médico-social

Action n°8 : Améliorer la continuité des parcours de vie et de soins

Action n°9 : Faire des 10 CLICS les lieux uniques infra départementaux de coordination, de repérage des besoins et de communication pour les aidants, les professionnels et les usagers

Action n°10 : Créer une CHT et la faire vivre pour favoriser l'accès aux soins de qualité

Action n°11 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

2 ■ La maîtrise des risques en santé 354

Action n°12 : Disposer d'un annuaire des dispositifs existant en santé environnementale. Favoriser les actions en éducation à la santé environnementale.
S'appuyer sur des compétences spécifiques dans le domaine de la santé environnementale.

Action n°13 : Anticiper les besoins des personnes exposées à des risques en relation avec l'environnement : personnes âgées, atteintes de maladies évolutives, adolescents, enfants vivant dans un environnement social défavorisé et personnes exposées à un risque professionnel environnemental…

Action n°14 : Intégrer la santé environnementale dans les décisions concernant l'aménagement du territoire.

Action n°15 : Prendre en compte de la Santé Environnementale dans les établissements de santé, médico-sociaux, ceux accueillant des enfants et plus généralement dans les établissements recevant du public.

3 ■ La proximité organisée 362

Action n°16 : Consolider la permanence des soins ambulatoire

Action n°17 : Faciliter l'évolution des soins de 1er recours en s'appuyant sur une échelle territoriale pertinente, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE

1 ■ La personne au cœur du système de santé 370

Action n°1 : Conforter les droits des usagers au sein des établissements et services, notamment médico-sociaux, en Mayenne

Action n°2 : Accompagner le développement des projets personnalisé en EHPAD

Action n°3 : Développer les formules de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions

2 ■ La proximité organisée 380

Action n°4 : Poursuivre le plan départemental en faveur de l'offre de soins de premier recours, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°5 : Élaborer un programme spécifique en faveur des professionnels de santé salariés

Action n°6 : Améliorer le fonctionnement et la coordination des acteurs de l'aide médicale urgente en Mayenne

Action n°7 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Action n°8 : Améliorer la prise en charge des troubles psychiques

Action n°9 : Améliorer l'offre d'établissements et services en Mayenne pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées à tous les âges de la vie

Action n°10 : Renforcer la coordination des acteurs du soin, du social et du médico-social de la Mayenne autour de la personne

Action n°11 : Élaborer un plan d'action départemental en faveur de la démographie des médecins spécialistes (libéraux et salariés) en lien avec la graduation de l'offre de soins spécialisés

3 ■ La maîtrise des risques en santé 408

Action n°12 : Soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne

Action n°13 : Soutenir et développer les actions de prévention en santé environnementale.

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE

1 ■ La personne au cœur du système de santé **418**

Action n°1 : Élaborer, signer et mettre en œuvre des contrats locaux de santé

Action n°2 : Mettre en adéquation l'offre médico-sociale pour des parcours plus efficients des personnes handicapées aux différents âges de la vie

Action n°3 : Accompagner et soutenir les aidants de personnes handicapées, âgées, malades chroniques

Action n°4 : Faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement pour des publics identifiés

2 ■ La proximité organisée **428**

Action n°5 : Organiser l'accès et le recours aux compétences professionnelles en proximité, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°6 : Organiser la permanence des soins en ambulatoire et en établissements

Action n°7 : Organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale

Action n°8 : Mettre en place un dispositif de coordination médico-sociale (MAIA/MDPH- outils intégrés)

Action n°9 : Développer les coopérations et mutualisation à l'échelle terrotoriale dans le secteur social, médico-social et sanitaire

3 ■ La maîtrise des risques en santé **446**

Action n°10 : Repérer la crise suicidaire et prévenir la récidive

Action n°11 : Organiser les parcours de santé sur le champ des addictions avec ou sans produits

Action n°12 : Organiser les parcours de santé sur le champ de la nutrition

Action n°13 : promouvoir et accompagner les actions dans le champ de la vie affective et de la santé sexuelle

Action n°14 : Promouvoir la qualité et la gestion de risques liés aux soins, à l'accompagnement et à l'environnement dans les établissements de santé et médico-sociaux

Action n°15 : Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales dans le champ de la santé environnementale

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE

1 La proximité organisée 466

Action n°1 : Favoriser et soutenir l'installation des professionnels de santé sur le département, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°2 : Organiser l'offre de soins de proximité de premier recours, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°3 : Rationaliser l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé

Action n°4 : Créer une Communauté Hospitalière de Territoire sur la Vendée

Action n°5 : Favoriser l'articulation entre les structures ressources en prévention, les associations de proximité, les acteurs de santé et du social

Action n°6 : Décloisonner et articuler les dispositifs de soins pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique

Action n°7 : Accompagner, par le travail séquentiel, l'entrée et la sortie d'ESAT des travailleurs handicapés

Action n°8 : Rééquilibrer l'offre en EHPAD au sein du territoire de santé de la Vendée

Action n°9 : Améliorer la fluidité du parcours de santé de la personne âgée

Action n°10 : Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Action n°11 : Coordonner les acteurs pour un plan d'actions de prévention de la crise suicidaire

Action n°12 : Expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

Action n°13 : Optimiser la réponse territoriale en Santé Mentale.

2 La personne au cœur du système de santé 498

Action n°14 : Favoriser l'expression et l'accès aux droits des usagers

Action n°15 : Soulager les aidants familiaux pour aider au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie

3 La maîtrise des risques en santé 502

Action n°16 : Préserver et garantir la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, de la ressource à l'usager

Action n°17 : Développer la prévention sur les risques sanitaires liés à l'environnement dans les espaces clos et sur les risques auditifs liés à la musique amplifiée

Action n°18 : Préserver la qualité des milieux à usages de loisirs et renforcer la sensibilisation et l'information notamment en zone littorale

AVANT-PROPOS

1 DÉFINITION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ, CONTENU ET ARTICULATION AVEC LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES THÉMATIQUES DE NIVEAU RÉGIONAL

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit les priorités au sein du territoire.

Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du Projet régional de santé (PRS). Le PTS, dans une logique de territoire, vise à :

- Apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social
- Optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels.…
- Mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : il en est ainsi des actions visant la mutualisation des moyens, les coopérations entre structures.

2 ENJEUX PROPRES DU TERRITOIRE AUXQUELS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ RÉPOND

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS sur les particularités du territoire de Loire-Atlantique et de bien **identifier les sujets majeurs dans ce département**, deux groupes de travail de la conférence de territoire se sont réunis au 1er semestre 2011 autour des thématiques suivantes, issues des premiers échanges au sein de la conférence :

- santé mentale et handicap psychique,
- addictions,
- situation de handicap et dépendance, notamment au grand âge,
- accès aux soins.

Les travaux de ces groupes ont également été enrichis de diverses contributions qui en sont le prolongement direct.

La synthèse de ce travail de réflexion sur la territorialisation du diagnostic régional a été présentée à la conférence de territoire du mois de juin 2011.

Signalons enfin que les réflexions d'un groupe de travail des établissements de santé publics ayant une activité en santé mentale, installé par la délégation territoriale en décembre 2011, ont également alimenté la rédaction du PTS 44.

Les réflexions autour des logiques de filières et de parcours de soins est au coeur des réflexions et travaux à mener. Les travaux des PMT alimenteront cette réflexion, en les inscrivant dans les perspectives nouvelles ouvertes par le PRS. La lisibilité et la qualité des filières constituent un appui et non pas un obstacle pour le parcours des personnes.

Un territoire dynamique et contrasté :

Sans reprendre le diagnostic territorialisé qui a déjà fait l'objet d'autres documents[1], les caractéristiques majeures du territoire qui impactent également les questions de santé sont les suivantes :

- **un dynamisme démographique globalement important**[2], par l'accroissement naturel de la population comme l'arrivée de nouveaux actifs ou retraités, souvent accompagnés de leurs propres parents, mais avec de fortes variations suivant les secteurs du département,
- **la juxtaposition de zones urbaines denses, dont la métropole régionale, et de zones rurales** parfois isolées et moins attractives, avec des problématiques spécifiques notamment de précarité sociale ou de « bien vieillir »,
- **des situations de santé particulièrement contrastées** avec, de façon globale, une situation plus défavorable dans les territoires situés au Nord et à l'Ouest du département[3].
- comme la Vendée voisine, la Loire-Atlantique est **un département littoral accueillant une forte population touristique**, principalement dans la zone côtière.

Un programme de travail au plus près des besoins du territoire

Les propositions d'action du PTS ont été construites au regard des contenus des autres plans, afin d'éviter le redondance - principe de subsidiarité - et venir en déclinaison ou renforcement lorsque cela était utile.

Par d'autres plans, on entend ici aussi bien les programmes obligatoires de mise en oeuvre des schémas, à savoir le PRAPS, le PRIAC, le SROS et le programme régional systèmes d'information et télémédecine, que le plan régional de santé environnement de 2ème génération (PRSE2) ou les schémas du Conseil Général.

Le PTS de Loire-Atlantique comporte 17 fiches, que l'on peut regrouper comme suit :

Quelques actions ciblées de santé environnementale

Il importe de considérer les expositions aux risques environnementaux et de veiller à assurer sur le département un bon niveau de qualité des milieux de vie.

Trois fiches portent ainsi sur des actions de santé environnementale.

Deux d'entres elles ont pour objectif la préservation de la qualité de l'environnement et de ses usages sanitaires (eau potable, baignade..). La troisième vise à soutenir et mobiliser les acteurs locaux importants dans la promotion de la santé environnementale que sont les collectivités territoriales (notamment dans le domaine de l'habitat, en lien avec le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne installé en 2011 en Loire-Atlantique).

Ces actions s'articulent avec le PRSE2, élaboré en collaboration avec les partenaires régionaux impliqués dans le champ de la santé environnementale. Celui-ci trouve également un lien cohérent avec d'autres plans régionaux tels que le plan Ecophyto.

Un fort enjeu d'adaptation de l'offre, particulièrement en santé mentale :

Dans ce contexte démographique et humain bien particulier, le département présente un fort **enjeu d'adaptation de l'offre de santé,** tant quantitative que qualitative ou plus largement relative à l'évolution des types de structures et leurs modalités d'organisation et de coordination.

L'essentiel des fiches porte en conséquence sur l'organisation de la gradation des soins, et la définition de maillage et parcours de santé, dans une approche populationnelle ou par pathologie, que ce soit au titre :

- De la **prévention ciblée** vers certains publics, les jeunes pour l'addictologie mais sans exclusive - la situation du département au regard de la surmortalité liée à l'alcool étant particulièrement prégnante-, la petite enfance, les personnes vieillissantes en situation de handicap, les personnes âgées (2 fiches)
- De la **santé mentale** et du handicap psychique, enjeu majeur dans le département (2 fiches)
- Des **personnes en situation de handicap**, une réflexion s'imposant, cinq ans après la loi de 2005 et le développement de nombreuses structures, sur le bilan qu'il convient d'en tirer pour poursuivre et orienter la mise en œuvre du PRIAC, mais également identifier clairement les modalités d'accompagnement au sens large de certains publics, les enfants et les jeunes d'un côté, les personnes en situation de handicap et de vieillissement de l'autre (3 fiches)
- De la prévention et de la prise en compte de la diminution de l'autonomie chez les **personnes âgées**, notamment pour faire face au défi que représentent la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées (2 fiches)

Quelques actions de coopérations transversales interinstitutionnelles, non spécifiques à une population ou une pathologie

Cinq fiches portent sur des actions plus spécifiquement institutionnelles ou interinstitutionnelles, en ce qu'elles ont pour objectif d'optimiser l'utilisation des ressources et/ ou ont l'ambition de préserver ou restaurer l'attractivité de certains métiers, postes ou secteurs.

La fiche relative à l'offre de premier recours et au maillage du territoire relève également de ce groupe d'actions

Ces 17 fiches constituent la trame d'un programme de travail de cinq années pour le territoire.

Elles sont également d'un niveau de détail différencié, suivant l'avancement de la réflexion, celle-ci devant s'appuyer sur une large association des partenaires et nécessitant souvent, si ce n'est une étape d'état des lieux préalable sur la thématique, a minima une appropriation et un partage de diagnostic entre les acteurs de santé, afin de faire vivre sur le territoire la démocratie sanitaire.

Les priorités sont ciblées principalement sur les enjeux de maillage, parcours et gradation des soins, dans une approche populationnelle ou par pathologie, en particulier pour la santé mentale.

Elles ne prétendent pas à l'exhaustivité ni à épuiser les problématique départementales.

L'association et l'engagement de tous sont en effet un des meilleurs gages de l'amélioration de la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens.

1 Voir le panorama statistique annexé au PRS

2 Le département gagne environ 12000 personnes par an, soit 120 000 en 10 ans.

3 Cf. Indicateurs de santé – Spécificités territoriales en Loire-Atlantique – octobre 2011. http://ars.paysdelaloire.santé.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/etudes_publications/observation_analyses/indicateurs-sante-ars-loire-atlantique-oct2011.pdf

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescent

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°2 : Organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur les territoires de proximité

Action n°3 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques

Action n°4 : Coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

Action n°5 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

Action n°6 : Définir les modalités d'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

Action n°7 : Faire évoluer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en lien avec le Conseil Général de Loire-Atlantique

Action n°8 : Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour personnes âgées en perte d'autonomie dans le département

Action n°9 : Organiser une offre spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Action n°10 : Favoriser et inciter à la mutualisation de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux entre EMS et entre ES et EMS) pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes

Action n°11 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°12 : Organiser l'accès aux spécialités médicales

Action n°13 : Améliorer la fluidité des parcours des patients en sortie de court séjour

Action n°14 : Conforter l'offre de premier recours en la structurant sur les territoires ruraux ou peu denses en professionnels de santé, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°15 : Préserver la qualité des eaux et des milieux sur les zones littorales et prévenir les risques sanitaires liés à leurs usages.
Renforcer l'information des professionnels et du public.

Action n°16 : Préserver la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

Action n°17 : Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescents

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles » (SRP objectif 1)
« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Pour être efficace, les actions de prévention doivent être globales et réalisées à des étapes sensibles de la vie, comme l'enfance et l'adolescence.

Selon les données de l'ORS, des problématiques territoriales spécifiques existent sur le département de Loire Atlantique :

- mortalité supérieure à la moyenne régionale liée à la consommation excessive d'alcool : de 51 % sur St Nazaire et l'Estuaire, de 45 % sur le Pays-de-Retz , de 32 % sur Machecoul-Legé, de 20 % sur Châteaubriant-Derval-Nozay et Presqu'île guérandaise)
- si le département de Loire-Atlantique connaît une mortalité par suicide de 11 % inférieur à la moyenne régionale, le territoire de Châteaubriant-Derval-Nozay se distingue par une mortalité par suicide supérieure de 37 % à la moyenne régionale.

La prévention des comportements à risques pour les adolescents constitue une priorité et doit s'intégrer dans une approche populationnelle, en prenant en compte les défis de santé des jeunes de façon très large, tous risques confondus, de manière à appréhender les comportements à risques en matière d'addictions, le mal être et le suicide, conduites à risques sexuels chez les jeunes, le bruit (écoute de musique amplifiée).

Ces actions peuvent prendre des formes diverses et adaptées aux publics cibles (intervention avec l'Éducation Nationale - ARS, adopter des modes d'intervention sur le principe du « aller vers » comme les milieux festifs ; les actions dans les structures de la jeunesse, d'insertion ou de la justice, les MDA, les FJT…)

Il importe donc de mettre en œuvre des actions ciblées en matière de prévention et de promotion de la santé pour aller à la rencontre de ces jeunes et de leurs aidants, des parents en difficulté et/ou en situation de précarité, proposer des groupes ressources pour offrir aux acteurs de l'adolescence un lieu de réflexion, des propositions de co-formation.

■ Territoire d'action

Département, avec une attention particulière pour certains secteurs et notamment l'Ouest et le Nord du département.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Actions existantes mais insuffisamment développées en matière d'information, de sensibilisation, afin de renforcer les compétences psychosociales des jeunes, collégiens et des lycéens, des étudiants, des apprentis.
- Appui sur l'expérience des associations, des structures intervenant dans le champ de l'addictologie et du suicide, de la MDA et de la MSA.
- Contrats Locaux de Santé
- Appui sur le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé Pays de la Loire.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Associer les élus et le monde enseignant à la dynamique de la prévention chez les adolescents. Garantir l'accueil par des professionnels formés

Résultat attendu sur le territoire

Réduction des comportements à risques chez les jeunes (addictions, risques sexuels, suicide, bruit, exclusion sociale…)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux des actions de prévention existantes pour ce public	2012		ARS	MDA- CG – CHS-associations de prévention- structures en addictologie Éducation Nationale Usagers
2	Développement d'une antenne MDA sur le nord du département	2012-2013	Dotation de financement des MDA	ARS	MDA- CG – CHS-associations de prévention- structures en addictologie
3	Développement d'actions de prévention multirisques auprès des adolescents et jeunes	2012-2016	Appel à projet prévention et promotion de la santé Contrats locaux de santé	ARS	Collectivités- associations de prévention et promotion de la santé Éducation Nationale Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°2 ■ Organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur les territoires de proximité

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Articuler les dispositifs de soins, et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation » (SROMS objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

En Loire-Atlantique, l'offre de soins en addictologie doit évoluer pour plus d'efficience, par une meilleure connaissance et lisibilité du dispositif auprès des usagers, par un effort d'articulation et de coordination des structures sur les territoires de proximité pour une prise en charge globale des usagers.

L'objectif est ainsi de faire progresser la mutualisation des compétences et des interventions et de mettre en place d'abord un lieu unique pour les missions obligatoires (accueil, information, évaluation, orientation) sur Châteaubriant, Ancenis, puis sur St-Nazaire

En continuité avec le schéma addictologie régional précédant, la coexistence de plusieurs CSAPA spécialisés sur le même territoire n'est pas remise en cause, sous réserve d'une bonne articulation des moyens pour réaliser les missions obligatoires des CSAPA, formalisée pour la prise en charge médicale, la réduction des risques et les missions facultatives comme la prévention.

La couverture du territoire nécessiterait d'être complétée sur les 4 sites principaux du département (Nantes, Saint-Nazaire, Ancenis et Châteaubriant) :

avec au moins une antenne généraliste assurant les missions obligatoires communes et, dans la mesure du possible, les missions obligatoires spécialisées ;

sur Ancenis et Châteaubriant, le principe d'un guichet unique CSAPA sera prévu avec la recherche d'un dispositif commun d'initialisation des traitements de substitution.

Les besoins des zones rurales devront être pris en considération et supposent un maillage d'antennes CSAPA ou consultations avancées.

Le renforcement des coopérations entre CSAPA doit assurer :

- une meilleure gouvernance
- une meilleure réponse aux besoins
- une meilleure performance de l'offre de soins en addictologie.

Il conviendra également de développer les articulations avec les médecins de ville , les services hospitaliers d'addictologie et les pharmaciens, de façon à améliorer le parcours de soins pour les patients addictifs (notamment en apportant des réponses plus adaptées en matière d'offre de soins pour les traitements de substitution et la possibilité d'accueil bas seuil pour les publics fragiles) ainsi que les activités de réduction des risques y compris en milieu festif.

■ Territoire d'action

Département.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Associations, CSAPA, établissements hospitaliers, réseaux en addictologie notamment sur Nantes, St Nazaire, Châteaubriant et Ancenis.

S'appuyer sur un état des lieux en matière de bilan diagnostic

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Lisibilité du dispositif pour les usagers et les professionnels.

Associer les collectivités locales au maillage territorial

Mobiliser des acteurs investis dans la prévention : Conseil Général (petite enfance), Éducation Nationale (jeunes en milieu scolaire)

Résultat attendu sur le territoire

Apporter pour l'usager plus de lisibilité et d'amélioration de l'offre de soins afin de l'aider à bien identifier les acteurs en addictologie.

Mieux articuler, coordonner, mutualiser et rendre plus efficients les pôles médico-sociaux en matière d'addictologie dans le cadre d'une dynamique territoriale

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Amélioration de la coordination de l'offre en matière de CSAPA	2012-2013		ARS	Associations gestionnaires, CHT, établissements de santé, Usagers
2	Implantation d'une nouvelle antenne sur Pornic	2012-2013	Enveloppe MS	ARS	Associations gestionnaires, Usagers
3	Développement de consultations avancées	2013-2014	Enveloppe MS	ARS	Associations gestionnaires, Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 ■ Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)
« Assurer l'accessibilité de l'offre de soins aux personnes en situation de handicap » (SROS objectif 29)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Délais d'attente très importants en consultation comme en hospitalisation
- Insuffisance de temps paramédicaux (psychologues, psychomotriciens…)
- Insuffisance des capacités actuelles des hôpitaux de jour avec, en moyenne, quatre à cinq enfants par place
- Faible capacité en hospitalisation complète (4,6 lits/100 000 h, versus 11,26 France entière) non compensée par les autres modalités de prise en charge
- Absence d'hôpitaux de jour « adolescent », hors de l'agglomération nantaise
- Réponse insuffisante à l'urgence et à la prise en charge de nombreux troubles (tentatives de suicide, surcharges pondérales, phobies scolaires …) avec notion de perte de chance pour les enfants concernés
- Impact sur la pédopsychiatrie des politiques de réduction des capacités d'hébergement pour adolescents prises par d'autres acteurs ;
- Difficultés pour répondre aux recommandations, notamment celles de la HAS, relatives aux procédures d'évaluations et d'interventions en matière de Troubles envahissants du développement (TED), faute de moyens suffisants.

D'où la nécessité de :

- Garantir l'accès aux soins et réduire les durées d'attente de prise en charge
- Pérenniser les structures ayant fait preuve de leur pertinence et dont le financement est incertain ;
- Augmenter la capacité de réponse en hospitalisation à Nantes comme à Saint-Nazaire, mais en développant les alternatives à l'hospitalisation et les structures ambulatoires compte tenu du sous-équipement notoire de certains secteurs.
- Augmenter les capacités du service d'accueil familial thérapeutique « enfant » (AFTE), l'étendre au nord-Loire
- Abonder les moyens des secteurs les moins dotés, afin de leur permettre de remplir leurs fonctions
- Améliorer le lien entre la psychiatrie et le secteur médico-social (équipe mobile de liaison).

■ Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Bonne coopération entre les acteurs publics et privés

Travail en partenariat avec les acteurs non sanitaires : PMI, médico-social, PJJ, Éducation Nationale, associations des usagers

Adaptabilité et organisation pragmatique des secteurs

Points de vigilance particuliers sur le territoire

S'assurer de l'égalité d'accès à des soins de qualité à l'ensemble de la population concernée

Donner les moyens nécessaires à la pédopsychiatrie pour répondre aux besoins existants et à 5 ans, sans pour autant obérer ceux de la psychiatrie adulte.

Valorisation du statut des Familles d'accueil

Résultat attendu sur le territoire

Diversification de la palette des prises en charge

Fluidification des parcours des usagers

Réduction des délais d'attente des primo consultations et des prises en charge en hospitalisation de jour ou complète.

Amélioration de la qualité des prises en charge

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de la pédopsychiatrie et réflexion sur l'évolution de la sectorisation	2012	Données d'activité et de moyens, dont PMSI	ARS	Établissements de santé publics et privés
2	Développement de l'accueil familial thérapeutique	2012	Financement	ARS	Établissements de santé publics, CHT
3	Amélioration, développement et diversification des prises en charge ambulatoires ou à domicile (VAD, HAD, équipe mobile…)	2012-2013	Financement DAF, Autre tarification	ARS	Établissements de santé publics, CHT
4	Augmentation de la capacité d'hospitalisation complète sur le département et détermination du/des lieux d'implantation.	2013-2015	Financement DAF	ARS	Établissements de santé publics, CHT

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 ■ Coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer l'adéquation des prises en, charges aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)
« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)
« Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins » (SROMS objectif 15)
« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Compte tenu du nombre très important de jeunes de la protection de l'enfance et/ou ayant besoin d'une prise en charge psychiatrique pris en charge dans les établissements médico-sociaux et des situations complexes qui en résultent, une meilleure coordination entre les différents acteurs (secteur médico-social, protection de l'enfance, pédopsychiatrie, psychiatrie) est à mettre en œuvre afin d'éviter des ruptures dans la prise en charge toujours préjudiciables au jeune
- Il faut favoriser la scolarisation en milieu ordinaire de jeunes présentant des troubles du comportement, des troubles envahissants du développement ainsi que celle des jeunes déficients intellectuels avec troubles associés.
- Par ailleurs, les besoins des jeunes présentant des troubles du comportement sont très fluctuants, les dispositifs qui les prennent en charge doivent pouvoir être souples, réactifs, à même d'apporter la meilleure réponse au meilleur moment. Le jeune doit pouvoir passer d'un mode de prise en charge à un autre selon ses besoins (externat, internat, famille d'accueil, semi-internat, de nouveau internat…). Il s'agit d'éviter toute rupture dans leur parcours, de le rendre fluide

Les objectifs poursuivis :

- Faciliter la coordination entre tous les acteurs pour permettre un parcours sans rupture ;
- Mise en place de dispositifs souples permettant de penser la prise en charge du jeune en termes de parcours ;
- Mise en place de relais pour faciliter le passage entre la scolarité et l'insertion professionnelle, entre la vie en institution ou dans sa famille et l'accession à un logement autonome…

- Cette fiche, centrée sur l'offre médico-sociale, doit s'articuler étroitement avec la précédente, de par le public ciblé.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

Travail déjà réalisé par certaines associations

- Développer les dispositifs innovants

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Respect de la réglementation (en particulier pour permettre la facturation)
- Notion d'hébergement d'urgence qui n'est pas forcément compatible avec une notion d'efficience

Résultat attendu sur le territoire

- Diminution du nombre de situations d'urgence
- Diminution du nombre de jeunes déscolarisés

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	■ Développer les dispositifs innovants comme les IME ou le ITEP hors les murs ou encore des équipes mobiles et réfléchir à leur périmètre d'action	2012-2016		ARS	Associations gestionnaires Protection de l'Enfance Pédopsychiatrie et psychiatrie Représentants des usagers
1	■ Favoriser les initiatives des établissements visant à mettre en oeuvre des dispositifs, des procédures permettant de coordonner tous les acteurs	2012-2016		ARS	
1	■ Inscrire dans les CPOM de chaque ITEP son adhésion à ISIS (Instance inter-institutionnelle d'examen des situations complexes) afin qu'il y ait partage des situations les plus difficiles	2012-2016		ARS	
1	■ Renforcer le lien avec la psychiatrie par des conventions	2012-2016		ARS	
1	■ Développer les internats séquentiels, les familles d'accueil	2012-2016		ARS	
1	■ Envisager des équipes mobiles pouvant intervenir sur les lieux d'hébergement tels que les foyers de l'enfance, les foyers de la PJJ	2012-2016		ARS	

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences » (SROS objectif 14)
« Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie » (SROS objectif 21)
« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)
« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation » (SROS objectif 25)

« Patients psychiatriques ou handicapés psychiques » : « Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » Déclinaison opérationnelle (SROS objectif 30)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)
« Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROMS objectif 16)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'offre de soins de santé mentale pour les adultes est confrontée à un double défi majeur : la nécessité de répondre à une demande croissante, à la fois du fait de l'accroissement démographique du département mais également de l'augmentation du recours aux soins de santé mentale, et la nécessaire adaptation de l'offre tant en terme de volume que de typologie des structures et d'articulation entre les différents partenaires, sanitaires et médico-sociaux. Ce double défi intervient en outre dans un contexte de tension sur les ressources humaines en particulier et d'évolution des modalités d'exercice, par exemple dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement.

Cette problématique, qui n'est pas propre au département, y est cependant particulièrement aigue : la saturation des lits de psychiatrie est constante depuis 2010 pour les 4 établissements du département qui hospitalisent régulièrement, non seulement hors département, mais également hors région.

La différenciation de l'évolution démographique selon les zones du territoire départemental, pose également la question de la redéfinition des secteurs, déjà engagée par certains établissements par fusion de secteurs initiaux. La sectorisation, garantie d'une réponse en tout point du territoire, doit être revisitée pour continuer de répondre à cet objectif fondateur.

Cette tension sur les capacités a également pour conséquence un retard à la prise en charge mais également des sorties plus précoces qu'il ne serait souhaitable.

Une tension interne importante caractérise également les établissements du département, du fait de l'accueil de patients particulièrement lourds, et qui ne ressortent pas pour autant du secteur Unités pour Malades Difficiles (UMD). Le projet d'USIP (Unité de soins intensifs psychiatriques)départementale, intermédiaire entre le secteur et l'UMD, peut être réétudié dans ce contexte.

Une réflexion et un plan d'action global sont nécessaires pour répondre aux enjeux dans le département à différents niveaux :

- au plus près des personnes, et notamment des familles, en développant l'aide aux aidants et en complétant le maillage des GEM, avec une attention particulière au milieu rural où se posent des questions d'isolement,
- en coordination interinstitutionnelle, afin de prendre en compte la dimension « soins » en même temps que des réponses de type sociétal (précarité, isolement, souffrance psychique liée à la famille ou d'autres situations de rupture)
- le lien doit également être fait avec la médecine de ville, quel que soit son lieu d'installation (maison de santé notamment) pour accroître la prévention, le dépistage précoce, faciliter les liaisons entre médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie et permettre ainsi une meilleure réponse aux troubles mentaux fréquents, sans oublier les soins somatiques de ces patients.

- la prise en charge du handicap psychique, avec le développement des SAMSAH inscrit dans le PRIAC, est également un élément majeur de réponse.

Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé

Leviers particuliers sur le territoire

Forte implication des acteurs dans le travail de coopération inter-partenaires, notamment avec les acteurs non sanitaires

Adaptabilité et organisation pragmatique des secteurs

Points de vigilance particuliers sur le territoire

S'inscrire dans le cadre d'une réflexion régionale sur l'adaptation de l'offre sanitaire, médico-sociale et de ville,

S'assurer de l'égalité d'accès à des soins de qualité à l'ensemble de la population concernée

S'assurer que les moyens soient suffisants au regard des besoins existants et à 5 ans dans le département.

Résultat attendu sur le territoire

Diversification de la palette des prises en charge

Fluidification des parcours des usagers

Réduction des délais d'attente des primo consultations et des prises en charge en hospitalisation de jour ou complète.

Amélioration de la qualité des prises en charge

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de la psychiatrie adulte et réflexion sur l'évolution de la sectorisation	2012	Appui sur un groupe de travail régional Données d'activité et moyens, dont PMSI	ARS	Établissements de santé publics et privés, CHT, Association d'Usagers
2	Réalisation d'une étude pour le développement des SAMSAH handicap psychique et services associés (SAVS)	2012	Appui sur un groupe de travail régional	ARS	Établissements de santé publics et privés, CHT, Association d'Usagers Conseil Général 44
3	Définition d'un plan d'action priorisé départemental et intersectoriel (sanitaire et médico-social) de développement, création, adaptation des prises en charge ambulatoires, en établissement ou à domicile, (VAD, HAD, équipe mobile, accueil familial thérapeutique, etc….), dans le cadre fixé par les schémas régionaux	2012	Financement DAF / T2 A Reconversion Financements autres	ARS	Établissements de santé publics et privés, CHT, Association d'Usagers Conseil Général 44 Infirmiers libéraux

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°6 ■ Définir les modalités d'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la réponse » (SROMS objectif 5)

« Institutionnaliser des rencontres périodiques entre instances décisionnaires et de planification sur les territoires » (ARS, DRJSCS, Éducation Nationale, collectivité territoriale, Directions du Travail, ASE, PJJ…) (SROMS objectif 6)

« Assurer l'adéquation des prises en charges aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

« Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence » (SRP objectif 15)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'offre d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap s'est fortement développée avec les plans nationaux successifs mais doit encore être adaptée pour répondre à différents enjeux :

- Certaines zones du département apparaissent peu dotées en établissements et services (selon un diagnostic à affiner, deux zones ressortent particulièrement : Châteaubriant et le Pays de Retz) ;
- L'accompagnement des enfants de 0 à 6 ans présente des lacunes impactant l'activité des CAMSP qui se voient contraints de répondre aux demandes non satisfaites de prise en charge par les SESSAD (aujourd'hui pour qu'une demande de prise en charge SESSAD soit réalisée, il faut un délai de deux ans) ; il s'agit de favoriser la prise en charge et l'orientation précoces en évitant l'errance dans le système de santé.
- La mise en exergue de problématiques spécifiques (handicap mental, autisme…) conduisent les associations à réfléchir sur des thématiques similaires, des complémentarités sont donc à trouver ;
- Le maintien en milieu ordinaire nécessite la mise en œuvre de dispositifs spécifiques pour accompagner la scolarisation, la formation professionnelle des jeunes en situation de handicap, conforter les insertions professionnelles, le maintien à domicile…il convient d'adapter les structures et les services pour faciliter le parcours des personnes en situation de handicap et offrir un accompagnement personnalisé adapté aux besoins.

Selon l'état des lieux et le recensement des besoins, une évolution des agréments des établissements et services est à envisager afin de répondre au mieux aux besoins des personnes et aux exigences de qualité et d'efficience des dispositifs d'accompagnement. En parallèle, il faut encore développer les complémentarités, les subsidiarités tant en termes de tranches d'âge, de déficiences et de pathologies qu'en termes de territoire. Ce travail au niveau du territoire (hormis pour les déficiences sensorielles) doit permettre de maintenir une offre de soins de proximité. Il existe déjà des coopérations entre établissements, des réseaux qu'il convient de prendre en compte et de pousser plus loin.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Appels à projets
- Révision des agréments
- Utilisation des possibilités offertes par les articles D 313-2 et R 313-2-1 du Code de l'action sociale et des familles qui prévoient la possibilité d'étendre la capacité des établissements et services dans le cadre d'une extension non importante (seuil de 30 % en une ou plusieurs fois) ainsi que la transformation d'établissements et de services, s'il n'y pas modification de la catégorie de population accueillie sans passer par des appels à projet ;
- Contractualisation

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Concertation avec l'Éducation Nationale
- Concertation avec la MDPH

Résultat attendu sur le territoire

- Diminution des jeunes en attente de places ;
- Diminution des temps de transport ;
- Désengorgement des CAMSP leur permettant de répondre aux recommandations de la HAS sur l'autisme tant pour le diagnostic que pour l'accompagnement par une prise en charge précoce et intensive ;

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Affiner l'état des lieux et le diagnostic	2012		ARS	Éducation Nationale Associations gestionnaires MDPH Représentants des usagers
1	Partager le diagnostic avec les différents partenaires	2012		ARS	
1	Favoriser les coopérations	2012-2016		ARS	
1	Modifier les agréments pour adapter les établissements et services à l'évolution des besoins	2012-2016		ARS	
1	Redéployer, transformer les places selon une stratégie déterminée afin de répondre de manière adaptée et complémentaire sur chaque territoire	2012-2016	Redéploiement de places nouvelles	ARS	

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°7 ■ Faire évoluer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en lien avec le Conseil Général de Loire-Atlantique

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer l'adéquation des prises en charges aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux » (SROMS objectif 11)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'allongement de l'espérance de vie concerne également les personnes en situation de handicap. Ainsi d'ici 2030, 1,2 millions de ces personnes auront plus de 60 ans.

Les structures d'accueil, d'hébergement ou d'insertion professionnelle n'ont pas toujours intégré cette donnée dans leur projet d'établissement ou de service d'origine.

Dans certains cas, c'est tout le lien social qui peut disparaître lorsque le travailleur handicapé est en retraite.

La réflexion sur le vieillissement ne se limite pas aux travailleurs handicapés, elle concerne également les personnes en MAS, en FAM. Quel projet pour elles ? Rester en MAS ou en FAM (ce qui nécessite de revoir le projet d'établissement, les animations, la formation des personnels…) ? Créer des structures particulières ? Des unités à l'intérieur d'EHPAD ?

Une association de Loire-Atlantique a recensé 315 personnes « vieillissantes » dans ses seules structures.

Cette réflexion doit aussi prendre en compte les personnes en situation de handicap vieillissantes à domicile, tant en termes de relais dans l'accompagnement que d'aide aux aidants.

Il s'agit de définir une politique d'accompagnement en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes (mise en place de dispositifs permettant le maintien du lien social, de l'accès aux soins, création de structures d'hébergement spécifiques, mise en place de formations pour les accompagner,...). Une coordination et des partenariats sont à créer entre les MAS/FAM et les EHPAD/SSIAD/SAD notamment pour ce qui concerne les partages de pratiques.

Pour les personnes en ESAT, il s'agira d'accompagner l'outil développé par la DIRECCTE avec l'appui d'un cabinet de consultants qui propose des actions afin d'anticiper la problématique du vieillissement des travailleurs handicapés.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

PRIAC

Outil pour les ESAT élaboré par la DIRECCTE

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Doit s'appuyer sur une réflexion régionale

■ Résultat attendu sur le territoire

- Adaptation des structures et services au parcours des personnes en situation de handicap vieillissantes
- Création de structures et de services spécifiques

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	■ Élaborer un plan de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	2012-2016	Réflexion régionale	ARS DIRECCTE Conseil Général	Associations gestionnaires Représentants des usagers et associations d'usager (dont malades du SIDA et COREVIH)
1	■ Mise en œuvre de ce plan en faisant évoluer l'offre	2012-2016		ARS DIRECCTE Conseil Général	
1	Améliorer la coordination au service des personnes en situation de handicap vieillissantes (CLIC élargis...)	2012-2016		ARS DIRECCTE Conseil Général	
1	■ Créer des services permettant de répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes (CLICS élargis, unités spécifiques, des services d'aide à domicile sensibilisés à cette population…	2012-2016	Redéploiement de places ou places nouvelles	ARS DIRECCTE Conseil Général	

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 ■ Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour personnes âgées en perte d'autonomie dans le département

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

« Améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation » (SROMS objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'un des objectifs du SROS III volet « personnes âgées » était d'adapter l'offre de soins aux besoins de la personne âgée, par la mise en place d'une filière gériatrique complète et l'organisation de réponses spécifiques pour les personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie.

Dans les deux territoires de recours Nantes et Saint-Nazaire, les professionnels ont défini les bases de leurs filières gériatriques : une charte pour Saint-Nazaire et une convention constitutive sur Nantes ont été rédigées.

Le contexte a évolué :

La Loi HPST, l'ARS, un seul territoire de santé en Loire-Atlantique, prise en compte des acteurs du médico-social imposent de retravailler la filière gériatrique en élargissant :

- le périmètre de réflexion : Nantes et Saint-Nazaire font maintenant partie d'un même territoire dont la filière doit être organisée et graduée en fonction des besoins.
- le périmètre d'action : les acteurs du champ médico-social et les professionnels libéraux, bien que cités auparavant, doivent être partie prenante de la réflexion sur l'organisation de la filière gériatrique en Loire-Atlantique

Il s'agit de rénover la filière gériatrique en élargissant son périmètre d'action et d'acteurs. Pour y arriver, il faut un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité sur le territoire.

■ Territoire d'action

Territoire départemental et des territoires infra-départementaux, dit de proximité

■ Leviers particuliers sur le territoire

- le schéma gérontologique départemental
- le CPOM/ les conventions tripartites
- les conventions de partenariat
- les différentes formules de coopérations (GCSMS, GCS, GIE…)
- outil trajectoire

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Assurer la cohérence des coopérations entre les acteurs sur les territoires de proximité afin d'éviter un foisonnement.

■ Résultat attendu sur le territoire

- une meilleure coordination et mutualisation des acteurs
- une meilleure circulation de l'information

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Faire un état des lieux de la filière, des coopérations existantes	2012		ARS	Les acteurs sanitaires et médico-sociaux CG CODERPA CLICs Usagers
2	Analyser les besoins	2013		ARS	CG CODERPA CLICs Usagers
3	Définir avec les acteurs de terrain sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur des territoires de proximité l'organisation pertinente afin de permettre une prise en charge adaptée et coordonnée de la personne âgée dépendante	2014-2015		ARS	Les acteurs sanitaires et médico-sociaux CG CODERPA CLICs Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°9 ■ Organiser une offre spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Le plan Alzheimer 2008-2012 est en cours de déclinaison dans le département de la Loire-Atlantique.

Afin d'apporter un soutien accru aux aidants (objectif 1), la mesure 1 du plan prévoit le développement et la diversification des structures de répit qui se traduit en Loire-Atlantique par le développement de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, la création des plateformes de répit et d'accompagnement et la mise en place de formations pour les aidants.

Afin de renforcer la coordination des intervenants (objectif 2), la Loire-Atlantique dispose désormais d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) (mesure 4)

Afin d'améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (objectif 5 du plan), le département dispose de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD, d'Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) en EHPAD et USLD (mesure 16), d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) au CHU de Nantes (mesure 17).

Afin de permettre aux personnes atteintes par la maladie et à leurs proches de choisir le soutien à domicile (objectif 3), un appel à projet a été lancé pour des équipes spécialisés Alzheimer (ESA)

Le déploiement de ces mesures va se poursuivre en 2012.

Ces dispositifs existent. Ils vont pour certains se renforcer. Mais ils doivent pouvoir :

- être clairement identifiés par les acteurs de terrain et le public

- être coordonnés entre eux et avec les dispositifs de « droit commun » qui prennent également en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées (ex : un EHPAD sans PASA)

■ Territoire d'action

Territoire départemental et des territoires infra-départementaux, dit de proximité

■ Leviers particuliers sur le territoire

- le schéma gérontologique départemental
- les procédures de labellisation
- les conventions de partenariat

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

L'offre ne sera pas identique d'un territoire de proximité à l'autre

■ Résultat attendu sur le territoire

Le résultat attendu est une meilleure prise en charge coordonnée, du malade Alzheimer et l'apport d'une aide accrue aux aidants

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Faire un état des lieux - des structures existantes (labellisées et autres) - des coopérations existantes entre elles.	2012		ARS	CG44 Avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social Usagers
2	Définir avec les acteurs de terrain sanitaires, sociaux et médico-sociaux les coopérations à créer ou à renforcer pour améliorer la prise en charge des personnes et l'aide apportée aux aidants	2012		ARS	CG44 Avec les acteurs du secteur sanitaire et médico-social Usagers
3	Déployer le plan Alzheimer Labellisation UHR, PASA, MAIA, ESA... création d'AJ, HT	À partir de 2012	Enveloppe MS	ARS	CG44 Gestionnaires d'établissements et de services

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°10 ■ Favoriser et inciter à la mutualisation de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux entre Établissements médico-sociaux et entre Établissements de Santé et Établissements médico-sociaux) pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation » (SROMS objectif 14)

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation » (SROS objectif 25)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

La prise en charge de qualité d'une personne en situation de handicap doit pouvoir s'appuyer sur des établissements et services répondant à ses besoins, l'accompagnant dans sa globalité et mettant en oeuvre tous les axes du projet personnalisé, y compris médical. Or, la pluridisciplinarité de la prise en charge n'est pas toujours réalisée car :

- Les établissements ont du mal à pourvoir les postes de pédopsychiatre ou de psychiatre, d'orthophoniste, de psychomotricien…
- Cette difficulté à répondre à certaines demandes (d'orthophonistes, de psychologues, de psychomotriciens) conduit les parents à demander des prises en charge en libéral, lesquelles posent le problème des doubles prises en charge au regard de l'assurance maladie qui considère que les établissements et services doivent être en mesure de réaliser tous les soins prescrits

Pour rendre ces postes plus attractifs, l'une des solutions consisterait à les mutualiser entre associations gestionnaires de structures afin de proposer des temps de travail plus complets, en veillant à ce que la distance entre les différents lieux de travail d'une même personne reste raisonnable.

Le territoire infra-départemental s'impose ainsi qu'une coopération approfondie entre employeurs et associations gestionnaires.

■ Territoire d'action

Territoire départemental, infra-départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

Mutualisation inscrite dans le CPOM

La plate-forme régionale d'information de santé constituera un levier à la disposition des professionnels.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Bon maillage territorial

Prendre en compte l'aspect sociologique des attentes des jeunes médecins en terme de mode d'exercice.

■ Résultat attendu sur le territoire

Diminution du nombre de postes vacants des « ressources rares » : psychiatres, pédopsychiatres orthophonistes, psychomotriciens….

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	▪ Favoriser le rapprochement avec les structures sanitaires notamment les CHS qui pourraient être employer	2012-2014		ARS	Associations gestionnaires Psychiatrie
1	▪ Communiquer, par exemple en conviant les internes en psychiatrie à des journées d'information sur les structures médico-sociales	2012-2014		ARS	Associations gestionnaires Psychiatrie

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°11 ■ Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations » (SROS objectif 15)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Il s'agit de reconfigurer l'organisation de la PDSES pour permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population, en cohérence avec la gradation des soins hospitaliers, par spécialités médicales et chirur gicales, dans le cadre d'une stratégie régionale.

Trois niveaux de territoire ont été retenus :

- le territoire régional
- le territoire départemental
- le territoire de proximité.

À partir de l'état des lieux recensant les différents type de gardes et astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES est en cours et un niveau de territoire devra être attribué à chacune.

La chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique ont été considérées comme des spécialités de plateau technique de proximité. Cette approche pour le viscéral et l'orthopédie a été étendue dans les grandes agglomérations à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. La nécessité d'une ligne complète pour la chirurgie viscérale a pu être reconnue dès lors que l'établissement avait une activité d'obstétrique retenue pour la PDSES. Pour la chirurgie orthopédique, la modalité d'une demi-astreinte a été retenue en cas de faible activité en nuit profonde. Pour l'obstétrique dans les grandes agglomérations, il été retenu deux lignes d'obstétriques pour ne pas mettre en difficulté les maternités de niveau III.

Dans une logique de filière de soins, la spécialité de médecine polyvalente a été retenue au bénéfice des établissements publics disposant d'un accueil des urgences. Toutefois ces lignes sont limitées au WE.

Pour l'anesthésie, la coexistence d'un plateau technique de chirurgie et d'un plateau technique d'obstétrique également mobilisés pour la PDSES a été prise en compte. Lorsque ce cas de figure concerne un pôle public privé, il a été considéré que deux astreintes étaient nécessaires de 20 h à minuit et qu'une seule astreinte était justifiée en nuit profonde.

Le dispositif retenu pour la biologie (hors biologie spécialisée) et la pharmacie est le suivant : une astreinte par site ayant une activité d'urgences de recours, une astreinte de WE pour les autres sites avec urgences. Pour ces deux disciplines, l'existence de mutualisations a été prise en compte.

■ Territoire d'action

Territoire départemental et territoires de proximité selon les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT unique sur le département (CH de Pouancé en 49 inclus)

Regroupement public-privé sur Saint Nazaire dans le cadre de la cité sanitaire.

Regroupement public-privé sur Châteaubriant dans le cadre du pôle de santé de Choisel.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Statuts différents des médecins entre établissements publics, établissements privés lucratifs et ESPIC.

■ Résultat attendus sur le territoire

Mutualisation des ressources médicales.

Adéquation de l'offre sanitaire de permanence avec les besoins de couverture sanitaire de la population.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de la PDSES à actualiser	1er trimestre 2012	Données statistiques	ARS	Fédérations Établissements
2	Élaboration du schéma cible de la PDSES pour le territoire départemental et les territoires de proximité	2ème trimestre 2012		ARS	Fédérations
3	Négociation des regroupements de gardes et astreintes	3ème trimestre 2012		ARS	CHT Fédérations hospitalières
4	Détermination des financements des regroupements de gardes et astreintes	3ème trimestre 2012	Connaissance des enveloppes de crédits alloués à la PDSES (MIGAC…)	ARS	
5	Finalisation des modes de coopérations inter-établissements pour mettre en œuvre le nouveau schéma de PDSES	4ème trimestre 2012		ARS	CHT Fédérations hospitalières

PDSES répartition des gardes et des astreintes

Spécialités	modalités
Chirurgie viscérale	Nantes 2 AO, St Nazaire 1 AO, Châteaubriant 1 AO Ancenis 1 AO
Chirurgie orthopédique	Nantes 1 G 1 AO, St Nazaire 1 AO, Châteaubriant 1 AO, Ancenis 1/2 AO
Gynécologie obstétrique	Nantes 3 G, 1 AO, Ancenis 1 AO, Châteaubriant 1 AO, St Nazaire 1 G
Chirurgie urologique	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO
Chirurgie vasculaire	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO
Chirurgie ORL	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO
Chirurgie maxilo-faciale et stomato	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO
Ophtalmologie	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO
Néphrologie	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO
Neurologie en UNV	Nantes 1 G UNV, St Nazaire 1 AO UNV
Pneumologie	Nantes 1 G, St Nazaire 1 AO
Gastroentérologie	Nantes 1 AO, Châteaubriant 1 AO WE, St Nazaire 1 AO
Médecine polyvalente	Nantes 1/2 AO, St Nazaire 1/2 AO, Ancenis 1 AO WE, Châteaubriant 1 AO WE
Cardiologie dont cardiologie interventionnelle et USIC	Nantes 1 G, 1 AO 1 G, St Nazaire 1 G 1 AO, Châteaubriant 1 AO
Pédiatrie en maternité	Nantes 1 G 2 AO, Châteaubriant 1 AO, St Nazaire 1 G
Réanimation adulte	Nantes 3 G, St Nazaire 1 G
Anesthésie	Nantes 5 G 1 AO, St Nazaire 1 G, 1 G / AO****, Châteaubriand 1 AO, 1/2 AO, Ancenis 1 G
Biologie	Nantes 2 AO, St Nazaire 1 AO, Châteaubriant 1 AO WE, Ancenis 1 AO WE
Pharmacie	Nantes 1 AO, St Nazaire 1 AO, Ancenis 1 AO WE, Châteaubriant 1 AO WE
Radiologie	Nantes 1 G, Châteaubriant 1 AO, Ancenis 1 AO, St Nazaire 1 AO
Médecine interne endocrinologie	Nantes 1 AO WE

*AO : astreinte opérationnelle
**G : garde
***AO WE : astreinte opérationnelle week-end
****1 G / AO : une demi garde et une astreinte en nuit profonde et le week-end

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°12 ■ Organiser l'accès aux spécialités médicales

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes » (SROS objectif 16)
« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)
« Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable » (SROS objectif 28)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Le territoire de santé de Loire-Atlantique se caractérise par une densité de médecins spécialistes libéraux notamment, légèrement inférieure à la densité nationale mais bien supérieure à la densité régionale :

- Loire-Atlantique : 82
- Pays de la Loire : 63
- France métropolitaine : 87.

Pour autant cette situation plutôt favorable, masque une hétérogénéité infra- territoriale des possibilités de recours aux spécialités médicales.

Il convient :

- d'améliorer l'accès aux médecins spécialistes afin de réduire les disparités constatées pour les patients dans certaines parties du territoire (zones rurales, quartiers urbains défavorisés…).
- d'organiser le recours des médecins traitants aux consultations de spécialistes.

■ Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé et des professionnels libéraux de santé

■ Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT unique sur le département (CH de Pouancé en 49 inclus)

Développement des maisons de santé pluridisciplinaires

Développement de la télémédecine

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Contraintes réglementaires pour l'installation des libéraux (cabinet secondaire …)

Accessibilité des locaux professionnels (personnes à mobilité réduite)

Recours à l'interprétariat pour que les professionnels de santé soient en capacité de prendre en charge les patients étrangers.

■ Résultat attendu sur le territoire

Permettre au maximum de patients d'accéder à un médecin spécialiste.

Offrir un accès au tarif conventionnel pour l'ensemble des patients au plus près possible de leur domicile.

Maillage territorial par le biais soit d'installation de praticiens libéraux, soit de consultations avancées hospitalières, soit d'activités médicales en temps partagé.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de l'offre de spécialistes	2012	Données statistiques	ARS	ORS Conseil de l'ordre URPS
2	État des lieux de l'accès au tarif conventionnel par territoire de proximité	2012	Données statistiques	ARS	ORS CPAM URPS Associations d'usagers
3	Recensement des outils existants favorisant la couverture du département en spécialistes	2012		ARS	
4	Négociation avec les établissements, services et professionnels concernés par spécialités	2013 - 2014		ARS	URPS CHT Fédérations hospitalières Associations d'usagers
5	Détermination et finalisation du support juridique d'organisation territorialisée des spécialités (MSP, centres de santé, GCS…)	2014 - 2015		ARS	Professionnels de santé CHT Associations d'usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°13 ■ Améliorer la fluidité des parcours des patients en sortie de court séjour

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer une Permanence des Soins Ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé » (SROS objectif 11)

« Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé » (SROS objectif 17)

« Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie » (SROS objectif 21)

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Les parcours de santé des patients du territoire en fonction des pathologies, d'abord dans la phase d'hospitalisation puis dans la phase de sortie d'hospitalisation, soit en retour direct vers le domicile, soit en orientation en SSR ou en structures médico-sociales ou sociales, peuvent être optimisés pour une meilleure efficience globale.

Le travail pour décloisonner les dispositifs de soins en articulant les différentes interventions auprès d'une même personne est à poursuivre.

La coordination des acteurs de santé dans le département par filière de soins est encore perfectible pour permettre une plus grande fluidité d'utilisation des lits de court séjour et de SSR.

Il convient d'organiser les réponses de proximité aux usagers en sortie d'hospitalisation en préparant celles-ci dès l'admission. L'accompagnement du patient et de sa famille contribuent fortement à la bonne préparation de la sortie vers le domicile comme vers une institution.

■ Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux et sociaux

■ Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT unique sur le département (CH de Pouancé en 49 inclus)

Déploiement du logiciel « trajectoire » en SSR

Existence de structures d'orientation et d'information (CLIC, MAIA)

Existence de certains réseaux de santé.

CPOM des établissements.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Information des médecins généralistes sur les possibilités d'accès direct en SSR

Disponibilité et diversité des structures d'aval

Lisibilité des réseaux de santé à conforter

■ Résultat attendu sur le territoire

Désengorgement des lits de court séjour et de SSR.

Transfert à bon escient des patients entre les différentes structures

Diminution des délais d'attente pour l'entrée en court séjour et SSR.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux des difficultés de fluidité des parcours	2012	Données statistiques	ARS	CHT Fédérations hospitalières et médico-sociales URPS Associations d'usagers
2	Recensement des outils existants de gestion des parcours de soins	2012		ARS	CHT Fédérations hospitalières et médico-sociales URPS
3	Sélection et priorisation des filières de soins à organiser sur le territoire (par pathologie ou spécialité médicale : SSR, oncologie, périnatalité, AVC, diabète…)	2012 - 2013		ARS	Conférence de Territoire CHT Fédérations Associations d'usagers
4	Négociation avec les établissements, services et autres structures concernés par catégories de patients relevant d'un dispositif de soins à organiser en filière autour d'un projet de soins	2013 - 2015		ARS	CHT Fédérations hospitalières et médico-sociales Associations d'usagers
5	Détermination et finalisation du support juridique d'organisation de chaque filière (GCS…)	2015 - 2016		ARS	CHT Fédérations

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°14 ■ Conforter l'offre de premier recours en la structurant sur les territoires ruraux ou peu denses en professionnels de santé, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne » (SROS objectif 7)
« Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours » (SROS objectif 8)
« Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins » (SROS objectif 12)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'offre de premier recours est la pierre angulaire du système de soins. Elle a besoin d'être confortée, notamment dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance, et d'être accompagnée dans son adaptation aux besoins en évolution de la population et aux attentes des professionnels.

Le regroupement des professionnels de santé en équipe pluri-professionnelle dans un pôle ou une maison de santé permet de conforter l'offre de proximité, de proposer des réponses plus intégrées aux problèmes complexes posés pour la prise en charge et l'accompagnement de certains patients, d'améliorer la continuité des soins, et répond aux aspirations des professionnels. Les MSP et PSP développent au plus près des usagers des actions de prévention.

Un maillage optimal du territoire sera recherché en s'appuyant sur les territoires de premier recours.

En ce qui concerne les deux agglomérations principales, des études sur l'accès aux soins des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville seront conduites pour identifier d'éventuelles difficultés et l'opportunité d'y promouvoir des maisons ou centres de santé.

Les MSP et Pôles de Santé Pluri-professionnels (PSP) ont vocation à fédérer les professionnels de santé à proximité pour construire un projet de santé à l'échelle du territoire.

■ Territoire d'action

Territoires de premier recours, communautés de communes

■ Leviers particuliers sur le territoire

Volonté des professionnels de santé d'un exercice regroupé

Volonté des élus locaux, communes et communautés de communes

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Les professionnels de santé libéraux doivent être les porteurs des projets

Il convient d'être attentif au maillage du territoire, en évitant toutefois une concentration de plusieurs MSP en immédiate proximité les unes des autres

■ Résultat attendu sur le territoire

Maillage du territoire en MSP et PSP, particulièrement dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance.

Les projets de santé mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, partagent des informations, développent des coopérations entre professionnels

Ces MSP ou PSP attirent des jeunes professionnels de santé.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Accompagner les projets de MSP et PSP	2012-2015	À définir selon besoin	CATS	Membres du CATS, professionnels de santé, élus
2	Susciter des projets de MSP et PSP sur les territoires de premier recours non couverts	2012-2015		CATS	Membres du CATS, professionnels de santé, élus
3	Accompagner des études sur l'accès aux soins dans les quartiers de la politique de la ville	2012	À définir selon besoin	ARS	Communes, Préfecture

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°15 ■ Préserver la qualité des eaux et des milieux sur les zones littorales et prévenir les risques sanitaires liés à leurs usages. Renforcer l'information des professionnels et du public.

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé » (SRP objectif 12)
« Réduire les impacts de l'environnement » (SRP objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Le département de la Loire-Atlantique présente un littoral accueillant une population dense et, notamment pendant la saison estivale.

De ce fait, la zone littorale subit une pression importante liée aux activités humaines qu'il convient de maitriser au mieux pour préserver cet environnement, ses ressources et ses usages.

On peut noter en particulier que la zone littorale, qui s'étend sur 125 km, recense :

- 74 sites de baignades en eau de mer surveillés,
- 21 sites de pêche à pied de loisirs répartis sur 15 communes, auxquels sont aussi souvent associés des sites de pêche professionnels.

C'est aussi un département rural avec des sites de baignade (8 sites de baignade en eau douce) et de loisirs liés à l'eau dans des secteurs reculés du littoral qu'il convient de préserver.

La préservation de la qualité sanitaire des eaux littorales nécessite une meilleure connaissance de l'environnement proche (bassin versant) au travers, notamment, de la mise en œuvre des profils de baignade.

En vue de prévenir les risques sanitaires liés à ces milieux et usages, une bonne connaissance et gestion/suivi des sites est nécessaire.

Aussi, il importe de sensibiliser les professionnels, les collectivités ainsi que le public sur ces enjeux, et de développer l'information sur la qualité sanitaire.

■ Territoire d'action

Littoral et zones de loisirs liées à l'eau

■ Leviers particuliers sur le territoire

Implication des collectivités, des professionnels, des usagers

Démarche type agendas 21 ou CLS

Profils baignades (outil réglementaire)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Pression touristique / affluence estivale

Problématique du développement des algues vertes

Impact financier des mesures à mettre en œuvre

■ Résultat attendu sur le territoire

Maintien des usages de loisirs liés à l'eau en garantissant la qualité des milieux

Profils baignade à généraliser

Développement de l'information des partenaires et du public

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Accompagner les collectivités dans l'élaboration et la mise en œuvre des profils baignades	Action déjà engagée, à poursuivre et à amplifier dès 2012	Identification des sources de pollution Définition des mesures de gestion pour assurer la protection sanitaire de la population	ARS	Collectivités, professionnels, services de l'état
2	Sensibiliser les professionnels, les collectivités et le public sur les risques sanitaires liés à la qualité des eaux de loisirs et de sites de pêches à pied	Démarrage en 2012 et déclinaison sur la durée du plan.	Outils de communication et supports d'information (plaquettes, diaporama, affiches)	ARS	Collectivités, responsables d'établissements, Maîtres-nageurs, offices de tourisme, Associations d'usagers et de protection de l'environnement
3	Informer le public et les collectivités de la qualité sanitaire des sites de baignades et de pêche à pied de loisirs	À partir de 2012	Bilans des résultats d'analyses Outils cartographiques Outils de communication (site Internet, communiqué de presse)	ARS	Collectivités, services de l'État (DDTM), Associations d'usagers et de protection de l'environnement, offices de tourisme..

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°16 ■ Préserver la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Réduire les impacts de l'environnement » (SRP objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'eau destinée à la consommation humaine en Loire Atlantique provient pour :

- 72 % des eaux de surface,
- 28 % des eaux souterraines.

À ce jour, 83 % des ressources du département bénéficient d'une protection par la mise en place d'une Déclaration d'Utilité Publique (DUP), (ce qui représente plus de 90 % du volume d'eau distribué en Loire Atlantique).

Le PRSE2 impose 100 % des captages protégés pour la fin 2013.

Il convient donc de finaliser l'instauration des **périmètres de protection** autour des captages d'eau utilisés pour la production d'eau potable et contrôler leur mise en place (respect des servitudes associées).

Cette action nécessite l'implication et la coordination des acteurs locaux (collectivités, syndicats, exploitants..).

Par ailleurs, l'eau distribuée est dans l'ensemble de bonne qualité grâce à des stations de traitement performantes. Pour autant, la dégradation des eaux de surface (matières oxydables, algues..), constituant près des 3/4 de la ressource, rend complexe l'obtention d'une eau de qualité, notamment par la présence de sous-produits de chloration (THM).

Pour garantir une eau de **qualité, les usines de traitement et les réseaux** doivent être de plus en plus performants et répondre à certaines bonnes pratiques.

Il s'agit, en lien avec l'ensemble des partenaires, de contribuer à améliorer les filières de traitement par la diminution des sous produits de la chloration.

En complément, il convient de contribuer à la limitation de rejets de substances indésirables dans les réseaux d'assainissement (susceptibles de rejoindre le milieu naturel) en sensibilisant le public et les professionnels sur ce sujet.

■ Territoire d'action

Secteurs concernés par la protection des ressources en eau

Usines de traitement d'eau potable situées sur le département

■ Leviers particuliers sur le territoire

Implication des exploitants et des collectivités

Existence du schéma départemental de sécurisation de l'alimentation en eau potable

Plan d'action « Grenelle » sur les captages prioritaires

PRSE 2 :

- action 2 « protéger la qualité de la ressource en eau destinée à la consommation humaine »
- action 3 « Améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs »

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Risques de pollutions diffuses

Rénovation de certaines usines de traitement en cours

Impact financier des mesures à mettre en œuvre

■ Résultat attendu sur le territoire

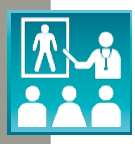
100 % des captages d'eau potable protégés (59 captages protégés)

Amélioration des filières de traitement des usines d'eau potable

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Finaliser les périmètres de protection autour des captages d'eau utilisés pour la production d'eau potable et contrôler leur mise en place (respect des servitudes)	100 % des captages protégés en 2013 20 % des captages inspectés d'ici 2014	Procédures mises en œuvre à l'initiative de la collectivité concernée Élaboration d'un arrêté de DUP (+ prescriptions)	ARS	Police de l'eau, DREAL, syndicats exploitants, collectivités MISE, ONEMA
2	Sensibiliser le public et les professionnels sur les rejets de substances indésirables dans les réseaux d'assainissement	À partir de 2012	Outils de sensibilisation	ARS	Exploitants Associations d'usagers
3	Sensibiliser les exploitants et assurer un suivi des réseaux et des filières de traitement pour limiter la formation de sous-produits de désinfection (THM) Mise en œuvre des bonnes pratiques sur les filières de traitement eau potable	À partir de 2012	Étude analytique et guide des bonnes pratiques sur les filières prévus dans le cadre de l'action 3 du PRSE2 Outils de communication	ARS	Exploitants, Syndicat départemental

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°17 ■ Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé » (SRP objectif 12)
« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)
« Réduire les impacts de l'environnement » (SRP objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Les collectivités territoriales constituent des acteurs incontournables dans la promotion de la santé environnementale (rôle décisionnel, préventif ou de police) dans différents domaines (aménagement du territoire, déplacements, habitat, éducation à la santé,..).

Des initiatives émergent dans ce domaine qu'il convient de soutenir et de valoriser (développement de plans locaux d'actions en santé environnement, élaboration de contrats locaux de santé intégrant la santé environnementale ou au sein des agendas 21, développement de politiques de lutte contre l'habitat indigne en appui sur des réseaux locaux, prise en compte de la santé environnementale dans la gestion des bâtiments publics et ceux notamment accueillant des personnes sensibles...)

Par ailleurs sur le territoire, les capacités de réponse des collectivités ne sont pas similaires (taille, situation des communes et de leur groupement..) ce qui nécessite d'accompagner certaines collectivités pour :

- La mise en œuvre d'une coopération intercommunale dans ce domaine,
- La mutualisation de certains outils nécessaires à la promotion de la santé environnementale (guides techniques, cahiers des charge, outils d'observation, formations, outils de sensibilisations et d'informations..)
- La mise en œuvre de leurs compétences dans la lutte contre l'habitat indigne (application du Réglement Sanitaire Départemental (RSD))

■ Territoire d'action

Secteurs concernés par la protection des ressources Territoire départemental (identifier les territoires « moteur » et ceux qui nécessitent un renforcement des capacités de réponses)

Présence de nombreux logements potentiellement indignes sur le département

■ Leviers particuliers sur le territoire

Regroupement des communes, création des intercommunalités

Mutualisation des outils

Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne crée le 1er janvier 2011

Plans locaux d'action en santé environnement

Contrats locaux de santé/ Agendas 21

Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées, PLH

Schémas de cohérence territoriale, PLU, Plan de déplacement urbain

Relations avec les partenaires locaux et en particulier les associations représentant les usagers et de défense de l'environnement.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Capacités techniques et financières des collectivités

Radon : zone à risque sur le département. Attente de la nouvelle définition réglementaire des zones prioritaires et de la réglementation visant les bâtiments d'habitation.

Résultat attendu sur le territoire

Valorisation et mobilisation des collectivités territoriales dans la promotion de la santé environnementale et, en particulier, la lutte contre l'habitat indigne

Définition des actions prioritaires à promouvoir par les collectivités

Renforcement des partenariats locaux et des actions d'éducation à la santé auprès du public.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Repérage des actions portées par les collectivités et des enjeux dans les domaines de la promotion et de l'éducation à la santé environnementale, de l'aménagement, de la lutte contre l'habitat indigne	2012	Enquête auprès des EPCI PDLHI	ARS	EPCI Association des maires OPAH CDCI
2	Mobilisation des collectivités pour la mise en œuvre des actions à promouvoir localement	2013	développement d'actions de sensibilisation / échanges d'expérience	ARS	idem
3	Soutien des collectivités pour la mise en œuvre des actions de promotion de la santé environnementale, de lutte contre l'habitat indigne…	2013- 2015	développement des outils et des pratiques pouvant faire l'objet d'une mutualisation	ARS	Idem Partenaires locaux (associations, acteurs de lutte contre l'habitat indigne…)

AVANT-PROPOS

1 DÉFINITION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ, CONTENU ET ARTICULATION AVEC LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES THÉMATIQUES DE NIVEAU RÉGIONAL

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit les priorités au sein du territoire.

Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS). Le PTS, dans une logique de territoire, vise à :

- **Apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social**
- **Optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels…**
- **Mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : il en est ainsi des actions visant la mutualisation des moyens, les coopérations entre les structures….**

2 DIAGNOSTIC TERRITORIALISÉ EN MAINE-ET-LOIRE

Concernant le territoire du Maine-et-Loire, afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS sur les particularités du Maine-et-Loire dans le domaine sanitaire et social, 4 groupes de travail au sein de la conférence de territoire se sont réunis début 2011 afin d'examiner les thématiques suivantes :

- **L'accès aux services de santé,**
- **Le processus de continuité des parcours de vie et de santé,**
- **La prise en compte de la personne,**
- **La prise en compte des inégalités sociales, territoriales et environnementales.**

La synthèse de ce travail de réflexion sur la territorialisation du diagnostic régional a fait l'objet d'une présentation en Conférence de Territoire et s'articule autour des 3 grands types de constats suivants.

3 LES SPÉCIFICITÉS DU MAINE-ET-LOIRE PERÇUES COMME PÉNALISANTES POUR SA POPULATION

Le diagnostic territorial fait tout d'abord apparaître une offre de soins importante en EHPAD, et qui répond à des besoins de proximité. Cependant, elle s'avère en partie inadaptée en raison d'un manque de structures alternatives, d'accueils séquentiels et d'organisation du maintien à domicile. La globalité de l'équipement en EHPAD ne permet donc pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins du territoire.

De même, le département présente un réel retard en termes d'hébergement pour les personnes handicapées vieillissantes. Ce déficit d'offre de prise en charge s'accompagne d'un déficit du nombre de familles d'accueil et de services d'accompagnement à la vie sociale (Choletais). De plus, le Maine-et-Loire est l'un des départements de la région qui a la plus grande liste d'attente concernant les demandes d'admission en FAM, en MAS…

En ce qui concerne la démographie des professionnels de santé, le constat sur le Maine-et-Loire fait apparaître que 40 % des médecins ont plus de 55 ans et que l'accès à la médecine générale s'avère de plus en plus difficile en milieu rural (Baugeois et Saumurois notamment de même que le nord des Mauges et l'ouest du Segréen). De plus, la médecine de spécialité se concentre en milieu urbain et l'accessibilité financière s'avère problématique sur certaines spécialités. En outre, la permanence des soins en médecine ambulatoire demeure fragile en Maine-et-Loire, en raison d'un nombre restreint de généralistes volontaires, et cette situation peut poser problème en EHPAD, en période de nuit profonde.

D'autre part, les disparités territoriales entre les 4 secteurs du Maine-et-Loire (Angevin, Choletais, Saumurois et Segréen) demeurent majeures sur un certain nombre de thèmes particuliers :

-L'accès aux soins et à la prévention, pour lesquels la population, en particulier vieillissante en milieu rural, se heurte en matière de structures de santé de 1er recours, à un empilement de dispositifs insuffisamment coordonnés.

-La prise en compte des maladies chroniques pour lesquelles il est relevé un déficit de prises en charge.

-Certaines filières de soins, pourtant reconnues comme prioritaires, s'avèrent toujours déficitaires en Maine-et-Loire, notamment dans le domaine des soins de suite et de réadaptation addictologique.

Enfin, s'agissant des inégalités environnementales en Maine-et-Loire, il est à souligner un certain nombre de disparités territoriales : 8 000 logements sont considérés comme indignes

ou insalubres, en particulier dans l'Est du département (Baugeois, Saumurois); il est également relevé la présence de radon (Choletais, Segréen) et le problème des nuisances sonores. Enfin, la question de l'adaptabilité des logements est soulignée sur tout le territoire départemental, vis-à-vis des personnes vieillissantes ou en situation de handicap. En matière d'alimentation en eau, le département présente différentes caractéristiques qui méritent d'être rappelées : forte dépendance vis-à-vis de la Loire qui contribue à l'alimentation de 80 % de la population du département, absence de sécurisation de ce fait en cas de pollution majeure du fleuve, positionnement en aval de grands bassins versant agricole avec pour corollaire une pollution diffuse importante de ces ressources en eau et absence d'eaux souterraines dans le Segréen et le Choletais.

4 ■ AUTRES DONNÉES NON SPÉCIFIQUES AU MAINE-ET-LOIRE, MAIS PERÇUES COMME PÉNALISANTES POUR SA POPULATION

Il est notamment relevé le poids grandissant des tâches administratives dans tous les secteurs et dispositifs du domaine sanitaire et social (conformités, mises aux normes, autorisations…..) ainsi que le caractère non pérenne et insuffisant des financements dans de nombreux secteurs, entrainant blocages et instabilités.

Ainsi, ces dysfonctionnements ont conduit à un arrêt d'activité d'un nombre significatif de réseaux de santé en Maine-et-Loire, la couverture territoriale étant devenue très hétérogène.

Il en est de même des structures de coordination, maisons de santé et dispositifs de permanence des soins (CAPS) pour lesquels l'insécurité des financements peut remettre en cause certains projets.

À ce titre, les petites communes rurales s'avèrent défavorisées, souffrant déjà d'un moindre équipement en praticiens, pharmaciens, systèmes de garde, moyens de transport et accès aux établissements de santé.

5 ■ DES ATOUTS ET COMPÉTENCES À VALORISER EN MAINE-ET-LOIRE

Il est tout d'abord relevé l'expérience des acteurs du champ sanitaire et social à initier des coopérations, mutualisations et regroupements, selon des modalités variables, notamment dans le domaine hospitalier : projet de communauté hospitalière de territoire (CHT) Mayenne-Maine-et-Loire concernant les principaux établissements des 2 territoires de santé ; instauration d'un nombre significatif de postes partagés entre Angers, Saumur, Laval et Cholet ; création du Pôle de Santé du Saumurois avec implantation de la clinique dans les locaux de l'hôpital ; coopération entre le CHU et plusieurs cliniques angevines …

L'habitude des échanges et mutualisations se retrouve également en médico-social et dans le secteur associatif, l'importance de la coordination des acteurs (SSIAD, HAD, médecin traitant…), y compris l'accompagnement médico-social et le maintien d'un maillage de professionnels (MSP) devant permettre d'atténuer les disparités territoriales.

Dans le domaine de l'enfance handicapée, l'importance de l'équipement est une donnée à prendre en compte dans l'évolution de ce secteur.

Un autre atout concerne l'engagement de la Faculté de Médecine dans la formation en médecine générale. Elle dispose d'un département de médecine générale dynamique et volontariste.

Il convient de rajouter le partenariat important et dynamique entre la délégation territoriale de l'ARS et les médecins libéraux, via l'ADOPS (Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins) et le CDOM (Conseil départemental de l'ordre des médecins), ainsi que l'expérimentation de la PDSA menée en Maine-et-Loire.

Enfin, il est mis l'accent sur la faiblesse globale des dépenses de santé sur le territoire du Maine-et-Loire et en région Pays de Loire, en comparaison de la moyenne nationale, données de nature à faciliter une redistribution de moyens.

Cette synthèse des travaux des 4 groupes n'est pas exhaustive. Elle n'aborde que les particularités les plus notables de la situation du territoire du Maine-et-Loire. Elle met l'accent sur des attentes en termes de développement : importance de la transversalité et des échanges entre professionnels du secteur sanitaire et social, importance des systèmes d'information, de la télémédecine et de la formation. Elle s'est poursuivie avec une réflexion autour de 6 thématiques reconnues prioritaires par les acteurs qui ont dégagé des actions à réaliser au titre du PTS du Maine-et-Loire : addictions, santé mentale, structures de santé de proximité, personnes âgées, personnes en situation de handicap et santé environnementale. Les actions prioritaires retenues dans ce programme se rattachent toutes à ces 6 thématiques validées en conférence de territoire. Le PTS détaille en fiches actions ces priorités.

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Prévenir et organiser les soins en addictologie

Action n°2 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et les adolescents

Action n°3 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les adultes

Action n° 4 : Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les personnes âgées

Action n°5 : Faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap à tous les âges de la vie

Action n°6 : Analyser les besoins pour une offre de soins et d'accompagnement médico-social diversifiée et faire des propositions

Action n°7 : Accompagner le développement de la coordination et les coopérations dans le secteur médico-social

Action n°8 : Améliorer la continuité des parcours de vie et de soins

Action n°9 : Faire des 10 CLICS les lieux uniques infra départementaux de coordination, de repérage des besoins et de communication pour les aidants, les professionnels et les usagers

Action n°10 : Créer une Communauté hospitalière de territoire (CHT) et la faire vivre pour favoriser l'accès aux soins de qualité

Action n°11 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°12 : Favoriser les actions en éducation et de connaissances des moyens d'action en santé environnementale.

Action n°13 : Anticiper les besoins des personnes exposées à des risques en relation avec l'environnement : personnes âgées,

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

atteintes de maladies évolutives, adolescents, enfants vivant dans un environnement social défavorisé et personnes exposées à un risque professionnel environnemental…

Action n°14 : Intégrer la santé environnementale dans les décisions concernant l'aménagement du territoire

Action n°15 : Prendre en compte la Santé Environnementale dans les établissements de santé, médico-sociaux, ceux accueillant des enfants et plus généralement dans les établissements recevant du public

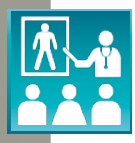
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°16 : Consolider la permanence des soins ambulatoire

Action n°17 : Faciliter l'évolution des soins de 1 ^{er} recours en s'appuyant sur une échelle territoriale pertinente, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Prévenir et organiser les soins en addictologie



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes » (SROS objectif 16)

« Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé » (SROS objectif 17)

« Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie » (SROS objectif 21)

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins finalisée » (SROS objectif 24)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Les pathologies directement liées à une consommation d'alcool représentent 3.1 % des décès masculins et 0.9 % des décès féminins au niveau régional
- Le dispositif de soins est incomplet
- Les acteurs du département ont reconnu cette priorité

■ Territoire d'action

Département

Angers, Cholet et Saumur

CLS de Trélazé

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Dynamisme des équipes
- Structures départementales de prévention
- Collectivités partenaires mobilisées

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Répartition territoriale des structures
- Répartition des activités de prévention entre acteurs
- Mobilisation des partenaires incontournable : Éducation Nationale, Conseil Général

■ Résultats attendus sur le territoire

- Structures SSR créées et identifiées
- Actions de prévention réalisées
- Partenariat actif
- Charte d'intervention des acteurs de prévention

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Formaliser les pratiques et les cadres d'intervention des acteurs de la prévention et des soins : appui méthodologique de l'ARS, charte d'intervention des acteurs de la prévention et du soin, harmonisation des pratiques et des cadres d'intervention	2012-2013		ARS	Associations, établissements, partenaires (DDCS, Éducation Nationale, RESAAD,…)
2	Mettre en place une cellule départementale d'évaluation et d'orientation par une équipe pluridisciplinaire au sein du RESAAD pour tout public concerné, avec en appui une fiche de liaison	2012-2013		ARS/ RESAAD	Éducation Nationale, Collectivités territoriales, Médecine du travail, DDCS, ASE,…
3	Formaliser le repérage précoce : - en milieu scolaire et universitaire - en population générale (lieux d'accueil et d'écoute neutres) pour (jeunes, adultes, milieu du travail, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité et personnes âgées) -en milieu de travail	2015 2015 2012		ARS/ Éducation Nationale ARS/ CSAPA SMIEC	Chefs d'établissements, les équipes enseignantes, les associations de parents d'élèves, IREPS, ANPAA, CSAPA49,… Collectivités territoriales- DDCS - ASE,… Le RESAAD (cellule d'évaluation et d'orientation),…
4	Compléter la filière de soins en développant une offre de soins de suite et de réadaptation sur tout le territoire (Angers, Cholet, Saumur) en hospitalisation complète et à temps partiel	2012		Le Chillon	Centres Hospitalier de Cholet et de Saumur pour l'hospitalisation à temps partiel, CHU d'Angers,…
5	Déployer un CLS sur la ville de Trélazé	2012-2015		ARS/Ville de Trélazé	Acteurs de la prévention de la ville de Trélazé,…
6	Précarité sociale et addictions : mettre en place des soins ou dispositifs pour les personnes sans logement (ex : soins ambulatoires)	2012-2015		ARS/ CSAPA	Collectivités territoriales, DDCS, ASE,…
7	Mettre en place un observatoire territorial	2013		ARS/ RESAAD	IREPS, ORS, collectivités territoriales,…

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°2 ■ Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les enfants et les adolescents (Charte de fonctionnement de la filière enfant et adolescent)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences » (SROS objectif 14)

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Assurer l'adéquation des prises en charges aux âges clés de la vie » (SROMS objectif 8)

« Articuler les dispositifs de soins sociaux et médico-sociaux dans chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Favoriser le milieu de vie ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » (SROMS objectif 2)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Pour la pédopsychiatrie seul le CESAME (Angers) dispose de 20 lits d'hospitalisation complète, qui doivent satisfaire également les besoins des territoires de Cholet et de Saumur. (existence depuis janvier 2011 d'une convention de collaboration entre les trois établissements)
- Volonté des services de pédopsychiatrie du territoire de respecter le principe de gradation des soins (rôle d'expert) afin d'assurer au patient le juste niveau de soins requis en requérant, pour la dimension sociale, la participation de l'entourage ou des intervenants de ce champ
- Volonté des services de pédopsychiatrie du territoire d'assurer une continuité de la prise en charge dans le respect des autres dimensions de la vie de l'enfant ou de l'adolescent : pédagogique, sociale, éducative…
- Nécessité, pour les structures médico-sociales accueillant des enfants et des adolescents souffrant d'un handicap psychique, d'un développement du partenariat avec les professionnels de la psychiatrie
- Identification par les pédopsychiatres du département de la nécessité de développer des actions en santé mentale (amélioration de la prise en charge hospitalière des 14-18 ans) et dans le secteur médico-social pour les adolescents, de façon prioritaire

■ Territoire d'action

Département

Angers, Cholet et Saumur

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Partenariats déjà existants (CHU d'Angers-CESAME, CH de Cholet-Institut thérapeutique du Pin en Mauges, CESAME-MDPH etc.…)
- Contrat Local de Santé avec la ville d'Angers
- Implication des pédopsychiatres du territoire dans la réorganisation du fonctionnement du CRERA-plan autisme
- Maison des adolescents à Angers fonctionnant depuis 2010
- Soutien co-sectoriel à la périnatalité (consultations avancées pédopsychiatriques au CHU d'Angers / Maternité et néonatologie)
- Intégration du service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Cholet dans le pôle FEMME-PARENT-ENFANT avec développement de la consultation de périnatalité et identification d'une unité de court séjour pour adolescents

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Contexte démographique défavorable en personnels médicaux et paramédicaux spécialisés en psychiatrie et pédopsychiatrie du territoire plus marqué dans les territoires infra départementaux de Cholet et Saumur
- Travail parfois isolé de certains professionnels lié à un contexte démographique défavorable
- Valorisation du temps de coordination
- Absence d'équipe mobile « handicap psychique »

Résultats attendus sur le territoire

- Mise en œuvre de la charte de fonctionnement de la filière de soins en santé mentale enfant-adolescent avec engagement des différents partenaires (établissements sanitaires, médico-sociaux, socio-éducatifs, secteur pédagogique, de la justice et collectivités territoriales, professionnels libéraux) à respecter les principes de complémentarité et de continuité pour une amélioration effective de la prise en charge de l'enfant et/ou adolescent
- Formalisation de ces engagements par la mise en place de conventions de partenariat
- Évaluation lors d'une révision annuelle de concertation qui dressera un bilan de fonctionnement de la filière
- Nombre de conventions de partenariat signées

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mise en place d'un groupe de travail départemental spécifique " prise en charge des adolescents "	Année 2012	Appui méthodologique	ARS	Établissements secteurs sanitaire,médico-sociaux,socio-éducatifs, pédagogiques, pédagogiques (santé scolaire),de la justice, de la protection judiciaire de la jeunesse et des collectivités territoriales, PMI, MDPH,ASE,MDA, et les représentants des professionnels de santé libéraux
2	Projet d'accueil thérapeutique groupal parents/bébés (CHU Angers-CESAME)	2012-2013	Appui méthodologique Crédits ONDAM	CHU Angers-CESAME Appui méthodologique ARS	CHU ANGERS et CESAME
3	Mise à jour des chartes de fonctionnement de la filière enfant/adolescent sur les territoires d'Angers-Saumur et CHOLET lors des travaux du PMT2 (Projet Médical de Territoire 2)	Fin 2012-1er trimestre 2013	Appui méthodologique	ARS	Établissements secteurs sanitaires, médico-sociaux, socio-éducatifs, pédagogiques (santé scolaire), de la justice (protection judiciaire de la jeunesse) et des collectivités territoriales, PMI, MDPH, ASE, MDA Représentants des usagers Professionnels de santé libéraux
4	Mise en oeuvre de la filière sur les territoires infra départementaux : Angers-Cholet-Saumur.	À compter de 2013 et durant toute la durée du PRS	Appui méthodologique	ARS	Voir ci-dessus
5	Mise en place de la réunion de concertation annuelle pour chaque territoire infra départemental pour évaluation du fonctionnement et mesures correctives si besoin	2015-2016		ARS	Voir ci-dessus

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°3 ■ Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les adultes (Charte de fonctionnement de la filière adulte entre le secteur sanitaire, médico-social et secteur social)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion au niveau des territoires de 1er recours » (SROS objectif 10)

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences (SROS objectif 14)»

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges clés de la vie » (SROMS objectif 8)

« Articuler les dispositifs de soins sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » (SROMS objectif 2)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Diversification des modes d'exercice en psychiatrie avec l'essentiel de l'activité en extra hospitalier ou en ambulatoire
- Aspiration des patients à une vie sociale plus digne tant en matière de logement adapté, de rôle social que d'insertion professionnelle
- Nécessité de convenir entre l'ensemble des partenaires institutionnels et libéraux concernés des modalités de fonctionnement engageant des coopérations autour d'un parcours du patient/résident privilégiant l'accès facilité aux soins spécialisés, l'alternative aux recours évitables au service d'accueil d'urgence et à l'hospitalisation et les dispositifs de soins permettant et accompagnant l'insertion familiale, sociale, professionnelle des personnes
- Nécessité de développer les coopérations entre les établissements sanitaires et médico-sociaux (notamment appui à l'accompagnement du patient/résident et formation des personnels)

■ Territoire d'action

Département

Angers, Cholet et Saumur

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Partenariat déjà existants
- Contrat local de santé avec la ville d'Angers
- Groupe Souffrance Sociale et Psychologique (action mise en place par l'Eclaircie, Mission Locale, Sèvre Loire Habitat, Centre Equinoxe, ADAPEI Formation, Centre hospitalier de Cholet, Abri des Cordeliers, Alpha Api, MAS, Conseil Général et Communauté d'Agglomération du Chotelais
- Dispositif d'appui en santé mentale (DIAMS) qui coordonne plusieurs interventions sur l'agglomération angevine : médiation santé, interventions auprès de la mission locale, des circonscriptions d'action sociale, auprès des CHRS et du SAMU social dans le cadre d'une équipe mobile

- Centre de ressource HUGO pour le repérage et la prise en charge des crises suicidaires et pour la formation (unité médico-psychosociale du CHU)
- Unité d'accueil de crise pour les suicidants au Centre hospitalier de Cholet
- Mise en place d'une consultation spécialisée en Thérapie comportementale cognitive (TCC) au CHU
- Réseau d'addictologie des territoires d'Angers et de CHOLET.
- ORION 49, structure intersectorielle de réhabilitation psychosociale : travail avec les personnes en situation de handicap psychique sur leur projet social et professionnel
- Optimisation de la prise en charge des urgences psychiatriques au CHU, renforcement de la séniorisation et meilleure identification de la filière de soins psychiatriques
- Existence d'une unité de psychiatrie de liaison aux Urgences du Centre hospitalier de Cholet
- Développement d'une unité intersectorielle de réhabilitation psychosociale au Centre hospitalier de Cholet
- Poursuite et renforcement des 7 programmes d'éducation thérapeutique
- Développement de l'accessibilité aux soins en CMP via la mise en place d'une équipe mobile infirmière d'aide à l'accès aux soins de référents médicaux et paramédicaux par structures médico-sociales (Centre hospitalier de Cholet)
- Actions de formation réalisées par des équipes du CESAME pour les personnels du secteur médico-social au titre du RESSPA
- Actions de formation réalisées par le Centre Hospitalier de Cholet pour les personnels des établissements médico-sociaux au titre de conventions de partenariat
- Renforcement des partenariats attenants aux divers GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) de Cholet-Angers-Saumur en veillant à préserver leur accès aux personnes malades psychiques

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Contexte démographique défavorable en personnels médicaux et paramédicaux du territoire plus marqué sur les territoires infra départementaux de Cholet et Saumur
- Problématique entre le bassin d'attractivité du Choletais (situation du Centre hospitalier de Cholet aux confins de 3 départements) et le fonctionnement actuel avec 2 communautés hospitalières de territoire distinctes (Mayenne et Maine-et-Loire / Vendée et Loire Atlantique)
- Rattachement des patients des 8 communes du Nord Vendée au secteur 49 G09 de psychiatrie (arrêté du 6 juillet 1999 de l'ARH) sans moyens tant en hospitalisation complète qu'en alternative à l'hospitalisation complète
- Travail parfois isolé de certains professionnels lié à un contexte démographique défavorable
- Valorisation du temps de coordination
- Absence d'équipe mobile « handicap psychique »

Résultats attendus sur le territoire

- Rédaction et mise en œuvre de la charte de fonctionnement de la filière de soins en santé mentale adulte avec engagement des différents partenaires (établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, professionnels libéraux) à respecter les principes de complémentarité et de continuité effective de la prise en charge de « l'adulte »
- Formalisation de ces engagements par la mise en place de conventions de partenariat
- Évaluation lors d'une révision annuelle de concertation qui dressera un bilan de fonctionnement de la filière
- Nombre de conventions de partenariat signées
- Aboutissement des projets selon le calendrier

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mise à jour des chartes de fonctionnement « adultes » sur les territoires d'Angers, Saumur et Cholet lors des travaux du PMT 2	Fin 2012-1er trimestre 2013	Appui méthodologique	ARS	Établissements secteur sanitaire, médico-sociaux, et des collectivités territoriales, représentants des usagers, et professionnels de santé libéraux
2	Projet de promouvoir la mise en place d'un conseil local en santé mentale (projet médical du CESAME)	2012-2013	Appui méthodologique	ARS	VOIR CI-DESSUS Ainsi que représentants de la justice et de la Maison d'Arrêt d'Angers
3	Projet d'une unité d'accueil et d'orientation au CESAME (projet médical du CESAME)	2013	Crédits ONDAM / Appui méthodologique	CESAME	
4	Projet de mise en place d'un centre ressources sur le handicap psychique (CREHPSY)	2013-2014		CESAME	
5	Projet d'une structure intersectorielle de réhabilitation psychosociale au Centre hospitalier de Cholet	2013	Crédits ONDAM / Appui méthodologique	Centre hospitalier de Cholet	
6	Projet de création d'un centre de ressources co-sectoriel pour les thérapies familiales (projet médical du CESAME)	2014	Crédits ONDAM / Appui méthodologique	CESAME	

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
7	Projets du territoire Choletais : ▪ Développement des groupes d'aide aux familles (programme pro famille) ▪ Développement des structures d'alternatives à l'hospitalisation complète : projet d'hôtel thérapeutique, appartements thérapeutiques	2014-2015	Appui méthodologique	CH de Cholet	
8	Mise en oeuvre de la filière sur les territoires infra territoriaux Angers-Cholet-Saumur	À compter de 2013 et sur toute la durée du PRS	Appui méthodologique	Ensemble des parte-naires	Établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, collectivités territoriales, représentants des usagers et des professionnels libéraux
9	Mise en place de la réunion de concertation annuelle pour chaque territoire infra départemental pour évaluation du fonctionnement et mesures correctives si besoin	2015-2016	Appui méthodologique	ARS	VOIR CI DESSUS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°4 ■ Mettre en œuvre une continuité des parcours en santé mentale pour les personnes âgées (Charte de fonctionnement de la filière « géronto-psychiatrie »)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences » (SROS objectif 10)

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Favoriser l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges clés de la vie » (SROMS objectif 8)

« Articuler les dispositifs de soins sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » (SROMS objectif 2)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Importance de l'offre institutionnelle en Maine et Loire en matière de structures médico-sociales pour personnes âgées
- Nécessité de convenir entre l'ensemble des partenaires institutionnels et libéraux concernés des modalités de fonctionnement engageant des coopérations autour d'un parcours du patient/résident privilégiant l'accès aux soins spécialisés, l'alternative aux recours évitables au service d'accueil d'urgence et à l'hospitalisation et les dispositifs de soins permettant le maintien à domicile

■ Territoire d'action

Département

Angers, Cholet et Saumur

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Partenariats existants (équipes pluridisciplinaires de secteurs)
- Contrat local de santé
- Équipe mobile de gériatrie (CHU Angers et Centre hospitalier de Cholet)
- Équipe mobile intersectorielle de géronto-psychiatrie du Centre hospitalier de Cholet
- Existence de l'unité mobile intersectorielle de géronto-psychiatrie du Centre hospitalier de Cholet (UMIGP) : astreinte infirmière 24 h/24 sur appel téléphonique bien identifié par les EHPAD, médecins coordonnateurs et médecins généralistes et actions de formation auprès des équipes des EHPAD., actions de coordination avec la ville de Cholet et les CLIC
- Renforcement de la collaboration des psychiatres du CESAME avec les gériatres du CHU (géronto psychiatrie de liaison)
- Annuaire géronto-psychiatrique du CESAME identifiant l'accès territorialisé des équipes de psychiatrie mobile (ambulatoire) et les renseignements nécessaires à une demande d'avis d'expert
- Réseaux gérontologiques angevins (renforcement de la médiation infirmière par la valence psychiatrique demandée au sein de la plateforme gérontologique de l'agglomération)
- Participation du CESAME aux travaux sur les MAIA comme partenaire de la filière
- Co-organisation du CESAME avec le CHU de la journée annuelle de congrès–formation de géronto-psychiatrie ouverte à tous les professionnels de la filière gérontologique
- Participation du CESAME à la plateforme d'accompagnement et de répit des aidants

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Contexte démographique défavorable en personnels médicaux et paramédicaux spécialisés en psychiatrie du territoire plus marqué dans les territoires infra départementaux de Cholet et Saumur
- Travail parfois isolé de certains professionnels lié à un contexte démographique défavorable
- Valorisation du temps de coordination
- Absence d'équipe mobile intersectorielle de géronto-psychiatrie sur le territoire d'Angers
- Problématique entre le bassin d'attractivité du Choletais (situation du Centre hospitalier de Cholet aux confins de 3 départements) et le fonctionnement actuel avec 2 communautés hospitalières de territoire distinctes (Mayenne et Maine-et-Loire / Vendée et Loire Atlantique
- Rattachement des patients des 8 communes du Nord Vendée au secteur 49 G09 de psychiatrie(arrêté du 6 juillet 1999 de l'ARH) sans moyens tant en hospitalisation complète qu'en alternative à l'hospitalisation complète

Résultats attendus sur le territoire

- Mise en œuvre de la charte de fonctionnement de la filière de soins en santé mentale « volet géronto-psychiatrie » avec engagement des partenaires (professionnels libéraux, établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux) à respecter les principes de complémentarité et de continuité effective de la prise en charge de la personne âgée
- Formalisation de ces engagements par la mise en place de conventions de partenariat
- Évaluation lors d'une révision annuelle de concertation qui dressera un bilan de fonctionnement de la filière
- Nombre de conventions de partenariat signées
- Mise en place d'une équipe mobile inter-sectorielle de géronto-psychiatrie sur le territoire d'Angers

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mise à jour des chartes de fonctionnement de la filière « géronto-psychiatrie » sur les territoires d'Angers-Saumur-Cholet lors des travaux du PMT2	Fin 2012-1er trimestre 2013	Appui méthodologique	ARS	Établissements secteur sanitaire, médico-sociaux, sociaux, professionnels de santé libéraux et représentants des usagers
2	Élargissement du champ d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie du CHU d'Angers à l'évaluation géronto-psychiatrique	2012-1er trimestre 2013	Crédits ONDAM	ARS	CESAME –CHU d'Angers
3	Mise en œuvre de la filière sur les territoires infra territoriaux : Angers-Cholet-Saumur	À compter de 2013 et durant la durée du PRS	Appui méthodologique	ARS	Établissements secteur sanitaire, médico-sociaux, sociaux, professionnels de santé libéraux et représentants des usagers
4	Mise en place de la réunion de concertation annuelle pour chaque territoire infra départemental pour évaluation du fonctionnement et mesures correctives si besoin (nombre de conventions bilatérales signées)	2015-2016	Appui méthodologique	ARS	Établissements secteur sanitaire, médico-sociaux, sociaux, professionnels de santé libéraux et représentants des usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°5 ■ Faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap à tous les âges de la vie

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

« Faciliter la dynamique d'équipe territoriale de médecins spécialistes » (SROS objectif 13)

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Assurer l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap » (SROS objectif 19)

« Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant » (SRP objectif 2)

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences » (SRP objectif 4)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée » (SRP objectif 8)

Argumentaire territorialisé de l'action

- Difficultés persistantes d'accès aux dispositifs de prévention et de soins pour les personnes en situation de handicap : insuffisante connaissance des spécificités du handicap de la part des professionnels et structures et/ou inadaptation des réponses apportées
- Les professionnels des deux champs sanitaire et médico-social sont nombreux à intervenir auprès des personnes en situation de handicap.
- Il s'agit d'améliorer l'organisation de l'offre et l'accompagnement des personnes en associant les familles et les aidants.

Territoire d'action

Département

Leviers particuliers sur le territoire

- Existence d'un réseau de professionnels et d'associations engagées
- Reproduction et déploiement possible d'initiatives engagées sur certains territoires (Choletais)
- Mise en place récente d'un dossier de liaison d'urgence harmonisé entre les structures sanitaires et les établissements et services médico-sociaux

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Accessibilité des dispositifs sur tout le territoire

Résultats attendus sur le territoire

- Augmentation du nombre d'établissements concernés
- Nombre de patients pris en charge
- Mutualisation de dispositifs (ex.: cabinets dentaires accessibles)
- Formalisation de conventions de partenariat
- Nouveaux protocoles élaborés (ex.: accueil des aidants en salle de réveil)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre à disposition des outils communs entre établissements (Ex.: DLU, passeport santé)	2012-2015	Crédits ONDAM Appui méthodologique	ARS	Établissements, Conseil Général, réseaux, professionnels libéraux
2	Etendre l'accès aux soins dentaires dans le cadre du réseau Acsodent et initier des partenariats avec les professionnels et Médecins du Monde	2012-2015	Crédits ONDAM Appui méthodologique	ARS	Chirurgiens-dentistes établissements, Acsodent, Médecins du Monde
3	Adapter les dispositifs de soins aux personnes par des éléments facilitants : accès des proches en salle de réveil, accompagnants lors des hospitalisations ou urgence, consultations spécialisées (ex : gynécologie)	2012-2013	Appui méthodologique	ARS	Établissements de santé publics et privés, organismes gestionnaires
4	Développer des programmes d'éducation thérapeutique, y compris en SSR	Expérimentation	Crédits ONDAM Appui méthodologique	ARS	Établissements, professionnels de santé du 1er recours
5	Développer des campagnes de prévention spécifique	2012/2015	Crédits ONDAM Appui méthodologique	Établisse-ments ARS	Établissements sanitaires et médico-sociaux Professionnels de santé du 1er recours Associations

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°6 ■ Analyser les besoins pour une offre de soins et d'accompagnement médico-social diversifiée et faire des propositions

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 5)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

« Promouvoir une analyse partagée avec le Conseil Général et la MDPH pour adapter l'offre aux besoins » (SROMS objectif 15)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Insuffisance de l'analyse des besoins
- Difficultés liées à la planification des adaptations de l'offre
- Nécessité d'asseoir de nouvelles modalités d'accueil (notamment en relais des aidants)
- Insuffisance sur le territoire de l'offre d'accompagnement pour les personnes adultes en situation de handicap et notamment médicalisée

■ Territoire d'action

Département

■ Leviers particuliers sur le territoire

Partenariat avec le Conseil Général

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Complexité des outils

■ Résultat attendu sur le territoire

Meilleure adaptation de l'offre :

- Structuration des temps d'échanges entre l'ensemble des partenaires du département (Éducation Nationale, établissements, Conseil Général, DIRECCTE, ARS…),
- Connaissance de l'offre de manière fine, outils de connaissance (annuaire, ..)
- Existence sur chaque territoire de dispositifs d'accueil d'urgence et temporaire
- Développement de l'offre d'accompagnement pour les personnes handicapées adultes y compris dans sa dimension médicalisée

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Analyse des besoins : actualiser, fiabiliser et analyser de façon partagée les listes d'attente des établissements et services (personnes âgées et personnes en situation de handicap)	2012-2015	Appui méthodologique	Conseil Général/ ARS	Établissements MDPH
2	Analyse des besoins : définir la nature des besoins en équipements relevant des territoires de proximité ; définir les territoires de proximité	2012-2015	Appui méthodologique	Conseil Général/ ARS	Établissements
3	Connaître les modalités précises de la distribution des médicaments dans les établissements médico-sociaux Améliorer le circuit en concertation avec les établissements et les pharmacies (officines ou pharmacies à usage intérieur (PUI))	2012	Appui méthodologique	ARS	Établissements,Conseil Général, officines de pharmacies
4	Évaluer l'impact des temps et des coûts de transports dans la prise en charge (accueils séquentiels, accueils de jour et temporaires)	2013-2014	Appui méthodologique	ARS	Conseil Général Établissements MDPH
5	Analyse des besoins/ Amélioration de l'évaluation : développer un langage et des outils communs autour de l'évaluation ; identifier des lieux d'expertise et les personnes ressources permettant d'affiner, dès l'évaluation, les propositions d'orientations (conventions MDPH/experts)	2012-2015	Appui méthodologique	Conseil Général/ ARS	Établissements MDPH

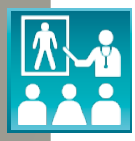
PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°7 ■ Accompagner le développement de la coordination et les coopérations dans le secteur médico-social

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)

Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence » (SRP objectif 15)



« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 5)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation » (SROMS objectif 14)

« Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales » (SROMS objectif 17)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

Argumentaire territorialisé de l'action

- Nécessaire mise en commun des expériences, des dispositifs et des compétences diversifiées disponibles
- Nécessaires coopérations, mutualisations au regard du dispositif d'offre permettant de disposer de marges d'efficience

Territoire d'action

Territoire départemental et infra départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Appels à projets, révision des autorisations, CPOM
- Partenariat avec le Conseil Général

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Complexités des partenariats locaux
- Le développement de la coordination sera d'autant plus visible que le programme des systèmes d'information aboutira rapidement à des résultats opérationnels en terme d'outils.

Résultats attendus sur le territoire

- Fusions, regroupements d'établissements, coordinations, coopérations
- Conventions d'organisation, Groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)…
- Taux d'adhésion des établissements à un réseau
- Amélioration de la qualité et plans de formation des établissements

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Développer les coopérations des établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment autour de la formation : - formations des personnels des établissements sanitaires à l'accueil des personnes âgées et en situation de handicap (stages croisés,...) et production d'outils (protocoles, livrets d'accueil...) - formations transversales et pluriannuelles des professionnels autour de la bientraitance	2012-2015	Appui méthodologique	Établisse-ments	Établissements, organismes de formation
2	Proposer une maison de l'Autonomie	2015	Collectivités territoriales	Conseil Général	
3	Favoriser l'accès au réseau AQUARES des établissements médico-sociaux	2012-2013	Appui méthodologique Crédits ONDAM	Réseau AQUARES	Établissements, réseau AQUARES
4	Favoriser, pour les étudiants en médecine, la possibilité de faire des stages dans les établissements médico-sociaux (conventions)	2012-2015	Crédits ONDAM Appui méthodologique	Université	Université, Établissements, ARS
5	Permettre les expérimentations issues du terrain et proposées par les acteurs. Disposer pour cela d'un lieu de référence et de proposition de ces projets ARS/Conseil Général	2012-2015	Appui méthodologique	ARS/ Conseil Général	Établissements sanitaires et médico-sociaux
6	Faciliter la coordination de l'offre de soins et services à domicile afin que celui-ci soit un réel choix de l'usager. Faciliter les interventions des différentes équipes mobiles (EMG, EMA, EMSP)	2012-2015	Crédits ONDAM Appui méthodologique	ARS/ Conseil Général	Établissements sanitaires et médico-sociaux
7	Développer le recours à des outils et des ressources partagés entre établissements (contrats/conventions, dossiers partagés, postes mutualisés...)	2012-2015	Appui méthodologique	ARS	Établissements sanitaires et médico-sociaux

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°8 ■ Améliorer la continuité des parcours de vie et de soins

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 5)

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les usagers et les professionnels » (SROMS objectif 7)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

Argumentaire territorialisé de l'action

Malgré un niveau d'équipement important, les disparités existent ainsi que les ruptures ou inadéquations des prises en charge

Territoire d'action

Territoire départemental et infra départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Appel à projet
- Partenariats existants
- Mobilisation des usagers et des associations

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Domaines de compétences partagés

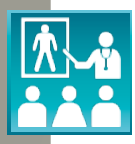
Résultats attendus sur le territoire

- Réduction du nombre de jeunes en situation d'amendement Creton
- Augmentation du nombre d'enfants en scolarité ordinaire en secondaire
- Intégration en milieu ordinaire du travail
- Projets en direction des personnes âgées en situation de handicap

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Continuité des parcours : repérer les moments et enjeux de ruptures de parcours. Identifier, sur chacun des territoires, et par thématique, les dispositifs existants, au service d'une meilleure information et coordination des acteurs concernés	2012-2015	Appui méthodologique	Conseil Général/ ARS	Établissements médico-sociaux MDPH Éducation Nationale UT-DIRECCTE
2	Continuité des parcours – Petite enfance : état des lieux des dispositifs et prestations ; identifier les développements possibles	2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM	Conseil Général/ ARS	MDPH, ESMS, établissements de l'Éducation nationale
3	Continuité des parcours : - 16-25 ans / formation et insertion professionnelle : Identifier les dispositifs existants par territoire, accompagner l'organisation territoriale des SESSAD pro	2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM	Conseil Général/ ARS	UT-DIRECCTE, organismes de formation, missions locales, AGEFIPH, MDPH, Pôle emploi, Éducation nationale
4	Continuité des parcours : - Vieillissement : Développer les capacités d'accueil pour PHV – adapter les modalités d'accueil (projets d'établissement).	2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM	Conseil Général/ ARS	Établissements médico-sociaux MDPH
5	Promouvoir l'articulation et la mise en réseau grâce à un partenariat renforcé autour de l'enfance et de l'adolescence handicapée (ex : groupe jeunes PLITH - Plan local d'insertion des travailleurs handicapés, groupe technique départemental de suivi de la scolarisation)	2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM Éducation nationale	Conseil Général/ ARS	ASE et établissements relevant de sa compétence, établissements pour enfants en situation de handicap, MDPH, PMI, Éducation nationale, Établissement de santé, DDCS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°9 ■ Faire des 10 CLIC les lieux uniques infra départementaux de coordination, de repérage des besoins et de communication pour les aidants, les professionnels et les usagers



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plate-forme intégrée de l'offre en santé » (SROMS objectif 4)

« Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels » (SROMS objectif 10)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Observer et partager les données de santé pour une politique coordonnée de réduction des inégalités de santé » (SRP objectif 12)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Les CLIC correspondent bien en tant que levier de proximité aux interventions du secteur

■ Territoire d'action

Territoire départemental et infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Structure pertinente d'intervention
- Choix des acteurs considérant le CLIC comme le guichet unique à promouvoir
- Permet le partenariat concret entre Délégation Territoriale, ARS et Conseil Général

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Territoire d'Angers (identification de la structure)
- Ensemble du territoire au regard de la fragilité de certains CLIC

■ Résultats attendus sur le territoire

- Meilleure réponse de proximité
- Connaissance fine des besoins
- Adaptation des dispositifs

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mieux communiquer et le faire régulièrement sur le rôle des CLIC en direction des professionnels (médecins, MSP, professionnels, établissements, usagers…) : guichet unique	2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM Crédits collectivités territoriales	Conseil Général	CLIC, établissements, professionnels, Ville d'Angers
2	Favoriser l'identification des CLIC comme lieux de repérage des besoins et d'observation	2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM Crédits collectivités territoriales	Conseil Général	CLIC, établissements, professionnels, …

Action n°10 ■ Créer une Communauté hospitalière de territoire (CHT) et la faire vivre pour favoriser l'accès aux soins de qualité

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements par mutualisation » (SROS objectif 5)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

Argumentaire territorialisé de l'action

- La coopération entre les établissements publics de santé sur le Maine-et-Loire est active entre le CHU d'Angers et le Centre hospitalier de Saumur
- La mise en place de la CHT 49-53 est un moyen pour amplifier cette coopération et pour développer les liens entre le CHU et le Centre hospitalier de Cholet qui étaient jusqu'alors sur des territoires distincts
- L'enjeu est de renforcer l'accès aux soins spécialisés dans une approche coordonnée sur des filières de soins prioritaires (cancérologie, cardiologie, neurologie, psychiatrie, néphrologie, imagerie, biologie, psychiatrie)

Territoire d'action

Territoires départementaux 49 et 53

Leviers particuliers sur le territoire

- Démarche déjà avancée à l'initiative des établissements
- Assistants spécialistes partagés entre le CHU et les Centres hospitaliers préexistants, missions d'intérêt général de praticiens hospitaliers
- Filières déjà bien structurées : AVC, périnatalité, avec usage croissant de l'outil des visio-staff
- PACS de même type entre le CHU et le Centre hospitalier de Cholet
- Réforme de la biologie médicale incitant à la mutualisation des compétences
- Coopération avec la faculté de médecine d'Angers, notamment pour la définition des terrains de stage des internes et la prospective en démographie médicale

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Veiller au renouvellement des spécialistes à temps partagé, ce mode d'exercice pouvant être usant à terme
- Des équipes de spécialistes en Centres hospitaliers partent de situations de grande fragilité
- Manque de lisibilité sur les perspectives régionales en imagerie (PACS régional ?)
- Le projet de CHT a pour périmètre les établissements disposant de plateaux techniques : un autre échelon de coopération est à encourager entre ces établissements et les ex hôpitaux locaux sur les territoires de proximité
- La CHT est supra départementale : coordination à établir avec le projet territorial de la Mayenne

Résultats attendus sur le territoire

- Nombre d'assistants spécialistes ou de praticiens à temps partagés
- Pérennité et renouvellement des équipes de spécialistes des centres hospitaliers
- PACS mutualisé entre les établissements du département
- Fluidité accrue des filières de prise en charge

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°11 ■ Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en renforçant les mutualisations » (SROS objectif 15)

Argumentaire territorialisé de l'action

- Il s'agit de reconfigurer l'organisation de la PDSES pour permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population, en cohérence avec la gradation des soins hospitaliers, par spécialités médicales et chirurgicales, dans le cadre d'une stratégie régionale

Trois niveaux de territoire ont été retenus :

- le territoire régional
- le territoire départemental
- le territoire de proximité

À partir de l'état des lieux recensant les différents types de gardes et astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES sera faite et un niveau de territoire sera attribué à chacune.

La chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique ont été considérées comme des spécialités de plateau technique de proximité. Cette approche pour le viscéral et l'orthopédie a été étendue dans les grandes agglomérations à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. La nécessité d'une ligne complète pour la chirurgie viscérale a pu être reconnue dès lors que l'établissement avait une activité d'obstétrique retenue pour la PDSES. Pour la chirurgie orthopédique, la modalité d'une demi-astreinte a été retenue en cas de faible activité en nuit profonde. Pour l'obstétrique dans les grandes agglomérations, il été retenu deux lignes d'obstétriques pour ne pas mettre en difficulté les maternités de niveau III.

Dans une logique de filière de soins, la spécialité de médecine polyvalente a été retenue au bénéfice des établissements publics disposant d'un accueil des urgences. Toutefois ces lignes sont limitées au WE.

Pour l'anesthésie, la coexistence d'un plateau technique de chirurgie et d'un plateau technique d'obstétrique également mobilisés pour la pdses a été prise en compte. Lorsque ce cas de figure concerne un pôle public privé, il a été considéré que deux astreintes étaient nécessaires de 20 h à minuit et qu'une seule astreinte était justifiée en nuit profonde.

Le dispositif retenu pour la biologie (hors biologie spécialisée) et la pharmacie est le suivant : une astreinte par site ayant une activité d'urgences de recours, une astreinte de WE pour les autres sites avec urgences. Pour ces deux disciplines, l'existence de mutualisations a été prise en compte.

Territoire d'action

Territoire départemental et territoires de proximité selon les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

Leviers particuliers sur le territoire

- Création d'une CHT unique sur les territoires 49 et 53
- Pôle de santé (public / privé) du Saumurois

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Statuts différents des médecins entre établissements publics, établissements privés lucratifs et ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif)

Résultats attendus sur le territoire

- Mutualisation des ressources médicales
- Adéquation de l'offre sanitaire de permanence avec les besoins de couverture sanitaire de la population

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de la PDSES	Début 2012	Données statistique / Appui méthodologique	ARS	Établissements de santé Fédérations
2	Élaboration du schéma cible de la PDSES pour le territoire départemental et les territoires de proximité	1er trimestre 2012	Appui méthodologique	ARS	Établissements de santé Fédérations
3	Négociation des regroupements de gardes et astreintes	2e trimestre 2012	Appui méthodologique	ARS	Établissements de santé Fédérations
4	Détermination des financements des regroupements de gardes et astreintes	Fin 2012	Crédits ONDAM	ARS	Établissements de santé Fédérations
5	Finalisation des modes de coopérations inter-établissements pour mettre en œuvre le nouveau schéma de la PDSES	Fin 2012	Appui méthodologique	ARS	Établissements de santé Fédérations

PDSES répartition des gardes et des astreintes

Spécialités	Modalités
Chirurgie viscérale	Angers 1 G, 1 AO, Cholet 1 AO, Saumur 1 AO
Chirurgie orthopédique	Angers 1 G, 1 AO, Cholet 1 AO, Saumur 1 AO
Gynécologie obstétrique	Angers 1 G, 1 G, 1 AO, Cholet 1 G Saumur 1 AO
Chirurgie urologique	Angers 1 AO, 1/2 AO, Cholet 1 AO
Chirurgie vasculaire	Angers 1 AO, Cholet 1 AO
Chirurgie ORL	Angers 1 AO, Cholet 1 AO
Chirurgie maxilo-faciale et stomato	Angers 1 AO
Ophtalmologie	Angers 1 AO, Cholet 1 AO
Néphrologie	Angers 1 AO, Cholet 1 AO
Neurologie en UNV	Angers 1 AO UNV
Pneumologie	Angers 1 AO, Cholet 1 AO
Gastroentérologie	Angers 1 AO, Cholet 1 AO
Médecine polyvalente	Angers 1 AO WE, Cholet 1 AO WE, Saumur 1 AO WE, Beaupréau 1 AO WE
Cardiologie dont cardiologie interventionnelle et USIC	Angers 1 G, 1 AO, 1 G, Cholet 1 AO, Saumur 1 AO
Pédiatrie en maternité	Angers 1 G 1 AO, Cholet 1 G, Saumur 1 AO
Réanimation adulte	Angers 3 G, Cholet 1 G
Anesthésie	Angers 3 G 1 AO, Cholet 1 G, 1 G / AO****, 1 AO, Saumur 1 G, 1/2 AO
Biologie	Angers 2 AO, Saumur 1 AO WE, Cholet 1 AO WE
Pharmacie	Angers 1 AO, Cholet 1 AO, Saumur 1 AO WE
Radiologie	Angers 1 G, 1 AO, Cholet 1 AO, Saumur 1 AO
Médecine interne endocrinologie	Angers 1 AO WE

*AO : astreinte opérationnelle
**G : garde
***AO WE : astreinte opérationnelle week-end
****1 G / AO : une demi garde et une astreinte en nuit profonde et le week-end

Action n°12 ■ Favoriser les actions en éducation et de connaissances des moyens d'action en santé environnementale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité » (SRP objectif 6)

« Engager les acteurs de santé du 1er recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

« Réduire les impacts de l'environnement sur la santé » (SRP objectif 14)

Argumentaire territorialisé de l'action

- Nombreux intervenants et dispositifs mais manque de lisibilité à l'échelle du département
- La prise en compte de l'impact de l'environnement sur la santé nécessite de pouvoir s'appuyer sur des professionnels formés à ces risques. Il est donc important d'en disposer à l'échelle du territoire

Territoire d'action

Département

Leviers particuliers sur le territoire

- Reproduire la démarche engagée, en matière d'identification des ressources disponibles, dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne à d'autres thématiques de la santé environnementale
- Mise en œuvre du PRSE2

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Multiplicité de dispositifs et d'acteurs, champ vaste, cibles et domaines nombreux : technique, social, dispositifs financiers, …
- Spécificité du risque radon dans le Choletais en priorité et à un degré moindre dans le Segréen

Résultats attendus sur le territoire

- Disposer d'un annuaire des moyens disponibles par thématique et selon un plan type pour chacun des thèmes : intervenant, champ d'action, bénéficiaires, modalités de saisine. Ce travail viendra compléter l'action engagée avec l'IREPS dans le domaine de la création d'un annuaire régional des outils pédagogiques existant dans le champ de la santé environnementale
- Développer des actions en éducation à la santé environnementale
- Disposer de professionnels de santé sur des thématiques en lien avec l'environnement ainsi que des professionnels formés à la prévention des risques sanitaires associés à l'environnement pour les travaux réalisés notamment dans les établissements recevant du public

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1-1	Définir un cadre de recensement des dispositifs existants en fixant les domaines à recueillir et les cibles visées : tout public, institutions, personnes âgées, enfants…	Fin 2012	Appui méthodologique	ARS / IREPS (Angers)	Organismes et associations intervenant sur cette thématique
1-2	Identifier les répertoires déjà existants par thématique	Fin 2012		ARS / IREPS (Angers)	Organismes et associations intervenant sur cette thématique
1-3	À partir de cet état des lieux, élaborer un annuaire par thématique dans le domaine de la santé environnementale comportant au minimum : ■ L'identité de l'intervenant ■ Son champ d'action : technique, social, appui financier ■ Les modalités de sa saisine ■ Les bénéficiaires possibles	Fin 2013	Crédits ONDAM / Appui méthodologique	ARS / IREPS (Angers)	Organismes et associations intervenant sur cette thématique
1-4	Définir les conditions de diffusion et de sa mise à jour	Fin 2013	Appui méthodologique	ARS / IREPS (Angers)	Organismes et associations intervenant sur cette thématique
2-1	Participation d'acteurs relais à des actions de sensibilisation Recensement cartographique : outil OSCARS (observation et suivi cartographique des actions régionales de santé)	Fin 2013		ARS / IREPS (Angers)	Organismes et associations intervenant sur cette thématique

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>> Action n°12

2-2	Faire en sorte que les maisons de santé pluri-professionnelles assurent cette mission de prévention dans le domaine de la santé environnementale	2012-2015	Appui méthodologique	ARS - Maîtres d'ouvrage des maisons de santé pluri-professionnelles	Professionnels de santé-Collectivités territoriales
2-3	Développer des actions facilitant la sensibilisation : ▪ Contrats locaux de santé à l'échelle de territoire sur cette action ▪ Mise en œuvre d'un pollinarium sentinelle dans le domaine de la prévention des allergies respiratoires ▪ Prévention du risque CO ▪ Activation des relais professionnels : médecine scolaire, inspection du travail par exemple ▪ Implication des professionnels de santé ▪ Relais d'actions nationales de prévention	2012-2015	Crédits ONDAM / Appui méthodologique Collectivités territoriales (ex : Pollinarium sentinelle à Angers)	ARS -Professionnels de santé	Organismes, Inspection d'Académie, Inspection du travail, associations…

3-1	Disposer de professionnels capables d'apporter une réponse aux problèmes spécifiques posés par l'environnement sur la santé. Leur nombre et leur territoire d'action seront définis à partir d'une évaluation des besoins. Il s'agit notamment des professionnels suivants : Compétences médicales : Conseillers en environnement intérieur, Ergothérapeutes Audioprothésistes Compétences techniques : Mutualisation des moyens vis-à-vis d'un risque tel que l'action menée dans les EHPAD du département par le recrutement d'un ingénieur prévention du risque légionelle. Maîtres d'œuvre, artisans, entreprises intégrant la qualité de l'air intérieur (risque radon notamment) et la prévention du bruit dans les constructions	2012-2015 2012-2015	Appui méthodologique Crédits ONDAM en compléments de financements : professionnels de santé, établissements, organismes… Appui méthodologique	ARS ARS	Professionnels de santé Établissements, organismes intervenant auprès des entreprises : FFB, CAPEB …

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°13 ■ Anticiper les besoins des personnes exposées à des risques en relation avec l'environnement : personnes âgées, atteintes de maladies évolutives, adolescents, enfants vivant dans un environnement social défavorisé et personnes exposées à un risque professionnel environnemental…

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences » (SRP objectif 4)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

« Réduire les impacts de l'environnement sur la santé » (SRP objectif 14)

Argumentaire territorialisé de l'action

Un dépistage tardif de ces personnes a des répercussions graves vis-à-vis de leur santé. Il rend difficile par ailleurs leur prise en charge satisfaisante : retour au domicile par exemple après une hospitalisation d'une personne âgée dans un logement inadapté

Territoire d'action

Département

Leviers particuliers sur le territoire

Prise en compte du PRSE2

Résultat attendu sur le territoire

Améliorer ce dépistage et faciliter les parcours

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Poursuivre le repérage de l'habitat indigne	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territorilales	Cellule de lutte contre l'habitat indigne (Animation : Conseil Général et ARS)	L'ensemble des acteurs participant au dispositif : DDT, Collectivités territoriales, ADIL, CAF, MSA, ANAH
2	Améliorer le Repérage des personnes habitant un logement inadapté au vieillissement ou à un handicap (prévention des chutes) Intégrer la notion de parcours résidentiel (changement de logement tout au long de la vie)	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	CLIC (à confirmer)	Dispositifs de lutte contre l'habitat dégradé : OPAH territoriales, professionnels de santé…
3	Diagnostiquer les personnes sensibles à un environnement à risque : plombémies (gens du voyage, bilans d'adoption..), audiogrammes Repérer l'asthme dans les bilans de santé des enfants Intensifier l'implication du médecin traitant dans l'anticipation de ces risques	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales Crédits ONDAM	ARS	Travailleurs sociaux, Inspection d'Académie, Professionnels de santé
4	Procéder à des mesures environnementales : bruit, radon, monoxyde de carbone...	2012-2015	Appui méthodologique	ARS	Collectivités territoriales, établissements scolaires, organismes intervenant dans les logements dégradés...
5	Développer la prévention au travail : exemple des expositions aux phytosanitaires	2012-2015		Inspection du travail- MSA	
6	Poursuivre la lutte contre la précarité énergétique dans le logement	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales Crédits ONDAM	Conseil Général	Organismes intervenant dans le dispositif

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°14 Intégrer la santé environnementale dans les décisions concernant l'aménagement du territoire

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé » (SRP objectif 12)

« Réduire les impacts de l'environnement sur la santé » (SRP objectif 14)

Argumentaire territorialisé de l'action

- La prise en compte en amont des impacts de l'environnement sur la santé constitue un enjeu important vis-à-vis de la prévention de certains risques

Territoire d'action

Territoire départemental et déclinaison à l'échelle de territoires : communes, regroupement de collectivités, aires d'alimentation de captages et périmètres de protection de ressources en eau

Leviers particuliers sur le territoire

Le bruit, les pollutions atmosphériques (rejets industriels, élevages, chauffage..) la pollution des ressources en eau, la gestion des déchets, l'accessibilité des lieux publics, la présence d'espaces publics de proximité et de commerces mais aussi l'empreinte écologique au travers des transports et du chauffage sont autant de domaines qui méritent une attention dans le cadre de cette action

Résultat attendu sur le territoire

- Prise en compte de cet objectif dans les décisions des collectivités

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Achever le plan d'action concernant le devenir des anciennes décharges du département	Fin 2013	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	ARS et DDT	BRGM, Collectivités territoriales , Conseil Général, ADEME
2	Développer les réseaux de surveillance de l'environnement	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	ARS	Ensemble des partenaires contribuant à la collecte de données environnementales (Air Pays de la Loire...)
3-1	Informer les décideurs des risques identifiés afin que ces risques soient pris en compte dans les actions qu'ils engagent	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	ARS et DDT	Collectivités territoriales
3-2	Mettre en œuvre des actions opérationnelles de prévention des risques	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	ARS et DDT	Collectivités territoriales
3-3	Favoriser les déplacements écologiques (tout en conservant la continuité de la chaîne des déplacements) et limiter l'empreinte écologique associée au chauffage	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	ARS - DREAL-DDT	Collectivités territoriales - Associations

Action n°15 ■ Prendre en compte la santé environnementale dans les établissements de santé, médico-sociaux, ceux accueillant des enfants et plus généralement dans les établissements recevant du public

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée » (SRP objectif 8)

Réduire les impacts de l'environnement sur la santé » (SRP objectif 13)

Argumentaire territorialisé de l'action

- Ces établissements constituent des lieux à risque compte tenu pour certains de la vulnérabilité des personnes qui les occupent. Une attention particulière vis-à-vis des risques sanitaires liés à l'environnement est donc requise
- La prise en compte du développement durable et du confort thermique doit également être intégrée à la démarche

Territoire d'action

Département

Dans le domaine de la prévention du risque légionelle une action collective a été initiée pour les établissements médico–sociaux et il convient de la développer et d'assurer sa pérennité

Leviers particuliers sur le territoire

Action de mutualisation sur la prévention du risque légionelle déjà engagée

Résultat attendu sur le territoire

Prise en compte des risques au sein de chaque établissement. Les domaines visés sont notamment : la qualité de l'air intérieur, des réseaux d'eau (risque légionelle en particulier), la gestion des déchets, les risques radon et amiante. La question des économies d'énergie sera également abordée

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Réaliser des diagnostics des risques à l'échelle des établissements ; mettre en place des certifications	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales	ARS	Établissements de santé et médico-sociaux, établissements scolaires et collectivités territoriales
2	Mettre en œuvre des actions correctives : Développer l'action légionelles dans les établissements médico-sociaux Prendre en compte cette thématique dans les plans blancs et plans bleus. Respecter les exigences fixées par les établissements classés pour ceux soumis à cette réglementation. Etablir des bilans énergétiques	2012-2015	Appui méthodologique Crédits collectivités territoriales Crédits ONDAM	ARS	Établissements de santé et médico-sociaux, établissements scolaires et collectivités territoriales DREAL

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°16 ■ Consolider la permanence des soins ambulatoire

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer une permanence des soins ambulatoire (PDSA) adaptée pour chaque territoire de santé » (SROS objectif 11)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Territoires de premier recours en voie de finalisation
- Nécessité d'une cohérence infra territoriale pour l'ensemble de la permanence des soins ambulatoire (au-delà de la permanence médicale)
- Territoire départemental : niveau de définition et de pilotage sous l'égide du CODAMUPS…

■ Territoire d'action

Territoire départemental

Territoires de 1er recours, cibles pour une cohérence territoriale de la PDSA

■ Leviers particuliers sur le territoire

Mise en place opérationnelle depuis mai 2011 de l'expérimentation pour la permanence des soins en médecine ambulatoire

Implication forte de l'ADOPS 49, ainsi que du CDOM

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Fragilité juridique et financière du dispositif en raison de son caractère expérimental (dérogatoire au dispositif conventionnel de droit commun)
- Lisibilité de la PDSA liée à la réussite de faire converger le plus possible les territoires actuellement identifiés pour les médecins avec les autres sectorisations de permanence
- Contraintes spécifiques pour les officines liées à leur répartition géographique

■ Résultats attendus sur le territoire

Harmonisation la plus complète possible de la territorialisation de la PDSA médicale, transports, pharmaceutique, soins dentaires, de kiné. ….

Réduction du nombre de sectorisations différentes

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Achever la mise en cohérence des territoires de 1er recours avec la sectorisation de la PDSA médicale déjà effective avec MMG ou CAPS (cf. convention ADOPS 49 /ARS)	Début 2013	Enveloppe expérimentation PDSA médicale Appui méthodologique	ARS	ADOPS et CDOM, ainsi que l'Assurance Maladie
2	Engager une concertation avec les responsables départementaux des professions concernées. 1 ères conclusions à valider en CATS	À engager dès 2012	Appui méthodologique	ARS	ADOPS et CDOM (médecins), Associations ou syndicats départementaux pour les autres professions, représentants URPS, ainsi que l'Assurance Maladie
3	Élaborer un nouveau projet de territorialisation de la PDSA conforme à l'objectif. Validation par le CODAMUPS	Courant 2013	Appui méthodologique	ARS	ADOPS et CDOM (médecins)Associations ou syndicats départementaux pour les autres professions, représentants URPS Préfet, co-président du CODAMUPS, ainsi que l'Assurance Maladie
4	Garde ambulancière : 1. S'assurer d'une réponse aux besoins sur tout le territoire quelque soit le jour et l'heure	2012-2015	Appui méthodologique Cahier des charges régional de la PDSA	ARS	Entreprises de transports sanitaire. ATSU
	2. Élaborer une charte de qualité des transports sanitaires	2012	Appui juridique Possibilité d'un travail entre DT-ARS	ARS	Entreprises de transports sanitaires. ATSU
	3. Mener une réflexion sur les transports des patients ne pouvant se déplacer seuls vers les CAPS aux heures d'ouverture de ces derniers	2012-2013	Sur base d'une expérimentation départementale	ARS	Entreprises de transports sanitaires. ATSU, ADOPS, Assurance maladie

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU MAINE ET LOIRE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°17 ■ Faciliter l'évolution des soins de 1er recours en s'appuyant sur une échelle territoriale pertinente, en priorité dans les zones fragiles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Accompagner les regroupements des professionnels de santé à l'échelle d'1 territoire pertinent de 1er recours » (SROS objectif 8)

« Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance » (SROS objectif 9)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Nécessité de promouvoir et d'accompagner les évolutions des pratiques des professionnels de santé du 1er recours vers un regroupement, pour une meilleure répartition territoriale, pour s'adapter au suivi de populations vieillissantes, pour répondre aux aspirations vers de nouveaux modes d'exercice
- Ce regroupement améliorera la continuité des soins

■ Territoire d'action

Territoire départemental

Territoires correspondant aux projets de MSP ou de pôles de santé déjà élaborés ou en cours ou à venir : le plus souvent intercommunalité en milieu rural, voire urbain

Territoires de 1er recours, pour les actions relevant de la PDSA, à savoir notamment les projets de type MMG/CAPS (cf. action ci-dessus)

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Maillage pour l'essentiel harmonieux des structures hospitalières de proximité sur le département 49 (12), considéré comme un atout pour cette action
- En effet, participation essentielle des professionnels de 1er recours (médecins, kinés, pharmaciens…) dans le fonctionnement de la plupart de ces établissements, notamment pour les activités de médecine et surtout de SSR
- Dispositifs issus de la loi HPST : soutien aux projets de MSP, voire nouveaux modes de rémunération, contrats d'engagement de service public

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Dissuader les promoteurs de projets conçus à une échelle manifestement trop étroite : sauf grande ville, l'échelon communal n'est pas adapté ; risque de « maisons sans professionnels »
- S'assurer de l'existence d'un projet de santé partagé par les professionnels se regroupant

■ Résultat attendu sur le territoire

- Couverture la plus large possible du territoire par des projets de regroupement pluri-professionnels
- Implication sous diverses formes (portage, participation, appui…) de toutes ces structures hospitalières de proximité pour les projets de regroupement relevant de leur aire d'attraction ; nécessité « d'être partie prenante »
- Ne pas toutefois en faire une condition exclusive : en fonction des spécificités locales, d'autres formules pourront être accompagnées dans les autres secteurs

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Accompagner l'engagement des professionnels dans l'élaboration d'un projet de santé, socle indispensable en vue d'un regroupement	Durée du PRS, en fonction de l'émergence des projets	Enveloppe FIR Appui méthodologique	ARS	Professionnels pilotes pour la définition de ces projets Collectivités territoriales (le + souvent communautés de communes) Structures hospitalières de proximité, voire médico-sociales (EHPAD)
2	Soumettre à la validation des CATS les projets de MSP ou pôles de santé dotés d'un projet de santé, et le cas échéant d'un projet immobilier	4 MSP ou pôles ouvriront en 2012 2 projets de santé ont déjà démarré avant ouverture de la structure immobilière Au total 12 MSP ou pôles devraient pouvoir être validés dans les deux premières années du PRS Le potentiel du territoire devrait permettre de porter ce chiffre à + de 15 projets	Appui méthodologique Enveloppe FIR Enveloppe expérimentation nouveaux modes de rémunération Crédits État pilotés par d'autres départements ministériels Crédits de soutien des collectivités territoriales	ARS	Professionnels pilotes pour la définition de ces projets Membres du CATS Préfet, au titre des autres financements État Collectivités territoriales (le + souvent communautés de communes, et région) Structures hospitalières de proximité, voire médico-sociales (EHPAD)

AVANT-PROPOS

1 DÉFINITION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ, CONTENU ET ARTICULATION AVEC LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES THÉMATIQUES DE NIVEAU RÉGIONAL

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit des priorités au sein du territoire. Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du programme régional de santé (PRS).

Le PTS vise à :

- apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social,

- optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels…

- mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : actions visant la mutualisation des moyens et coopérations entre structures.

2 ENJEUX PROPRES DU TERRITOIRE AUXQUELS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ RÉPOND

Le PTS 53 est centré sur des actions de coopération, mutualisation, collaboration, et d'adaptation de l'offre. Cette démarche de rapprochement et de complémentarité d'action nécessitera, tout en mesurant le caractère contraint des crédits, quelques moyens financiers nouveaux. La priorité du PTS est de garantir à tout mayennais l'accès à des soins de qualité et la continuité des soins.

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS sur les particularités du territoire de la Mayenne et d'identifier les sujets majeurs dans le département, un groupe de travail a élaboré en février 2011 un document succinct intitulé « diagnostic territorial ». Puis trois groupes de travail issus des membres de la Conférence de Territoire, auxquels ont été associés d'autres acteurs se sont réunis de mai à septembre 2011 autour des thématiques suivantes :

- La démographie des professionnels de santé.

- Le parcours et la place de l'usager.

- La coordination des acteurs.

Les travaux de ces groupes ont été complétés par d'autres contributions émanant de groupes de travail préexistants (exemple : groupe sur la démographie des spécialistes, propositions du projet de création de la Communauté Hospitalière de Territoire…).

Un premier état d'avancement de ces travaux a été présenté et validé à la conférence de territoire du 14 octobre 2011.

1) Les caractéristiques majeures qui impactent la santé en Mayenne sont les suivantes :

Le département de la Mayenne est moins peuplé que les autres départements de la région. Le département a gagné presque 24 000 habitants en 10 ans et comptait ainsi 309 106 habitants au dernier recensement (INSEE, janvier 2009).

Depuis 1999, la population de la Mayenne progresse de 0,6 % en moyenne chaque année. Cette croissance est proche de celle enregistrée dans les départements limitrophes. Elle place le département au 47 ème rang au niveau national. Elle s'explique pour 70 % par l'excédent des naissances sur les décès et pour 30 % par l'excédent des arrivées sur les départs.

À l'intérieur du département, le dynamisme démographique est important dans les communes périurbaines de Laval (deuxième couronne). En revanche, une croissance très modérée, voire négative, s'observe dans le nord du département, ainsi que dans l'extrême sud-ouest. Sur les 261 communes du département, près de quatre communes sur cinq gagnent des habitants.

La Mayenne confirme également son caractère rural, la moitié de la population habitant en zone rurale. La densité moyenne de population de 55 habitants/km2 est deux fois moins importante que la moyenne régionale et peut aller de 33 hab/km2 (Pays des Coëvrons) à plus 204 hab/km2 en moyenne sur le Pays de Laval (avec 1 489 hab/km2 sur Laval).

Une population âgée de plus de 60 ans, très inégalement répartie sur le territoire :

Si en 2006, la population de + de 60 ans représentait 23 % de la population totale, en 2010 elle représenterait 24 % de la population. Une projection de la population à 2030 porterait à un tiers la proportion des plus de 60 ans dans la population totale (source : schéma du handicap du Conseil Général de la Mayenne).

La Mayenne présente une situation globalement favorable, avec une mortalité générale et une mortalité prématurée inférieures à la moyenne régionale. Les admissions en ALD y sont également moins fréquentes.

Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment plus favorable en matière de cancers, de diabète, de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

La situation relative de la Mayenne au sein de la région apparaît par contre défavorable en matière de décès par accident de la circulation chez les femmes. La mortalité par suicide est également importante. L'analyse de ces données au niveau des trois territoires met en évidence, de façon globale, une situation relativement homogène, mais plutôt moins favorable dans le Nord Mayenne (source ARS : octobre 2001 indicateurs de santé en Mayenne)

2) Le territoire mayennais présente des atouts :

La taille humaine du département facilite les échanges entre les acteurs qui se connaissent bien et ont l'habitude de travailler en partenariat, et ce depuis de nombreuses années.

Les faibles ressources locales ont souvent poussé les acteurs à faire preuve d'imagination, à expérimenter voire anticiper des dispositifs nationaux afin de répondre aux besoins de la population. Ce fut le cas pour la permanence des soins, les pôles de santé, la mise en place du SMASA, la création du CCATT (poly-addictions dès sa création), accueil de jour itinérant pour personnes âgées…

Dès 2005, l'ensemble des acteurs du département avec les différentes autorités administratives se sont engagés dans une réflexion sur l'organisation de la permanence des soins médicaux, laquelle a abouti à une structuration en 8 pôles dès janvier 2006 et a permis la fin des carences. Cette organisation n'a été possible que grâce à l'étroite collaboration entre les professionnels libéraux, le SAMU Centre 15, le conseil départemental de l'ordre des médecins, la CPAM, la MSA et la DDASS.

De même, les situations complexes d'usagers ont souvent fait l'objet de réunions de concertation entre les différents partenaires concernés lorsque cela était nécessaire afin de dégager une solution.

Globalement, la qualité de vie en Mayenne est satisfaisante et la forte implication des acteurs des différents champs (sanitaire, médico-social, social) a souvent permis de pallier les manques de moyens.

3 ■ MAIS DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS SONT REPÉRÉES :

- Démographie des professionnels de santé : les conditions de recours à un médecin et/ou à certaines catégories de paramédicaux sont préoccupantes malgré les mesures d'adaptation prises par les acteurs du département. La faible densité de ces professionnels légitime un plan d'action de l'ensemble des opérateurs, publics et privés, du département.
- Santé mentale : De plus en plus de personnes mettent en échec l'accompagnement médico-social qui leur est proposé ce qui conduit à une demande de soins psychiatriques de plus en plus importante. Besoin d'actions de prévention concertées en amont pour éviter une dégradation des situations des personnes souffrant de handicap psychique.
- Personnes handicapées : si la Mayenne dispose de taux d'équipements élevés dans le secteur du handicap notamment (ESAT, MAS, SESSAD, SAMSAH) elle reste insuffisamment couverte, en particulier dans le champ du handicap psychique. Actuellement 642 adultes et 433 enfants sont en attente de place suite à leur orientation MDPH (toute orientation confondue, hors doublons).
- Rupture des parcours : nécessité d'organiser la prise en charge en filière de soin pour éviter les ruptures et ce pour tout les publics (personnes âgées, handicapées, personnes malades, personnes souffrant de handicap psychique ou d'addictions…)

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Conforter les droits des usagers au sein des établissements et services, notamment médico-sociaux, en Mayenne

Action n°2 : Accompagner le développement des projets personnalisé en EHPAD

Action n°3 : Développer les formules de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 : Poursuivre le plan départemental en faveur de l'offre de soins de premier recours, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles ou les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance.

Action n°5 : Elaborer un programme spécifique en faveur des professionnels de santé salariés

Action n°6 : Améliorer le fonctionnement et la coordination des acteurs de l'aide médicale urgente en Mayenne

Action n°7 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Action n°8 : Améliorer la prise en charge des troubles psychiques

Action n°9 : Améliorer l'offre d'établissements et services en Mayenne pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées à tous les âges de la vie

Action n°10 : Renforcer la coordination des acteurs du soin, du social et du médico-social de la Mayenne autour de la personne

Action n°11 : Elaborer un plan d'action départemental en faveur de la démographie des médecins spécialistes (libéraux et salariés) en lien avec la graduation de l'offre de soins spécialisés

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°12 : Soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne

Action n°13 : Soutenir et développer les actions de prévention en santé environnementale

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Conforter les droits des usagers au sein des établissements et services, notamment médico-sociaux, en Mayenne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer la mise en place des dispositifs de participation de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux » (SROMS objectif 3)

« Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de soins » (SROMS objectif 4)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- La participation des usagers est un axe fort des lois de 2002 et 2005 ainsi que du plan Alzheimer.

En Mayenne :

- Les établissements médico-sociaux rencontrent des difficultés pour faire vivre les dispositifs réglementaires, en particulier le Conseil de la vie sociale (CVS) dans les EHPAD, ce qui a pu être constaté lors des renouvellements des conventions tripartites, des inspections ou des évaluations annuelles des directeurs.
- Les acteurs (associations comme l'UDAF, l'UNAFAM, les établissements) évoquent les difficultés des usagers à s'y retrouver dans le dédale des démarches administratives et les différents acteurs de la santé à solliciter lors de l'apparition d'une maladie et/ou d'un handicap. Trop d'informations sont parcellaires voire contradictoires. Absence d'un lieu unique où l'on peut obtenir l'ensemble des informations.
- La situation particulière des personnes d'origine étrangère ou ayant un handicap les empêchant d'exprimer leur volonté est également pointée par les acteurs mayennais.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Démarche qualité liée au processus de conventionnement, évaluation interne et externe.
- Les schémas départementaux : gérontologique et en faveur des personnes handicapées.
- En Mayenne, les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQPC) des établissements de santé fonctionnent bien.
- Secteur personnes âgées : travail commun des établissements publics, travail commun des établissements privés de la congrégation Ste Véronique.
- Création d'un groupe de travail sur la bientraitance au sein de TEAM (association regroupant les établissements pour personnes handicapées de la Mayenne hors APEI) : élaboration d'une fiche de signalement des évènements indésirables.
- Les visites et inspections des établissements et services par les autorités de contrôle (ARS, CG).
- L'instance du Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA).
- L'association mayennaise des résidents et des familles.
- Un mémoire relatif à la place de l'usager dans les CLIC en Mayenne.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Les freins identifiés en Mayenne :

- Absence de constitution de la liste des personnes qualifiées en Mayenne. Ces personnes qualifiées ont pour mission d'aider l'usager à faire valoir ses droits lors d'un litige avec un établissement ou service médico-social.
- Difficile mobilisation des usagers (troubles cognitifs, mentaux….) et interrogations sur leur représentativité des autres usagers (expression individuelle/collective).
- Difficultés spécifiques des personnes ayant du mal à s'exprimer : personnes ayant des troubles de l'élocution souvent considérées comme incapable d'exprimer leur choix, personnes d'origine étrangère.
- Veiller à ne pas considérer l'adulte comme un enfant en dépit de l'importance de ses difficultés et essayer de l'associer a minima.
- Mobilisation et implication des familles à l'instance du conseil de vie sociale (difficulté d'engagement dans le temps pour les EHPAD).
- Déficit de formation des représentants d'usagers.
- La prise en compte de la parole des familles de malade psychique n'est pas assez recherchée et l'information des familles est insuffisante (du fait que la personne est adulte). Une difficulté également pour faire prendre en compte des douleurs somatiques pour ces personnes.
- Difficulté pour concilier une personnalisation croissante de l'accueil et de la prise en charge des personnes avec une organisation collective.
- Faible retour sur investissement des enquêtes de satisfaction dans le secteur médico-social : peu de retours, trop d'enquêtes en tout genre qui démobilisent les personnes, crainte de stigmatisation du proche accueilli si signalement de difficultés.
- Manque de temps des salariés des établissements en dehors de la prise en charge directe des personnes accueillies pour se consacrer à des projets.
- La MDPH n'est pas toujours bien identifiée comme lieu ressource.
- Rupture trop fréquente des liens sociaux antérieurs à l'entrée en institution.
- Consentement éclairé : lorsqu'une personne est sous tutelle, son avis n'est pas suffisamment recherché même quand elle est capable de l'exprimer.

Résultats attendus sur le territoire

- Améliorer la satisfaction des usagers et de leur famille (diminution du nombre de plaintes auprès de l'ARS et du CG).
- Obtenir une participation effective des usagers dans les instances réglementaires, notamment les CVS.
- Disposer d'un annuaire dématérialisé recensant l'ensemble des structures et services ressources.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

>>> Action n°1

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etablir la liste des personnes qualifiées pour les usagers des établissements et services médico-sociaux.	Janvier 2012	Disposer de volontaires	Préfet /ARS/ Conseil Général	
2	Améliorer l'information globale des usagers : ▪ Information du grand public sur les différents outils, droits et devoirs des usagers. ▪ Créer un annuaire en ligne de tous les services, associations et établissements de la Mayenne œuvrant dans le domaine de la « santé », permettant une recherche par thématique, aussi bien pour les professionnels (généralistes, assistantes sociales…) que pour les usagers directement. ▪ Communication autour des lieux ressources. ▪ Distribuer systématiquement le livret d'accueil dans chaque structure : lettre de rappel de la DT aux établissements et services.	2012-2016 2014 2012	Utiliser l'annuaire qui sera élaboré au niveau régional et le compléter Disposer d'une structure pivot garante de cet outil et de sa mise à jour Budget communication	ARS	Conseil Général, MDPH, CLIC, MDA, établissements et services médico-sociaux, associations thématiques, MSA, CPAM
3	Développer les formations : ▪ des représentants usagers, ▪ des personnels des établissements pour qu'ils intègrent cette dimension à leur pratique professionnelle.	2012-2016	Financement des formations par mutualisation entre établissements et services, autoformation…	ARS, établissements et services, associations	Organismes du secteur médico-social. Associations œuvrant en faveur de l'information et des droits des usagers, UNAFAM, UDAF

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Développer une politique de recueil individuel de satisfaction pour le secteur médico-social (complémentaires aux questionnaires anonymes de satisfaction, hors recueil d'évènement indésirable) : ■ privilégier un recueil de la satisfaction sur une période donnée (1 semaine par an par exemple) plutôt qu'en continu, ■ recourir à des stagiaires pour que le recueil prenne la forme d'un échange direct avec la personne et/ou son entourage.	2012-2016		Etablissements et services médico-sociaux, ARS	Organismes du secteur médico-social, Associations œuvrant en faveur de l'information et des droits des usagers
5	Améliorer le fonctionnement des CVS : ■ Déléguer au sein de l'établissement le suivi opérationnel du fonctionnement du conseil de la vie sociale à un agent identifié comme référent de cette instance. ■ À défaut de CVS, développer d'autres formes d'association des usagers et de leurs familles. ■ Organiser des échanges de pratiques, valorisation des expériences par arrondissement entre les établissements et services médico-sociaux.	2012-2016		Etablissements et services médico-sociaux, ARS	Organismes du secteur médico-social, Associations œuvrant en faveur de l'information et des droits des usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°2 ■ Accompagner le développement des projets personnalisés en EHPAD

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge » (SROMS objectif 1)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Définition : le projet personnalisé est un processus d'évaluation, une invitation au dialogue, qui vise à faire émerger les besoins et attentes des personnes afin de singulariser l'accompagnement proposé par les professionnels.

Au niveau national

- Une enquête ANESM de 2009 a fait ressortir le retard pris par la région Pays de la Loire dans la mise en place du projet de vie personnalisé.

Au niveau régional

- Etude régionale ARS sur l'accompagnement personnalisé en EHPAD réalisé en avril 2011 : « Etat des lieux des pratiques et recommandations » à partir d'un échantillon de 12 EHPAD.

Au niveau départemental

- Lors des renouvellements de conventions tripartites, des inspections ou des évaluations annuelles des directeurs, il a été constaté que les projets personnalisés ne sont pas systématiques, en particulier pour les EHPAD. Moins de la moitié des EHPAD seulement disposent de projets personnalisés. Pour nombre d'entre eux, ils ne concernent que les malades Alzheimer et apparentés. Dans certains établissements, les projets personnalisés sont parcellaires ou non formalisés.
- Lorsque les projets ont été établis, il s'avère parfois difficile de les faire vivre et évoluer. Les actualisations annuelles sont difficiles au regard du temps de travail pluridisciplinaire qu'elles impliquent.
- De nombreux postes sont vacants au sein des EHPAD : cadres infirmiers, infirmiers, médecins coordonateurs…

Autres difficultés

- Nécessité d'adapter la démarche aux capacités de communication de la personne.
- Persistance d'un « flou » dans l'association de la famille à l'élaboration du projet personnalisé pour un majeur (ex : sur le handicap psychique).

■ Territoire d'action

L'action s'inscrit dans une logique de territoire départemental, même si, une partie des actions (notamment les tables rondes) peuvent avoir lieu par arrondissement.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Appui sur la loi 2002-02 et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM relatives à l'élaboration du projet personnalisé.
- Appui sur les associations, réseaux et sociétés existantes (TEAM, UNAFAM 53, Société de gérontologie de la Mayenne, Collectif des instituts de formation mayennais, etc. …).
- Appui sur les conventions tripartites et les CPOM.
- Appui sur les procédures d'évaluations internes et externes.
- Schéma gérontologique départemental.
- Informatisation des dossiers de soins des établissements et services en cours.
- Les nouveaux professionnels sont formés à l'élaboration de projets personnalisés.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Changement de culture à opérer pour certains professionnels.
- Bonne articulation entre les différents acteurs intervenant dans l'élaboration du projet, notamment lors d'allers retours domicile/établissement ou l'intervention de différents services pour les personnes à domicile.
- Vérifier le passage d'une culture « orale » à une culture « écrite ».
- Attention à l'uniformisation de la méthode, avec une question autour des référentiels d'évaluation selon le public (GIR, GEVA, Guide Barème etc…).
- Difficultés parfois pour associer les médecins traitants (même si l'arrêté du 30 décembre 2010 devrait faciliter les choses) du fait de leur charge de travail et du niveau de la démographie médicale en Mayenne.

- Manque de temps des professionnels, en particulier les infirmières et les médecins dans un contexte de pénurie de professionnels de santé.
- Epuisement du personnel, en particulier dans les EHPAD.
- Respect des règles de la CNIL.

Résultat attendu sur le territoire

Systématisation des projets personnalisés dans les EHPAD de la Mayenne.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Diffusion de - la recommandation de bonne pratique au format papier à destination des directions et des équipes des ESMS, - des résultats de l'enquête régionale sur l'accompagnement personnalisé en EHPAD.	2012	Reprographie	ARS	ANESM, établissements et services médico-sociaux
2	Etat des lieux de l'existant à travers un questionnaire.	2012	Groupe de travail départemental, 1 Professionnel pour traiter le questionnaire	ARS et Conseil Général	TEAM – CEAS pour l'élaboration
3	Information des usagers à travers les relais existants (MPDH, CLIC, PIF etc...).	2012-2016			
4	Mise en place d'un groupe de travail sur l'élaboration d'une trame commune aux ESMS.	2012	Groupe de travail	ARS et Conseil Général	Association et professionnels
5	Formations : - Formation conjointe des professionnels PA / PH à travers des temps d'échange de pratique (ex : table ronde). - Formation du personnel relative aux projets personnalisés et aux droits et libertés de la personne accueillie (nécessité de faire connaitre la démarche à l'ensemble des membres du personnel, de définir les acteurs dans l'élaboration du projet personnalisé et de vérifier l'appropriation de la démarche par ces derniers). - Formation à l'écrit pour certains personnels qui n'ont pas eu ces apports dans leur formation initiale.	2013-2016	Valorisation d'un temps d'animateur Budget formation continue des établissements	ARS et Conseil Général	Etablissements et services médico-sociaux
6	- Mise en oeuvre de l'expérimentation sur le parcours de soins des personnes âgées sur les territoires de premier recours de CrAOn Renazé et Mayenne.	2012	Financement ARS	ARS	Etablisssements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, professionnels libéraux, services d'aide à domicile, Conseil Général, associations...

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°3 ■ Développer les formules de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » (SROMS objectif 2)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Prévalence de la maladie d'Alzheimer : au 1er janvier 2005 selon les données de l'INSEE, la population estimée des 75 ans ou plus en Mayenne équivaut environ à 3 500 malades d'Alzheimer (source : schéma départemental gérontologique).
- Offre pour personnes âgées : la Mayenne dispose de 87 places d'hébergement temporaire et de 28 places d'accueil de jour. Or il avait déjà été pointé dans le schéma départemental que les places d'hébergement temporaire sont trop souvent utilisées comme de l'hébergement permanent. Les structures d'accueil de jour sont sous-occupées : 7 sur 9 n'atteignent pas les 50 % de taux d'occupation en 2010.
- Prévalence maladie psychique : En France, en 2005, le diagnostic d'état dépressif sévère avait touché, dans les 12 derniers mois, 2 à 3 % de la population en France et l'anxiété généralisée 1 à 2 %. Sur une vie entière, les troubles d'allure psychotiques avaient touché environ 3 % de la population et le diagnostic de schizophrénie un peu moins de 1 %.(source : plan santé mentale). Extrapolés au département de la Mayenne, le diagnostic dépressif sévère aurait concerné dans les douze derniers mois, environ 9 000 personnes (3 % de la population), l'anxiété générale, environ 6 000 personnes (2 % de la population).
- Un taux d'équipement en établissements et services pour enfants handicapés presque comparable à la moyenne régionale et nationale mais avec une répartition atypique : un taux d'équipement pour 1 000 habitants en établissement nettement inférieur (3,96 contre 5,65 en Pays de la Loire et 6,16 au national) et a contrario un taux d'équipement en services élevé (4,18 contre 2,84 en Pays de la Loire et 2,39 au national). Sources : enquête MDPH et STATISS.
- Listes d'attente (hors doublons) : en novembre 2010, 642 adultes dont 530 mayennais étaient en attente d'une place dans un établissement ou service sur orientation de la CDAPH. 20 % des personnes en attente de foyer d'hébergement (89) ou de MAS (50) sont à domicile. Source : enquête MDPH
- Un taux d'équipement pour adultes handicapés supérieur au niveau régional et national sauf pour les foyers occupationnels et les foyers d'accueil médicalisés. Sources : enquête MDPH et STATISS.
- Listes d'attente (hors doublons) : en novembre 2010, 437 enfants et adolescents étaient en attente d'une place en établissement ou service sur orientation de la CDAPH : 67 pour un établissement principalement en IME et 366 pour un service de type SESSAD ou SESSAD spécialisé. La liste d'attente représente un tiers des places installées. Source : enquête MDPH.
- Absence de structures d'hébergement pour les personnes souffrant de maladie psychique (hormis les 15 places de résidence accueil à Château Gontier).
- Par son soutien, l'aidant naturel permet de retarder ou d'éviter l'entrée en institution. Or, l'aidant ne comprend pas toujours la pathologie ou le handicap

de son proche. L'aidant doit être associé aux décisions. L'aidant a besoin d'être lui-même soutenu pour éviter l'épuisement, prévenir la maltraitance à domicile.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Des outils nationaux qui peuvent aider à la mise en place d'actions :
  - Guide pratique CNSA à destination des porteurs de projet « formules innovantes de répit et soutien aux aidants ».
  - Rapport ANESM : l'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant-aidé dans les structures de répit et d'accompagnement.

Dans le département de la Mayenne :

- Schémas départementaux : schéma handicap et schéma gérontologique.
- Groupes de parole (France Alzheimer 53, UNAFAM 53…).
- Bonne identification de lieux ressources : associations, réseaux, Groupes d'Entraide Mutuelle…
- Formations « Prospect-Famille « de l'UNAFAM : ces formations visent à transmettre les bons comportements à adopter face à la personne malade.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Difficulté pour les aidants d'obtenir toutes les informations dont ils auraient besoin : « parcours du combattant ».

En Mayenne :

- Manque de fluidité des places pour adultes et enfants handicapés.
- Manque de dispositifs et/ou places pour les malades psychiques.
- Peu de dispositifs de répit pour soulager les aidants.
- Difficulté pour pérenniser les expérimentations en cours (plate forme itinérante de répit de AID'ADOM).

Résultats attendus sur le territoire

Eviter l'épuisement des aidants.

Mieux associer l'aidant au projet de la personne.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

>>> Action n°3

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Associer l'aidant : ■ Sensibiliser les professionnels à la nécessité de former l'aidant à comprendre le handicap/pathologie et le soutenir : organiser localement une journée annuelle d'échanges et d'information en direction des professionnels. ■ Associer l'aidant à la prise en charge, à l'élaboration du projet personnalisé : organiser des échanges à des étapes clefs (annonce handicap/maladie, aggravation).	2013 2012-2016	Location de la salle et frais de déplacements des intervenants	ARS et Conseil Général Etablissements et services	Médecins, services d'aide à domicile, associations de malades, établissements et services médico-sociaux, UNAFAM
2	Mieux gérer l'attente d'admission : ■ Disposer dans chaque structure d'une procédure de suivi des personnes en attente d'admission dans les établissements et services pour personnes handicapées. ■ Disposer d'un outil de suivi départemental des personnes en attente d'admission (MDPH, CLIC). ■ Elaborer des projets alternatifs pour la période d'attente avant l'admission. ■ Faire connaître les associations qui peuvent apporter un soutien à l'aidant (formations, groupes de parole…).	2012-2016 2012-2016 2012-2016 2012-2016	Groupe de travail départemental entre directeurs Communication	MDPH, CLIC	Etablissements et services médico-sociaux, associations, services d'aide à domicile, TEAM, associations de directeurs d'EHPAD, familles, assistants sociaux, UNAFAM

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
3	Soutenir les aidants dans leur accompagnement quotidien pour éviter l'épuisement : ■ Evaluer le fonctionnement des AJ et HT pour personnes âgées et handicapées en Mayenne dans un groupe de travail départemental et mettre en œuvre les mesures correctives permettant de mieux les utiliser ■ Evaluer l'expérimentation AID'ADOM d'unité mobile de répit à domicile ■ Donner pour mission au groupe de travail départemental de réfléchir au développement de solutions de répit modulables et adaptées au territoire de la Mayenne. ■ Développer la formation des aidants pour améliorer les actions de prévention et de détection des états pathologiques de la personne aidée par des programmes ciblés en lien avec le gérontopôle de Nantes. ■ Développer des rencontres communes aidants-aidés pour conserver le lien social, la relation, le respect et la dignité, prévenir les situations de maltraitance et augmenter les capacités à rester chez soi.	Début 2012 Début 2012 2012-2016 2012-2016 2012-2016	Groupe de travail lancé par le Conseil Général Groupe de travail lancé par le Conseil Général, appels à projets Existence d'appels à projets en Mayenne	ARS et Conseil Général	Services d'aide à domicile, établissements et services médico-sociaux, CNSA, associations (France Alzheimer...)
4	Continuer à améliorer la formation et la professionnalisation des intervenants à domicile en Mayenne. Permettre la reconnaissance de cette professionalisation.	2012-2016	Section IV de la CNSA Convention départementale Etat/Conseil Général/CNSA	Services d'aides à domicile	CNSA, Conseil Général, ARS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 ■ Poursuivre le plan départemental en faveur de l'offre de soins de premier recours , en priorité dans les zones fragiles conventionnelles ou les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance.

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours » (SROS objectif 8)

« Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins » (SROS objectif 12)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Le problème de la démographie médicale est aigu sur le département de la Mayenne, notamment dans certaines zones rurales.

médecins généralistes libéraux	densité (pour 10 000 habitants)
44	9,9
49	9,8
53	7,5
72	7,9
85	9,1
Région	9,3
France métropolitaine	9,9

- La Mayenne occupe l'avant dernier rang national métropolitain en termes de densité des médecins généralistes (source : panorama statistique ARS).
- En dehors de la situation particulière des infirmiers libéraux en Mayenne, les autres professions paramédicales sont également concernées :

	région	44	49	53	72	85
infirmiers	69	68	72	81	58	73
masseurs kiné	71	89	65	46	49	74
pédicures-podologues	17	21	16	12	14	19
orthophonistes	22	30	22	11	15	17

Source : statiss 2010 densité des professions de santé libérales.

- La question de l'accès aux soins sur le département est posé pour les mayennais.

Face à ce constat, en 2007, un groupe de travail a été chargé d'élaborer un plan global en faveur de la démographie médicale. Ce groupe de travail était animé par le directeur de la CPAM et la directrice des affaires sanitaires et sociales avec le conseil de l'ordre des médecins et le syndicat des médecins libéraux de la Mayenne, élus, Conseil Général.

Le niveau de la démographie de chirurgiens dentistes est particulièrement inquiétant en Mayenne : il y a actuellement 126 dentistes soit 42 dentistes pour 100 000 habitants dont 85 % de libéraux. Cette densité se situe dans le fourchette la plus basse au niveau national, la plupart des départements ayant entre 60 à 90 dentistes / 100 000 habitant. L'âge moyen est de 50 ans en Mayenne et 2 % d'entre eux ont plus de 65 ans.

■ Territoire d'action

Territoire départemental : les 8 territoires de soins de premier recours.

Zones fragiles conventionnelles ou espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Le plan d'action départemental adopté portait notamment sur les axes d'action suivants :
  - couvrir les besoins de santé du territoire mayennais à partir de pôles santé,
  - engager une politique active en faveur de l'accueil des médecins stagiaires,
  - mettre en place une stratégie de communication, d'information et d'accompagnement personnalisée auprès des (futurs) médecins.
- Le plan d'action en faveur de la démographie médicale est mené depuis plusieurs années avec le concours de l'ensemble des acteurs impliqués.

Ce chantier a porté ses fruits :

- Des pôles de santé ont été créés et fonctionnent, d'autres projets existent.
- 32 internes sont accueillis par an, + de 20 % des médecins généralistes sont enseignants, la Mayenne a une image très positive lors du choix de stage semestriel « extra hospitalier » en cabinet libéral.
- La continuité des soins aux heures ouvrées des cabinets médicaux (en dehors des heures de PDSA) est un élément essentiel pour assurer une réponse adaptée aux demandes de soins de la population. Le CDO 53, en sensibilisant depuis des années l'ensemble des médecins généralistes aux enjeux de la continuité des soins pour la population, a permis une réponse satisfaisante aux demandes de soins, y compris pour les soins non programmés.
- Le Conseil Général octroie une indemnisation de 300 euros pour les internes de médecine générale réalisant leur semestre de « stage libéral » dans le département.
- Les professionnels mayennais se sont engagés tôt dans l'exercice regroupé via la création de pôles de santé et de maisons de santé pluriprofessionnelles. Les collectivités territoriales (communes, communautés de communes, Conseil Régional) participent au financement de ces pôles de santé.

- Il existe une instance de suivi et de réflexion pour les soins de premier recours et en particulier les pôles de santé : le Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours (CATS)
- De nouveaux outils juridiques peuvent faciliter l'installation de nouveaux professionnels en Mayenne : le contrat d'engagement de service public (dispositif visant à inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance en médecins moyennant le versement d'une allocation mensuelle durant leurs études), nouveau statut juridique des pôles de santé…
- La ville de Mayenne a mis en place depuis plusieurs années des actions en faveur des chirurgiens dentistes : augmentation du nombre de maître de stage en lien avec le CHU de Rennes, logements meublés communaux proposés aux stagiaires, bourse du Conseil Général, collaboration avec le CH pour l'accueil des internes.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Les dispositifs restent incitatifs et dépendent du volontarisme des acteurs.
- « Convaincre » les internes de médecine d'effectuer un stage en Mayenne…
- Le retour sur investissement est long : risque de « découragement » ou de « frustration » alors que la démographie médicale reste un problème prioritaire en termes d'enjeux de santé publique.
- Un besoin d'accompagnement des projets de type pôles-santé (ingénierie de projet compliqué au regard de l'ambition du projet, coordination et mise en œuvre du projet de santé pluri-professionnel…)
- Le plan d'action départemental était principalement centré sur les médecins généralistes, pas assez d'actions ciblées envers les professions paramédicales.
- Veiller à la prise en compte des officines de pharmacie dans les différents projets de maisons ou pôles de santé.

Résultats attendus sur le territoire

Faire bénéficier aux mayennais d'une offre de soins de premier recours alliant qualité et proximité :

- Mailler le territoire pour l'accès à la médecine générale : avoir une organisation territoriale cohérente par territoire de premier recours.
- Conforter l'exercice des médecins généralistes du département.
- Favoriser l'installation des (futurs) praticiens.
- Agir en faveur des professions paramédicales libérales les plus déficitaires.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°4

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Maintenir l'organisation actuelle du SAMU Centre 15 de Laval et de la permanence des soins ambulatoires en Mayenne car depuis 2006 le système mis en place a fait ses preuves : absence de carence des médecins généralistes et régulation libérale locale de 0 h à 8 h. Une remise en cause du fonctionnement du Centre 15 risquerait d'entraîner une désorganisation de la PDSA.	2012-2016			
2	Continuer l'action des différents acteurs pour maintenir et améliorer la continuité des soins (en dehors de la PDSA) aux heures ouvrées des cabinets afin de prendre en charge, entre autres, les soins non programmés. Responsabiliser les médecins généralistes mayennais quant à leur engagement dans la continuité des soins en garantissant un parcours de soins adapté du patient et en veillant à limiter le recours aux services d'urgence des établissements de soins.	2012-2013		Conseil départementale de l'Ordre des médecins	ARS Médecins Libéraux
3	Poursuivre les mesures du plan d'action départemental en faveur de l'installation des professionnels : ■ Augmenter le nombre de stagiaires accueillis et maintenir leur indemnisation. ■ Maintenir le dispositif d'accompagnement personnalisé pour l'installation des médecins.	2012-2016 Jusqu'en 2016		Médecin responsable de la formation des internes Conseil Général	ARS, le conseil de l'ordre des médecins, l'URPS médecin, le Conseil Général, la CPAM et la MSA

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Consolider et développer les pôles de santé et maisons de santé sur les 8 territoires de soins de premier recours : ▪ Assurer une cohérence territoriale du développement des pôles et/ou MSP par territoire de premier recours, en prenant en compte l'intégration des zones identifiées comme fragiles et les officines de pharmacie. ▪ Veiller à l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé des pôles ou maisons de santé (PDS, continuité des soins, prévention, accueil stagiaires, coordination des prises en charge et du parcours du patient…) ▪ Proposer systématiquement aux porteurs de projets un accompagnement par les membres du CATS ▪ Développer l'éducation thérapeutique et le rôle des médecins généralistes en matière de maladies chroniques dans le cadre des pôles et maisons de santé ▪ Développer le recours à la télémédecine (cf programme régional télémédecine) pour les pôles et maisons de santé.	2012-2016 2012-2016 2012- 2016 2012-2016	Désigner deux référents par projet au sein du CATS Appui méthodologique de l'ARS	ARS	Les ordres, les URPS, le Conseil Général, les représentants des communes et communautés de communes, ADOPS, la CPAM et le MSA, les établissements de santé (articulations ville-hôpital), Préfecture, Conseil Régional
5	Favoriser l'utilisation des nouveaux outils juridiques, conventionnels et financiers liés : ▪ aux nouveaux modes de rémunération des médecins, ▪ à l'expérimentation de la PDS, ▪ à la délégation et au transfert de tâches entre professionnels, ▪ aux contrats d'engagement de service public.	2012-2016 2012-2016		ARS	Les ordres, les URPS, le Conseil Général, les représentants des communes et communautés de communes, la CPAM et le MSA, les établissements de santé (articulations ville-hôpital)
6	Elaborer un plan d'action spécifique pour les chirurgiens dentistes en reprenant les actions déjà mise en place à l'échelle de la ville de Mayenne. Le Conseil Général alloue déjà une bourse aux étudiants lors de leur stage actif de 6 ème année.	2012	Groupe de travail spécifique à mettre en place	ARS et Ordre des chirurgiens dentistes	URPS, Conseil Général, CH
7	Expérimenter une réponse organisée à la demande de soins le samedi matin. Objectif : permettre d'apporter une réponse aux patients qui ne parviennent pas à joindre leur médecin le samedi matin sur le modèle de la PDS (régulation/effection).	Etude d'opportunité en 2012-2013		ARS	ADOPS, CDO, URPS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Elaborer un programme spécifique en faveur des professionnels de santé salariés

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins » (SROS objectif 26)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Les établissements sanitaires et médico-sociaux :

- Des difficultés de recrutement de plus en plus importantes en Mayenne, pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux : postes d'infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes, masseurs kinésithérapeutes, pédopsychiatres et psychiatres (voir fiche santé mentale), médecins coordonateurs d'EHPAD.
- Exemples : de grosses difficultés pour recruter des IDE dans les EHPAD du Nord Ouest du département, ce qui entraine un recours à l'intérim (cher et peu adapté), impossibilité pour de nombreux EHPAD de remplacer les IDE et les AS pendant les congés d'été.
- Un accès difficile pour les usagers (délai d'attente important et éloignement géographique) pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Source : synthèse enquête ORS 2006 : En Mayenne, les délais d'attente sont importants pour une consultation en pédopsychiatrie, en particulier en psychiatrie publique.
- Des projets médicaux difficiles à mettre en œuvre en EHPAD en l'absence de médecins coordonnateurs et de cadres de santé.
- Recours important à l'intérim dans le secteur public, pour certaines spécialités médicales et pour les infirmiers ce qui pèse lourdement sur les budgets.

Les services de prévention :

- De nombreux postes vacants dans les services de prévention : Services de médecine du travail (SATM), Protection Maternelle et infantile, Inspection Académique…
- Impossibilité pour ces services de mener à bien l'ensemble de leurs missions de prévention.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Il existe des coopérations entre établissements et des postes partagés.
- La création d'une communauté hospitalière de territoires 53 et 49 qui a pour premier objectif d'agir pour la démographie des spécialités médicales.
- L'exercice mixte existe déjà (exemple : le cas des médecins libéraux autorisés à intervenir dans les établissements de santé) et se développe.
- Une offre d'accueil et de formation des stagiaires en Mayenne : 4 Institutions de formation d'Aide-Soignants (IFAS), 2 Institut de formation au Soins Infirmiers (IFSI), 1 Institut de formation des Masseurs Kinésithérapeutes (IFMK), (ouverture septembre 2011), 3 lieux de formation des Aides Médico-psychologique (AMP), 2 centres de formation des Auxiliaires de vie sociale (AVS).

- La majorité des établissements de santé et des établissements médico-sociaux accueillent des stagiaires et participent à leur formation, ainsi que certains professionnels libéraux.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- L'exercice partagé « salarié-libéral » reste insuffisamment développé.
- Certains secteurs d'activité souffrent d'une image négative : gériatrie, psychiatrie, exercice salarié de la médecine de prévention.
- Les passerelles entres services dits actifs (MCO) et les autres ne sont pas assez développées.
- L'exercice à temps partiel sur plusieurs sites trop éloignés est peu incitatif pour le personnel.
- L'épuisement des professionnels et l'insuffisante reconnaissance de leur travail.
- Les évolutions vers la délégation et le transfert de tâches nécessitent des pré-requis réglementaires complexes en voie de finalisation.
- Lorsque le nombre de professionnels est suffisant à l'échelle du département, il peut exister un déséquilibre dans leur répartition entre libéraux et salariés (exemple : forte concurrence des IDE libérales sur le secteur de Meslay du Maine, postes vacants d'IDE dans des EHPAD du Nord Mayenne).

Résultat attendu sur le territoire

Réaliser les recrutements des professionnels de santé salariés de manière à limiter le nombre de postes vacants dans les établissements et services.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°5

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Elaborer un programme spécifique en faveur du recrutement des professionnels de santé salariés (notamment pour les paramédicaux). Pour les médecins spécialistes (or services de prévention), ce volet sera intégré au plan départemental. Ce programme aura notamment pour objectifs de : ■ Réaliser un état de lieux pour la détermination du nombre de professionnels nécessaires par catégorie (notamment IDE, AS, AMP) pour satisfaire les besoins de la population, les professions les plus déficitaires et les perspectives d'évolution démographiques, les types d'établissements les plus en difficulté. ■ Développer et structurer l'accueil et la formation des stagiaires. ■ Promouvoir l'utilisation ou l'optimisation des formules juridiques de coopération de nature à faciliter le recrutement des personnels salariés (associations, groupement d'employeurs, GCSMS, GCS…) ■ Conforter l'exercice mixte (libéral et salarié) pour améliorer la répartition salarié/libéral. ■ Etudier et faire connaître les aides financières octroyées par les établissements eux-mêmes (bourse d'étude octroyée par les établissements en contrepartie d'un engagement de travail). Promouvoir le développement de nouveaux métiers pour pallier certains manques. Exemples : ■ IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels), assistant en santé et sécurité au travail pour la médecine du travail ■ STAPS (licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives) + master pour aider à la réalisation de certains actes de kinésithérapie. ■ Développer les délégations de tâches et transferts de tâches (rapports de la Haute Autorité de Santé) ■ Mettre en place des mécanismes permettant de garantir des changements de poste avec remise à niveau si besoin, notamment entre services de gériatrie et les services de médecine et chirurgie. ■ Identifier des leviers d'amélioration des conditions de travail dans les secteurs les plus déficitaires, notamment en EHPAD via notamment les conventions tripartites et les processus d'évaluation interne.	2012 pour l'élaboration du programme 2012-2016 pour la mise en œuvre	Création d'un groupe de travail ad hoc	ARS	Les ordres, les URPS, les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, les élus, les écoles et instituts de formations, les universités, le Conseil Régional

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
2	Réaliser une étude sur les représentations des étudiants (IDE, AS/AMP) : ■ leur vision du département de la Mayenne comme lieu d'exercice et de vie, ■ l'image qu'ils ont des services de gériatrie (hospitaliers et EHPAD).	2012	Financement de l'étude	CEAS	ARS, instituts et écoles de formation, établissements de santé et établissements médico-sociaux
3	Réfléchir, en lien avec les directives nationales, aux actions locales possibles pour favoriser l'attractivité de la Mayenne pour les personnels des services de prévention.	2012-2013			Ordres, URPS, universités, les services de prévention (PMI, Santé au travail en Mayenne, Inspection Académique)

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°6 ■ Améliorer le fonctionnement et la coordination des acteurs de l'aide médicale urgente en Mayenne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences » (SROS objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- L'aide médicale urgente en Mayenne :
  - 1 SAMU Centre 15 basé au CH de Laval, 3 SMUR, 4 services d'urgence (les 3 CH et la Polyclinique)
  - SDIS : 3 groupements (1 par arrondissement) comprenant 49 centres de secours (CIS). Parc de véhicules de Secours et Assistance aux Victimes : 43 VSAV répartis sur 36 CIS.
  - Parc de véhicules sanitaires de la Mayenne : 218 véhicules (81 ambulances et 137 Véhicules Sanitaires Légers)
- De nouveaux référentiels nationaux SAMU/SDIS et SAMU/Ambulanciers ont été publiés et doivent être déclinés localement à travers 2 conventions départementales.
- La Mayenne, depuis 2009, rencontre des difficultés sur l'organisation des gardes ambulancières les jours fériés suite à une revalorisation de la convention collective dont l'application entraîne un manque à gagner pour les entreprises.
- L'existence de carences des transporteurs sanitaires :

Année	2008	2009	2010	2011 (1er semestre
Nbre de carences	332	370	251	164

Source : SDIS en référence aux états contradictoires.

- Ces carences sont principalement liées à une sous-utilisation (non remplissage systématique) du logiciel SCR par les transporteurs sanitaires. Or c'est ce logiciel qui permet aux SAMU de connaître les véhicules sanitaires de garde disponibles.
- Demande en 2011 du Préfet et du Président du Conseil Général de réaliser une étude sur les perspectives de regroupement des centres 15 et 18.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- La convention tripartite du département de la Mayenne relative au rôle du SAMU, du SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale d'urgence a été signée le 5 décembre 2005. Elle décrivait déjà l'interconnexion entre 15 et 18 ainsi que les missions confiées à chacun.
- Habitudes de travail en partenariat SDIS/ATSU/SAMU pour l'élaboration de documents ou pour évoquer certains dysfonctionnements.
- Bonne organisation de la permanence des soins sur le département depuis janvier 2006.
- Coopération entre la régulation libérale et la régulation du SAMU :
  - Plate forme téléphonique dédiée implantée dans les locaux du SAMU 53.
  - Interconnexion téléphonique entre la régulation libérale et la régulation du SAMU.
  - Réception des appels relevant de la PDS par les PARM du SAMU 53 / Centre 15.
  - Coopération opérationnelle et complémentarité entres les acteurs des 2 filières (PDS et AMU).

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Suite aux difficultés de mise en œuvre de la convention collective des transporteurs sanitaires pour la rémunération des jours fériés et la grève de 2009, un compromis a été trouvé en 2010 afin de limiter la perte financière des transporteurs sanitaires. Mais cette organisation des jours fériés a pour conséquence de « dégarnir » le front de garde (en particulier sur l'agglomération lavalloise) ce qui n'est pas sécurisant.
- Absence de contrôles inopinés des transporteurs sanitaires pendant quelques années.
- Difficultés pour organiser le transport des personnes nécessitant une hospitalisation sans consentement de leur domicile à l'établissement de santé, notamment lorsqu'il s'agit d'une agressivité latente
- Dans les établissements médico-sociaux, aux heures de la PDSA, les personnes sont parfois transférées aux urgences par le SDIS. Conséquences : traumatisme psychologique pour ces personnes fragiles et très souvent retour dans la structure en pleine nuit.
- Le vieillissement de la population va rendre de plus en plus difficile l'accès aux soins aux heures de la PDSA par impossibilité, pour le patient, de se rendre au lieu de consultation du fait de l'absence de moyens de transport personnel. Ceci est tout particulièrement vrai dans les secteurs de garde ruraux. Les médecins sont alors dans l'obligation d'effectuer des visites à domicile non justifiées par l'état de santé du patient.

Résultats attendus sur le territoire

Disposer d'une organisation départementale de qualité permettant à chaque acteur de travailler dans les limites de ses compétences propres.

Disposer de transporteurs sanitaires sur chaque secteur de garde toutes les nuits et WEek end afin de réduire le nombre de carences des ambulanciers.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°6

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Finaliser les conventions obligatoires : ■ Convention SAMU/SDIS : accord à trouver sur « qui décide de l'arrêt des manœuvres cardio-respiratoires », cohérence avec le référentiel PDS à vérifier. ■ Convention ATSU/SAMU. ■ Réfléchir aux modalités d'articulation de ces 2 conventions : définition des temps d'intervention à repréciser.	Janvier 2012 2012 2012	Groupe de travail	Préfet et ARS	SAMU, SDIS, ATSU, sociétés de transports sanitaires, CODAMUPSTS
2	■ Normaliser le fonctionnement des gardes des transporteurs sanitaires les jours fériés. ■ Evaluer l'expérimentation menée depuis 4 ans sur le territoire de Villaines-la-Juhel avant d'envisager une éventuelle extension sur le département.	2012-2013 2012-2016	Financement PDS	ARS	SAMU, SDIS, ATSU, sociétés de transports sanitaires, Préfecture, sous comité des transports sanitaires ADOPS, transporteurs sanitaires, professionnels libéraux
3	Améliorer la qualité du service rendu par les transporteurs privés : ■ Adopter et diffuser la charte qualité départementale de l'aide médicale urgente. ■ Réduire les carences ambulancières : ■ Rendre plus systématique l'utilisation du logiciel SCR par les entreprises de transport sanitaire. ■ Etudier la faisabilité de la mise en place des pôles de jour en Mayenne. ■ Procéder à une analyse des carences constatées 2 fois par an. ■ Fiche action SAMU/ATSU : à diffuser à chaque nouveau salarié. ■ Programme de contrôle TS pour améliorer la conformité des véhicules et de leurs équipements.	31/12/2011 2012-2016 2012-2013 2012-2016 2012-2016	Repérer les entreprises réfractaires pour rappels à l'ordre Groupe de travail Assurer le suivi de la diffusion de la fiche aux nouveaux salariés Former plus d'agents à la DT	ARS et ATSU	SAMU, SDIS, ATSU, sociétés de transports sanitaires, sous-comité des transports sanitaires

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Renforcer les interconnexions entre le 15 et 18 pour favoriser la performance de la régulation et du traitement de l'appel. Etudier la faisabilité d'un rapprochement physique du 15, du 18 et de la régulation libérale.	2012 2012	Mise en place d'interconnexions informatiques Investissement : 60 000 euros pour le SDIS et 68 000 e pour le CH de Laval Moyens liés à l'opération d'investissement	Préfecture, Conseil Général	ARS, SAMU, SDIS, ATSU, ADOPS, CODAMUPSTS
5	Evaluer le fonctionnement de la PDSA pour les personnes accueillies en structures médico-sociales. Organiser une réunion d'échanges ADOPS, Conseil de l'Ordre des médecins, SDIS, SAMU, et quelques directeurs pour élaborer des pistes d'amélioration.	2012 pour l'évaluation 2012-2016 pour la mise en oeuvre		ARS	Conseil de l'ordre des médecins, SAMU, ADOPS, établissements médico-sociaux, SDIS
6	Informer la population du bon usage des différentes offres de soin.	2012-2016		CDO 53	ADOPS, CPAM, MSA, établissements de santé
7	Elaboration d'une procédure départementale pour le transport des personnes ayant besoin d'une hospitalisation sans consentement (à la demande du préfet ou d'un tiers).	2012	Groupe de travail	Préfecture et ARS	Préfecture, SAMU, SDIS, ATSU, les 3 CH, police et gendarmerie
8	Mettre en cohérence le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques et le projet régional de santé.	2012-2016		SDIS et ARS	Préfecture

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°7 ■ Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations » (SROS objectif 15)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Il s'agit de reconfigurer l'organisation de la PDSES pour permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population, en cohérence avec la gradation des soins hospitaliers, par spécialités médicales et chirurgicales, dans le cadre d'une stratégie régionale.

Trois niveaux de territoire ont été retenus :

- le territoire régional,

- le territoire départemental,

- le territoire de proximité.

À partir de l'état des lieux recensant les différents types de gardes et astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES sera faite et un niveau de territoire sera attribué à chacune.

La chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique ont été considérées comme des spécialités de plateau technique de proximité. Cette approche pour le viscéral et l'orthopédie a été étendue dans les grandes agglomérations à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. La nécessité d'une ligne complète pour la chirurgie viscérale a pu être reconnue dès lors que l'établissement avait une activité d'obstétrique retenue pour la PDSES. Pour la chirurgie orthopédique, la modalité d'une demi-astreinte a été retenue en cas de faible activité en nuit profonde. Pour l'obstétrique dans les grandes agglomérations, il été retenu deux lignes d'obstétriques pour ne pas mettre en difficulté les maternités de niveau III.

Dans une logique de filière de soins, la spécialité de médecine polyvalente a été retenue au bénéfice des établissements publics disposant d'un accueil des urgences. Toutefois ces lignes sont limitées au WE.

Pour l'anesthésie, la coexistence d'un plateau technique de chirurgie et d'un plateau technique d'obstétrique également mobilisés pour la PDSES a été prise en compte. Lorsque ce cas de figure concerne un pôle public privé, il a été considéré que deux astreintes étaient nécessaires de 20 h à minuit et qu'une seule astreinte était justifiée en nuit profonde.

Le dispositif retenu pour la biologie (hors biologie spécialisée) et la pharmacie est le suivant : une astreinte par site ayant une activité d'urgences de recours, une astreinte de WE pour les autres sites avec urgences. Pour ces deux disciplines, l'existence de mutualisations a été prise en compte.

■ Territoire d'action

Territoire départemental et territoires de proximité selon les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT entre tous les établissements publics de la Mayenne et le Maine et Loire.

Projet de coopération entre le CH de Laval et la Polyclinique du Maine.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Statuts différents des médecins entre établissements publics et établissements privés.

■ Résultats attendus sur le territoire

Mutualisation des ressources médicales.

Adéquation de l'offre sanitaire de permanence avec les besoins de couverture sanitaire de la population.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etat des lieux de la PDSES à actualiser.	1 er trimestre 2012	Données statistiques	ARS	Fédérations, Établissement, URPS ML
2	Elaboration du schéma cible de la PDSES pour le territoire départemental et les territoires de proximité.	2 e trimestre 2012		ARS	Fédérations, URPS ML
3	Négociation des regroupements de gardes et astreintes.	3 e trimestre 2012		ARS	CHT, Fédérations hospitalières URPS ML
4	Détermination des financements des regroupements de gardes et astreintes.	3 e trimestre 2012	Connaissance des enveloppes de crédits alloués à la PDSES (MIGAC…)	ARS	
5	Finalisation des modes de coopérations inter-établissements pour mettre en œuvre le nouveau schéma de PDSES.	4 e trimestre 2012		ARS	CHT, Fédérations hospitalières, URPS ML

PDSES répartition des gardes et des astreintes

Spécialités	modalités
Chirurgie viscérale	Laval 1 AO, Mayenne 1 AO, ChG 1 AO
Chirurgie orthopédique	Laval 1 AO, Mayenne 1 AO, ChG 1 AO
Gynécologie obstétrique	Laval 1 G, Mayenne 1 AO, ChG 1 AO
Chirurgie urologique	Laval 1 AO
Chirurgie vasculaire	Laval 1 AO
Chirurgie ORL	Laval 1 AO
Ophtalmologie	Laval 1 AO
Néphrologie	Laval 1 AO
Pneumologie	Laval 1 AO
Gastroentérologie	Laval 1 AO
Médecine polyvalente	Laval 1 AO WE, Mayenne 1 AO WE, ChG 1 AO WE
Cardiologie dont cardiologie interventionnelle et USIC	Laval 1 G, 1 AO, Mayenne 1 AO, ChG 1 AO
Pédiatrie en maternité	Laval 1 G / AO, Mayenne 1 AO, ChG 1 AO
Réanimation adulte	Laval 1 G
Anesthésie	Laval 1 AO 1 G****, Mayenne 1 G, ChG 1 G
Biologie	Laval 1 AO, ChG 1 AO WE
Pharmacie	Laval 1 AO, Mayenne 1 AO WE, ChG 1 AO WE
Radiologie	Laval 1 AO, Mayenne 1 AO, ChG 1 AO

*AO : astreinte opérationnelle
**G : garde
***AO WE : astreinte opérationnelle weekend
****1 G / AO : une demi garde et une astreinte en nuit profonde et le weekend

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 ■ Améliorer la prise en charge des troubles psychiques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 30)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Selon une étude de la CNAMTS « étude fréquence et coût des ALD, 2004 » citée dans le rapport « Couty », le taux de personnes en affection de longue durée pour affections psychiatriques, standardisés sur l'âge et le sexe, est plus élevé en Mayenne que dans les autres départements de la région.
- En Mayenne, la CPAM a mené une enquête relative à la consommation des psychotropes sur l'année 2010 : il en ressort que la consommation de ces substances augmente régulièrement dans le département (+7.6 % en Mayenne, contre 4 % en France entre 2009 et 2010).
- Fermeture CHS de Mayenne en 2000 et déploiement de l'activité de psychiatrie sur les 3 CH. Dans ce cadre, le CHS avait présenté un projet de restructuration qui visait à différencier les prises en charge et réduire les inadéquations. Ce projet prévoyait notamment la création d'une maison d'accueil spécialisée et d'un foyer occupationnel. La MAS (maison d'accueil spécialisée) a été créée en 2001 et confiée à l'EPSMS. En 2002, le CHNM (Centre Hospitalier Nord Mayenne) a présenté un projet de création de foyer pour adultes handicapés qui n'a pas abouti. Cependant, en 2004, l'ensemble des patients qui bénéficiaient d'une orientation foyer occupationnel (MAS aujourd'hui ?), ont été regroupés dans un même service : le P2. Cette unité comporte 40 lits.
- À ce jour, le département dispose donc de lits d'hospitalisation théoriquement en nombre suffisant mais saturés. Sur le secteur de Laval, 15 personnes ayant une orientation en établissement médico-social sont recensées sur les lits de psychiatrie.
- Des acteurs mayennais de tous les champs (social, médico-social, sanitaire, libéraux) qui évoquent un nombre grandissant de personnes avec une maladie psychique et/ou des troubles du comportement chroniques. Des structures médico-sociales confrontées à une évolution de leur public (moins d'éducatif / plus d'accompagnement et de soins).
- De plus en plus de personnes mettent en échec l'accompagnement médico-social qui leur est proposé ce qui conduit à une demande accrue en soins psychiatriques. Or, en dehors des périodes de crise, l'hospitalisation psychiatrique en court ou moyen séjour n'est pas adaptée (lieu de vie et pas lieu de soins).
- De nombreuses demandes d'une structure s'apparentant à un « long séjour psychiatrique » aussi bien pour les adultes que pour les adolescents.
- Besoin d'actions de prévention concertées en amont pour éviter une dégradation des situations des personnes.
- La nécessité d'organiser la prise en charge en filière de soin pour éviter les ruptures.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Une unité médico-psychologique dans chaque service d'urgence des établissements publics du département.
- Existence d'un dispositif d'accueil familial thérapeutique, de 3 groupements d'entraide mutuelle (GEM) et d'une maison des adolescents (MDA).
- Association UNAFAM 53.
- Une offre modulable d'hospitalisation : possibilités d'accueil de jour ou de nuit pour adultes, accueil séquentiel des enfants (WEek-end ou nuit).
- Existence d'une commission mineurs difficiles regroupant l'ensemble des acteurs (Pédopsychiatrie, ASE, PJJ, inspection académique, ITEP, ARS…)
- Rôle de l'UDAF et de l'IRSA : information et accompagnement dans l'accès aux droits.
- Le nouveau plan national psychiatrie santé mentale à paraitre.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- La formation des jeunes infirmiers qui n'intègrent que peu d'enseignements sur la psychiatrie.
- Le très faible niveau de la démographie des professionnels (psychiatre, pédopsychiatres, infirmiers). Exemple : le poste de pédopsychiatre délocalisé sur Château-Gontier est vacant, en conséquence les pédopsychiatres de Laval doivent pallier cette absence.
- Peu de structures sociales (15 places de résidence accueil pour tout le département) et médico-sociales (1 MAS (maison d'accueil spécialisée) et 1 SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) à l'EPSMS de Mayenne, SAMSAH du GEIST 21) dédiées au handicap psychique.
- Absence d'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).
- Abandon des projets de résidence accueil de Mayenne et Laval faute de moyens.
- Engorgement actuel des services de psychiatrie :

- les délais d'attente en CMP (enfants et adultes) s'allongent faute de professionnels et de médecins spécialistes,

- en 2011, sur le secteur de Laval, 15 personnes ayant une orientation en établissement médico-social sont recensées sur les lits de psychiatrie ,

- absence de lits dédiés aux hospitalisations sans consentement en Mayenne ce qui réduit parfois de manière significative les capacités offertes en admissions libres et entraîne des refus de prise en charge immédiate,

- le service de psychiatrie de Château Gontier ne dispose pas de lits d'hospitalisation de nuit (besoin : 2 places),

- le département ne dispose pas de lits de post-cure.

- Absence de conventions entre les services de psychiatrie/pédopsychiatrie et les structures médico-sociales (sauf le CHNM : conventions avec tous les EHPAD de son secteur).
- Liste d'attente pour l'accueil familial thérapeutique sur le nord Mayenne (10 autorisées).
- Absence de réponse adaptée pour les 12-18 ans (décalage de ce public avec les enfants et les adultes), quel relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ? Risque d'aggravation de la maladie psychique et risque de passage à l'acte suicidaire.
- Pas de disponibilité en hospitalisation de pédopsychiatrie sur le département pour les troubles du comportement alimentaire et les tentatives de suicide (renvoi en pédiatrie quand il y a de la place).
- Difficulté de certains enfants ou jeunes adultes à vivre en collectif.
- Les malades psychiques et leurs familles ont parfois du mal à s'orienter dans le dédale des démarches administratives et les différents acteurs à solliciter lors de la survenue de la maladie. Besoin d'un centre ressource (maladie/handicap psychique) avec un référent identifié.
- À la sortie de l'hôpital, beaucoup de patients rechutent car ils ne peuvent gérer leur traitement seul. La solution du retour dans la famille, faute de mieux, ne doit pas être envisagée sur long terme, car le risque d'épuisement de l'aidant est très fort.

Résultat attendu sur le territoire

Disposer d'une offre complète en matière de santé mentale (prévention, soin, accompagnement) et être en capacité de proposer aux personnes le type de prise en charge qui leur convient (le juste soin).

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°8

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Echanges entre les services de psychiatrie/ pédopsychiatrie et secteur médico-social pour déterminer les limites d'intervention de chacun et cerner les difficultés /ruptures dans les parcours. Secteur enfance : repartir de la charte de bon fonctionnement du service de pédopsychiatrie qui a 10 ans. Etablir une convention cadre départementale entre les services de psychiatrie et les établissements médico-sociaux (secteur adulte et enfance).	2012-2013	Mettre en place un groupe de travail dédié à la santé mentale	ARS	Services de psychiatrie des établissements de santé, service de pédopsychiatrie
2	Mettre en place un bilan médico-social systématique, dès l'entrée en hospitalisation, afin d'évaluer le degré d'autonomie du patient, tant social que vis-à-vis de son traitement.	2014		Les établis-sements de santé	Associations, structures médico-sociales, professionnels libéraux
3	Public frontière 13-18 ans (troubles psychiatriques graves chroniques) entre pédopsychiatrie, psychiatrie adultes. Réfléchir à des modes de prise en charge partagée.	2012-2016	Groupe de travail dépar-temental élargi aux acteurs concernés (ITEP, IME, MDA, Conseil Général : ASE…)	ARS	Etablissements de santé, UNAFAM, ITEP, IME, MDA, ASE
4	Réfléchir aux possibilités de sortie des lits d'hospitalisation des personnes relevant du secteur social et médico-social.	2012-2013	Groupe de travail départe-mental Disposer de places dans les établissements médico-sociaux ou de services intervenant à domicile	ARS	DDCSPP, MDPH, Conseil Général, bailleurs sociaux, établissements de santé, établissements pour personnes handicapées, associations, UNAFAM, UDAF, ATMP

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
5	Relancer le groupe départemental de coordination en santé mentale.	2012	Disposer d'une co-animation de ce groupe en dehors de la DT	ARS	Etablissements de santé
6	Développer les actions de prévention et de repérage précoce : ▪ Expérience de travail en santé communautaire de la ville de Mayenne qui pourra évoluer vers un contrat local de santé mentale ou l'intégration dans un contrat local de santé. ▪ Déploiement de ce type d'organisation sur d'autres territoires.	2012-2016	Financement du CLS de Mayenne	Communautés de communes de Mayenne et ARS	Communautés de communes, bailleurs sociaux
7	Développer des modes d'accueil à caractère social (appartement thérapeutique, résidence accueil) ou des modalités d'accompagnement en milieu ordinaire (médiation sociale, SAVS, SAMSAH…) ou des structures d'hébergement sanitaire (accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques...)	2014-2016	Places nouvelles ou reconversion de moyens existants	DDCSPP et ARS	DDCSPP, Conseil Général
8	Pédopsychiatrie : pérenniser le CATTP pour ados (actuellement financement Fondation de France pour ateliers thérapeutiques).	2012-2014	Obtenir les financements pour pérenniser ce CATTP		

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°9 ■ Améliorer l'offre d'établissements et services en Mayenne pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées à tous les âges de la vie

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 5)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Un taux de prévalence global de handicap qui se porterait donc à **18 pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans** d'après les données nationales. Au total, en 2006, l'estimation du nombre d'enfants présentant une déficience de 0 à 20 ans se porterait à 1 440 enfants pour la Mayenne.
- Un taux d'équipement sur le secteur enfance inférieur à la moyenne régionale (8,99 pour 9,26 mais qui va remonter avec les créations de places de SATED) et atypique car constitué pour moitié de services.
- Le nombre de plans personnalisés de compensation en Mayenne pour 1 000 habitants est le plus élevé de la région. En 2008, on compte 3 421 allocataires AAH (source : schéma PH).
- Un taux élevé de PH vieillissantes en Mayenne : 49 % des personnes accueillies en structures d'hébergement et d'accueil (hors ESAT) ont plus de 45 ans, ainsi que 32 % des travailleurs d'ESAT et 26 % des personnes en SAVS et SAMSAH (source : schéma PH).
- Un taux d'équipement plus élevé que le niveau régional (2,11 pour 1,89) pour l'offre d'établissements et services pour adultes handicapés mais une répartition atypique (taux élevé pour les ESAT et MAS, sous-dotation de places de FAM). Les taux d'équipement en MAS et FAM sont inversement proportionnels aux taux recommandés par la CNSA (65 % de FAM et 35 % de MAS).
- Une saturation de certains dispositifs du secteur enfance :
  - SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) et SESSAD spécialisés pour les troubles sensoriels (SSEFIS, SERDAA) : 348 enfants en attente en novembre 2010.
  - SATED : section autisme et troubles envahissants du développement.
- Absence de prise en charge des 0-3 ans pour certains handicaps (SSEFIS). Risque de développement de sur-handicap.
- Peu de structures d'accueil pour les adultes autistes : 1 section dans un FAM.
- Déficit de places de SSIAD pour personnes handicapées : 15 autorisées et plus de 20 personnes en attente actuellement.
- Identification de publics dit « frontière » entre (pédo) psychiatrie et handicap pour lesquels des solutions manquent.
- Un nombre « d'amendements cretons » limité mais qui va augmenter de manière significative dans les années qui viennent.

■ Territoire d'action

Graduation de l'offre :

- Infra-départemental : IME, SESSAD (généralistes, SATED, SAMSAH…
- Territoire départemental : MDPH, CAMSP, FAM, ITEP, SSEFIS, SERDAA…
- Territoire d'expertise : CRERA, centres ressources troubles du langage, CHU…

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Schéma départemental PH 2009-2013.
- Partenariats entre les directeurs du secteur PH, publics et privés, au sein de TEAM (excepté ADAPEI).

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Liste d'attente (SESSAD, FAM, MAS, CAMSP) et délais d'attente trop longs.
- Caractère rural du département de la Mayenne : isolement géographique, difficulté de déplacement et d'accès à certains services urbains pour les usagers et également des temps de déplacements importants pour les professionnels.

- Faible niveau de la démographie des professionnels de santé.
- Niveau de besoin en offre d'hébergement temporaire à déterminer.
- Eloignement des différents centres de référence, absence de CHU.
- Absence de perspectives à court terme de création de places en établissements ou services de compétence ARS, excepté le FAM Handas et les places de SATED (inscrit au PRIAC).

Résultat attendu sur le territoire

Disposer de services de proximité diversifiés et adaptés aux besoins et au choix de la personne et de son entourage.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Créer un groupe de travail départemental Conseil Général/ARS avec les établissements et services PA et PH volontaires pour améliorer la structuration de l'offre au regard des besoins, proposer des alternatives (à coût constant) et cerner les demandes à prioriser dans les années qui viennent. Thématiques à explorer : - L'accueil des PHV, le devenir des travailleurs d'ESAT vieillissants. - Pouvoir apporter une réponse aux enfants dans des délais raisonnables : CAMSP, SESSAD, SSEFIS, SERDAA, SATED. - Affiner les critères d'orientation en SESSAD. - Réflexion sur les besoins des jeunes en situation d'amendement creton » : quelles orientations ? - Les « publics frontières » : jeunes entre psy et handicap.			ARS et Conseil Général (direction PA/PH et ASE)	MDPH, Etablissements et services médico-sociaux, Education Nationale
2	Réaliser un état des lieux départemental du fonctionnement de l'hébergement temporaire et l'accueil de jour pour personnes handicapées. - Estimer le niveau de places nécessaire sur le territoire départemental. - Cerner les freins au développement de ces activités (mauvaise connaissance, réticences de familles ?) - Repérer les types d'organisation qui fonctionnent bien ailleurs. - Dégager des pistes d'amélioration, de redynamisation. - Proposer des nouveaux modes d'organisation.			ARS et Conseil Général	MDPH
3	Disposer des listes d'attente en établissements et services, à jour, au niveau départemental (Cf fiche n°3).				

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°10 ■ Renforcer la coordination des acteurs du soin, du social et du médico-social de la Mayenne autour de la personne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels » (SROMS objectif 10)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux sur le territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Lors des travaux préparatoires à l'élaboration du Programme territorial de santé en Mayenne, les intervenants ont fait valoir la diversité des acteurs et la complexité des situations des usagers.
- Le partenariat est difficile du fait de l'« éclatement » des acteurs, notamment en zone rurale.
- Dans ces conditions, la création d'un dossier unique, la désignation et le repérage d'un coordinateur sont de nature à améliorer les parcours de santé des usagers et l'efficience des professionnels.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Les pratiques de coordination, différents formes de coopérations et des conventions inter-établissements existent en Mayenne. EX : GCSMS de CrAOn Renazé, directions communes de plusieurs EHPAD…
- Le dynamisme des associations bénévoles dans le champ social en matière de prévention et de solidarité.
- L'existence en Mayenne d'une association des directeurs du secteur du handicap (TEAM) et de plusieurs groupes de travail entre directeurs d'EHPAD.
- Des expérimentations en cours : dossier unique des intervenants à domicile sur plusieurs territoires (Javron les Chapelles, Cossé le Vivien, Meslay du Maine).
- Une étude de l'ANAP sur le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans du territoire de CrAOn Renazé dans les services d'urgences (réalisée en 2011).
- Un audit de fonctionnement des CLIC est en cours de réalisation par le Conseil Général.
- Deux contrats locaux de santé en cours d'élaboration : agglomération de Mayenne et territoire de CrAOn-Renazé.
- La création des maisons de santé pluriprofessionnelles : deux en fonctionnement et une dizaine de projets à différents stades d'élaboration.
- Création d'un PIF (point information famille) dématérialisé par l'UDAF.

- S'appuyer sur les expérimentations et outils existants pour développer un dossier unique ou au moins faciliter la transmission des données (dans le respect des règles éthique et déontologiques).
- Mise en place du DMP (dossier médical personnel).

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- La mobilisation des acteurs est rendue difficile au regard de la démographie des professionnels de santé. Les contraintes organisationnelles et la gestion du temps des professionnels se posent avec acuité.
- Le médecin traitant n'est pas systématiquement le bon interlocuteur pour la coordination.
- Les logiques d'intervention des acteurs sont différentes.
- La MDPH ne dispose pas de relais infra départemental.
- La mise en place du dossier unique nécessite la volonté politique des institutions de partager l'information et d'harmoniser les outils dans le respect de la confidentialité des données.
- La diversité et incompatibilité des systèmes informatiques.
- Le respect de la confidentialité, de la volonté de la personne et du secret médical.
- La légitimité d'un acteur à être le coordonateur de la prise en charge de la personne.
- Les difficultés d'accès physique, psychologique, économique au système de santé sont sources de non recours aux soins ou de ruptures de prises en charge...
- Les appels de généralistes au RIAM pour signaler un patient en difficulté pour se déplacer jusqu'aux lieux de soins.

Résultats attendus sur le territoire

Le responsable de la coordination est identifié pour chaque personne le nécessitant.

L'évaluation des situations est réalisée par l'ensemble des intervenants d'un même usager à partir du dossier unique.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°10

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Promouvoir la coordination des acteurs par territoire. ■ Promouvoir les projets de contrats locaux de santé : ■ CLS de CrAOn Renazé (problématiques : personnes âgées, addictions…). ■ CLS de Mayenne (à partir d'un projet de santé communautaire). ■ Mise en œuvre de l'expérimentation sur le parcours de soins des personnes âgées sur les territoires de premier recours de CrAOn Renazé et Mayenne. ■ S'assurer de l'articulation des pôles de santé avec les établissements de santé, les services et établissements médico-sociaux, les CLIC, les intervenants du secteur de l'aide à domicile et du champ de la prévention… ■ Réflexion sur le développement d'un réseau polypathologique. ■ Développer le projet du RIAM sur l'accompagnement vers le soin des personnes en zones rurales dans l'incapacité de se rendre sur les lieux de soin afin d'éviter les ruptures dans le parcours.	Signature 2012 Signature 2012 2012 2012-2016 2012-2013 2012-2016	Financements ARS et cofinancements des partenaires. Financement ARS Dégager du temps de coordination pour les professionnels Dotation du RIAM Bénévoles des associations néphalistes	ARS-collectivités territoriales ARS CATS Le RIAM	Etablissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, professionnels libéraux, services d'aide à domicile, Conseil Général, associations… Professionnels des secteurs santé/social/médico-social, associations d'usagers CSAPA, centre de la Bréhonnière, médecins généralistes, ELSA des CH
2	■ Disposer d'une évaluation partagée à partir d'un dossier unique. Evaluer les actions expérimentales menées localement (Exemple : le dossier unique de l'ADMR) et nationalement. Etudier les conditions de leur généralisation en Mayenne. ■ Disposer en Mayenne d'un dossier unique entre professionnels de proximité et d'une charte éthique. ■ Promouvoir les outils d'évaluation GEVA (pour les handicapées) et GEVA-A (pour les personnes âgées). ■ Inciter à l'informatisation des dossiers des soins des établissements et services médico-sociaux.	2012 2016 2012-2016 2012-2016	Groupe de travail départemental à mettre en place Formation du personnel Budgets d'investissement des établissements	ARS et partenaires du champ concerné ARS et Conseil Général ARS	Les acteurs du champ médico-social et social concernés et motivés par la démarche Etablissements et services médico-sociaux Etablissements et services médico-sociaux

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Identifier un responsable de la coordination. ▪ Etudier la faisabilité d'une Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, à l'échelle du département et en articulation avec les CLIC. ▪ Réfléchir à un élargissement aux personnes handicapées des missions des CLIC en lien avec les conclusions de l'audit du Conseil Général sur les CLIC.	2012 2012-2013	Répondre à l'appel à projet MAIA en 2012 Moyens de la MDPH et des CLIC	ARS, Conseil Général Conseil Général MDPH	CLIC, établissements et services pour personnes âgées ARS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°11 ■ Elaborer un plan d'action départemental en faveur de la démographie des médecins spécialistes (libéraux et salariés) en lien avec la graduation de l'offre de soins spécialisés

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes » (SROS objectif 16)

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

■ Médecins spécialistes libéraux selon la spécialité exercée au 01/01/2009.

Source : STATISS 2010 –retraitement données Délégation territoriale 53.

Spécialités	densité 100 000 habitants		
	région	53	France
Spécialités médicales	35,31	22,61	48,88
dont : anesthésie-réanimation	5,28	2,32	5,77
dont : cardiologie	4,19	1,99	6,50
dont : pédiatrie	2,55	1,66	4,66
Spécialités chirurgicales	19,87	10,97	26,47
dont : chirurgie générale	1,14	0,99	2,52
dont : ophtalmologie	6,60	4,32	7,67
dont : ORL	2,35	1,66	3,53
Psychiatrie	7,20	4,98	10,41

■ Médecins spécialistes salariés exclusifs selon la spécialité exercée au 01/01/2009.

Source : STATISS 2010 –retraitement données Délégation territoriale 53.

Spécialités	densité 100 000 habitants		
	région	53	France
Spécialités médicales	39,68	20,95	47,24
dont : anesthésie-réanimation	9,96	5,98	11,15
dont : cardiologie	2,84	1,66	3,58
dont : pédiatrie	5,13	1,99	6,58
Spécialités chirurgicales	12,86	10,31	14,24
dont : chirurgie générale	3,64	2,66	3,77
dont : ophtalmologie	0,83	0,66	1,33
dont : ORL	1,17	0,66	1,17
Psychiatrie	9,1	4,98	11,68

On dénombre 253 médecins spécialistes au 1er juin 2011 (sources conseil de l'ordre) : 102 libéraux et 146 salariés, moyenne d'âge : 51/54 ans, 75 % des libéraux ont plus de 50 ans, 60 % chez les salariés.

En 2010 : le solde entre les départs et les arrivées sur le département s'établit à -10 libéraux et + 25 salariés. Depuis 2000, il est constaté une polarisation des installations de spécialistes sur l'agglomération lavalloise : 63 % des installations de spécialistes salariés et 74 % des installations en libéral.

Une démographie des médecins spécialistes en Mayenne caractérisée par :

- un effectif extrêmement réduit.
- un vieillissement des professionnels.
- une féminisation.
- une augmentation de l'exercice à temps partiel.
- des fuites de patients vers d'autres territoires dans des proportions plus importantes que la moyenne régionale.

Source : panorama statistique ARS 2011 : retraitement Délégation territoriale 53

Département	Taux de fuite médecine	Taux de fuite chirurgie
Mayenne	29 %	33 %
Maine et Loire	10,66 %	13,13 %
Loire Atlantique	3,92 %	3,80 %
Sarthe	16,04 %	14,04 %
Vendée	38 %	40 %
Région	5,20 %	4,62 %

- Les professionnels du premier recours rencontrent donc des difficultés pour obtenir un avis spécialisé rapidement.

Les spécialités les plus déficitaires sont : anesthésie réanimation, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, neurologie, ORL, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, radiologie, pédopsychiatrie et psychiatrie.

L'attractivité de l'exercice de médecin spécialiste en Mayenne est intimement liée à la qualité des plateaux techniques disponibles et du niveau de spécialisation proposé. Il est donc indispensable de finaliser la structuration de filière graduée de soins entre établissements du département, en lien avec le 3ème recours. Cette structuration nécessite bien entendu d'attirer, de recruter et de « fidéliser » des médecins spécialistes auprès des établissements de santé.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Un groupe de travail départemental en matière de démographie médicale pour les spécialistes a été créé. La démarche multi partenariale en faveur de la démographie des médecins généralistes pourrait être déclinée pour les spécialistes.
- La création d'une communauté hospitalière de territoires 53 et 49 qui a pour objectifs :
  - d'agir en faveur de la démographie des spécialités médicales et chirurgicales,
  - de déployer des filières de soins graduées.
- Il existe des consultations avancées entre établissements de santé (ex : consultation de cardiologie du Centre Hospitalier du Haut Anjou à l'Hôpital local du Sud Ouest Mayennais.)
- Des postes d'assistants partagés avec le CHU d'Angers.
- Une pratique d'exercice mixte libéral-salarié (exemple : la situation des médecins libéraux autorisés à intervenir dans les établissements de santé)
- Des pôles santé sont adossés à des hôpitaux locaux.
- Le développement de la télémédecine, notamment la télé-expertise et la télé-assistance.
- Un projet de coopération entre le CH de Laval et la polyclinique du Maine.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- L'adhésion à un travail collectif et coordonné.
- Le libre choix d'installation des professionnels.
- La difficulté pour obtenir des postes partagés avec le CHU d'Angers en particulier pour les établissements les plus éloignés géographiquement.
- L'image négative du département pour l'accueil de stagiaires dans certaines spécialités et leur libre choix du lieu de stage.
- Le déficit de reconnaissance auprès des médecins généralistes et de leurs patients de la qualité des plateaux techniques existants en Mayenne.
- La perte de la reconnaissance de niveau II B pour la maternité du CH de Laval.

Résultats attendus sur le territoire

Améliorer l'accès aux médecins spécialistes en adoptant un schéma lisible à l'échelle du département et en favorisant des projets de santé mobilisateurs pour les praticiens.

Diminuer les taux de fuite vers les autres départements.

Renforcer les articulations ville/hôpital.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°11

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Elaborer un plan d'action global, à l'échelle du département (à l'image de celui sur les généralistes) ayant pour premier objectif de favoriser l'attractivité des futurs médecins spécialistes par un cadre de travail territorialisé : ▪ Réflexion sur l'intégration des médecins spécialistes au sein des pôles de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles de la Mayenne ou la mise en œuvre d'autres formes de regroupement. ▪ Les supports juridiques : les postes partagés, la CHT... ▪ Développer une stratégie de communication adaptée auprès des médecins généralistes adresseurs (annuaire des spécialistes…), des futurs médecins spécialistes et du grand public. ▪ L'axe formation-intégration des internes (qualité de l'accueil-agrément des terrains de stage-) : augmenter le nombre de terrains de stage et améliorer l'image de la Mayenne comme lieu de stage (à l'instar de ce qui s'est fait pour la médecine générale).		Réunions du groupe de travail et désignation de pilotes par thématiques. Travaux de la CHT. Protocole de coopération CH Laval et polyclinique du Maine.	ARS	Conseil départemental de l'Ordre, URPS, médecins, établissements de santé, CHU d'Angers de Nantes et de Rennes, Conseil Général, CPAM, MSA, association des chirurgiens de la Mayenne
2	Elaborer un plan d'action global, à l'échelle du département (à l'image de celui sur les généralistes) ayant pour second objectif de structurer l'offre de soins spécialisés en Mayenne : ▪ Créer ou renforcer des filières de soins graduées en lien avec les établissements de soins, publics ou privés de la région. ▪ Structurer le partage d'activités et les complémentarités entre les différents établissements de santé publics et privés. ▪ Favoriser l'implantation de consultations avancées en réseau pour limiter les taux de fuite. Ex : convention cadre CH Laval et Polyclinique sur la chirurgie vasculaire programmée. ▪ Développer les postes d'assistants spécialistes, les postes partagés entre établissements de la Mayenne et/ou avec les CHU.	2012 2012-2016 2012-2016 2012-2016 2012-2016	Réunions du groupe de travail et désignation de pilotes par thématiques. Travaux de la CHT. Protocole de coopération CH Laval et polyclinique du Maine.	ARS	Conseil départemental de l'Ordre, URPS, médecins, établissements de santé, CHU d'Angers de Nantes et de Rennes, Conseil Général, CPAM, MSA, association des chirurgiens de la Mayenne

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°12 ■ Soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- La prévention du suicide est une priorité nationale de santé publique.
- L'INSERM en 2007 identifie 10 127 décès en France, dont 73 % chez les hommes et 27 % chez les femmes. Ces suicides représentent 2 % de la mortalité générale.
- Le bien être mental et le risque de suicide figurent dans les 7 priorités régionales de prévention.

En Mayenne

- La mortalité masculine dépasse de 42 % la moyenne nationale et la mortalité féminine dépasse de 30 % la moyenne nationale, pour la période de 2006-2008.
- Le territoire du Sud Mayenne se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 30 %). Sources INSEE.
- De 2004 à 2008, on constate que les suicidants sont pour 74 % des hommes. Les tranches d'âges les plus concernées sont les 45-54 ans (24 % du total des suicides) et les plus de 75 ans (20 % du total). Sources INSERM/ORS.
- Nécessité de soutenir l'articulation entre les associations de proximité, les structures ressources en prévention et les acteurs sanitaires, médico sociaux et sociaux.
- Besoin départemental de renforcer la prévention en milieu professionnel.
- Un tissu associatif thématique dense et peu de professionnels en prévention.
- La formation des bénévoles et le financement de leurs actions permettent les complémentarités avec les acteurs de la prévention et du soin. C'est une réelle plus value sur le terrain.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Collectif d'associations de prévention du mal être et du suicide en Mayenne.
- Etablissements de santé accueillant les suicidants.
- Maison des adolescents.
- Programmes de formations existants coordonnés par l'ARS.
- Maisons de santé pluriprofessionnelles.
- Réflexion pour l'élaboration de contrats locaux de santé.
- Education pour la santé et Programmes scolaires.
- Associations d'insertion, espaces d'initiatives et de découvertes (PDI).
- Mission de l'Instance Régionale d'Education pour la santé 53.
- La proximité des acteurs.
- Les actions d'animation des quartiers et du tissu rural.
- Vie associative riche.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Méconnaissance des acteurs entre eux : champ social, médico-social et sanitaire.
- Faible niveau de la démographie des professions de santé qui ne permet pas de développer l'information du public et la connaissance des prises en charge.
- Peu de professionnels œuvrant en promotion de la santé et prévention.
- Accueil hospitalier et prises en charge insuffisants pour les enfants et adolescents.
- Démographie des médecins du travail.

- Compétences des bénévoles.
- Appropriation de la prévention par les établissements de santé, médico sociaux et les pôles de santé.

Résultat attendu sur le territoire

Assurer la coordination territoriale des acteurs associatifs, sanitaires et médico sociaux, en prenant en compte l'approche globale et la spécificité des publics.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Prévention : Continuer à développer les formations de repérages des signes de la crise suicidaire auprès des professionnels susceptibles de les repérer (assistants sociaux, médecins généralistes, EHPAD, services d'aide à domicile, Éducation Nationale…)	2012-2016	Sessions de formations	ARS	Professionnels de santé, MDA, assistants sociaux, établissements et services sanitaires et médico-sociaux, services de médecine du travail
2	Proposer un accompagnement systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide pendant l'hospitalisation et relais pour le retour à domicile. - Elaborer un schéma type de prise en charge à partir de ce qui se fait déjà et formaliser les liens à établir en vue de la sortie. - Informer les professionnels libéraux sur les lieux ressources.	2012-2016	Réunions du groupe de travail départemental	ARS et groupe de travail départemental	Etablissements de santé, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, associations, services de psychiatrie et SIH
3	Articuler les associations de proximité, les structures ressources en prévention et les acteurs du sanitaire : aboutir à un protocole départemental d'organisation. Couvrir l'ensemble du territoire départemental.	2012-2016	Réunions du groupe de travail départemental. Disposer d'un budget de fonctionnement pour structurer les associations	ARS et groupe de travail départemental	Acteurs associatifs, professionnels, institutions, associations, professionnelles et bénévoles, UNAFAM, publics concernés
4	Renforcer la politique de prévention en milieu professionnel : plan d'action à élaborer.	2012-2016	Groupe de travail départemental associant les services de médecin au travail.	Services de médecine du travail	Le SATM, le SPAL, les entreprises

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°13 ■ Soutenir et développer les actions de prévention en santé environnementale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Développer les compétences des acteurs de santé dans une prévention de qualité » (SRP objectif 6)

« Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques en agissant sur l'éducation, l'accès aux activités physiques et de loisirs, le logement, l'environnement physique (réduction de la pollution atmosphérique, du bruit, développement des transports doux...) » (SRP objectif 12)

« Mobiliser les acteurs publics pour des politiques en faveur d'un environnement sain » (SRP objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Les collectivités territoriales constituent des acteurs incontournables dans la promotion de la santé environnementale (rôle décisionnel, préventif ou de police) et des initiatives émergent en Mayenne qu'il convient de soutenir et de valoriser : développement des agendas 21 (villes de Mayenne, Changé, Andouillé,…).
- La santé environnementale figure dans les 7 priorités régionales de prévention, et plusieurs thématiques concernent plus particulièrement le département de la Mayenne.
- La lutte contre l'habitat indigne est une priorité nationale (Plan de Lutte contre l'Habitat Indigne) déclinée en Mayenne via un pôle départemental ; on estime le nombre de logements indignes dans le parc privé en Mayenne à 6441, et en Pays de la Loire à 62 500 logements (source DREAL au 1er janvier 2009). De plus, le vieillissement particulièrement important dans le département pose le problème de l'adaptation des logements au maintien à domicile, et en cas d'inadaptation des logements, le risque de chutes des personnes âgées et d'hospitalisations. La sensibilisation des acteurs de proximité sur ces deux points est à développer.
- En moyenne, les personnes passent 70 à 90 % de leur temps dans des environnements clos. Assurer une bonne qualité de l'air intérieur est donc essentiel. Des zones potentielles d'exposition au radon (radioélément naturel et cancérigène pulmonaire certain pour l'homme, 2ème facteur de risque après le tabac) ont été identifiées en Pays de la Loire et notamment pour la majorité des communes mayennaises. Une enquête en 2007 a montré que le grand public connait peu ce risque. Or, il existe des moyens souvent très simples pour réduire l'exposition au radon (ventilation…) qui permettent également l'amélioration globale de la qualité de l'air intérieur.
- La rivière « la Mayenne » et plusieurs plans d'eau connaissent régulièrement des épisodes de développement importants d'algues vertes (cyanobactéries) qui peuvent produire des microcystines néfastes pour la santé par contact cutané ou absorption (syndromes dermatologiques, gastro-entériques ou neurologiques).

■ Territoire d'action

Le département de la Mayenne

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Plans locaux d'action en santé environnement, Contrats locaux de santé, Agendas 21, Plan de déplacement urbain de l'agglomération de Laval.
- Plan départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) de la Mayenne 2009-2013.

- Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (depuis 2005) regroupant les différents acteurs du territoire intervenant sur cette thématique (Direction départementale des territoires, Agence Régionale de Santé, Conseil Général, CAF, MSA) ; mise en place d'un élu de référence « habitat indigne » par ECPI en cours.
- Opérations pour l'amélioration de l'habitat (OPAH) menées pour résorber le nombre de logements indignes et un opérateur « Habitat et Développement ».
- Réseau de partenaires régionaux et locaux qui conseillent et sensibilisent sur l'habitat et la qualité de l'air intérieur (Espace info-énergies, ADIL, IREPS53, Mayenne Nature Environnement…).
- Procédures du permis de construire / déclaration de travaux qui doivent permettre la réalisation d'information de prévention sur la qualité de l'air intérieur.
- Sortie prochaine de textes réglementaires sur le radon qui définiront le classement des communes prioritaires (majorité des communes mayennaises), les limites de concentrations et l'obligation de mesures dans l'habitat individuel.
- Mission Interservices de l'Eau et de la Nature (MISEN) rassemblant les services de l'Etat, Agence de l'eau et Conseil Général, et SAGE (Schéma d'aménagement et de gestion de l'eau) du bassin versant de la rivière la Mayenne et de L'Oudon.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Pour la prévention en santé environnementale, implication multipartenariale (collectivités territoriales, associations, professionnels, services publics...) et nécessaire coordination des acteurs ; l'animation d'un réseau des collectivités sur le thème de la promotion de la santé environnementale n'existe pas actuellement.
- Les actions auprès des acteurs de proximité (professionnels de santé, associations) intervenant à domicile pour les sensibiliser à la problématique de l'habitat indigne et inadapté et les former au repérage/signalement restent à construire.
- Il est très difficile de convaincre les personnes âgées et/ou habitant en milieu très rural qui vivent dans un logement indigne ou inadapté d'aménager, rénover ou quitter leur logement et la question du financement est souvent posée.
- Le confinement de l'habitat avec l'accroissement du coût du chauffage et la recherche d'économie d'énergie peut conduire à dégrader la qualité de l'air intérieur et augmenter la concentration en radon dans les logements.
- Le manque de sensibilisation/formation des professionnels du bâtiment sur les risques de confinement et les moyens pour y remédier (prise en compte dès la conception d'une construction, travaux nécessaires lors des rénovations).
- La difficile maîtrise des paramètres favorisant le développement des algues : météorologie, efforts importants déjà accomplis réduisant la marge d'action sur les facteurs limitants leur développement...

Résultats attendus sur le territoire

- Développer les actions de promotion en santé environnementales conduites par les collectivités mayennaise ; constituer et animer un réseau local.
- Informer les acteurs de proximité (professionnels de santé intervenant à domicile, associations d'aide à domicile, travailleurs sociaux, élus, etc…) sur l'habitat indigne et inadapté et améliorer le repérage de ces logements.
- Sensibiliser le grand public, les élus, les professionnels de santé et les professionnels du bâtiment aux enjeux de la qualité de l'air intérieur et du risque radon.
- Réduire l'exposition aux cyanobactéries en améliorant l'information auprès des usagers, des professionnels de santé et des gestionnaires sur la conduite à tenir en cas d'efflorescence algale, et en conduisant des actions pilotes pour essayer de diminuer leur développement.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>> Action n°13

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Sensibiliser les collectivités à la promotion de la santé environnementale et développer un réseau local : -bilan des actions déjà lancées en Mayenne, -définition des priorités d'actions à développer, -recherche d'exemples sur les actions prioritaires mis en place par des collectivités y compris hors département, -organisation d'une réunion locale, avec présentations d'actions mises en œuvre par des collectivités mayennaises et autres.	2012-2016		ARS	Collectivités territoriales, Conseil Général, associations environnementales (MNE…), IREPS
2	Sensibiliser les maires à la problématique de l'habitat indigne et sur les enjeux de la qualité de l'air intérieur : -rencontre avec les élus référents « habitat indigne » des ECPI, et guide sur les procédures à suivre pour le Maire, -information sur la qualité de l'air intérieur et sur le risque radon, et sensibilisation sur la prise en compte de ce risque lors d'une construction ou lors de travaux : courrier d'information, fiche à joindre au Permis de Construire / Déclaration de Travaux, dossier d'information à disposition sur site internet.	2012-2013	Guide à réaliser Fiche d'information	DDT/ARS	Partenaires du PDLHI et du PDALPD (DDT, DDCSPP, CG, ARS, CAF, MSA), collectivités territoriales, association des Maires, architectes, maitres d'œuvre, associations (ADIL, Point info-énergies...)
3	Sensibiliser les acteurs de proximité (professionnels de santé (infirmières à domicile, kinésithérapeutes...), associations d'aide à domicile, travailleurs sociaux…) à la problématique de l'habitat indigne et inadapté et les former au repérage : -identification de l'ensemble des partenaires à mobiliser, -état des lieux des actions déjà menées (habitat inadapté), -réunion d'information auprès des acteurs sur ces deux thématiques (habitat indigne et habitat inadapté), -mise à disposition de documents, procédures à suivre.	2012-2014		ARS/Direction Départementale du Territoire	Associations d'aide à domicile, conseils de l'ordre des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes), collectivités (référents EPCI), CLIC, opérateurs (OPAH, Habitat Développement), membres du PDLHI

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Informer les professionnels (professionnels de santé, professionnels de la construction et du bâtiment) sur les enjeux de la qualité de l'air intérieur et sur le risque radon : -information spécifique pour chaque type de professionnels.	2012-2014		ARS (PRSE2)	Conseils de l'ordre des professionnels de santé ; DDT, chambre des métiers, CAPEB (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), Fédération du bâtiment, CSTB (Centre Scientifique et Technique du Bâtiment)
5	Mieux informer les usagers des plans d'eau et rivières, les professionnels de santé, et les gestionnaires sur la conduite à tenir en cas d'efflorescences algale : -élargir l'information existante (sur site) sur les résultats et la conduite à tenir : loueurs, organisateurs d'activités nautiques, mairies, pôles de santé, cabinets médicaux, pêcheurs… -dossier de presse sur les risques et la conduite à tenir ; mise à disposition sur les différents sites internet des partenaires .	2012		ARS	Gestionnaires des sites, Organisateurs de loisirs nautiques, fédération de pêche, collectivités, conseil de l'ordre des professionnels de santé Services communication de la Préfecture et de l'ARS
6	Etudier la faisabilité d'abaissement du niveau de certains plans d'eau et biefs de la rivière " La Mayenne ", et l'expérimenter le cas échéant : -bilan des actions similaires déjà réalisées et faisabilité (bibliographie) ; -identification des sites à expérimenter (avis d'experts) ; -mise en œuvre si faisabilité démontrée de l'expérimentation en fonction des conditions météorologiques	2012-2014		ARS / Direction Départementale du Territoire	Mission Interservice de l'Eau et de la Nature (MISEN), Conseil Général, ONEMA, collectivités territoriales, fédération de pêche, Agence de l'eau

AVANT-PROPOS

1 DÉFINITION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ, CONTENU ET ARTICULATION AVEC LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES THÉMATIQUES DE NIVEAU RÉGIONAL

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit les priorités au sein du territoire.

Il décline en actions opérationnelles les orientations stratégiques et les objectifs du projet régional de santé (PRS). Le PTS, dans une logique de territoire, vise à :

- apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social, en articulation avec la conduite du projet régional Santé-environnement 2 (PRSE 2)...
- optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels.…
- mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : actions visant la mutualisation des moyens, les coopérations entre structures…
- piloter et évaluer les actions menées.

2 ENJEUX PROPRES DU TERRITOIRE AUXQUELS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ RÉPOND

Concernant le territoire de santé de la Sarthe, les priorités sont ciblées sur les enjeux suivants :

- **Permettre l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire de santé et assurer la permanence des soins**

  La démographie des professionnels de santé en Sarthe est extrêmement déficitaire et son évolution menace l'ensemble du système de santé et l'offre de santé de proximité.

  Avec une densité de 7,9 /10 000 habitants pour une moyenne nationale de 9,9, le département de la Sarthe se situe au 83ème rang des départements français, avec des disparités infra-départementales. 52 % des médecins libéraux ont plus de 55 ans, contre 42 % en moyenne régionale et nationale, situant le département comme le plus menacé dans le Pays de la Loire. La situation des professionnels para médicaux est également préoccupante, avec pour les infirmières libérales, une densité égale à la moitié du taux moyen national et pour les kinésithérapeutes un taux de 4,5 pour 10 000 habitants pour un taux moyen national de 7,7. Pour faire face à cette situation et garantir le processus de continuité des parcours de vie et de santé, les actions retenues dans le PTS visent à assurer un accès aux services de santé, toute l'année, et en tout point du territoire de santé, à explorer de nouveaux modes d'exercice plus attractifs, de nouvelles organisations plus rationnelles et développer des coopérations entre établissements de santé (communauté hospitalière de territoire, directions communes, conventions entre sanitaire et médico-social …)

- Assurer la continuité et l'efficience des parcours en réduisant les inégalités sociales et territoriales

  Les actions retenues visent à adapter l'offre de prise en charge en proximité, à la diversifier pour les personnes en situation de handicap, à tous les âges de la vie et pour leurs aidants, à « aller vers » les plus populations les plus fragiles dans un continuum de prise en charge élargie et globale, à coordonner à l'échelle de territoires infra-départementaux les acteurs du soin, du médico-social et de la prévention en s'appuyant sur les contrats locaux de santé, la MAIA , la MDPH, les plateformes de services…

- Développer l'approche transversale dans le champ de la santé mentale :

  Le diagnostic territorial a mis en évidence le caractère prégnant des troubles psychiques et/ou des troubles de comportement chroniques dont la prise en charge nécessite une approche pluridisciplinaire et globale, avec un renforcement de l'articulation entre les acteurs du soin, du médico-social et du social. Les actions proposées visent à réduire le nombre de personnes

hospitalisées à temps plein au long cours, à mettre en place des réponses adaptées à certaines populations spécifiques : adolescents et personnes souffrant de troubles envahissants du développement, à améliorer la réponse à des besoins non couverts, à fluidifier les parcours des usagers et renforcer l'articulation entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social.

- Conduire des actions de prévention globale, en intégrant la santé environnementale

Le département de la Sarthe se trouve en position défavorable sur plusieurs sujets :

- le suicide, pour lequel la région des Pays de la Loire se place au 6ème rang des régions les plus touchées sur la période 2006-2008 avec une prédominance des départements de la Mayenne et de la Sarthe ;
- les addictions, en particulier liées à l'alcool. Avec 120 décès par pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool démontrés chaque année, notre département enregistre un taux de surmortalité de 13 % supérieur à la moyenne régionale ;
- la nutrition (notamment le diabète qui se traduit par un taux d'admission en ALD supérieur de 11 points à la moyenne régionale).

Sur chacun de ces sujets, les actions retenues dans le PTS visent à développer et améliorer la coordination entre tous les acteurs, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, tant dans leur fonctionnement inter professionnel, qu'à visée d'information et de promotion de la santé auprès de la population sarthoise.

Ces axes de travail s'inscrivent dans une dynamique renouvelée et ambitieuse de coopération, de mutualisation et de coordination entre les acteurs et une volonté de décloisonner l'action de l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, du soin, du médico-social et de la santé environnementale.

La Délégation territoriale de la Sarthe, les membres de la Conférence de territoire et les acteurs associés à ce travail partenarial ont défini des actions concrètes à mettre en œuvre pour les cinq prochaines années. Ils essaient de conjuguer de manière dynamique deux attitudes : une ambition pragmatique et une attention aux situations individuelles dans un collectif territorial.

Le document suivant détaille, en 15 fiches « action », les activités à mettre en œuvre et leurs conditions de réalisation.

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Elaborer, signer et mettre en œuvre des contrats locaux de santé

Action n°2 : Mettre en adéquation l'offre médico-sociale pour des parcours plus efficients des personnes en situation de handicap aux différents âges de la vie

Action n°3 : Accompagner et soutenir les aidants des personnes en situation de handicap à tous les âges de la vie et personnes atteintes de maladies chroniques

Action n°4 : Faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement pour des publics identifiés

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 : Organiser l'accès et le recours aux compétences professionnelles en proximité, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°6 : Organiser la Permanence Des Soins en Ambulatoire et en établissement

Action n°7 : Organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale

Action n°8 : Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Action n°9 : Développer les coopérations et mutualisations à l'échelle territoriale dans les secteurs social, médico-social et sanitaire

LA MAÎTRISE DES RISQUES

Action n°10 : Repérer la crise suicidaire et prévenir la récidive

Action n°11 : Organiser les parcours de santé sur le champ des addictions avec ou sans produits

Action n°12 : Organiser les parcours de santé sur le champ de la nutrition

Action n°13 : Promouvoir et accompagner les actions dans le champ de la vie affective et de la santé sexuelle

Action n°14 : Promouvoir la qualité et la gestion de risques liés aux soins, à l'accompagnement et à l'environnement dans les établissements de santé et médico-sociaux

Action n°15 : Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales dans le champ de la santé environnementale

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Élaborer, signer et mettre en oeuvre des Contrats Locaux de Santé

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

« Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé » (SRP objectif 12)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

« Réduire les impacts de l'environnement sur la santé » (SRP objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

■ Le Mans métropole

Des données démographiques et socio-économiques significatives :

Le Pays du Mans se compose de sept communautés de communes parmi lesquelles Le Mans Métropole, centre économique et administratif du département, qui regroupe un quart de la population sarthoise (160 000 personnes, dont 9 000 étudiants). Les deux tiers du parc locatif social sarthois sont installés sur le Mans Allonnes et Coulaines et plus de six bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU), sur dix, résident dans cette zone territoriale.

Des indicateurs de santé préoccupants :

- une fréquence des admissions en Affection de Longue Durée (ALD) supérieure à la moyenne régionale (+ 7 %) notamment pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète.
- une surmortalité du cancer du poumon (+ 9 %) par rapport à la moyenne régionale.
- une surmortalité par suicide par rapport à la moyenne régionale (+ 12 %).

Des actions de santé trop parcellaires et limitées aux quartiers définis par la politique de la ville :

- la coordination des politiques publiques dans un cadre et un périmètre élargis permettrait d'harmoniser les actions de santé sur le terrain. La prévention et la promotion de la santé s'adresseraient à tous les publics (prévention universelle) en prévoyant les adaptations nécessaires aux publics vulnérables et à leurs lieux de vie (prévention orientée).
- les thématiques prioritaires du schéma prévention seraient ciblées : la nutrition, les addictions et la santé psychique.
- le Contrat Local de Santé agirait également comme vecteur de transversalité entre les différents champs de la santé (éducation et prévention accompagnement par la médecine de premier recours, traitement en établissement médico-social ou sanitaire…).

Par ailleurs les besoins globaux de santé seraient pris en compte, qu'il s'agisse de la personne elle-même ou de son cadre de vie (santé environnementale).

■ Territoire de la ville de Sablé

Il existe sur ce territoire une grande disparité :

- entre les communes situées dans la proximité immédiate de Sablé qui bénéficient des actions du réseau santé et les communes plus éloignées.
- entre un réseau de santé et un secteur médico-social qui se sont ouverts au travail partenarial et un secteur sanitaire où la coopération est seulement amorcée.

■ Territoire de Mamers et de Sillé-le-Guillaume

Ces deux villes sont situées dans le Nord Sarthe qui cumule le plus d'indicateurs déficitaires sanitaires parmi l'ensemble des territoires sarthois (fréquence la plus forte des admissions en ALD : + 9 % et surmortalité prématurée : + 8 % par rapport à la moyenne régionale).

■ Territoire d'action

- intercommunal incluant les territoires des villes du Mans, de Coulaines et d'Allonnes.

- urbain et rural dans les villes de Sablé - Mamers - Sillé-le- Guillaume et leurs communautés de communes.

Leviers particuliers sur le territoire

- des acteurs institutionnels et associatifs investis sur les trois territoires avec en particulier sur la ville de Coulaines un réseau santé dynamique.
- dans la ville de Sablé, un réseau de santé regroupant de nombreux acteurs impliqués depuis une vingtaine d'années dans la promotion et la prévention.
- sur les secteurs de Sillé-le-Guillaume et de Mamers, un champ sanitaire et médico-social qui se développe (Centre d'Action Médico-social Précoce (CAMSP), Centre Médico-Psychologique (CMP), création future d'un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) sur lequel étayer une politique de santé coordonnée.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- ouvrir le champ des actions de l'atelier santé de Coulaines aux partenaires des champs médico-social et sanitaire (secteur ambulatoire et établissements),
- renforcer le travail amorcé avec la médecine de premier recours. Élargir les actions de prévention et de promotion de la santé à la santé environnementale,
- intégrer les actions menées par la ville du Mans et élargir le partenariat actuel entre l'ARS et le service santé environnement de la ville aux autres acteurs et thématiques de santé,
- instaurer la coordination des actions de santé sur la ville d'Allonnes et amorcer un partenariat avec les services du CHS d'Allonnes,
- préparer et négocier la procédure de contractualisation de manière concertée sur les territoires de Mamers et Sillé-le -Guillaume.

Résultats attendus sur le territoire

- impulser la mutualisation des acteurs et des compétences sur le territoire de la ville du Mans et son agglomération,
- formaliser et élargir le réseau de santé situé à Sablé aux communes rurales environnantes,
- introduire de la cohérence et de la transversalité entre les champs sanitaire (ambulatoire, hospitalier, premier recours), médico-social et social, sur les territoires de Mamers et Sillé-le-Guillaume,
- mettre en place des passerelles permettant de pallier le problème de la démographie médicale en zone rurale déficitaire,
- donner une visibilité
- valoriser des actions de promotion de la santé et de prévention, mises en œuvre à travers les CLS, dans l'outil « OSCAR » (base de données cartographique des actions de santé publique : www.oscarsante.org).

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Signer un CLS intercommunal sur les villes du Mans, Coulaines et Allonnes : - état des lieux et analyse des besoins - réunion des acteurs pour élaboration d'un plan d'actions concerté	12 mois	2012 - 1er semestre 2012 pour le volet de la ville du Mans. - Fin 2012 pour le volet de la ville d'Allonnes	ARS	Conseil Général, CPAM, Référents du réseau santé de Coulaines, CHM, CHS, ….
2	Signer un CLS sur la ville de Sablé et sa communauté de communes : - état des lieux et analyse des besoins - réunion des acteurs pour élaboration d'un plan d'actions concerté	6 mois	1er semestre 2012	ARS	Référents du Réseau santé de Sablé - CPAM – Secteur sanitaire et ESSMS - libéraux
3	Signer un CLS en milieu rural (Sillé-Mamers) : - état des lieux et analyse des besoins - réunion des acteurs pour élaboration d'un plan d'actions concerté	24 mois	2012 2013	ARS	Référents du Réseau santé de Sablé - CPAM – Secteur sanitaire et ESSMS - libéraux

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°2 ■ Mettre en adéquation l'offre médico-sociale pour des parcours plus efficients des personnes en situation de handicap aux différents âges de la vie

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges clés de la vie » (SROMS objectif 8)

« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 5)

Argumentaire territorialisé de l'action

- repérage, diagnostic et interventions précoces auprès des enfants présentant un risque ou atteints d'un handicap à améliorer.
- enfants soumis à l'obligation scolaire : depuis 4 ans des tensions importantes sont observées sur l'accès aux IME (Institut Médico-Éducatif), en particulier pour les enfants avec Troubles Envahissants du Développement (TED) ou troubles du comportement et SESSAD. Pour la rentrée 2011, les décisions de la CDAPH ont été suivies d'une admission conforme en IME ou SESSAD dans 62.7 % des cas. Par ailleurs, environ un quart des établissements accueille des enfants avec une déficience intellectuelle sans troubles associés.
- jeunes de plus de 18 ans : pour l'année 2011, 65 jeunes en situation de handicap de plus de 20 ans sont maintenus dans des établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton. Parmi eux, 15 ne disposent pas d'une orientation MDPH vers un établissement pour adultes. L'accompagnement qui leur est proposé ne correspond plus à leurs besoins.
- difficultés d'accès au travail en milieu ordinaire.
- vieillissement des Personnes Handicapées (PH) : à dispositif constant, les proportions de personnes handicapées de plus de 60 ans en établissement seront en 2016 : en FO : 25 %, en FAM : 37 %, en MAS : 23 %. L'approche du vieillissement de la personne handicapée doit s'intégrer dans la logique du projet individuel et viser l'amélioration de la qualité de vie. Sur le plan de l'évolution des modalités de prises en charge, des adaptations devront être apportées (adaptation des rythmes de vie, prise en compte des problèmes de santé liés à l'avancée en âge).
- maintien en structure sanitaire : des personnes en situation de handicap avec une orientation de la CDAPH sont maintenues en psychiatrie ou en service de soins de suite faute de places adaptées dans le secteur médico-social.

Territoire d'action

Départemental.

Leviers particuliers sur le territoire

- existence de structures et d'établissements à vocation départementale : CAMPS, CMPP, CHS, CRDA et équipe de territoire de proximité du CRERZ.
- coopération dynamique avec l'Éducation Nationale et la MDPH.

- acteurs mobilisés, projets expérimentaux ou innovants retenus en 2011.
- PDITH.
- **partenariat étroit avec le Conseil Général :** étude diagnostique réalisée en 2007 sur le vieillissement des personnes avec un handicap ; priorité inscrite dans le schéma départemental du handicap.
- travail avec les services de soins de suite et participation au dispositif d'orientation.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- adaptation de l'offre par transformation et redéploiement ; augmentation du nombre des enfants présentant des troubles psychiques associés ; prise en compte de la dimension éducative.
- situation économique peu propice à l'intégration en milieu ordinaire de travail (taux de chômage des personnes avec un handicap)- problème des ressources.
- taux d'équipement ne permettant pas de création de places nouvelles.
- manque de données quantitatives et qualitatives sur les besoins en services et établissements pour les personnes en situation de handicap en particulier pour les personnes vieillissantes, en établissement ou vivant au domicile de leur parents.

Résultats attendus sur le territoire

- **Pour les enfants soumis à l'obligation scolaire :** 100 % d'enfants scolarisés avec un soutien éducatif en tant que de besoin ; améliorer sensiblement le taux de conformité entre les décisions Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et les admissions en services et établissements ; développement des temps partagés.
- **Pour les jeunes de plus de 20 ans :** diminution du nombre de jeunes en situation d'amendement Creton, pour leur permettre une continuité de parcours de vie, au sein des dispositifs médico–sociaux du département de la Sarthe, disposant d'une orientation ESAT.
- Développer des modalités d'accueil adaptées aux **personnes vieillissantes en situation de handicap, notamment à celles qui sont maintenues de manière inadéquate** en secteur sanitaire.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

>>>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mise en place d'un groupe de travail sur l'annonce du handicap, le dépistage et la prise en charge		2012		ARS	CDCPH CAMPS CHM PSSL CHS
2	Mise en place du comité départemental de suivi de la scolarisation	5 ans	01-03-2012		ARS - IA	MDPH 12 - collectivités locales, CG DDCS
3	Adaptation de l'offre en faveur du milieu ordinaire : ■ transformation de places d'IME en SESSAD ; ■ création de plateforme polyvalente SESSAD ; ■ articulation secteur sanitaire/ médico-social, social et Éducation Nationale ; identification de besoins pour les enfants avec des troubles envahissants du développement et enfants avec des troubles de la conduite et du comportement	3 ans	2012 - 2015	ONDAM CPOM	ARS	Éducation Nationale, Secteur psychiatrique, Établissements et services, CMPP, CAMPS, CPAM, MDPH
4	Accompagner le passage de l'adolescence à l'âge adulte par des projets expérimentaux pour les jeunes bénéficiant de l'amendement CRETON	4 ans	2013 - 2016	ONDAM CPOM	ARS	Gestionnaires, ESSMS
5	Favoriser l'accès des travailleurs d'ESAT au milieu ordinaire de travail : par la valorisation des acquis de l'expérience, la mobilisation des capacités professionnelles et par l'extension à l'ensemble des ESAT de la démarche « compétents et différents »	5 ans	2012 - 2016		Gestionnaires d'établissements	Directe, Pôle emploi, Maison de l'emploi, Conseil Régional, Organismes de formation, PDITH

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
6	Mettre en place des structures, établissements ou services, adaptées pour des personnes en situation de handicap psychique ou de handicap avec restrictions majeures de l'autonomie	5 ans	2012 - 2016		ARS	CHS, acteurs associatifs, Établissements de santé, SSR

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°3 ■ Accompagner et soutenir les aidants de personnes en situation de handicap à tous les âges de la vie et personnes atteintes de maladies chroniques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » (SROMS objectif 2)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clés de la vie » (SROMS objectif 8)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- L'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap n'est pas l'exclusivité d'acteurs professionnels. Le conjoint, les enfants et également les proches, voisins et amis contribuent par leur accompagnement au maintien de l'autonomie de la personne âgée et/ou à la compensation du handicap.
- La loi du 11 février 2005 relative aux personnes en situation de handicap et le plan Solidarité-Grand âge du 27 juin 2006 ont reconnu les aidants familiaux (d'un proche) comme des acteurs majeurs dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ou handicapées. Ces aidants se mobilisent en effet considérablement. À ce titre, ils sont souvent demandeurs d'information et de soutien. En outre, le poids de leur charge peut parfois les amener à s'isoler et à présenter des signes de lassitude, entraînant des risques pour leur santé et la diminution de la qualité de l'aide qu'ils apportent à leur proche. Il devient alors impératif de les amener à prendre du recul et de leur apporter les accompagnements et soutiens nécessaires.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Plan Alzheimer : mesure n°1.
- Schémas départementaux : schéma handicap et schéma gérontologique.
- Guide pratique CNSA à destination des porteurs de projet « formules innovantes de répit et soutien aux aidants ».
- 2012-2015 Rapport ANESM : l'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant-aidé dans les structures de répit et d'accompagnement.
- Groupes de parole (France Alzheimer, UNAFAM…).
- Bonne identification de lieux ressources : associations, réseaux, GEM, CLIC, MDPH, MAIA…
- Initiatives de sensibilisation, de soutien, d'information et de formation de proximité par divers acteurs locaux tels que CLIC, Ainés ruraux, MSA, Caisse de retraite…

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- difficulté à repérer les aidants, à connaître leurs besoins.
- des actions entreprises restent trop souvent ponctuelles, localisées et peu coordonnées.
- l'accompagnement des aidants familiaux de personnes en situation de très grande dépendance nécessite la mise en synergie et en cohérence d'intervenants multiples du fait de la complexité des situations.
- l'expérience de visiteurs à domicile reste limitée du fait, notamment, de la difficulté à recruter des bénévoles.
- la nécessaire prise en compte des situations d'urgence (liées, par exemple, à l'hospitalisation d'un conjoint).

■ Résultat attendu sur le territoire

Développer toutes les formes de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile (choisi) dans de bonnes conditions et éviter les situations de crise.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre en place un comité de pilotage départemental ■ réalisation d'un état des lieux ; diagnostic territorialisé ; ■ plan d'actions, déclinaison du plan régional.	5 ans	2012 - 2016		ARS CG	CPAM - association d'usagers CLIC MAIA, MDPH ESSM Conférence de Territoire
2	Diversifier les modes de prise en charge et solutions de répit : ■ poursuivre le développement des solutions de répit (plateforme de répit à domicile, hébergement temporaire, accueil de jour…) en répondant aux appels à projets ou en mutualisant des moyens ; ■ soutenir la création de SPASAD.	3 ans	2012 - 2014	Appel à projets PRIAC	ARS CG	SSIAD, ESA, EHPAD, Aide à domicile : CLIC, Associations concernées, CODERPA, Associations de familles et d'usagers
3	Organisation de groupes de paroles, d'échanges et de propositions ayant pour but : ■ Recensement et capitalisation des actions et initiatives existantes en appui aux aidants naturels, en repérant leur démarche, leur plus value et leurs difficultés ; ■ Diffusion des bonnes pratiques par le CIDPA, les CLIC et la MDPH.				CG	CLIC, services d'aides à domicile Associations concernées CODERPA Aide à domicile Associations de familles et d'usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°4 ■ Faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement pour des publics identifiés

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles » (SRP objectif 1)

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne » (SRP objectif 5)

« Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROMS objectif 16)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Dans les territoires identifiés au titre des Contrats Locaux de Santé, englobant les quartiers éligibles à la politique de la ville, ainsi que dans certaines zones rurales de la Sarthe où la précarité est moins visible, des populations spécifiques doivent être sensibilisées et accompagnées dans leur accès aux soins : gens du voyage, errants, personnes en situation de grande précarité, détenus, demandeurs d'asile, jeunes ASE…

■ Territoire d'action

Départemental et Infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- PRAPS
- volets CUCS de la Politique de la ville
- participation de l'ARS aux programmes pilotés par des institutions partenaires
- programme ACSE
- tissus associatif dense et actif
- existence d'une PASS hospitalière et d'une PASS psychiatrique
- Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI), prévu par le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées et regroupant, en particulier, les services de l'État concernés (Direction départementale des territoires, Direction départementale de la cohésion sociale), l'ARS, le Conseil Général, la Caisse d'Allocations Familiales des collectivités territoriales, qui structure l'action de différents intervenants dans ce domaine

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- difficulté de repérage des publics vulnérables en raison du renoncement croissant aux soins.
- nécessité d'articuler un partenariat fort entre DRJSCS et ARS depuis la nouvelle répartition des compétences institutionnelles organisée par la loi HPST.
- permettre à chacun d'être acteur de sa santé

■ Résultats attendus sur le territoire

- réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer le bien-être des personnes vivant dans des zones sensibles en milieu urbain et rural.
- veiller à la continuité des parcours et éviter les ruptures d'accompagnement aux périodes clés de la vie de la personne.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre en place un groupe de travail interinstitutionnel de la PASS pour : ■ faire un état des lieux ■ élaborer un plan d'action ■ assurer la coordination et l'animation des PASS et PASS psychiatriques.	1 an	2012		ARS CHS	CG, Collectivités locales, CCAS, Maisons de l'emploi, associations, CHM, Établissements de santé
2	Élaborer le projet de soins des personnes en situation de précarité dans le cadre : ■ du dispositif SIAO de traitement de l'hébergement d'urgence ■ de la convention conclue entre le CHS et l'Association TARMAC (personnes accueillies en maison relais).	2 ans	2012 - 2013	MIG, ONDAM, Crédits de fonctionnement, CHS, Crédits DDCS	DDCS	Partenaires du champ social et médico-social (ADGESTI …) Association, TARMAC, ARS, CHS, Établissements de santé
3	Développer les formations permettant une culture commune telles « addiction - précarité ».	5 ans	2012 - 2016	Crédits de formation, DDCS – Temps dédié de professionnels soignants	ARS - DDJCS	CHS, Secteur associatif médico-social et social
4	Adapter les programmes de bien-être destinés aux usagers (estime de soi, activités culturelles et sportives) aux personnes en situation de précarité.	2 ans	2012 - 2013	Crédits CPOM ARS / IREPS – DDJCS – Politique de la ville, etc.	DDJCS	ARS, élus, associations concernées, CPAM
5	Prévoir des permanences d'information sur les droits en matière de santé.	3 ans	2012 - 2014	Assurance Maladie	ARS - CPAM	Professionnels du soin de premier recours
6	Informer, sensibiliser et assurer la couverture vaccinale des personnes en situation de précarité.	1 an	2012	Crédits Vaccination dont Ville du Mans - MIGAC	ARS	CDAG CHM – CG Services communaux Médecine de 1er recours
7	Lutter contre l'habitat indigne, les difficultés psychologiques et/ou d'hygiène des publics vulnérables.	24 mois	2012 - 2013 (en cours et à développer) (nombre de signalements de situations d'habitat indigne)	Crédits de fonctionnement EMPP PDLHI	ARS DDCS	CHS (EMPP Psychiatrie) bailleurs sociaux CG
8	Mettre en place un programme de santé globale adapté aux gens du voyage.		2012	Soutien association gens du voyage (cette année dans le cadre de l'appel à projets PSPS	ARS	Associations concernées CPAM CG DDCS
9	Assurer l'accès aux soins, à la prévention et à la promotion de la santé des personnes détenues. Effectuer le suivi des protocoles UCSA.	3 mois 5 ans	Signature des protocoles 1er trimestre 2012 2012 - 2016	MIGAC	ARS	Administration pénitentiaire CHM - CHS Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Organiser l'accès et le recours aux compétences professionnelles en proximité, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance » (SROS objectif 9)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de santé de proximité » (SRP objectif 7)

« Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours » (SROS objectif 8)

« Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins » (SROS objectif 12)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Concernant la démographie médicale des médecins généralistes, pivots de la continuité des soins et de la Permanence Des Soins, la moyenne nationale est de 9,8 pour 10 000 habitants, la moyenne régionale de 9,1 et la moyenne départementale de 7,8.

De plus, 60 % des médecins de la Sarthe ont 55 ans et plus.

La problématique est la même pour les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmières. La Sarthe rencontre donc des difficultés, notamment en milieu rural, ce qui a des incidences multiples sur l'accès, l'organisation et l'adaptation des soins …

■ Territoire d'action

Départemental et Infra départemental.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de Premier recours (CATS).

Partenaires très mobilisés : professionnels, élus, conseils de l'ordre, URPS, ADOPS …

Implication du Conseil Général dans un plan d'actions en faveur de la démographie médicale mené depuis plusieurs années avec le concours de l'ensemble des acteurs impliqués. (attribution de bourses, partenariat avec les universités, partenariat avec la Roumanie pour des étudiants français suivant leurs études dans ce pays …)

Définition des territoires de premier recours et des zones conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance.

Le contrat d'engagement de service public : un dispositif visant à inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones déficitaires moyennant le versement d'une allocation mensuelle durant leurs études.

Le label hôpital enseignant-chercheur qui a permis au CH du Mans d'intégrer le groupe des hôpitaux MERRI et d'accueillir ainsi un nombre important d'internes (172 internes en 2011), peut-être futurs professionnels en Sarthe.

Le projet de santé des Maisons de Santé Pluri professionnelles, qui peut intégrer la prévention et la promotion de la santé (habitat, addictions, nutrition.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

La Sarthe (environ 560 000 habitants pour 375 communes, le plus grand nombre de communes de la région) est constituée d'une métropole centrale d'environ 190 000 habitants et de villes périphériques (à environ 40 km du Mans) dont la plus grosse compte environ 15 000 habitants. Ces villes sont également très proches d'un des 6 départements limitrophes (bien souvent à peine 10 km).

Certains territoires sont plus « difficilement » accessibles (pas d'autoroute, pas de liaison ferroviaire).

Résultats attendus sur le territoire

Adaptation de l'offre et de la demande (réponse de proximité par la mise en place d'un maillage territorial).

Stabilisation des difficultés de démographie médicale et développement de l'installation de jeunes professionnels (promouvoir l'exercice de groupe pour maintenir les professionnels en place et pour faciliter le recrutement de jeunes professionnels).

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mise en place d'un comité stratégique.		2012			Conseil Régional, Conseil Général (CG), État, CPAM, MSA, conseils de l'ordre, URPS, ADOPS EHPAD Établissements de santé AMF
2	Création des Maisons de Santé Pluridisciplinaires maillant le territoire et adossées notamment aux établissements de santé périphériques (ex hôpitaux locaux)	2010 - 2016	Nombre de MSP créées	Aides financières immobilières, référents accompagnement projet (ARS, MSA, Conseil Général, URPS)	ARS	
3	Accompagnement des programmes d'aide à l'installation des professionnels.	2012 - 2016	Nombre d'installation de professionnels. Nombre de stagiaires accueillis	Dispositifs CESP et bourses attribuées par le CG Maîtres de stages	ARS Conseil Général	Conseil Général (CG), État, CPAM, MSA, Conseils de l'ordre, URPS, ADOPS …
4	Soutenir la création de postes d'exercice partagé pour les professionnels de santé	2012 - 2016	Nombre de postes créés	Recensement des besoins, protocolisation de propositions de postes à temps partagé, Modélisation du dispositif	À déterminer	
5	Organiser l'accès aux spécialistes par les consultations avancées	2012 - 2016		Utiliser les MSP et les médecins traitants comme pivot d'un dispositif partenarial de soins de 1er recours et de porte d'entrée du second recours		Professionnels de santé, établissements de santé et médico-sociaux
6	Renforcer la dynamique de formation par une mutualisation et l'ouverture à d'autres partenaires	2012 - 2016		IFSI, IFAS, Université		Conseil Régional

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°6 ■ Organiser la Permanence Des Soins en Ambulatoire et en Établissement

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la Permanence Des Soins en Établissements de Santé en renforçant les mutualisations » (SROS objectif 15)

Argumentaire territorialisé de l'action

- PDSA : compte tenu des problèmes de démographie médicale, la réorganisation de la PDS devient une nécessité aussi bien en matière de régulation qu'en matière d'effectivité. Le passage de 24 à 10 secteurs, la création de nouveaux Centres d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) deviennent une nécessité. Le projet devra répondre aux exigences du cahier des charges régional.
- PDSES : l'organisation doit être territorialisée. Trois niveaux de territoire ont été retenus : régional, départemental et de proximité. À partir de l'état des lieux recensant les différents types de gardes et d'astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES a été réalisée. Le tableau ci-dessous en précise les modalités.

La chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique ont été considérées comme des spécialités de plateau technique de proximité. Cette approche pour le viscéral et l'orthopédie a été étendue dans les grandes agglomérations à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. La nécessité d'une ligne complète pour la chirurgie viscérale a pu être reconnue dès lors que l'établissement avait une activité d'obstétrique retenue pour la PDSES. Pour la chirurgie orthopédique, la modalité d'une demi-astreinte a été retenue en cas de faible activité en nuit profonde. Pour l'obstétrique dans les grandes agglomérations, il été retenu deux lignes d'obstétriques pour ne pas mettre en difficulté les maternités de niveau III.

Dans une logique de filière de soins, la spécialité de médecine polyvalente a été retenue au bénéfice des établissements publics disposant d'un accueil des urgences. Toutefois ces lignes sont limitées au WE.

Pour l'anesthésie, la coexistence d'un plateau technique de chirurgie et d'un plateau technique d'obstétrique également mobilisés pour la PDSES a été prise en compte. Lorsque ce cas de figure concerne un pôle public privé, il a été considéré que deux astreintes étaient nécessaires de 20 h à minuit et qu'une seule astreinte était justifiée en nuit profonde.

Le dispositif retenu pour la biologie (hors biologie spécialisée) et la pharmacie est le suivant : une astreinte par site ayant une activité d'urgences de recours, une astreinte de WE pour les autres sites avec urgences. Pour ces deux disciplines, l'existence de mutualisations a été prise en compte.

Territoire d'action

Territoire départemental et territoire de proximité selon les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

Leviers particuliers sur le territoire

- **PDSA :** Projet de l'ADOPS, association nouvellement créée en Sarthe, en matière de PDSA.
- **PDSES :** Travaux menés dans le cadre du Projet Médical de Territoire
- Communauté Hospitalière de Territoire engagée.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- **PDSA** - Nécessaire complémentarité avec la PDS de l'Orne pour la zone Nord Sarthe assurée par le CH d'Alençon.

Incidence de la création d'un réseau de proximité en matière de médecine légale.

- **PDSES :** Implication des établissements privés et publics.

Résultats attendus sur le territoire

- **PDSA :** Renforcer le dispositif de régulation libérale – améliorer le maillage territorial en matière d'effectivité – création de CAPS adossés à des établissements de santé.
- **PDSES :** mutualisation des moyens – adéquation de l'offre sanitaire de permanence avec les besoins de couverture sanitaire de la population.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	PDSA Signature de la convention. Suivi des enveloppes financières.	2012-2016	Convention PDS signée Nombre de CAPS créés Nombre de médecins participant à la PDS		ADOPS	ADOPS, conseils de l'ordre, établissements hospitaliers, médecins généralistes libéraux
2	État des lieux de la PDSES.	1er semestre 2012	Données statistiques	Données statistiques	ARS (à définir)	
3	Élaboration du schéma cible de la PDSES.	2012		Activités statistiques	ARS	CHT, RESUS
4	Négociation des mutualisations de gardes et astreintes entre les établissements.	2012		Connaissance des enveloppes de crédits alloués à la PDSES (FIR ...)	ARS	CHT Fédérations hospitalières Établissements de santé privés / publics
5	Organisation de la réponse aux besoins des établissements médico-sociaux et de psychiatrie.	Dernier trimestre 2012			ARS	CHS, Conseil Général
6	Finalisation des modes de coopérations inter-établissements pour mettre en œuvre le nouveau schéma de PDSES.	2012 - 2013			ARS	CHT Fédérations hospitalières
7	Élargissement de la réflexion aux autres médicaux et para-médicaux (dentistes - kinésithérapeutes…)	2013 - 2014				URPS

>>> Action n°6

PDSES répartition des gardes et des astreintes

Spécialités	Modalités
Chirurgie viscérale	Le Mans 2 AO*, Bailleul 1 AO, La Ferté Bernard 1 AO
Chirurgie orthopédique	Le Mans 2 AO, Bailleul 1 AO, La Ferté Bernard 1/2 AO
Gynécologie obstétrique	Le Mans 2 G**, Bailleul 1 AO
Chirurgie urologique	Le Mans 1 AO
Chirurgie vasculaire	Le Mans 1 AO
Chirurgie ORL	Le Mans 1 AO
Chirurgie maxilo-faciale et stomato	Le Mans 1 AO
Ophtalmologie	Le Mans 1 AO
Néphrologie	Le Mans 1 AO
Neurologie en UNV	Le Mans 1 AO
Pneumologie	Le Mans 1 AO
Gastroentérologie	Le Mans 1 AO
Médecine polyvalente	Le Mans 1 AO WE***, Bailleul 1 AO WE, La Ferté Bernard 1 AO WE St Calais 1 AO WE, Château du Loir 1 AO WE
Cardiologie dont cardiologie interventionnelle et USIC	Le Mans 2 G et 1 AO, Bailleul 1 AO
Pédiatrie en maternité	Le Mans 2 G, Bailleul 1 AO
Réanimation adulte	Le Mans 2 G
Anesthésie	Le Mans 3 G, 1 AO + 1 AO****, La Ferté Bernard 1 AO, Bailleul, 1 G
Biologie	Le Mans 1 AO, Bailleul 1 AO WE
Pharmacie	Le Mans 1 AO, Bailleul 1 AO WE, La Ferté Bernard 1 AO WE St Calais 1 AO WE, Château du Loir 1 AO WE
Radiologie	Le Mans 1 AO, Bailleul 1 AO, La Ferté Bernard 1 AO St Calais 1 AO, Château du Loir 1 AO
Médecine interne endocrinologie	Le Mans 1 AO WE

*AO : astreinte opérationnelle
**G : garde
***AO WE : astreinte opérationnelle week-end
**** Astreinte opérationnelle assurée sur 50 % des jours de l'année

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°7 ■ Organiser une réponse territorialisée et graduée en santé mentale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Des acteurs de tous les champs (social, médico-social, sanitaire, libéral) évoquent un nombre grandissant de personnes avec une maladie psychique et / ou des troubles du comportement chroniques.
- Les structures médico-sociales sont confrontées à une évolution de leur public (moins d'éducatif / plus d'accompagnement et de soins).
- Un besoin d'actions de prévention concertées en amont est identifié pour éviter une dégradation des situations des personnes.

■ Territoire d'action

Départemental et Infra départemental.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Plan santé mentale.
- Tissu associatif dense et très impliqué avec une offre de services et de structures médico-sociales diversifiée : MAS, FO, FAM, 3 GEM, MDA, …
- Un établissement CHS à vocation départementale.
- Convention de coopération entre le CHS et les autres établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.
- Projets d'augmentation de logements accompagnés en cours (résidences accueil).
- Transfert de l'unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents en crise sur le site du CHM.
- Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) et PASS psychiatrique.
- Équipe psychiatrique d'accueil d'urgence et de liaison positionnée au SAU du CHM et PSSL.
- Équipe mobile de géronto-psychiatrie (à compter de 2012)
- Création en 2012 du centre soins - études à Sablé.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Démographie des professionnels (psychiatres, pédo-psychiatres, infirmiers).
- Postes vacants de psychiatres et IDE (40 au CHS).
- Formation des jeunes infirmiers qui n'intègre que peu d'enseignements sur la psychiatrie.
- Lits d'hospitalisation saturés.
- Conventions entre les services de psychiatrie, pédo-psychiatrie et les structures médico-sociales à actualiser.
- Pas d'accueil familial thérapeutique pour les enfants.
- Pas d'offre de soins à temps partiel ou ambulatoire spécifique aux adolescents.
- Manque de structures d'hospitalisation à temps plein pour des jeunes adultes le plus souvent avec TED.

■ Résultats attendus sur le territoire

- Mise en place de réponses adaptées à certaines populations spécifiques : adolescents et personnes souffrant de troubles envahissants du développement.
- Réduire le recours à l'hospitalisation en psychiatrie par des interventions in situ en amont des situations de crise.
- Réponses des équipes des secteurs ou des équipes intersectorielles aux sollicitations des professionnels et des usagers.

- Intégration et fluidification des parcours des usagers.
- Amélioration de la qualité des prises en charge, diversification de la palette des prises en charge et réponses à des besoins non couverts.
- Meilleure articulation des soins dans les secteurs médico-social et social.
- Prise en compte de la dimension santé mentale en prévention et promotion de la santé.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre en place un groupe départemental de coordination en santé mentale : ■ état des lieux. ■ diagnostic partagé. ■ mise en œuvre et suivi de la déclinaison opérationnelle du plan de santé mentale en Sarthe, sur les dimensions : pédiatrie, adultes, gériatrie, précarité.	6 mois 4 ans	2012 2012 - 2015		ARS	CHS, CHM, CG MDA Professionnels des champs sanitaires (dont secteur ambulatoire et médecine de premier recours – médico-social et social
2	Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques (harmonisations des pratiques, procédures, circuits) : ■ protocoles d'orientation des patients. ■ organisation de la réponse aux soins non programmés.	12 mois	2013	RESUS CHS Établissements de santé	ARS	CHS- CHM Médecin 1er recours

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°7

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
3	Renforcer l'articulation entre le CHS et le secteur médico-social et social : ▪ actualiser les conventions existantes, prévoir les modalités des échanges d'informations. ▪ élaborer des conventions cadres adaptées aux champs concernés ▪ organiser la prise en charge des personnes handicapées déficitaires ou en crise avec l'offre d'une capacité d'hébergement séquentiel. ▪ développer les interventions des équipes de psychiatrie sur les lieux de vie et de soins. ▪ inciter les acteurs à développer les activités de réinsertion et réhabilitation. ▪ soutenir le programme de développement des logements adaptés par la création de services d'accompagnement et le développement de l'offre ambulatoire. ▪ soutenir le développement des GEM. ▪ intégrer la prévention en santé mentale dans les Contrats Locaux de Santé.	12 mois	2013	RESUS CHS Établissements de santé	ARS	CHS - CHM Médecin 1er recours
4	Pédopsychiatrie, adolescents et jeunes adultes : ▪ état des lieux et diagnostic partagé ; ▪ diversification de l'offre de soins et de prise en charge (accueil familial thérapeutique, CATTP pour adolescents, articulation avec le secteur social et médico-social. Prise en charge partagée…). ▪ prise en compte du public frontière 13 /18 ans, enfants et jeunes « difficiles », public ASE. ▪ assurer la couverture du territoire par la Maison des Adolescents et renforcer les partenariats. ▪ améliorer le passage de la psychiatrie « enfants » à la psychiatrie adulte.	12 mois	2013			

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 ■ Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour les personnes âgées en perte d'autonomie

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels » (SROMS objectif 10)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'un des objectifs du SROS III volet « personnes âgées » était d'adapter l'offre de soins aux besoins de la personne âgée, par la mise en place d'une filière gériatrique complète et l'organisation de réponses spécifiques pour les personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie.

On observe pour l'ensemble du territoire :

- des situations de mésusage des services d'urgence avec un grand nombre de passages de personnes âgées lié à des problématiques sociales ou de défaut d'anticipation provenant du domicile ou des EHPAD
- des difficultés de sortie de court séjour et de soins de suite en raison notamment du manque de fluidité avec l'aval (organisation du retour à domicile, manque de places adaptées en établissements en particulier sur le pays manceau)

Il s'agit d'évaluer et de renforcer la filière gériatrique en élargissant son périmètre d'actions et d'acteurs. Pour ce faire, un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité sur le territoire est nécessaire.

- il existe dans le paysage médico-social sarthois plusieurs dispositifs d'accueil, d'information, d'orientation et/ou de coordination qu'il convient d'articuler entre eux et de rendre plus lisibles tant pour les usagers que pour les professionnels. La perspective d'une Maison de l'Autonomie et d'un pilotage départemental vise à décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social et à simplifier les parcours des usagers en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge.

■ Territoire d'action

Territoire départemental et territoires infra départementaux

■ Leviers particuliers sur le territoire

- l'existence de schémas départementaux Personnes Âgées (PA) et Personnes Handicapées (PH) largement concertés,
- la contractualisation (CPOM et conventions tripartites),
- les conventions de partenariat entre établissements de santé et médico-sociaux
- le maillage du territoire départemental par les CLIC, l'existence d'une MAIA départementale, l'équipe médico-sociale du Département, la MDPH…
- les différentes formules de coopérations (GCSMS, GCS, GIE…)
- l'outil Trajectoire

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Engagement des acteurs dans la durée.

Suivi des procédures communes mises en place.

■ Résultats attendus sur le territoire

- un dispositif départemental cohérent, articulé, avec une gouvernance ARS/CG pour une meilleure lisibilité pour les usagers.
- une meilleure association des représentants des familles, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour l'expression des besoins, l'élaboration des projets de vie et leur mise en œuvre.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévi-sible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre en place un comité départemental de suivi des parcours coordonnés de la personne âgée en Sarthe. ▪ faire un état des lieux de la filière, des coopérations existantes ▪ analyser les besoins, évaluer les actions mises en place, actualiser le diagnostic ▪ définir avec les acteurs de terrain sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur des territoires de proximité l'organisation pertinente afin de permettre une prise en charge adaptée et coordonnée de la personne âgée dépendante		2012 2013 2014 - 2015		ARS	acteurs sanitaires, médico-sociaux, domicile CG MAIA CODERPA CLIC EHPAD et SLD SSIAD Établissements de santé - CHS Usagers
2	MAIA 72 : un dispositif départemental - construction d'un 1er guichet intégré en cours sur la vallée du Loir ; - construction d'un second guichet intégré urbain sur le Pays du Mans ; - tendre vers une couverture de l'ensemble du département.	12 mois 12 mois	Décembre 2012 Décembre 2012 à compter de 2013	Une équipe projet autour du pilote MAIA 2e équipe MAIA suite à la réponse à l'AAC 2012	Conseil Général	MAIA CLIC, SSIAD, SAAD, Établissements de santé, réseau gériatrique, EHPAD MDPH, Équipe médico-sociale CG
3	Évaluation partagée PA/PH : opérer le décloisonnement et le rapprochement des équipes d'évaluation APA, PCH, MAIA sur la base de référentiels partagés (GEVA)	24 mois	Décembre 2014	Une équipe projet CG/ARS	Conseil général	MDPH, MAIA

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévi-sible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Mettre en œuvre une information PA /PH autour d'une gouvernance départementale unique et articulée avec la conférence de territoire : ▪ intégration des CLIC au Services du Département au 1er janvier 2013 et courant 2012 pour ceux qui seront prêts. ▪ évolution des missions des CLIC : articulés avec la MDPH et la MAIA, ils en seront les relais territoriaux et constitueront, dans le cadre de la Maison Départementale de l'Autonomie, les points d'accueil et d'information pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.	12 mois 12 mois	Décembre 2012 1er janvier 2013 2012-1er janvier 2013	Une équipe projet CG/ARS/ MDPH	ARS / CG	CLIC,MDPH, Établissements de santé CODERPA
5	Expérimentation et généralisation du dossier unique d'admission en EHPAD	24 mois	2012-2013			EHPAD

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°9 ■ Développer les coopérations et mutualisations à l'échelle territoriale dans les secteurs social, médico-social et sanitaire

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation » (SROS objectif 25)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- **ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :** filières inter-établissements à renforcer .
- **SOCIAL :** de nombreux acteurs opérant sans articulation entre eux, avec des risques de redondance et d'incohérence ; manque de lisibilité.
- **EHPAD :**

- nombre important de structures avec une capacité inférieure à 80 lits sur le secteur personnes âgées (près de 40 % des EHPAD).

- la majorité des structures sont en milieu rural, dans des secteurs souvent isolés.

- une pénurie accrue en Sarthe de médecins et de personnels paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes ; IDE ….).

- un patrimoine immobilier vieillissant dans les établissements.

- des contraintes budgétaires croissantes.

■ Territoire d'action

Départemental, interdépartemental (prise en compte de territoires limitrophes) et infra départemental.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Schémas personnes âgées et personnes handicapées ; CPOM ; conventions tripartites.
- Démarches engagées de recrutements mutualisés.
- Conventions de directions communes d'EHPAD en cours de finalisation.
- GCSMS.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Fragilité accrue sur le secteur Nord Sarthe et sur l'est du département.
- Difficultés à recruter des professionnels qualifiés.

■ Résultats attendus sur le territoire

- Développer des postes partagés et/ou mutualisés pour ce qui concerne les professionnels médicaux et paramédicaux.
- Conforter la continuité de la direction des structures.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	CHT : Projet en 3 temps : ■ accompagner la démarche engagée entre le CHM et le PSSL ; ■ introduire les établissements périphériques : Château du Loir, La Ferté Bernard, St Calais ; ■ introduire les établissements PGNS- Le Lude.		2012-2015		ARS	Établissements publics de santé Communautés médicales et soignantes
	Étude préalable : ■ état des lieux des coopérations existantes ; ■ étude du territoire à partir d'éléments épidémiologiques, statistiques ; ■ définir les axes de coopération qui pourraient être développés entre les établissements publics de santé du territoire (projets médicaux et projets de moyens) ; ■ identifier les axes de projet médical commun ; ■ étude d'équipes médicales communes ; ■ étude d'un modèle économique adapté ; ■ élaborer un programme d'évolution de la CHT.	12 mois	2012	Éléments statistiques DOA Assurance maladie Consultant externe		
	Démarrer la CHT à partir des éléments structurants : ■ Imagerie- Chirurgie- Anesthésie ■ permanence des soins en établissements de santé (PDSES)	12 mois 24 mois	2012 2012-2014	Compétences médicales		Compétences médicales URPS
	Dérouler le programme		2013-2017			
2	Gouvernance dans le secteur médico-social : ■ accompagner les démarches visant à établir des directions communes ■ accompagner les rapprochements inter associatifs.	24 mois	2012-2013	directions communes GCS et GCSMS	ARS/CG	Établissements et organismes gestionnaires publics et privés

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
3	Mutualisation de moyens : ■ accompagner et faciliter les coopérations : GCSMS, mutualisation des fonctions supports et compétences « rares » ■ étudier la possibilité d'un groupement d'employeurs pour les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux ■ identifier les ressources sur des sujets pointus et rechercher appuis, soutiens techniques et juridiques (marchés publics, travaux, …) ■ intégration d'un ingénieur SSPE dans l'équipe territoriale	24 mois	2012-2013	GCS, GCSMS conventions de coopération , postes partagés	ARS/CG	Établissements
4	Favoriser les rapprochements et regroupements inter-associatifs dans le secteur social et médico-social	5 ans	2012-2016		Gestionnaires d'établissements et services	Gestionnaires du secteur privé non lucratifs

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°10 Repérer la crise suicidaire et prévenir la récidive

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée » (SRP objectif 8)

Argumentaire territorialisé de l'action

Les Pays de la Loire se placent au 6ème rang des régions les plus touchées sur la période 2006-2008 avec une prédominance des départements de la Mayenne et de la Sarthe. Malgré une tendance à la baisse constatée depuis quelques années, le suicide demeure une problématique de santé majeure ; 165 décès ont été enregistrés en 2008. Sur la période 2006-2008, 74 % des décès par suicide concernent des hommes. Si le risque suicidaire est surtout élevé chez les personnes âgées, près de 40 % des suicides sont le fait d'adultes d'âge moyen (entre 35 et 54 ans).

Territoire d'action

Départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Programme National d'actions contre le suicide 2011 - 2014
- Inscrire la prévention du suicide comme l'un des volets déterminants de la politique de santé mentale avec en tête de file les professionnels de la psychiatrie.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Une adaptation concertée des orientations définies, au contexte rural.

Résultat attendu sur le territoire

La baisse confirmée du taux des suicides sur le territoire en cinq ans.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	durée prévi-sible (en mois)	Échéance prévision-nelle	Res-sources néces-saires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mise en place d'un groupe départemental de prévention du suicide comprenant les phases suivantes : ▪ état des lieux/besoins/ressources ▪ établissement d'un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs ▪ détermination d'un plan d'actions en plusieurs volets et d'un échéancier selon les axes suivants : > sensibilisation et diffusion des informations > développement des programmes ayant pour objectif l'estime de soi (actions IREPS – ANPAA notamment dans les établissements scolaires) ; > mise en place des dispositifs de lutte contre l'isolement notamment en zone rurale (associations relais) > accompagnement tout au long du parcours (en amont de la crise, pendant l'hospitalisation, après au retour au domicile.	5 ans	2012-2016		ARS	CHS – CG - Secteur associatif Établissements médico-sociaux et de santé
2	Inciter les professionnels du champ sanitaire mais aussi des autres secteurs institutionnels suscep-tibles de développer des mesures préventives (ou accueillant des publics à risques (détenus, publics en fragilité sociale…) à participer au cycle de for-mations lancé par l'ARS sur le repérage de la crise suicidaire).	5 ans	2012-2016	Crédits ARS	ARS	Acteurs des champs sanitaire, médico-social, social Éducation nationale, DIRECCTE, PMI, services d'aide à domicile
3	Réunir les institutions agricoles (Direction de l'Agriculture, Mutualité Sociale Agricole, etc.) pour articuler sur le terrain les mesures prévues par le plan du Ministre de l'agriculture concernant les agriculteurs et les mesures santé du plan suicide.		2012		ARS	DDAF/MSA
4	Inscrire la prévention du suicide et le repérage de la dépression : ▪ dans les CPOM des établissements sanitaires, ESMS et convention tripartite des EHPAD ▪ dans les projets de soin et de vie des personnes en difficulté sociale présentant une souffrance psychique.	24 mois	2012-2013		ARS	Établissements de santé et médico-social
5	Mettre en place des actions de soutien auprès des personnes de l'entourage des personnes décédées à la suite d'un suicide ou ayant fait une tentative de suicide.		2013		ARS	DDCS - Secteur ambulatoire, CHS, secteur associatif, Élus

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°11 ■ Organiser les parcours de santé sur le champ des addictions avec ou sans produits

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles » (SRP objectif 1)

« Garantir l'accès à un programme thérapeutique à chaque patient le nécessitant » (SRP objectif 2)

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Dans un contexte ligérien largement défavorable, la Sarthe enregistre un taux de surmortalité de 13 % supérieur à la moyenne régionale. Ainsi 120 décès par pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool ont été démontrés chaque année.

La consommation de drogues illicites est également en augmentation dans la tranche d'âge de 15 à 25 ans selon le dernier baromètre santé jeune publié en 2010.

De plus, la précocité des comportements addictifs constatée au niveau départemental, ainsi qu'au niveau régional, représente l'un des facteurs décisifs dans l'installation du phénomène de dépendance.

Par ailleurs, un certain nombre d'addictions sans produit, dans une proportion moindre, constitue un sujet de préoccupation en raison de leur tendance à la hausse.

■ Territoire d'action

Départemental et Infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Plan national addictions 2007-2011 ;
- Programme MILDT ;
- Organisation régionale ;
- Réseau addictions 72 inscrit dans une autre dynamique d'ouverture à d'autres thématiques « santé » (santé mentale, nutrition, sexualité...)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Liens avec les pathologies inhérentes (cardio-vasculaire, neurologiques) – troubles psychiques et psychiatriques.
- Cohérence de l'information et du suivi quels que soient les publics avec une adaptation aux situations des personnes requérant une sensibilisation et un suivi spécifique (publics précaires, familles monoparentales et isolées, population des zones rurales déficitaires en soins, etc.)

■ Résultats attendus sur le territoire

- Organisation de la filière d'information, d'accompagnement et de traitement de la thématique addiction.
- Guichet d'information et d'orientation de suivi selon les situations.
- Recul sur une période de cinq ans de la consommation addictive d'alcool, de tabac, de médicaments ainsi que de drogues illicites.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Réalisation d'un état des lieux (en cours par le RESAAD avec l'aide de la CPAM) des besoins sur le territoire de la Sarthe.		2012	CPAM ONDAM	ARS	RESAAD 72, DDCS, CPAM
2	Élaboration d'un programme d'actions en trois volets : ▪ intervention destinée à tous publics (prévention universelle) dans les lieux fréquentés au quotidien (établissements scolaires, entreprises, médecine de premier recours). ▪ intervention ciblée dans les zones rurales où l'implantation d'une microstructure est possible. ▪ intervention adaptée auprès des publics fragiles en lien avec le PRAPS, dans le cadre des CLS.		2013-2014	ARS – CPAM Collectivités territoriales Assurance maladie - temps dédié de coordonnateur CLS – crédits MSP – Redéploiement Nouveaux modes de rémunération des médecins	ARS	RESAAD 72 – CPAM – DDCS - Université - Services d'addictologie des CHM et CHS - Éducation nationale – Université Services de santé au travail Associations d'usagers Cabinets libéraux, MSP, Pharmaciens, infirmiers Établissements médico-sociaux et sociaux, CSAPAA, CARRUD, UCSA, Associations concernées
3	Développer les formations permettant une culture commune telles « addiction - précarité » et « habitat - santé », en particulier pour les professionnels de santé se déplaçant à domicile		2013	Médecine libérale Assurance Maladie ONDAM	ARS	ARS et ses partenaires, en lien avec l'organisation régionale
4	Réalisation du suivi et du programme d'éducation thérapeutique (mettre en place un COPIL)		2014	Crédits ONDAM sanitaire (Services ambulatoires et SSR)	ARS	Éducation nationale – Université - Établissements de santé et médico-sociaux Organisations régionales et nationales – médecine libérale
5	Instauration d'un programme de formation et d'information.		2014	IFSI CPAM Crédits formation des établissements CPOM IREPS	ARS	IFSI Éducation nationale Établissements de santé et médico-sociaux -associations
6	Engagement d'une réflexion territoriale sur le guichet unique en vue d'identifier le guichet pertinent d'information- conseils (référent du parcours)		2015	Financements croisés	ARS	Acteurs concernés

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°12 ■ Organiser les parcours de santé sur le champ de la nutrition

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé » (SRP objectif 1)

« Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant » (SRP objectif 2)

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée » (SRP objectif 8)

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 5)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Amélioration de la santé par l'alimentation et la prévention des pathologies liées aux problématiques de nutrition

Chez les jeunes de 15 ans et plus, les données déclarées issues du baromètre santé jeunes montrent, selon une tendance générale observée en France, bien que moins marquée, une croissance de la prévalence de l'obésité dans la région entre 2005 et 2010, et également du surpoids.

Dans le département de la Sarthe les affections liées à ce problème de santé, notamment le diabète qui se traduit par un taux d'admission en ALD supérieur de 11 points à la moyenne régionale, sont présentes dans cinq des quatre territoires du département.

Les troubles des conduites alimentaires (boulimie provoquant surpoids chez les jeunes et dénutrition chez les personnes âgées liées à des tendances dépressives) doivent également faire l'objet d'une vigilance en matière de prévention. Par ailleurs on observe également une montée en charge des allergies alimentaires, notamment chez les jeunes, selon les projets d'accompagnement individualisés élaborés en milieu scolaire.

■ Territoire d'action

Départemental et Infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Plan Obésité 2010-2013 ;
- PNNS 2011-1 015 ;
- Lien avec le parcours patient AVC-SCA ;
- Convention Rectorat/ARS (toutes thématiques santé) ;
- Réseau diabète bien implanté.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Liens avec les pathologies inhérentes (cardio-vasculaire, neurologiques) – troubles psychiques et psychiatriques.
- Cohérence de l'information et du suivi quels que soient les publics avec une adaptation aux situations des personnes requérant une sensibilisation et un suivi spécifiques (publics précaires, familles mono-parentales et isolées, population des zones rurales déficitaires en soins, etc.)

■ Résultats attendus sur le territoire

- Organisation de la filière d'information, d'accompagnement et de traitement de la thématique nutrition.
- Guichet d'information et d'orientation de suivi selon les situations.
- Recul sur une période de cinq ans des problématiques liés à la nutrition.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Définir un comité de pilotage	3 mois	avril 2012		ARS	Éducation nationale - Université – Direction de l'agriculture – Direction de la cohésion sociale - CPAM – CAF - CAV – Mutuelles santé - Établissements de santé et médico-sociaux. Organismes de restauration collective CHS, Associations d'usagers
2	Élaborer et mettre en œuvre le projet dans 3 dimensions : prévention, dépistage et accompagnement - Prévention auprès des jeunes et accompagnement familial, ainsi qu'auprès de populations spécifiques : précarité- addictions, gens du voyage, UCSA…. - Organiser le dépistage et la prise en charge de la dénutrition et des allergies alimentaires en établissements de santé et médico-social, ainsi que pour des malades ciblés (diabète- risque vasculaire- cancérologie- soins palliatifs, personnes âgées) - Organiser la réponse de proximité tant sur le dépistage que sur le suivi et l'accompagnement par le biais de l'Éducation Thérapeutique	24 mois	2014	CLAND Réseau diabète ES (Centre Gallouedec - Arche- CHM) Assurance maladie Programme Éducation Santé 2011-2015 de l'Éducation nationale PNNS décliné localement. (cf Convention entre ARS et Rectorat)	ARS CPAM CLAND	Éducation nationale - Université – Direction de l'agriculture – Direction de la cohésion sociale - CPAM – CAF - CAV – Mutuelles santé - Établissements de santé et médico-sociaux. Organismes de restauration collective CHS, Associations d'usagers
3	Organiser le parcours de prise en charge en soins : traitement médical et chirurgical de l'obésité, de la dénutrition et des allergies alimentaires.		2013	CHM- CMCM- ARCHE- GALLOUEDEC CLAND- CHS Médecine libérale Enveloppe sanitaire	Centre Gallouedec	Liens avec l'organisation régionale

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Organiser le programme d'éducation thérapeutique et son suivi		2014	CLAND Réseau diabète ES (Centre Gallouedec- Arche-CHM) Assurance maladie Enveloppe fonctionnement réseaux santé	COPIL	Université - Éducation nationale Établissements de santé et médico-sociaux Organismes de restauration collective CHS Organisations régionales et nationales
5	Mettre en place un programme de formation et d'information.		2014-2015	IFSI Assurance maladie Fonds FIQCS ONDAM	CLAND	IFSI Éducation nationale Établissements de santé et médico-sociaux – CAF et CAV – Professionnels du soin et services d'aide à domicile en zone rurale et dans les quartiers sensibles urbains
6	Développer les ateliers santé nutrition dans les territoires déficitaires en professionnels de santé et organiser la prise en charge pour des publics spécifiques		2014	Fonds FIQCS	ARS/CPAM	Maisons de santé pluri professionnelles, infirmiers, pharmaciens, etc.
7	Identifier le guichet pertinent d'information-conseils (référent du parcours) et élaborer un répertoire opérationnel des ressources		2015	Financements croisés dont collectivités locales	COPIL ARS	Organisation territoriale sur le guichet unique, pôles de santé

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°13 ■ Promouvoir et accompagner les actions dans le champ de la vie affective et de la santé sexuelle

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles » (SRP objectif 1)

« Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité » (SRP objectif 6)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Le taux de recours à l'IVG est, dans les Pays de la Loire, chez les femmes de 15 à 24 ans, inférieur à la moyenne nationale. Parallèlement à ce constat positif, une augmentation régulière du nombre de grossesses, notamment en Sarthe, est signalée par les professionnels de santé.

Par ailleurs, le Planning Familial enregistre une baisse régulière sur une période cinq ans des consultations ayant pour objet la contraception (554 en 2005 ; 398 en 2010)

S'agissant des maladies sexuellement transmissibles (syphilis notamment) une légère recrudescence a été observée ainsi qu'une augmentation de la file active des patients porteurs du VIH (372 en 2009 contre 229 en 2001) ;

Ces phénomènes touchent principalement les personnes défavorisées et vulnérables.

Les professionnels enregistrent un accroissement des violences sexuelles, sexistes et homophobes.

■ Territoire d'action

Départemental avec une attention particulière aux territoires définis dans le cadre des contrats locaux de santé urbains et ruraux

■ Leviers particuliers sur le territoire

Un réseau santé sexuelle dynamique : le RGS 72 et un partenariat de qualité avec les autres acteurs dont le Centre de Santé de l'Université du Maine très investi dans l'accompagnement à la promotion de la santé.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

La difficulté à sensibiliser et mobiliser les jeunes, non seulement en zone urbaine, mais surtout en zone rurale. Dans les petites communes, la porte d'entrée de l'information se fait principalement par le médecin traitant, qui est également celui de la famille, ce qui dissuade ces publics de consulter. Dans les services de santé scolaire, il apparaît également que certains jeunes hésitent à demander de l'information, appréhendant d'être repérés par l'institution.

■ Résultat attendu sur le territoire

La coordination du suivi des jeunes, des publics précaires et des personnes en perte d'autonomie aux étapes clés de leur vie affective et sexuelle.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Constitution de réseaux locaux à partir de l'expérience du RGS 72 dans les quartiers identifiés par les CLS, pour assurer notamment : ▪ le relais local des campagnes nationales, ▪ la mise en place d'un cycle de formation autour du respect de l'autre, de la vie affective et sexuelle…	24 mois	2012-2013 1er trimestre 2012	Crédits spécifiques CLS Crédits 2011 DPPS	ARS	DDCS - Champ sanitaire-médico-social-social, Élus, RGS 72 , CG
2	Déclinaison locale des objectifs de la convention régionale entre l'ARS et l'Inspection académique.	5 ans	Groupe de travail régulier 2012-2016		ARS	Inspection académique
3	Développement des actions d'information engagées par le Planning familial dans les zones rurales sur la contraception, la prévention des violences, etc.	12 mois	Fin 2012	Crédits CG/ ARS	ARS	Médecine de premier recours – secteur associatif
4	Mise en place d'un groupe de travail avec le secteur sanitaire notamment sur l'opportunité d'un programme de formation à l'IVG médicamenteuse (convention PF/Centres hospitaliers) et la sensibilisation des médecins libéraux	12 mois	Fin 2012	Crédits CG/ ARS	ARS	Professionnels du soin CG
5	Constitution d'un groupe de travail RGS 72-PF-RESAAD 72 et autres partenaires sur l'accompagnement des jeunes – éclairage de la psychiatrie sur la vie affective et sexuelle ;	12 mois	fin 2012	MIGAC	ARS	CHS, DDCS, Secteur associatif Éducation nationale Enseignement supérieur
6	Poursuite du travail engagé avec le secteur médico-social dans l'objectif de la rédaction d'une charte - accompagnement des personnes en situation de handicap en établissements à tout âge, - soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap.	24 mois	2012-2013		ARS	Secteur médico-social CG RGS 72 DDCS
7	Accompagnement de l'évolution des actions du RGS 72 vers un réseau régional vie affective et sexuelle dans le cadre du COREVIH, notamment par l'aide à la diffusion des outils élaborés par le RGS 72 ;	24 mois	2012-2013	ARS/PF/CG	ARS	Partenaires RGS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°14 ■ Promouvoir la qualité et la gestion des risques liés aux soins, à l'accompagnement et à l'environnement dans les établissements de santé et médico-sociaux

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Développer les compétences des acteurs de santé dans une prévention de qualité » (SRP objectif 6)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

La culture de la qualité, valorisée par l'évaluation permanente, doit être envisagée selon des critères territoriaux.

Les organisations, la fluidité des parcours, les transmissions s'amélioreront à partir de l'évaluation positive de l'erreur. La déclaration d'évènements indésirables doit donc s'appliquer à chaque acteur d'un parcours. De même, les acteurs doivent intégrer le nouveau schéma de déclaration des maladies à déclaration obligatoires passant par la plateforme régionale de veille et de sécurité sanitaires de l'ARS.

Par ailleurs, la prise en compte, d'une part, de la qualité environnementale des installations (risques liés aux légionelles, aux déchets d'activités de soins à risque infectieux, à l'amiante…) et, d'autre part, du développement durable dans les activités (économie d'énergies, gestion des déchets, des transports…) doit être quotidienne, dans chaque domaine d'intervention.

■ Territoire d'action

Régional, territorial et infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

Compétences des professionnels de la qualité existants.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Intégration des établissements médico-sociaux PA- PH, et des réseaux.

■ Résultat attendu sur le territoire

- Inscription des objectifs dans les conventions et CPOM.
- Programmes de formation (nombre et programme)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Dans le cadre de l'organisation régionale, constitution d'un comité de pilotage départemental et mise en place d'une équipe et d'une organisation territoriale	1 an	2012	Lien avec le réseau régional Qualité	ARS	ESMS-ES-CG
2	Élaboration d'un programme qualité dans 3 domaines : ■ sécurité des soins et circuits du médicament : prescription- préparation- distribution (ESMS – Domicile) ■ promotion de la bientraitance : PA- PH en lien avec les dispositifs de prévention des violences faites aux femmes et aux enfants ■ développement de la qualité environnementale dans les établissements de santé, médico-sociaux et cabinets libéraux (qualité de l'eau, incitation au développement durable covoiturage …)	1 an	2012- 2013 2013	Réseau régional Qualité, HAS, AFSSAPS, Réseau ALMA, CRUQPC, PRSE, ADEME	COPIL territo-rial Conseil Général	ESMS, Établissements de santé, Pharmaciens , Qualiticiens, ESMS, Établissements de santé, usagers, associations
3	Actions de communication destinées à faire connaître le point focal de l'ARS pour le signalement des maladies à déclaration obligatoires et les événements indésirables	1 an	2014		COPIL	
4	Élaboration d'un programme de formation	1 an	2015		COPIL	
5	Communication et évaluation	1 an	2016		COPIL	

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°15 ■ Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales dans le champ de la santé environnementale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Développer les actions d'éducation thérapeutique » (SRP objectif 2)

« Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques en agissant sur l'éducation, l'accès aux activités physiques et de loisirs, le logement, l'environnement physique (réduction de la pollution atmosphérique, du bruit, développement des transports doux...) » (SRP objectif 12)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

« Mobiliser les acteurs publics pour des politiques en faveur d'un environnement sain » (SRP objectif 14)

2ème Plan régional santé-environnement (PRSE 2), qui fait partie intégrante du SRP :

« Protéger la qualité de la ressource en eau destinée à la consommation humaine » (PRSE 2 objectif 2)

« Améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs » (PRSE 2 objectif 3)

« Protéger les populations en particulier les plus sensibles des pollutions à l'intérieur des bâtiments (habitat indigne - Radon) » (PRSE 2 objectif 5)

« Optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne » (PRSE 2 objectif 6)

« Développer les actions d'éducation à la santé environnementale et la réflexion sur les risques émergents et notamment le projet associé de journée d'échanges de pratiques entre collectivités territoriales » (PRSE 2 objectif 10)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

La santé environnementale figure parmi les sept priorités régionales de prévention. Les collectivités territoriales (communes, établissements publics de coopération intercommunale...) en constituent des acteurs incontournables (rôle décisionnel, préventif ou de police). Pour certaines problématiques, elles disposent de compétences propres (aménagement du territoire, nuisances sonores, alimentation en eau potable, qualité des eaux de loisirs…).

Le département de la Sarthe (375 communes au total) peut être considéré sous deux facettes : l'une urbaine et l'autre rurale. L'aire urbaine intégrant la ville du Mans et sa communauté urbaine s'étend sur 90 communes et regroupe plus de la moitié de la population totale du département. Le reste du département reste à dominante rurale, agricole et est peuplé de manière peu dense et inégale.

Il existe un contraste fort entre :

- la ville du Mans, dotée d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS), chargé historiquement du contrôle du respect des règles d'hygiène sur le territoire de la commune, pour le compte de l'État, avec lequel il convient d'optimiser la collaboration.
- de nombreuses petites, voire très petites communes, qui manquent de ressources techniques et financières et s'impliquent donc peu dans leurs compétences propres en matière de santé environnementale.

Sur le territoire, les capacités de réponse des collectivités ne sont donc pas similaires (taille, situation des communes et de leur groupement..), ce qui nécessite d'impliquer et de soutenir certaines collectivités, en particulier dans trois champs, à enjeux forts, spécifiquement en Sarthe :

- la lutte contre l'habitat indigne : le nombre de logements potentiellement indignes est estimé à plus de 13 000 en Sarthe, qu'ils se situent en milieu urbain ou rural ; de multiples acteurs sont concernés, dont le SCHS du Mans avec un rôle clé pour plus d'un quart de la population du département ;
- la réduction de l'impact de la qualité de l'air extérieur : l'agglomération du Mans, 3ème de la région, est potentiellement impactée fortement par la pollution atmosphérique et la Sarthe, territoire le plus colonisé de la région par l'ambroisie (plante adventice très allergisante), par les allergies ;
- la sécurisation de l'alimentation en eau potable : la Sarthe comporte le plus grand nombre de ressources utilisées pour la production d'eau potable de la région, dont 20 % restent à protéger, fin 2011 ; elle présente encore des installations de production et distribution « à risque », à sécuriser, à travers son schéma départemental d'alimentation en eau potable.

Les efforts et initiatives en la matière, à investir ou à développer, permettront de contribuer à la réduction des risques sanitaires associés (intoxication par le monoxyde carbone, saturnisme, asthme, allergies, gastro-entérites, cancers…).

Territoire d'action

- territoire départemental, avec des spécificités selon le caractère urbain ou rural ;

Leviers particuliers sur le territoire

- un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), prévu par le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées et regroupant, en particulier, les services de l'État concernés [(Direction départementale des territoires (DDT), Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)], l'ARS, le Conseil Général, la Caisse d'allocations familiales, des collectivités territoriales, qui structure l'action de différents intervenants dans ce domaine ;
- les contrats locaux de santé (voir fiche n°1) pouvant intégrer la santé environnementale ;
- le nouveau schéma départemental de sécurisation de l'alimentation en eau potable, au stade de finalisation, fin 2011 ;
- le regroupement des communes et la création des intercommunalités (réforme territoriale en cours) ;
- la possibilité de participation financière [CG et Agence de l'eau Loire-Bretagne (AELB)] sur les mesures de sécurisation de l'alimentation en eau potable.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- la sensibilisation des collectivités locales, et notamment des maires, sur les problématiques de santé environnementale et leur rôle ;
- l'impact politique éventuel de certaines actions dans le champ de la santé environnementale ;
- la multiplicité des intervenants dans le champ de la santé environnementale ;
- les capacités techniques et financières des collectivités ;
- les modalités d'appui financier du CG ou de l'AELB ;
- les projets de contrats locaux de santé limités à certains secteurs ;
- en matière d'habitat indigne, le repérage des situations limité au signalement ponctuel (par des locataires ou par des travailleurs sociaux), les situations d'indignité des logements occupés par leurs propriétaires étant rarement signalées, notamment pour les personnes âgées et/ou en milieu rural ;
- les risques de pollutions diffuses des ressources en eau.

Résultats attendus sur le territoire

- investissement et implication des collectivités territoriales, dans le champ de la santé environnementale, notamment à travers la mise en œuvre de leurs compétences et l'application de la réglementation ;
- investissement et implication des collectivités territoriales, dans le champ de la santé environnementale, notamment à travers la mise en œuvre de leurs compétences et l'application de la réglementation ;
- bonne coopération et coordination territoriale des acteurs formés de proximité et des services de l'État en charge de l'habitat, avec un partage d'outils et d'une base de données ;
- amélioration du traitement des signalements sur l'habitat, pour une réduction du nombre de logements indignes ;
- limitation de la pollution atmosphérique sur l'agglomération du Mans ;
- limitation de la prolifération de l'ambroisie et amélioration de la prévention des allergies sur le territoire ;
- finalisation de la protection des captages d'eau potable et application effective des prescriptions imposées par les arrêtés préfectoraux déclarant d'utilité public les périmètres de protection des captages [vérification à travers les inspections conjointes ARS/DDT/Direction départementale de la protection des populations (DDPP)/Office national de l'eau et des milieux aquatiques (ONEMA)] ;
- amélioration de la sécurisation des systèmes d'alimentation en eau potable de la Sarthe.

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA SARTHE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>> Action n°15

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
La lutte contre l'habitat indigne						
1	Élaborer un protocole de coopération préfet/ARS/SCHS, couvrant notamment la lutte contre l'habitat indigne	12 mois	Mi 2013 (protocole signé)		ARS	Préfecture, SCHS Le Mans
2	Déployer l'application « ARIANE – Habitat », permettant de gérer les procédures et d'alimenter une base de données partagées, en matière de lutte contre l'habitat indigne, et former les partenaires du PDLHI à son utilisation, dont le SCHS de la ville du Mans et le CG	12 mois	Début 2013 (utilisation partagée de l'application)	Marché régional pour l'intervention d'un prestataire	ARS	Membres du PDLHI, prestataire régional
3	Sensibiliser les maires à la lutte contre l'habitat indigne et à leur rôle (application du règlement sanitaire départemental) et les soutenir, par la mise à disposition d'outils et éventuellement l'incitation à la création de cellules techniques spécialisées	24 mois	2014 (diffusion de supports de communication et d'outils opérationnels)	Supports de communication, outils d'évaluation de l'habitat	ARS	Membres du PDLHI, collectivités, association des maires
La réduction de l'impact de la qualité de l'air extérieur						
4	Suivre les résultats de l'évaluation des risques sanitaires liés à la pollution atmosphérique sur la ville du Mans et les suites qui leur sont données	Fonction des recommandations et délais préconisés par la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (CIRE)	Fonction du programme de travail de la CIRE (mise en œuvre des recommandations de la CIRE, autant que possible)	Groupe de travail mis en place par la CIRE, adhésion de la ville du Mans à la démarche et capacité de réponse	ARS CIRE	Ville du Mans, Air Pays-de-la Loire
5	Impulser et suivre la création d'un pollinarium sentinelle sur le territoire de santé	24 mois	fin 2013 (pollinarium opérationnel)	Subvention ARS, volontariat d'une collectivité nécessaire	ARS	Association des pollinariums sentinelles de France, Collectivités, allergologues
6	Informer et sensibiliser les collectivités sur le repérage et l'élimination de l'ambroisie	3 mois/an	Fréquence annuelle (action d'information réalisée)	Modalité de communication	ARS	Fédération départementale des groupements de défense contre les organismes nuisibles, Chambre d'agriculture, CG, association des maires

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Durée prévisible (en mois)	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
La sécurisation de l'alimentation en eau potable						
7	Mobiliser les collectivités et les appuyer pour la mise en place des périmètres de protection des captages d'eau potable (PPC) non encore existants	36-48 mois	2015 (100 % captages utilisés protégés)	Procédures mises en œuvre à l'initiative de la collectivité concernée, élaboration d'un arrêté de déclaration d'utilité publique (prescriptions)	ARS	DDT, AELB, Collectivités concernées et autres acteurs impactés par les PPC
8	Vérifier la mise en place effective des prescriptions prévues dans les PPC, par les collectivités, sur la base des inspections conjointes réalisées, et les y contraindre, le cas échéant	Non collectivités	Fonction de l'avancement des procédures d'instauration des PPC et de la fréquence des inspections égale à 2 par an, en moyenne (prescriptions arrêté préfectoral respectées)	Services concernés par le champ des PPC à coordonner	ARS	DDT, DDPP, ONEMA, collectivités concernées
9	Favoriser la mise en œuvre des propositions du schéma départemental pour l'alimentation en eau potable, en matière de sécurisation, en particulier dans les secteurs en difficulté		Fonction du budget des collectivités (sécurisation effective des secteurs à risque)	Réunions de négociations, responsabilité et libre choix des collectivités, aides financières éventuelles de l'AELB ARS CG DDT AELB		Collectivités concernées
10	Sensibiliser les collectivités à la prise en compte des risques sanitaires liés à l'implantation d'antennes de télécommunication sur les châteaux d'eau et les fédérer autour d'une charte la régulant et associant les opérateurs	18 mois	2014 (charte signée)	Réunions de concertations, projet de charte à établir, sur la base d'une éventuelle position nationale en attente	ARS	DDT, CG, collectivités, association des maires, propriétaires des antennes de télé communication

AVANT-PROPOS

1 DÉFINITION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ, CONTENU ET ARTICULATION AVEC LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES THÉMATIQUES DE NIVEAU RÉGIONAL

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit les priorités au sein du territoire.

Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS). Le PTS, dans une logique de territoire, vise à :

- apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social
- optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels.…
- mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : il en est ainsi des actions visant la mutualisation des moyens, les coopérations entre structures…

2 ENJEUX PROPRES DU TERRITOIRE AUXQUELS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ RÉPOND

Concernant le territoire de santé de la Vendée, les priorités sont ciblées sur les quatre enjeux suivants :

- un accès aux services de santé, aujourd'hui et dans l'avenir, toute l'année, et en tout point du territoire de santé

Si la Vendée n'est pas le département le plus en tension sur le plan de la démographie médicale et paramédicale au sein de la région des Pays de la Loire, la problématique se pose par rapport au choc démographique (616 906 habitants en 2011, avec une prévision de 840 000 en 2040). La démographie des professionnels de santé reste par ailleurs très en retrait sur certains territoires. La désertification médicale est accentuée dans le Sud et l'Est de la Vendée, tandis que des problématiques spécifiques sont à prendre en compte à l'Ile d'Yeu et à Noirmoutier. L'impact saisonnier (afflux touristique) avec une population qui double ou triple nécessite d'aménager une réponse.

Le territoire de la Vendée connaît un problème d'attractivité pour le recrutement de médecins spécialistes. Les expériences de fusion des établissements de santé (centre hospitalier Loire Vendée Océan, centre hospitalier départemental) et la création de pôles de santé public-privé constituent un atout pour le territoire.

La Vendée connaît un taux d'équipement élevé en Ehpad, mais il existe de fortes disparités territoriales dans l'offre. Par ailleurs, l'offre s'avère en partie inadaptée en raison d'un manque de structures alternatives, d'accueils séquentiels et d'organisation du maintien à domicile.

Les actions retenues dans le PTS visent à :

- favoriser et soutenir l'installation des professionnels de santé
- organiser l'offre de soins de proximité de premier recours
- rationaliser l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé
- rééquilibrer l'offre en Ehpad au sein du territoire de santé de Vendée
- favoriser le renforcement des filières inter-établissements par la création d'une communauté hospitalière de territoire sur la Vendée
- une politique offensive sur la jeunesse et le vieillissement pour faire face à l'évolution démographique du territoire

Le territoire de la Vendée connaît une population en forte croissance et un vieillissement de la population qui justifient la mise en place d'une politique offensive dirigée vers la jeunesse et le vieillissement.

Le diagnostic territorial confirme la nécessité de prévenir et repérer les conduites à risques plus particulièrement chez les jeunes, et la problématique du suicide chez les hommes ; mais aussi de prévenir la perte d'autonomie.

Les actions retenues dans le PTS visent à :

- favoriser l'articulation entre les structures ressources en prévention, les associations de proximité et les acteurs de la santé et du social
- coordonner les acteurs pour un plan d'action de prévention de la crise suicidaire
- expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

- améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

- la garantie d'un processus de continuité des parcours de vie et de santé notamment pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées

Les établissements sociaux et médico-sociaux accueillent une population d'environ 30 à 50 % de personnes présentant un handicap psychique. Un des enjeux est d'éviter les ruptures de soins notamment par la mise en place de coopérations entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

D'autre part, on constate que de plus en plus de travailleurs handicapés ont besoin d'un travail séquentiel.

Le diagnostic territorial a également mis en évidence un manque de structures d'hébergement temporaire spécialisées, l'absence de plateforme de répit et d'accompagnement.

Les actions retenues dans le PTS visent à :

- décloisonner et articuler les dispositifs de soins et d'accompagnement pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique
- accompagner, par le travail séquentiel, l'entrée et la sortie d'ESAT des travailleurs handicapés
- soutenir les aidants familiaux pour aider au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie
- améliorer la fluidité du parcours de santé de la personne âgée

- une prévention et une maîtrise des risques en matière de santé environnementale

Les caractéristiques du département, tant d'un point de vue de son environnement que des activités humaines, influent sur les enjeux et problématiques de sécurité sanitaire et de santé environnementale.

Les spécificités de la Vendée reposent sur :

- un caractère hautement touristique, qui se traduit par un afflux populationnel important en la période estivale (mai – septembre), notamment sur la frange littorale, et le développement de nombreuses activités de tourisme (campings, piscines, etc.) et de loisirs (pêche à pied, baignades en mer mais également en eau douce)
- une alimentation en eau potable fortement dépendante des ressources superficielles, dont la gestion est influencée par la saisonnalité et un contraste urbain/rural. La protection au regard des pollutions diffuses et ponctuelles comme la gestion quantitative en période estivale constituent à ce titre des enjeux territoriaux majeurs. De même, les caractéristiques de ces ressources nécessitent la mise en œuvre d'un traitement physico-chimique poussé, qu'il importe d'optimiser en vue de limiter la production de sous-produits de chloration indésirables.
- des logements indignes inégalement répartis sur le territoire avec une proportion inhabituellement importante de propriétaires occupants qu'il importe de pouvoir repérer et accompagner dans les travaux de résorption.
- une géologie influencée en partie par le massif armoricain, qui pourrait conduire dans la nouvelle réglementation à un classement en zone sensible vis-à-vis du radon (radionucléide naturel toxique) dont les risques portent sur une concentration dans les espaces clos.
- un système éducatif privé/public également réparti sur le territoire, avec le souhait de développer au sein de ces deux instances des actions de prévention notamment sur les risques auditifs liés à la musique amplifiée

Aussi, les actions retenues dans le cadre du PTS visent à la prévention des risques et à l'éducation à la santé sur les enjeux locaux suivants :

- garantir la qualité des lieux et activités touristiques développées sur le littoral Vendée :
- préserver et garantir la qualité de l'eau potable, distribuée à partir de ressources superficielles fragiles
- renforcer la lutte contre l'habitat indigne et la prévention sur la qualité de l'air intérieur
- développer la prévention des jeunes de l'ensemble du territoire aux risques liés à la musique amplifiée, au travers du système éducatif

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°1 : Favoriser et soutenir l'installation des professionnels de santé sur le département, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°2 : Organiser l'offre de soins de proximité de premier recours, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

Action n°3 : Rationaliser l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé

Action n°4 : Créer une Communauté Hospitalière de Territoire sur la Vendée

Action n°5 : Favoriser l'articulation entre les structures ressources en prévention, les associations de proximité, les acteurs de santé et du social

Action n°6 : Décloisonner et articuler les dispositifs de soins pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique

Action n°7 : Accompagner, par le travail séquentiel, l'entrée et la sortie d'ESAT des travailleurs handicapés

Action n°8 : Rééquilibrer l'offre en EHPAD au sein du territoire de santé de la Vendée

Action n°9 : Améliorer la fluidité du parcours de santé de la personne âgée

Action n°10 : Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Action n°11 : Coordonner les acteurs pour un plan d'actions de prévention de la crise suicidaire

Action n°12 : Expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

Action n°13 : Optimiser la réponse territoriale en Santé Mentale.

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°14 : Favoriser l'expression et l'accès aux droits des usagers

Action n°15 : Accompagner et soutenir les aidants familiaux pour favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°16 : Préserver et garantir la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, de la ressource à l'usager

Action n°17 : Développer la prévention sur les risques sanitaires liés à l'environnement dans les espaces clos et sur les risques auditifs liés à la musique amplifiée

Action n°18 : Préserver la qualité des milieux à usages de loisirs et renforcer la sensibilisation et l'information notamment en zone littorale

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°1 ■ Favoriser et soutenir l'installation des professionnels de santé sur le département, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance » (SROS objectif 9)

« Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins » (SROS objectif 12)

« Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes » (SROS objectif 16)

Argumentaire territorialisé de l'action

- La Vendée connaît une forte expansion démographique (616 906 habitants en 2011), avec des prévisions toujours croissantes d'ici 2040 (+ 1,3 % par an pour un taux national de +0,8 %) ; les villes du littoral observent une forte croissante de leur population, alors que les villes du bocage et du Sud- Est voient leur population décroitre. Cette évolution est conjuguée à l'indice de vieillissement (Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) le plus élevé des Pays de la Loire (81,4 au 1er janvier 2008- Statiss 2010) et à un afflux touristique saisonnier, en tant que 2ème département touristique de France, principalement sur le littoral.
- Or la démographie médicale n'a pas connu une évolution comparable. Pour la 1ère fois, l'évolution du nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre a été négative entre 2008 et 2009 (-7,58 %). La densité médicale des généralistes et des spécialistes est donc en recul (94 médecins généralistes libéraux / 100 000 habitants en Vendée pour 102 sur la région et 110 en France / 40 spécialistes libéraux en Vendée pour 63 sur la région et 87 sur le territoire national au 01/01/2009 – Statiss 2010). La pénurie des spécialistes concerne les libéraux et les hospitaliers (neurologue, oncologue, radiologue, pneumologue…). L'âge des médecins généralistes libéraux est également une préoccupation, 30 % ont plus de 60 ans (Source : ARS Pays de la Loire, Direction Observations et Analyses).
- Les densités en professionnels paramédicaux libéraux sont inférieures au niveau régional : infirmières (73 pour 100 000 habitants contre 118 au niveau national), masseurs kinésithérapeutes (74 pour 100 000 habitants contre 85 au niveau national), orthophonistes (17 pour 100 000 habitants contre 24 au niveau national) – Statiss 2010.
- L'offre de soins est impactée, non seulement par la faible attractivité du département en matière d'installation médicale et par les départs à la retraite, mais aussi par des cessations anticipées d'exercice en secteur libéral (17 en 5 ans selon l'Ordre des médecins) et les changements d'activité (16 sur la même période dont 7 en 2010).
- La répartition des médecins généralistes est inhomogène sur le département. La désertification médicale est ainsi accentuée dans certains territoires notamment le Sud et l'Est de la Vendée, tandis que des problématiques spécifiques sont à prendre en compte à l'Ile d'Yeu et à Noirmoutier.
- La convergence des aides à l'installation vers les zones conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance et l'optimisation du temps médical semblent donc indispensables en vue de conforter, à moyen et long terme, la démographie des professionnels de santé sur le département.

Territoires d'action

Territoire infra départemental : zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance pour l'octroi des aides aux professionnels.

Territoire départemental pour la structuration d'équipes territoriales de médecins spécialistes.

Leviers particuliers sur le territoire

- Redéfinition des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance et disponibilité d'aides à l'installation.
- Proposition de contrats d'engagement de service public durant les études médicales.
- Réunion, au sein du Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er recours (CATS), de tous les représentants des acteurs départementaux susceptibles d'octroyer des aides à l'installation, en vue de prolonger la réflexion engagée sur leurs critères d'attribution.

- Organisation de l'offre de soins de premier recours en prenant en compte les évolutions souhaitées par les professionnels de santé dans leurs modalités d'exercice (exercice pluriprofessionnel et coordonné, salariat).
- Promotion de l'accueil de stagiaires par des maîtres de stages.
- Réorganisation de la permanence des soins ambulatoire permettant de pérenniser une réponse en nuit profonde reposant sur la sollicitation d'un nombre restreint de volontaires.
- Intervention annuelle auprès des étudiants en médecine des facultés de Nantes et Angers.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- La mise en cohérence de l'ensemble des politiques publiques.
- Les contraintes, dont celles liées à l'afflux saisonnier, pesant sur les professionnels de santé installés en secteur libéral et hospitalier afin d'éviter les cessations anticipées d'exercice.
- Un dimensionnement des équipes médicales de spécialistes en établissements de santé compatible avec le déploiement de consultations avancées et une attractivité des conditions d'exercice.
- La densité médicale et l'organisation de la continuité des soins sur les zones du littoral particulièrement exposées à l'afflux saisonnier.
- Le maintien d'une offre hospitalière de proximité sur les territoires.
- Veiller à associer sur les territoires concernés les usagers ou leurs représentants.

Résultats attendus sur le territoire

- Maintien des professionnels de santé en place et installation de professionnels de santé dans les zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance (nombre de signatures de contrats d'engagement de service public, nombre de professionnels de santé dans les zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance)
- Amélioration du maillage territorial des réponses spécialisées (organisation de consultations avancées, création de postes de praticiens partagés, télémédecine, organisation des filières de prise en charge).

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Procéder à un état des lieux, par spécialité, des ressources médicales, actualisé tous les 6 mois et étudier la faisabilité sur les ressources paramédicales	2012	À définir avec les partenaires.	ARS	Ordres des Professionnels de santé, URPS, spécialistes libéraux et salariés.
2	Poursuivre le développement d'un guichet unique départemental, interlocuteur identifié pour tous les professionnels de santé souhaitant s'installer sur le département (en lien avec la Plate Forme d'Appui aux Professionnels de Santé-PAPS)	2013	Supports d'information. Enveloppe à définir avec les partenaires.	Pilotage à définir	Conseil Départemental Ordres des Professionnels de santé, Conseil Général, URPS, Élus
3	Organiser un cycle de réunions sur la démographie médicale et paramédicale sur les territoires	2012	À définir avec les partenaires.	ARS	Ordres des Professionnels de santé – URPS – CDPS - MSA
4	Créer une antenne maison de santé universitaire : - étudier la faisabilité - élaborer un cahier des charges	2014	À définir avec les partenaires	Pilotage à définir	ARS - Faculté de médecine du CHU de Nantes – Ordres des Professionnels de santé - URPS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°2 ■ Organiser l'offre de soins de proximité de premier recours, en priorité dans les zones fragiles conventionnelles et les espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de santé de proximité » (SRP objectif 7)

« Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours » (SROS objectif 8)

« Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance » (SROS objectif 9)

« Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins »

(SROS objectif 12)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- La Vendée connaît une forte expansion démographique (616 906 habitants en 2011), avec des prévisions toujours croissantes d'ici 2040 (+ 1,3 % par an pour un taux national de +0,8 %). Cette évolution est conjuguée à l'indice de vieillissement (Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) le plus élevé des Pays de la Loire (81,4 au 1er janvier 2008 – Statiss 2010) et à un afflux touristique saisonnier, en tant que 2ème département touristique de France, principalement sur le littoral.
- Or la démographie médicale n'a pas connu une évolution comparable. Pour la 1ère fois, l'évolution du nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre a été négative entre 2008 et 2009 (-7,58 %). La densité médicale est donc en recul (94 médecins généralistes libéraux / 100 000 habitants en Vendée pour 102 sur la région et 110 en France au 01/01/2009 – Statiss 2010). L'âge des médecins généralistes libéraux est également une préoccupation, 30 % ont plus de 60 ans (Source : ARS Pays de la Loire, Direction Observations et Analyses).
- Les densités en professionnels paramédicaux libéraux sont inférieures au niveau régional : infirmières (73 pour 100 000 habitants contre 118 au niveau national), masseurs kinésithérapeutes (74 pour 100 000 habitants contre 85 au niveau national), orthophonistes (17 pour 100 000 habitants contre 24 au niveau national) – Statiss 2010.
- L'offre de soins est impactée, non seulement par la faible attractivité du département en matière d'installation médicale et par les départs à la retraite, mais aussi par des cessations anticipées d'exercice en secteur libéral (17 en 5 ans selon l'Ordre des médecins) et les changements d'activité (16 sur la même période dont 7 en 2010).
- La répartition des médecins généralistes est inhomogène sur le département. La désertification médicale est ainsi accentuée dans les certains territoires notamment le Sud et l'Est de la Vendée, tandis que des problématiques spécifiques sont à prendre en compte à l'Ile d'Yeu et à Noirmoutier.
- La structuration de l'offre de santé de premier recours doit permettre d'organiser l'effectivité et la continuité de la réponse aux besoins de santé de la population tout en proposant des modalités d'exercice répondant aux aspirations actuelles des professionnels de santé.
- L'organisation d'une réponse aux nouveaux patients rencontrant des difficultés à accéder à un médecin généraliste, tant à domicile qu'en EHPAD, doit être promue dans l'intervalle.

■ Territoire d'action

Territoires de l'offre de soins de 1er recours.

Leviers particuliers sur le territoire

- Réflexion partagée entre le Conseil Général, la Préfecture et la Délégation territoriale de l'ARS sur des critères communs et complémentaires en termes d'implantation des structures et d'aides apportés aux professionnels.
- Installation du Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de 1er recours (CATS).

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Zones fragiles conventionnelles et des espaces d'équipes de soins fragiles ou sous vigilance.
- Démographie médicale : vieillissement, non remplacement des médecins à la retraite.
- Démographie paramédicale.
- Difficultés à trouver un médecin traitant dans certains territoires ruraux, mais aussi en secteur urbain

Résultats attendus sur le territoire

- Assurer un accès aux soins de 1er recours pérenne par un maillage du territoire en garantissant la continuité et la permanence des soins.
- Accès possible à un médecin généraliste en proximité pour tout nouveau patient (suivi du nombre de signalements de refus de prise en charge et des recours au 15, hors urgence vitale, sur certaines périodes).
- Accompagner le développement des coopérations et des coordinations entre médecins et para médicaux.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Développer : - les maisons de santé pluri professionnelles - les pôles pluri professionnels de santé - autres structures tels que centres de santé	2012 - 2016	En fonction des projets présentés par les territoires et des enveloppes existantes.	ARS	Membres du CATS – Professionnels de Santé – Collectivités territoriales 6 Assurance Maladie - URPS
2	Promouvoir une organisation collective médicale garantissant la continuité des soins et l'accès pour les nouveaux patients à un médecin généraliste de proximité	2012 - 2013	À définir avec les partenaires.	Pilotage à définir	Ordres des Professionnels de Santé, URPS, médecins généralistes des territoires de proximité, hôpitaux de proximité, Assurance Maladie

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 ■ Rationaliser l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissements de santé en renforçant les mutualisations » (SROS objectif 15)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Il s'agit de reconfigurer l'organisation de la PDSES pour permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population, en cohérence avec la gradation des soins hospitaliers, par spécialités médicales et chirurgicales, dans le cadre d'une stratégie régionale.

Trois niveaux de territoire ont été retenus

- le territoire régional
- le territoire départemental
- le territoire de proximité

À partir de l'état des lieux recensant les différents types de gardes et astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES sera faite et un niveau de territoire sera attribué à chacune.

La chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'obstétrique ont été considérées comme des spécialités de plateau technique de proximité. Cette approche pour le viscéral et l'orthopédie a été étendue dans les grandes agglomérations à l'ensemble des établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. La nécessité d'une ligne complète pour la chirurgie viscérale a pu être reconnue dès lors que l'établissement avait une activité d'obstétrique retenue pour la PDSES. Pour la chirurgie orthopédique, la modalité d'une demi-astreinte a été retenue en cas de faible activité en nuit profonde. Pour l'obstétrique dans les grandes agglomérations, il été retenu deux lignes d'obstétriques pour ne pas mettre en difficulté les maternités de niveau III.

Dans une logique de filière de soins, la spécialité de médecine polyvalente a été retenue au bénéfice des établissements publics disposant d'un accueil des urgences. Toutefois ces lignes sont limitées au WE.

Pour l'anesthésie, la coexistence d'un plateau technique de chirurgie et d'un plateau technique d'obstétrique également mobilisés pour la pdses a été prise en compte. Lorsque ce cas de figure concerne un pôle public privé, il a été considéré que deux astreintes étaient nécessaires de 20 h à minuit et qu'une seule astreinte était justifiée en nuit profonde.

Le dispositif retenu pour la biologie (hors biologie spécialisée) et la pharmacie est le suivant : une astreinte par site ayant une activité d'urgences de recours, une astreinte de WE pour les autres sites avec urgences. Pour ces deux disciplines, l'existence de mutualisations a été prise en compte.

■ Territoires d'action

Territoire départemental et territoires de proximité selon les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Regroupement public-privé sur Fontenay le Comte.

Regroupement public-privé sur Les Sables d'Olonne.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Différences de statuts des médecins en fonction de la nature juridique de leur établissement.
- Adaptation de l'organisation aux besoins liés aux fluctuations saisonnières de la population.

■ Résultats attendus sur le territoire

- Mutualisation des ressources médicales.
- Adéquation de l'offre sanitaire de permanence avec les besoins de couverture sanitaire de la population.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de la PDSES	début 2012	Données statistiques	ARS	Fédérations hospitalières, établissements de santé publics et privés - URPS
2	Élaboration du schéma cible de la PDSES pour le territoire départemental et les territoires de proximité	Premier trimestre 2012		ARS	Fédérations hospitalières, établissements de santé publics et privés - URPS
3	Négociation des regroupements de gardes et astreintes	2012		ARS	Fédérations hospitalières, établissements de santé publics et privé - URPS
4	Détermination des financements des regroupements de gardes et astreintes	2012	Connaissance des enveloppes de crédits alloués à la PDSES (MIGAC…)	ARS	
5	Finalisation des modes de coopérations inter-établissements pour mettre en œuvre le nouveau schéma de PDSES	fin 2012		ARS	Fédérations hospitalières, établissements de santé publics et privés - URPS

>>> Action n°3

PDSES répartition des gardes et des astreintes

Spécialités	Modalités
Chirurgie viscérale	La Roche 1/2 G, 1/2 AO, 1 AO, Les Sables 1 AO, Fontenay 1 AO, Challans 1 AO
Chirurgie orthopédique	La Roche 2 AO, Les Sables 1 AO, Fontenay 1 AO, Challans 1 AO
Gynécologie obstétrique	La Roche 1 G 1 AO, Les Sables 1 AO, Fontenay 1 AO, Challans 1 AO
Chirurgie urologique	La Roche Les Sables 2 AO
Chirurgie vasculaire	La Roche 1 AO
Chirurgie ORL	La Roche 1 AO
Chirurgie maxilo-faciale et stomato	La Roche 1 AO
Ophtalmologie	1 astreinte départementale associant les libéraux
Néphrologie	La Roche 1 AO
Neurologie en UNV	La Roche 1 AO unV
Pneumologie	La Roche 1 AO
Gastroentérologie	La Roche 1 AO, Challans 1 AO WE, Les Sables 1 AO WE
Médecine polyvalente Urgences****	La Roche 1 AO WE, Les Sables 1 AO WE, Challans 1 AO WE, Fontenay 1/2 AO La Roche 1 AO
Cardiologie dont cardiologie interventionnelle et USIC	La Roche Garde usiC 1 AO, interv 1, Les Sables 1 AO, Fontenay 1 AO, Challans 1 AO
Pédiatrie en maternité	La Roche 1 G, 1 AO, Les Sables 1 AO, Fontenay 1 AO
Réanimation adulte	La Roche 1 G
Anesthésie	La Roche 2 G, 1 AO, Sables 1 AO, 1/2 AO, Fontenay 1 AO, 1/2 AO, Challans 1 G
Biologie	La Roche 1 AO, Les Sables 1 AO WE, Fontenay 1 AO WE, Challans 1 AO WE
Pharmacie	La Roche 1 AO, Challans 1 AO WE, Les Sables 1 AO WE, Fontenay 1 AO WE
Radiologie	La Roche 1 AO, Challans 1 AO, Les Sables 1 AO
Médecine interne endocrinologie	La Roche 1 AO WE

*AO : astreinte opérationnelle
**G : garde
***AO WE : astreinte opérationnelle week-end
**** Ne concerne que les urgences autorisées en établissement privé
***** AO complète pendant la période estivale (3 mois par an) pour l'anesthésie aux Sables

Action n°4 ■ Créer une Communauté Hospitalière de Territoire sur la Vendée

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation » (SROS objectif n°25)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Filières inter-établissements à renforcer

Problème de l'attractivité de la Vendée pour le recrutement de médecins spécialistes

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

Solides expériences de fusions (Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, Centre Hospitalier Départemental)

Loi HPST, définissant les modalités de mise en place d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)

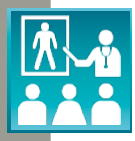
■ Résultats attendus sur le territoire

- Recrutements partagés
- Mise en commun d'expertises
- Mutualisations

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Créer une CHT ■ Définir les axes de coopérations qui pourraient être développés entre les 4 principaux établissements publics de santé du territoire (dans un premier temps), le Centre Hospitalier Départemental étant l'établissement de référence ; puis élargissement à l'ensemble des établissements publics de santé ■ Définir le périmètre et les filières inter-établissements	2012 Projet médical : premier semestre 2012 Convention constitutive : fin 2012	Établissements publics de santé du territoire de santé (Centre Hospitalier Départemental, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, Centre Hospitalier Côte de Lumière, Centre Hospitalier de Fontenay) et ex-hôpitaux locaux	Établissements publics de santé et ex-hôpitaux locaux

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Favoriser l'articulation entre les structures ressources en prévention, les associations de proximité, les acteurs de santé et du social



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Développer les compétences des acteurs de santé dans une prévention de qualité » (SRP objectif 6)

« Engager les acteurs de santé de premier recours dans les actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée » (SRP objectif 8)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Éléments de diagnostic

L'enjeu de la prévention est bien de réduire la mortalité évitable et d'améliorer la santé. Le diagnostic à la fois régional et local met en évidence une forte croissance démographique qui devrait se traduire par des besoins croissant en prévention. Les données 2011 de l'ORS concernant la Vendée mettent en évidence des situations contrastées en termes de mortalité évitable.

Le diagnostic territorial réalisé par la conférence de territoire confirme la nécessité :

- de prévenir et de repérer la problématique des conduites à risques plus particulièrement **chez les jeunes**, et celle du suicide notamment chez les hommes
- de prévenir la perte d'autonomie et ses conséquences.

État des lieux

La prévention qu'elle soit généraliste, sélective ou ciblée, est de plus en plus identifiée comme une des missions des structures sanitaires et médico-sociales, au niveau du premier recours, mais aussi éducatives, d'enseignement, d'insertion, d'aide à domicile,

Les professionnels qui s'en saisissent dans ces structures ont souvent besoin de faire appel à des intervenants extérieurs, soit pour intervenir directement auprès de leur public, soit pour les aider à monter des actions **collectives** de prévention.

Les associations professionnelles témoignent de leur difficulté croissante (malgré la coordination et ou de mutualisant) à répondre à toutes les sollicitations, alors qu'elles communiquent peu sur leurs activités. Certains intervenants travaillent en partenariat, mais la connaissance de l'existence et des missions de chacun reste limitée. Elle est encore plus limitée pour les structures qui devraient savoir vers qui s'orienter pour avoir une réponse la plus pertinente possible.

Il n'existe pas aujourd'hui de document rendant lisible les structures et intervenants en prévention sur le département de la Vendée.

Pertinence de la mise en œuvre des objectifs :

Pour développer la formation des acteurs de santé, les sensibiliser, et promouvoir les recommandations de bonnes pratiques, il est nécessaire que les structures, professionnels et bénévoles ressources du département de la Vendée :

- se connaissent, c'est-à-dire s'identifient réciproquement, connaissent leurs rôles, missions et spécificités d'approche
- partagent et améliorent leurs pratiques
- soient lisibles pour les structures qui ont besoin de leur accompagnement

Territoires d'action

Territoire départemental et infra départemental

Leviers particuliers sur le territoire

Un partenariat local pré existant et confirmé par le pôle régional de compétences en promotion et éducation pour la santé, permet la concertation et la mutualisation des compétences de 7 structures régionales (AIDES, ANPAA, Pays de la Loire Fédération Addiction, IREPS Pays de la Loire, Mutualité Française des Pays de la Loire, ORS, Sida Info Service)

Des instances de concertation existent déjà : groupe de travail prévention des addictions en milieu scolaire, groupe départemental autour des TIC (IREPS-DDCS), groupe de travail des intervenants en communication relationnelle (REAAP)…

Des instances de coordination permettent le développement d'actions de communication et de formation des professionnels avec l'appui des structures ressources : CLIC, réseaux et notamment le RIS'AD (réseau d'information et santé en addictologie) dont la montée en charge se poursuit depuis fin 2010, la MDA /PASEO concernant plus spécialement les publics adolescents.

L'action des collectivités locales et territoriales et les contrats locaux de santé en émergence.

La mise en place d'un centre fédératif de prévention et de dépistage au CHD qui aura pour mission de promouvoir et développer les activités de prévention et de dépistage à l'échelle départementale en termes de prévention de la tuberculose, des IST et VIH et promouvoir la vaccination

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Problématiques infra territoriales :

Sur certains territoires les intervenants sont nombreux (ex : La Roche sur Yon, siège de beaucoup d'associations et de services à vocation départementale).

D'autres territoires sont plus difficilement accessibles pour les intervenants (L'Ile d'Yeu, territoires ruraux éloignés de La Roche sur Yon).

Les temps et les frais de déplacements sont importants pour des structures qui répondent aux demandes sur tout le département

La prévention est plurielle et des complémentarités restent à trouver entre les partenaires dont les logiques d'intervention peuvent être différentes.

Les structures médico-sociales, d'insertion, d'éducation… ont de moins en moins les moyens financiers et humains pour se former, monter des projets de prévention et d'éducation pour la santé. La précarité de certains dispositifs (ex. : formation des jeunes en insertion) permet difficilement la mise en place d'actions dans la durée.

Résultats attendus sur le territoire

- Lisibilité des intervenants en prévention sur le département de la Vendée (zoom sur les territoires des contrats locaux de santé)
- Espaces et temps d'échange voire d'analyse de la pratique pour les intervenants en prévention
- Formation et appui aux acteurs du département, structurés dans le cadre du pôle régional de compétences
- Nombre d'établissement ayant un volet prévention identifié dans leur convention tripartite
- Renforcement des moyens humains dans les structures de prévention généralistes et spécialisée, pour développer un maillage de proximité sur le territoire de santé et lien avec le développement des CLS

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°5

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Accompagner les projets de contrats locaux de santé dans les territoires à identifier (sur tous les champs de la santé y compris santé environnementale)	2012-2016	Données statistiques	Co pilotage ARS-collectivités territoriales	Acteurs santé/médico-social / social des projets.
2	Recenser les intervenants en prévention y compris en santé environnementale en Vendée (lisibilité des ressources)	Phase 1 2012/2013	À définir	À définir : IREPS ARS Pôle ressource	Associations, professionnels, MSA
3	Mettre en place des groupes d'échanges de pratiques et de concertation entre les professionnels (thématiques/ populationnels/par territoire)	Phase 2	À définir	À définir : IREPS Réseaux Structures ressources…	Structures ressources, réseaux, associations de proximité, CLIC
4	S'assurer de l'articulation du volet prévention des projets de santé des maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé avec les autres acteurs de prévention du territoire	2012-2106		Professionnels de santé Comité d'Accompagnement territorial des soins de premiers recours (CATS)	Structures ressources, réseaux, associations de proximité, CLIC, MSA
5	Prendre en compte le volet prévention identifié dans les conventions tripartites ou les CPOM des établissements et services médico-sociaux	2012-2016		ARS / Conseil Général	Établissements médico-sociaux
6	Promouvoir et renforcer la coordination des interventions de prévention des pratiques à risques chez les jeunes	2012-2016	À définir	À définir : CAARUD ANPA/ METIVES MUTUALITE MDA-Paseo Autres associations	Prévention routière, Préfecture Éducation Nationale… Organisateurs grands rassemblements, concerts, discothèques Associations étudiantes Collectivité territoriales

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°6 ■ Décloisonner et articuler les dispositifs de soins et d'accompagnement pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

Argumentaire territorialisé de l'action

- La récente reconnaissance de certains troubles comme étant à l'origine d'une situation de handicap psychique (loi du 11 février 2005).
- Les Établissements Sociaux et Médicaux Sociaux (ESMS), les Instituts Médico-Educatifs (IME), les Foyers de Vie, les Foyers d'Hébergement, les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) … accueillent une population d'environ 30 à 50 % de personnes présentant un handicap psychique, sans pour autant disposer de temps de psychiatre au sein même de leurs structures.
- La nécessité d'organiser la prise en charge en filière de soins pour éviter les ruptures.
- La nécessité de prévoir une offre médico-sociale couvrant le parcours de soins et le parcours de vie (les besoins des personnes souffrant d'un handicap psychique ne relèvent pas prioritairement des soins médicaux mais plutôt d'un travail en commun entre les secteurs de psychiatrie et les services ou établissements d'accompagnement).
- Les enjeux particuliers de l'alternance autour de la décompensation et de la stabilisation.
- Les violences infra-familiales lors des prises en charge par les familles le soir, le WEek-end et pendant les vacances.
- La pénurie de praticiens de psychiatrie en Vendée.
- La nécessité de favoriser la connaissance mutuelle des intervenants sur leurs compétences et savoir-faire et instaurer une confiance réciproque.
- Les initiatives de partenariat (ESMS/CHS) ne donnent pas toujours lieu à l'établissement d'une convention écrite.
- Absence, au sein des ESMS, de protocoles établis et gradués de prise en charge en cas de crise.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Existence d'un dispositif de coopération (GCS) entre le Centre Hospitalier Georges Mazurelle (CHGM), le Centre Hospitaliser Loire Vendée Océan de Challans, le Centre Hospitalier de Fontenay le Comte, le Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne et l'association ARIA (en cours de signature)

- Pratiques locales du CHS existantes (équipes mobiles de géronto-psychiatrie en conventionnement avec 70 EHPAD)
- Des partenariats ponctuels non formalisés entre les ESMS et de équipes psychiatriques existent en fonction des opportunités locales.
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens qui permettent de susciter les partenariats entre établissements de santé et établissements médico-sociaux et d'en faire un critère d'évaluation.
- Le plan autisme.
- Le dispositif SAMSAH de l'association Le Pavillon

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Bien définir les différents niveaux de coordination.

Nécessité d'une régulation pour les demandes d'intervention des équipes mobiles.

Couverture départementale attendue.

Veiller à la légitimité du coordonnateur.

Éviter les superpositions de prise en charge.

Résultats attendus sur le territoire

- Accroître la liaison entre le champ sanitaire et le champ médico-social pour éviter les ruptures de soins notamment par la mise en place de coopérations, entre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux.
- Éviter les recours à l'hospitalisation systématique en cas de crise ou de décompensation : soutenir les établissements médico-sociaux et les aidants familiaux, à la fois sur le plan de l'urgence et sur celui de la formation.
- Mise en place de protocoles au sein des Établissements Sociaux et Médicaux Sociaux (ESMS)

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°6

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Favoriser les conventions de coopération entre les Établissements Médico-Sociaux et la psychiatrie publique (ou les secteurs de psychiatrie)	2012	Regrouper les temps de psychiatres actuellement disséminés pour permettre d'organiser une réponse véritablement opérationnelle au bénéfice du médico-social	ARS co-pilotage à définir	Les Établissements d'hospitalisation psychiatrique, les associations gestionnaires des ESMS Concernées par l'accueil des personnes handicapées psychiques.
2	Renforcement des compétences psychiatriques à destination des services d'urgence	2013	Médecins psychiatres, infirmiers psychiatriques	Centre Hospitalier Georges Mazurelle	Services hospitaliers psychiatriques, Associations gestionnaires d'ESMS
3	Favoriser l'émergence d'un interlocuteur unique ou d'un médecin référent	2013	À définir	ARS co-pilotage à définir	Associations gestionnaires d'ESMS, autres partenaires à définir (Conseil de l'Ordre, URPS …)
4	Élargir le GCS à venir aux Établissements Sociaux et Médico-Sociaux accueillant des personnes souffrant d'un handicap psychique	2013		ARS co-pilotage à définir	Tous les acteurs qui gravitent autour des personnes : les Ets d'hospitalisation psychiatrique, les associations gestionnaires des ESMS, les médecins généralistes, les services d'aide à domicile

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
5	Développer un plan de formations à destination des acteurs de la prise en charge et des aidants des usager	2014		ARS co-pilotage à définir	Tous les acteurs qui gravitent autour des personnes : les Ets d'hospitalisation psychiatrique, les associations gestionnaires des ESMS, les médecins généralistes, les services d'aide à domicile
6	Mettre en place des recommandations et protocoles pour les ESMS, les acteurs de la prise en charge et les aidants familiaux pour anticiper et désamorcer les situations de crise	2014	À définir	ARS co-pilotage à définir	Tous les acteurs qui gravitent autour des personnes : les Ets d'hospitalisation psychiatrique, les associations gestionnaires des ESMS, les médecins généralistes, les services d'aide à domicile

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°7 ■ Accompagner, par le travail séquentiel, l'entrée et la sortie d'ESAT des travailleurs handicapés

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges clés de la vie » (SROMS objectif 8)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Les associations gestionnaires d'Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) observent que de plus en plus de travailleurs handicapés, même jeunes, ne peuvent tenir un poste à temps plein ou ont besoin d'un travail séquentiel.
- On estime, dans le département, que le besoin d'un travail séquentiel concernera plus de 100 personnes dans les deux années à venir.
- Dans le département de la Vendée, on estime que 40 à 50 % des personnes travaillant en ESAT présentent un handicap psychique (les personnes souffrant d'un handicap psychique ont une fatigabilité importante).
- Nécessité de prendre en compte le vieillissement des travailleurs du milieu protégé au-delà de 50 ans.
- Nécessité de mieux prendre en compte l'évolution de la maladie qui peut momentanément remettre en cause les capacités de la personne.
- Nécessité de faciliter les parcours de formation, d'accompagnement et de transition.
- Nécessité de prendre en compte la situation des jeunes « amendements creton » en attente de places d'ESAT (ils représentent 1/3 des orientations des jeunes maintenus en IME au-delà de l'âge de 20 ans)

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) par la gestion des listes d'attente et l'aide au diagnostic.
- Dispositif expérimental « Amendement Creton » confié aux associations La Sauvegarde et le Pavillon retenu dans le cadre des appels à projets 2011.
- Le dispositif expérimental APIC'S retenu dans le cadre des appels à projets 2011, mis en œuvre sur le territoire de santé de la Vendée.
- L'étude relative à la situation des travailleurs handicapés orientés ESAT en recherche d'emploi dans le cadre du Plan Local d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PLITH/PRITH)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

L'accompagnement de ces personnes dans la journée, en dehors de leur présence au travail

■ Résultats attendus sur le territoire

Organisation, au plan départemental, d'un accueil temporaire ou séquentiel des personnes en situation de handicap inscrites sur liste d'attente, sur les places d'absents pour des durées relativement longues.

Organisation de la cessation progressive d'activité des travailleurs âgés de plus de 50 ans

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux partagé avec le Conseil Général	2012	À définir avec les partenaires	ARS co-pilotage à définir	Conseil Général, Associations gestionnaires, représentants des usagers, MDPH, DIRECCTE, ARS
2	Mise en place d'un programme de travail conjoint ARS/Conseil Général pour favoriser le travail séquentiel dans les établissements	2013	À définir avec les partenaires	ARS co-pilotage à définir	Conseil Général, Associations gestionnaires, représentants des usagers, MDPH, DIRECCTE, ARS
3	Évaluation et observation de l'action	2016	À définir avec les partenaires	ARS co-pilotage à définir	Conseil Général, Associations gestionnaires, représentants des usagers, MDPH, DIRECCTE, ARS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 ■ Rééquilibrer l'offre en EHPAD au sein du territoire de santé de la Vendée

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements au sein de la région et par territoire de santé » (SROMS objectif 9)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- De fortes disparités existent en nombre de places rapportées à 100 habitants de plus de 75 ans : ainsi, les cantons de Montaigu et de Rocheservière disposent de 31 places quand la moyenne départementale est de 19, alors que les cantons de Challans, de Noirmoutier ou des Sables d'Olonne bénéficient respectivement de 11, 12 et 13 lits ; la moitié des 32 cantons ont un équipement supérieur à 20 places – dont 12 à plus de 23 lits - quand 14 de ces cantons se situent à moins de 18 lits – dont 8 à moins de 15 lits.
- Une évolution démographique différenciée selon les territoires

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- **Appels à projet futurs :** les limiter au canton de Challans ainsi qu'aux zones dites du littoral et du « rétro-littoral » (soit une bande côtière d'environ 15 km de profondeur) ;
- La médicalisation quasi-totale des établissements vendéens (148 EHPAD sur 152 maisons de retraite, **hors les MARPA**) autorise une diversification maîtrisée de l'offre en EHPA, et donc une reconversion de certaines capacités jugées excédentaires ;
- Attention particulière aux difficultés de recrutement sporadiques ou prolongées de certains EHPAD, en particulier si elles se traduisent, deux années de suite, par une baisse sensible des recettes annuelles d'hébergement ;
- Contractualisation en inscrivant dans les conventions tripartites la diversification des prises en charge de la personne âgée.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- **Installation des Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Âgées :** avec 13 MARPA actuellement ouvertes, le territoire vendéen représente 10 % de l'ensemble national des MARPA ; 6 autres sont en construction ; il est prévu 11 MARPA supplémentaires à fin 2012 (objectif de 30) ;
- **Installation des Résidences Service privées :** nécessité, en lien avec les municipalités et le Conseil Général, de répertorier les résidences existantes et

les projets en cours, afin d'anticiper l'évolution de ce secteur médico-social à compter de 2020

Résultats attendus sur le territoire

- Une offre en EHPAD (en hébergement permanent) stabilisée autour de la moyenne régionale d'ici 5 ans ;
- Un accroissement mesuré de l'offre en EHPA, compte-tenu de l'évolution de l'offre en MARPA et Résidences Services ;
- Une réflexion partagée avec les associations d'usagers et les collectivités territoriales sur l'ouverture limitée des EHPAD à des publics atteints de pathologies invalidantes (handicapés vieillissants sur l'hébergement permanent, malades atteints de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques sur l'hébergement temporaire).

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Redéployer, in situ, ou d'un site à d'autres, l'offre en places de chacun des EHPAD	Examen au cas par cas, au gré des renouvellements de conventions tripartites – Dès 2012	ARS co-pilotage à définir	Groupements de Coopération Médico-sociaux – CLIC – Communes et Communautés de communes

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°9 ■ Améliorer la fluidité du parcours de santé de la personne âgée

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours » (SROS objectif 10)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

Argumentaire territorialisé de l'action

- Les critères de fragilité sont constatés à cet âge de la vie : syndrome gériatrique, perte d'autonomie, rupture du lien familial et ou social, sentiment de mal être ;
- La population des personnes âgées est également indiquée comme prioritaire au regard de la santé mentale et troubles cognitifs : taux de suicide, addiction à l'alcool, état dépressif, maladies d'Alzheimer et maladies apparentées ;
- La population âgée est identifiée comme vulnérable pour certaines situations de précarité ;
- Il faut mettre en place une méthodologie d'évaluation unique et homogène à l'ensemble du territoire et aller plus loin dans la mise en œuvre d'outils d'information partagés.

Territoire d'action

Territoire départemental – **Agglomération yonnaise**

Leviers particuliers sur le territoire

- **Maillage territorial par des CLIC actifs et réellement déterminants dans l'accès aux soins et aux services médico-sociaux ;**
- Deux associations dynamiques et structurées sur le segment du Soins à Domicile, pouvant – à l'exemple des CLIC – constituer d'efficaces relais auprès des familles concernées ;
- Renouvellements des conventions tripartites ;
- Moyens financiers à homogénéiser, selon des indicateurs démographiques de référence partagés, pour abonder les moyens des CLIC en vue d'assurer la pérennité de leurs missions ;
- Médecins coordonnateurs des EHPAD : seul un établissement sur cinq en Vendée en est dépourvu ;
- Existence de l'outil « Planète Santé », actuellement utilisé en Vendée par environ un médecin du secteur libéral sur quatre ;
- **Instance de décloisonnement des différents intervenants :** soit constituer une cellule pluridisciplinaire à l'instar de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire des champs de la cancérologie et de l'obstétrique (ou de la Commission des cas difficiles de la Maison des Adolescents), soit investir les CLIC de cette mission de décloisonnement en étoffant leurs équipes
- **Réseau gérontologique Respa**

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Fragilité financière des CLIC ;
- Réévaluation régulière des situations personnelles : la notion de régularité des interventions CLIC est à reprendre ou parfaire ;
- Formalisation de protocoles et procédures au sein des CLIC, via l'Association Inter-CLIC 85 ;
- Réfléchir à l'évolution de ce guichet unique propre aux personnes âgées qu'est le CLIC vers un guichet unique PA/PH (de type « Maison de l'autonomie »), délocalisé mais s'appuyant sur les CLIC ;

Résultats attendus sur le territoire

Sur le plan collectif :

- **Annuaire opérationnel des ressources du territoire vendéen ;**
- Annuaire établi à partir des annuaires locaux produits par les CLIC ;
- **Lisibilité accrue de la filière gériatrique** = cartographie de la population et de l'offre sur l'agglomération yonnaise, puis sur le territoire vendéen ;

- **Observatoire territorial** reprenant l'état des lieux actualisé de l'existant, l'analyse des besoins, l'étude des manques et le récapitulatif des projets ;
- Développement d'une **culture gérontologique** adaptée à l'accompagnement des personnes, s'appuyant sur des rencontres techniques (langage commun) et des formations communes (pour un soutien à domicile de qualité, un suivi des situations de vulnérabilité, une prévention des maltraitances, notamment au sein des familles), en particulier pour les emplois directs ;
- **Développement d'outils de coordination :** fiche-navette, dossier de santé unique, plan d'accompagnement individualisé, listes d'attente en Ehpad uniques et communes à plusieurs établissements, actions de solidarités (lutte contre l'isolement, solidarité-transport, habitat partagé) ;
- **Renforcement de l'articulation entre les dispositifs actuels et futurs** : Consultations Mémoire – CLIC – SSIAD – SSIAD spécialisés (ESA) – Unités d'Hébergement Renforcé – MAÏA et Médecine libérale ;
- Diminution du **mésusage des urgences hospitalières** par les EHPAD en s'appuyant notamment sur leurs médecins coordonnateurs ;
- Anticipation des urgences d'admission par le repérage des situations à risque (habitat non adapté – ruptures sociales – ruptures familiales – limites des Services d'aide à la personne ou d'aide au domicile) ;

Sur le plan individuel :

- Repérage des situations à risque, des situations complexes ;
- Le guichet unique devient un interlocuteur unique pour les professionnels ;
- Renforcement d'un pilotage de proximité avec un référent de proximité, des outils de partages des données ;
- Suivi de l'accès aux services et aux soins ;
- Suivi des liaisons entre les acteurs individuels et les établissements de santé
- Suivi du parcours de l'usager vulnérable au sein du système de santé ;
- Remontée au plan départemental des tableaux de bords pour une analyse pratique de ces données (notamment par les bilans d'activité des CLIC).

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Expérimenter un Observatoire territorial	Démarrer sur un territoire volontaire (La Roche sur Yon) courant 2012	Contrat Local de Santé – Répertoire communal des personnes âgées vulnérables ou isolées (Plan Canicule annuel)	ARS	Mairie – UDAMAD – CLIC dont CLIC Entour'âge - Conseil Général
2	Expérimenter une Instance de décloisonnement pluridisciplinaire	Expérimentation courant 2012 sur la ville de La Roche-sur-Yon	Contrat Local de Santé	ARS	CLIC – Conseil Général – Communauté de communes et ville de La Roche sur Yon
3	Expérimenter la mise en place, en appui du premier recours, d'équipes spécialisées en adaptation, réadaptation et réinsertion associant masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes et orthophonistes	D'ici la fin 2013	Contrats Locaux de Santé – Cofinancements État-Communes-Communautés de communes	ARS	Communes et communautés de communes
4	Expérimenter une nouvelle organisation des urgences pour prendre en compte le très grand âge	2013		CHD	

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°10 ■ Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Articuler les dispositifs de soins sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (SROMS objectif 12)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- L'hébergement temporaire est disséminé sur tout le territoire vendéen, et ne fait pas l'objet d'évaluations périodiques et partagées ;
- La plupart des accueils de jour, autonomes mais surtout adossés à un EHPAD, ne rendent qu'un service partiel à la population âgée ;
- Absence de plateformes de répit et d'accompagnement ;
- Les équipes mobiles en soins psychiatriques, sous-dimensionnées en Vendée, ne peuvent apporter du soutien (conseil, formation) aux équipes EHPAD qu'à raison d'un EHPAD sur deux ;

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Nombre important d'unités dédiées dans la prise en charge des personnes âgées désorientées, et relativement bien réparties sur le territoire vendéen : environ un EHPAD sur trois dispose d'un CANTOU ou d'une UPAD ;
- Maillage territorial par des CLIC actifs et réellement déterminants dans l'accès aux soins et aux services médico-sociaux ;
- Deux associations dynamiques et structurées sur le segment du Soins à Domicile, pouvant – à l'exemple des CLIC – constituer d'efficaces relais auprès des familles concernées ;
- Renouvellements des conventions tripartites ;
- Plan Alzheimer (SSIAD spécialisés dits « Équipes Spécialisées Alzheimer » - MAÏA – Pôles d'Activités et de Soins Adaptés – Unités d'Hébergement Renforcées – Plateformes de répit – Formation des aidants, soit les mesures 4, 16, 1B et 2 du Plan).
- La formation des aidants existante sur le territoire.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Répartition géographique des trois UHR (Unités d'hébergement renforcées) vendéens du Plan ;
- Répartition géographique des plateformes de répit ;
- Inciter les EHPAD venant au renouvellement de leur convention tripartite à se doter d'unités dédiées (plus de 70 EHPAD d'ici la fin 2013), puis conditionner leur renouvellement à la mise en place ou d'un PASA ou d'une UPAD ;
- Fragilité financière des CLIC.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Création d'Equipes Spécialisées Alzheimer	Objectif de 6 d'ici début 2013	Voir le cahier des charges spécifique	ARS	France Alzheimer Vendée - ADMR – UDAMAD – SSIAD hospitaliers
2	Expérimenter le dispositif MAÏA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) sur le territoire Consultations mémoire	Dès 2012	Voir le cahier des charges spécifique	ARS copilotage à définir	France Alzheimer Vendée - CLIC – Conseil Général – Promoteurs autres Équipes mobiles gériatriques existantes – dispositifs de consultations mémoires existants
3	Renforcement des CLIC – Élargissement de leurs compétences	D'ici la fin 2012	Contrats Locaux de Santé	ARS copilotage à définir	Conseil Général - Communes et communautés de communes

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°11 ■ Coordonner les acteurs pour un plan d'actions de prévention de la crise suicidaire

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée » (SRP objectif 8)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Le suicide est un enjeu majeur de santé publique au plan national comme au plan local. Le bien être mental et le risque de suicide figurent dans les 7 priorités régionales de prévention
- Les données épidémiologiques : le nombre de suicide et de tentatives de suicides reste préoccupant
- Selon les données de l'ORS « la santé observée en pays de la Loire - 2011 », 130 décès par suicide en Vendée entre 2004 et 2008
- 5 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les récidives sont fréquentes puisqu'elles concernent le 1/3 des suicidants
- La Vendée se distingue par une augmentation de la mortalité masculine depuis 1991 proche de la moyenne régionale alors que la tendance générale est à la baisse au niveau national comme dans le reste des Pays de la Loire. Pour les femmes, la mortalité par suicide est inférieure de 18 % à la moyenne régionale
- 41 % des décès dénombrés en 2006-2008(données ORS) concernent des adultes d'âge moyen entre 35 et 54 ans
- Un territoire se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+33 %). Territoires de Challans, Beauvoir, St Jean de Mont et les îles particulièrement touchés par cette problématique
- Le reste du territoire se situant soit dans la moyenne régionale voire en dessous

**ORS des Pays de Loire -2011*

■ Territoires d'action

Territoire départemental et infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Un nouveau programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 qui s'inscrit dans la continuité des actions engagées depuis 2005
- Un plan national de santé mentale en cours d'élaboration
- Au niveau territorial, des actions de prévention sont menées sur le territoire par les professionnels et les acteurs de prévention
- On citera notamment, la formation au repérage de la crise suicidaire en direction des professionnels du sanitaire, social, éducatif qui a permis la formation de 160 professionnels depuis 2002, des actions de santé communautaires, des programmes en milieu scolaire ainsi que des lieux d'écoute spécifiques pour les publics des missions locales
- Des structures d'accueil et d'écoute implantées maillant le territoire et bien identifiées pour les jeunes : MDA/PASEO en cours de fusion, des consultations jeunes cannabis par le CSAPA
- Des prises en charge hospitalières et suivis « protocolisés » qui contribuent à la prévention de la récidive
- Des actions en milieu pénitentiaire impulsées par les UCSA
- La prévention du suicide est une priorité de la MSA en milieu rural
- Le contrat local de santé peut apporter une réponse à la coordination des acteurs sur un territoire donné

présentant une vulnérabilité particulière en termes de mortalité par suicide

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Problème de démographie médicale y compris en médecine du travail
- La Vendée dispose d'un tissu associatif réduit en ce qui concerne l'accompagnement de l'entourage
- Les lieux ressources et les dispositifs nationaux de numéro d'appel insuffisamment connus
- L'enquete réalisée par l'ARS dans les services d'urgence sur la prévention de la récidive du suicide devra être exploitée

Résultats attendus sur le territoire

- Des indicateurs mesurables autres qu'épidémiologiques
- État des lieux et repérage des ressources existantes
- Plan d'actions notamment en termes d'information, sensibilisation, formation, prise en charge en milieu spécifique (hospitalier, travail, milieu rural, scolaire…)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre en place un comité de pilotage départemental Temps 1 : produire un état des lieux des données disponibles et ressources existantes Temps 2 : plan d'actions territorial	2012-2016		ARS/CHS	CHS, CHLVO…. MSA MDA/PASEO Missions locales Ordre des médecins DDCS IREPS… DIRECTE
2	Encourager les actions communautaires de lutte contre l'isolement en milieu rural		À rechercher	MSA, associations	MSA Associations locales familiales

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°12 ■ Expérimenter une instance de coordination, d'orientation et d'appui aux professionnels pour les personnes jeunes fragilisées ou en situation de rupture éducative, sociale ou familiale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles » (SRP objectif 1)

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

« Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROMS objectif 16)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Le mal-être s'exprime par des comportements à risque (on observe un recours à l'agir de plus en plus manifeste dans le public jeune), et parfois par une surmortalité liée au suicide sur certains secteurs en Vendée
- Des acteurs de tous les champs (social, médico-social, libéraux, associatifs, familiaux) évoquent un nombre grandissant de personnes jeunes, en situation de rupture avec le système éducatif, sanitaire, professionnel, familial
- Les médecins généralistes, confrontés à des problématiques complexes de leurs patients, cumulant des difficultés sociales, éducatives et sanitaires, ne savent pas toujours vers qui les orienter
- Des difficultés repérées en milieu scolaire ne trouvent pas de réponse adaptée et rapide et on observe une « souffrance » des professionnels en milieu scolaire
- Des jeunes en difficultés, qui ont été repérés par la santé scolaire, se retrouvent parfois en situation d'exclusion après une déscolarisation
- Des hospitalisations au Pôle de Psychiatrie de l'Adolescent se prolongent anormalement faute de structures ou d'accueil en post-cure. Il arrive notamment que des familles d'accueil démissionnent au moment où l'adolescent est hospitalisé
- Le nombre de pédopsychiatres est très bas au niveau départemental, de ce fait, les relais vers les CMP se font dans des délais souvent longs

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Les services de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) et de la Santé Scolaire permettent un repérage et une orientation des jeunes en difficultés
- Depuis l'ouverture du Pôle de Psychiatrie de l'Adolescent en janvier 1993, un travail de réseau s'est mis en place. Les professionnels des champs éducatifs et sanitaires se connaissent relativement bien
- La Maison Départementale des Adolescents (MDA) pour les jeunes âgés de 12-21 ans est un dispositif de type guichet unique, accueillant des plaintes de registres différents. La MDA permet de dépister, de traiter les situations de crises qui ne méritent pas d'être orientées dans le réseau et qui peuvent être traitées rapidement in situ. Dans le cas contraire, la MDA oriente et facilite l'accès aux soins
- La MDA a mis en place une Commission des Cas Difficiles accueillant les professionnels ayant besoin de réfléchir à une situation d'adolescent qui semble dans une impasse avec le risque de rupture de liens et d'aggravation
- Le Réseau d'Aide aux Professionnels des Secteurs Sanitaire et Social Yonnais (RAPSSY), implanté à la Roche Sur Yon, permet d'améliorer l'efficacité et la qualité des réponses des professionnels dans les domaines sanitaire, médico-social, social et de l'accompagnement des publics en situation de précarité
- Le réseau RADAR œuvre dans la synthèse de cas particuliers

- Le Réseau d'Information et de Santé en Addictologie (RIS'ADD) est un réseau d'aide et d'appui aux professionnels (depuis fin 2010, phase de montée en charge). Une commission des cas difficiles en toxicomanie va voir le jour et permettra notamment aux médecins généralistes de la saisir directement

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Les prises en charge actuelles, au travers des réseaux existants sont, soit monothématiques, soit par public et classe d'âge
- Une couverture insuffisante sur le département.
- Les limites liées au secret médical et au partage des données entre acteurs de champs différents
- Les médecins libéraux ne sont pas intégrés ou très peu intégrés dans les commissions existantes
- L'absence de rémunération du temps de coordination des professionnels

Résultats attendus sur le territoire

- Une meilleure visibilité / lisibilité des prises en charges
- Une amélioration du parcours du patient avec une réflexion partagée par les différents acteurs sur les modes de prise en charge et le suivi des situations examinées
- Une offre complète en santé mentale (prévention, soin, accompagnement)
- Un renforcement des liens entre les différents acteurs

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Mettre en place un comité de pilotage chargé : Temps 1 : d'expertiser les besoins, les publics à cibler, d'identifier les ressources, notamment d'interconnecter les différents réseaux existants Temps 2 : proposer un plan d'actions et notamment porter la réflexion sur un dossier médico-social patargé entre professionnels	2012	Temps de coordination , d'expertise	ARS-co pilotage à définir	CHS MDA RAPPSY RIS' Add RADAR Santé scolaire (E.N) PMI (CG) Représentant du Conseil de l'Ordre médecin DDCS DIRECCTE (pour entreprises maître d'apprentissage) Médecine du Travail CAMPS
2	Expérimenter, sur le mode des Réunion de Coordination Pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, une instance de coordination chargée d'adopter une stratégie concertée d'intervention au bénéfice du public ciblé	2013	Temps de coordination, d'expertise	ARS-co pilotage à définir	CHS MDA RAPPSY RIS' Add RADAR Santé scolaire (E.N) PMI (CG) Représentant du Conseil de l'Ordre médecin DDCS DIRECCTE (pour entreprises maître d'apprentissage) Médecine du Travail CAMPS

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°13 ■ Optimiser la réponse territoriale en Santé Mentale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés » (SROS objectif 24)

« Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (SROMS objectif 11)

Argumentaire territorialisé de l'action

- La démographie médicale psychiatrique est particulièrement sinistrée en Vendée.
- Le nombre de psychiatres libéraux en exercice sur le département est en effet de 12, dont 8 sur La Roche sur Yon (Conseil de l'Ordre des médecins, au 1er janvier 2011). Il était, en 2009, de 16 pour 119 en Loire Atlantique, 65 en Maine et Loire, 36 en Sarthe et 15 en Mayenne (Statiss 2010).
- Le nombre de psychiatres salariés exclusifs serait, selon les mêmes sources, de 36 au 1er janvier 2011, pour 40 en 2009 (150 en Loire Atlantique, 79 en Maine et Loire, 63 en Sarthe et 15 en Mayenne).
- La pénurie est encore plus grande en psychiatrie infanto-juvénile (4 pédopsychiatres sur le département au 1er janvier 2011 selon l'Ordre des médecins). De ce fait, les délais d'obtention de rendez-vous et de prise en charge en Centre MédicoPsychologique (CMP) sont souvent longs.
- Des difficultés repérées en milieu scolaire ne trouvent pas de réponse adaptée et rapide et on observe une « souffrance » des professionnels en milieu scolaire.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Le maillage territorial en CMP – Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).
- Une offre en hospitalisation complète en psychiatrie infanto juvénile regroupée sur un seul site (La Roche sur Yon).
- Des dispositifs intersectoriels accessibles à toute la population du département tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto juvénile.
- Le travail de repérage et d'orientation des services de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) et de Santé Scolaire.
- La connaissance réciproque des professionnels des champs éducatifs et sanitaires.
- Le dispositif de type guichet unique de la Maison des Adolescents (MDA) pour les jeunes de 12 à 21 ans qui permet de dépister, de traiter les situations de crises qui ne méritent pas d'être orientées dans le réseau et qui peuvent être traitées rapidement in situ. Dans le cas contraire, la MDA oriente et facilite l'accès aux soins.
- La Commission des Cas Difficiles de la MDA, à l'attention des professionnels.
- Le Réseau d'Aide aux Professionnels des Secteurs Sanitaire et Social Yonnais (RAPSSY), implanté à la Roche Sur Yon, qui permet d'améliorer l'efficacité et la qualité des réponses des professionnels dans les domaines sanitaire, médico-social, social et de l'accompagnement des publics en situation de précarité.
- Le réseau RADAR (synthèse de cas particuliers).
- Le Réseau d'Information et de Santé en Addictologie (RIS'ADD).
- Le réseau départemental de santé mentale en cours de conversion en GCS.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Le taux d'équipement global en psychiatrie générale le plus faible de la région : 128 lits et places / 100 000 habitants de plus de 18 ans pour une moyenne régionale de 143, avec un déficit portant plus sur les places que sur l'hospitalisation complète (86 lits / 100 000 habitants pour une moyenne régionale de 90).
- Évolution démographique de la population , dont littoral, et croissance continue de la sollicitation de la psychiatrie
- Une offre en psychiatrie générale à enrichir (exemple :placement familial thérapeutique).
- Assurer la consolidation de l'effectif de psychiatres et de pédopsychiatres en anticipant sur les départs programmés.
- Garantir l'égalité d'accès, pour la population concernée, à l'ensemble de la palette des prises en charge.
- Accessibilité aux soins des populations insulaires ou isolées.
- Le réseau de transports en commun (permettant l'accès aux CMP – CATTP)
- Manque de structures « post cure » en psychiatrie générale et adolescente (soins de réhabilitation et d'adaptation).

Résultats attendus sur le territoire

- Réduction des délais d'attente de 1ers rendez vous et de prise en charge spécialisée.
- Meilleure accessibilité territoriale à des prises en charge diversifiées.
- Éviter les ruptures dans la prise en charge aux différents âges de la vie en lien avec le secteur médico-social et libéral.
- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en Santé Mentale, notamment de la permanence des soins, pour les acteurs non hospitaliers impliqués, dont les aidants des usagers.
- Améliorer la qualité des soins. (éthique , recherche , EPP …)

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>> Action n°13

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Procéder à l'état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile.	2012		Comité de pilotage à constituer	Centres Hospitaliers Représentants psychiatres libéraux et salariés. Représentants médecins généralistes. CAMSP Représentants établissements médico-sociaux.
2	Consolider l'offre de soins sur le secteur Sud Vendée : ■ Renforcer la permanence des soins (rapprochement CH Fontenay - La Roche sur Yon) ■ Développer le travail extra hospitalier en lien avec les autres partenaires.	2013		CH Fontenay	CHGM
3	Consolider et diversifier l'offre de soins en psychiatrie générale : ■ Renforcer la psychiatrie de liaison. ■ Développer l'Accueil Familial Thérapeutique. ■ Développer la réinsertion et la réadaptation pour les personnes adolescentes et adultes stabilisées.	2012-2013		Co pilotage CHGM – CH Challans – CH Fontenay – CH Les Sables d'Olonne.	ARIA 85 – AFORBAT – ESFORA – Éducation Nationale.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Renforcer et diversifier l'offre de soins en psychiatrie infanto juvénile dont adolescents) : ▪ Adapter l'offre de soins aux besoins de la population à l'issue de l'état des lieux. ▪ Renforcer les prises en charge spécifiques (autisme, troubles du langage et de l'apprentissage, victimes d'agressions sexuelles) ▪ Expérimenter l'HAD mère-bébé.	2012 – 2013 2013 2012		CHGM	Centres Hospitaliers Représentants psychiatres libéraux et salariés. Représentants médecins généralistes. CAMSP
5	Étudier la consolidation de l'offre de soins en géronto-psychiatrie.	2012 - 2013		CHGM	
6	Renforcer la formation des professionnels en EHPAD et développer des actions de conseil et de soutien par des professionnels de la psychiatrie.	2012		CHGM	Établissements médico-sociaux.
7	Étudier la pertinence d'un court séjour psychiatrique à destination de la population accueillie en secteur médico-social.	2012		CHGM	Établissements médico-sociaux.
8	Regrouper les temps de psychiatre disséminés pour permettre d'organiser une réponse véritablement opérationnelle au bénéfice du médico-social.	2012		Copilotage à déterminer.	CHGM GCS Établissements médico-sociaux.

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°14 ■ Favoriser l'expression et l'accès aux droits des usagers

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services sociaux » (SROMS objectif 3)

« S'appuyer sur l'expérience collective des usagers pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes » (SROS objectif 6)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

La participation des usagers à la définition des politiques de santé n'est pas optimale

L'exploitation des questionnaires de sortie reste à développer

Les instances de conciliation et de médiation sont insuffisamment connues

Faible représentation des usagers dans les programmes d'éducation thérapeutique

L'accès à l'information, parfois complexe et diffuse est à simplifier

■ Territoires d'action

Territoire départemental et infra départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

La défense des droits des patients, le respect de la dignité de la personne malade, la promotion de la place des usagers au sens large sont des valeurs fondamentales de notre système de santé confortés par le dispositif national Année 2011 : « année des patients et de leur droit » .Plusieurs journées des représentants des usagers du système de santé ont été initiées dans la région des Pays de Loire.

Les outils existent (loi 2002) mais il faut les faire vivre et **valoriser des nouvelles organisations.**

L'état des lieux sur la place des usagers dans les établissements médico-sociaux, (composition réglementaire du conseil de vie sociale, périodicité des réunions (fonctionnement.), est réalisé dans le cadre de l'élaboration des conventions tripartites et des CPOM, et peut faire l'objet de prescriptions aux établissements. Une mise à profit de ces données pourrait contribuer à une meilleure connaissance du fonctionnement de ces instances au niveau local et régional

Parallèlement à l'existence et au fonctionnement de ces dispositifs, les préoccupations et implications constantes des professionnels dans le développement de pratiques « bien traitantes » contribuent à l'amélioration des prises en charge. (dispositif à promouvoir : lexique bien traitant en cours de validation clic Entour' âge)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Les limites actuelles résident dans le fait que la participation des usagers est très variable selon les disponibilités des représentants des usagers et qu'il est souvent difficile de trouver le nombre requis de ces représentants.

Les instances de conciliation puis de médiation ne sont pas utilisées de manière optimale.

Dans les établissements et services médico-sociaux les instances de dialogue avec les usagers, mises en place

avec les conseils de vie sociale, ne sont pas toujours opérationnelles et il n'existe **pas à l'heure actuelle de vue d'ensemble sur le fonctionnement de ces conseils de vie sociale.**

Trop faible pourcentage d'établissements médico-sociaux mettant en place le projet de vie personnalisé pour l'ensemble des résidants.

Les différents rapports sur la place des usagers (CRSA), les instances de représentation donnent la place à l'expression collective mais l'expression individuelle de l'usager reste encore difficile dans certaine situation.

Résultats attendus sur le territoire

Nombre d'établissements volontaires pour participer à l'expérimentation d'une instance d'expression « individuelle » et collective des usagers au sein des établissements de soins de suite et de réadaptation

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Expérimenter une instance d'expression des usagers hospitalisés sortis des services de soins de suite et de réadaptation et maladies chroniques 2 fois par an	Sous un an		Établissements volontaires Accompagnement DT ARS	Établissements volontaires Associations représentatives des usagers
2	Développer les formations des professionnels au projet de vie	5 ans	À définir	Établissements médico-sociaux	Établissements médico-sociaux

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°15 ■ Accompagner et soutenir les aidants familiaux pour favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne » (SROMS objectif 2)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

Argumentaire territorialisé de l'action

- L'aide à domicile la nuit existe sur La Roche sur Yon et Les Sables d'Olonne, toutefois, elle reste peu développée ;
- Les places en accueil de nuit sont inexistantes ;
- L'hébergement temporaire est disséminé sur tout le territoire vendéen, et ne fait pas l'objet d'évaluations périodiques et partagées ;
- La plupart des accueils de jour, autonomes mais surtout adossés à un EHPAD, ne rendent qu'un service minimal à la population âgée ;
- Absence de plate-forme de répit et d'accompagnement ;
- Les Services de Soins Infirmiers à Domicile et les Services d'aide à la personne interviennent sans notable coordination ;

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Plan Alzheimer (SSIAD spécialisés dits « Équipes Spécialisées Alzheimer » - MAÏA) ;
- Maillage territorial par des CLIC actifs et réellement déterminants dans l'accès aux soins et aux services médico-sociaux ;
- Deux associations dynamiques et structurées sur le segment du Soins à Domicile, pouvant – à l'exemple des CLIC – constituer d'efficaces relais auprès des familles concernées ;
- Renouvellements des conventions tripartites ;
- Diverses initiatives de formation aux aidants et de groupes de paroles
- Les Saisonnales à Olonne-sur-Mer et à Saint Fulgent
- AMAD à Saint Gilles Croix de Vie
- SADAPA à La Roche sur Yon.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Absence de Groupements de coopération médico-sociaux, à l'exception du seul groupement véritablement actif (celui de l'est vendéen, « Les Collines Vendéennes »).

Résultats attendus sur le territoire

- Développement des structures d'aide aux aidants, notamment sur les zones du littoral et dite du « rétro-littoral » ;
- Susciter les GCSMS ;
- Évaluer chaque année ces derniers dans le but d'en faire les détenteurs d'autorisation, puis les gestionnaires de capacités modulables au gré de l'évaluation en continu du service rendu aux familles des personnes âgées ou handicapées.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Créer des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)	Dès le 2ème semestre 2012 Objectif de 3 en 2014		ARS – copilotage à définir	ADMR – UDAMAD Collectivités locales
2	Créer des Plate-formes de répit et d'accompagnement	Deux plate-formes par an à compter de 2012 Objectif de 6 en 2015 sur le territoire vendéen	Voir le cahier des charges spécifique	ARS	Promoteurs privés associatifs et commerciaux – GCSMS, CCAS et CIAS Associations représentantes des usagers
3	Créer des Groupements de Coopération Sanitaires et Médico-sociaux	Outre les deux actuellement opérationnels, objectif d'au moins 6 GCSMS d'ici 2015		ARS – copilotage à définir	EHPAD
4	Expérimenter des observatoires CCAS et CIAS des besoins d'accompagnement de la Personne Âgée	À compter du 2ème semestre 2012	Chef lieu de département et une commune de moins de 2000 habitants	Centre d'Étude et d'Action Sociale de Vendée	En lien avec les CLIC concernés -Associations représentatives des usagers.

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°16 ■ Préserver et garantir la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine, de la ressource à l'usager

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Réduire les impacts de l'environnement – prévenir la dégradation de l'environnement notamment des ressources en eau » (SRP objectif 14)

■ Argumentaire territorialisé de l'action

En Vendée, 90 % des ressources en eau destinée à la consommation humaine sont d'origine superficielle.

- La mise en œuvre des périmètres de protection et le respect des servitudes associées, outre leurs caractères réglementaires, sont primordiaux pour préserver la qualité des **ressources en eau**. Des difficultés sont rencontrées par les particuliers pour la mise aux normes de leurs équipements (assainissement, puits, cuves à fuel) qui constituent pourtant des sources ponctuelles de pollution. Il s'agit d'inciter les collectivités dans l'accompagnement des particuliers, par l'intermédiaire de convention mandat avec les collectivités locales. Il s'agit également de profiter de cette action pour sensibiliser les acteurs locaux (collectivités et particuliers) sur la diminution de l'usage des produits phytosanitaires.
- Avant mise en distribution, l'eau produite subit un traitement complet. En raison des caractères des eaux de surface (matière organique, température), l'étape de désinfection est complexe car elle peut conduire à la formation de sous-produits de chloration tels que des trihalométhanes (THM). Des dépassements au niveau de la distribution ont été observés en Vendée depuis 2009. Aussi, en lien avec les actions du PRSE 2, il convient d'inciter les exploitants à mettre en œuvre des pratiques adaptées pour améliorer ces installations de traitement, limiter la formation de sous-produits de chloration en sortie de traitement et suivre leur évolution dans les réseaux ; Il importe également d'étudier les solutions alternatives en cas de dépassement. Ces dispositions sont nécessaires en vue de garantir une **eau distribuée de qualité.**

■ Territoire d'action

Département

Communes concernées par les périmètres de protection des captages

■ Leviers particuliers sur le territoire

Sensibilisation et implication engendrée dans le cadre du PRSE 2 (action 3)

Dynamique mise en œuvre sur la protection des captages d'eau

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Possibilité de rénovation des usines, des réseaux : quid des financements ?

Participation financière (Conseil Général et Agence de l'Eau) sur les mesures de protection des captages

■ Résultats attendus sur le territoire

Finalisation de la protection des captages - Application effective des mesures imposées par les arrêtés préfectoraux déclarant d'utilité publique les périmètres de protection des captages

Amélioration de la qualité de l'eau distribuée (diminution des dépassements en THM)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Inciter les collectivités dans la mise en œuvre effective des prescriptions relatives aux périmètres de protection des captages, concernant les particuliers, notamment par la mise en place de convention de mandat : Phase 1 - étudier la faisabilité de ce dispositif et susciter l'implication des partenaires institutionnels locaux - définir la procédure adaptée et les outils nécessaires Phase 2 - initier la démarche puis la développer sur les autres collectivités	2012-2013 2014-2016	outils d'information – procédures et outils de mise en œuvre (cahier des charges, modèle de convention, etc)	ARS	MISE (Mission interservices de l'eau) Agence de l'eau, DDTM, Vendée EAU, collectivités, maitre d'ouvrages, Conseil Général ONEMA, animateurs des contrats territoriaux
2	Sensibiliser les exploitants sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre au niveau des usines et des réseaux pour limiter la formation des sous-produits de chloration dans les eaux distribuées	En fonction de l'avancement de l'action n°3 du PRSE 2	Supports d'information : guide des bonnes pratiques (prévu au PRSE 2 en 2013) Étude analytique	ARS	Vendée EAU, Exploitants, syndicats d'eau, DDTM

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°17 ■ Développer la prévention sur les risques sanitaires liés à l'environnement dans les espaces clos et sur les risques auditifs liés à la musique amplifiée

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie » (SRP objectif 3)

« Engager les acteurs de santé du 1er recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

« Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques en agissant sur l'éducation, l'accès aux activités physiques et de loisirs, le logement, l'environnement physique (réduction de la pollution atmosphérique, du bruit, développement des transports doux.) » (SRP objectif 12)

« Mobiliser les acteurs publics pour des politiques en faveur d'un environnement sain – Réduire les impacts environnementaux » (SRP objectif 14)

Argumentaire territorialisé de l'action

La Vendée se caractérise par :

- des logements indignes inégalement répartis avec une proportion inhabituellement importante de propriétaires occupants. Afin de participer à la **lutte contre l'habitat indigne (insalubrité, saturnisme notamment)**, il importe que les acteurs de terrain soient sensibilisés et formés au repérage de ces situations et connaissent la procédure de remonter des signalements à la cellule départementale dédiée en cours de mise en œuvre.
- une zone à risque vis-à vis du **radon** (radioélément naturel est un cancérigène pulmonaire certain pour l'homme (2ème facteur de risque après le tabac),) : la nouvelle réglementation attendue impliquera pour la première fois les maisons des particuliers ; or, les techniques constructives peuvent dans certaines zones augmenter l'exposition de la population. De plus, ce risque est mal connu du grand public. Aussi, il importe d'informer collectivités et le public sur les risques sanitaires liés à l'exposition au radon et les moyens pour la limiter.
- un climat doux et humide qui couplé à un bâti parfois précaire peut entraîner des problèmes **d'asthme et d'allergie** liés notamment aux moisissures. Plus largement des informations sur les risques liés un mauvais **usage du bâti** permettrait d'éviter les risques tels que asthme, intoxications au monoxyde de carbone, etc.
- une proportion d'établissements scolaires privés et publics équilibrée. Dans le cadre du PRSE des actions ont été mise en œuvre, en lien avec l'Éducation Nationale, pour prévenir les **risques auditifs liés à la musique amplifiée chez les jeunes.** Il apparaît nécessaire de conforter les actions existantes et de les déployer au niveau de l'enseignement catholique.

Territoire d'action

Territoire départemental, avec quelques spécificités :

Habitat = département, avec une priorité sur les zones à fort « parc privé potentiellement indigne »

Radon = zones à risques

Leviers particuliers sur le territoire

Relations avec les partenaires locaux

Contrat local de santé de la Roche sur Yon et de l'Ile d'Yeu en projet

Habitat : PDALPD - Guichet unique habitat indigne (en cours de mise en œuvre en 2011), avec un réseau bien implanté

Air intérieur : Présence d'un comité départemental de lutte contre les maladies respiratoires

Prévention musique amplifiée : Partenariat ARS / Éducation nationale - Partenariat ARS / DEC (Direction de l'enseignement catholique).

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Absence de projet de contrat local de santé sur le littoral hors Île d'Yeu

Multiplicité des intervenants disposant des leviers

Radon : attente de la nouvelle réglementation visant à définir les zones prioritaires

Air intérieur : Pérennisation du dispositif des conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI)

Prévention musique amplifiée : Organisation différente entre enseignement public et privé nécessitant d'adapter le dispositif actuellement développé en Vendée pour intégrer les spécificités des établissements privés (notamment, faible nombre d'infirmières scolaires). Une coordination au niveau du prêt des outils pédagogiques sera utilement mise en œuvre.

Résultats attendus sur le territoire

- Habitat : Augmentation des signalements sur l'habitat et un traitement adapté
- Air intérieur : Faire connaître les missions du CMEI et susciter le recours à ce dispositif
- Radon : Meilleure connaissance du risque radon par les particuliers, collectivités, responsables d'établissements recevant du public et prise en compte dès la construction/rénovation
- **Prévention musique amplifiée :** Augmentation du nombre d'adolescents sensibilisés sur les risques auditifs liés à la musique amplifiée

>>>

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA VENDÉE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>> Action n°17

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Sensibiliser les professionnels et le milieu associatif sur les risques liés à l'habitat pour améliorer le repérage de l'habitat indigne, éviter de dégrader l'habitat lors de travaux, assurer une bonne qualité des locaux mis à disposition par les professionnels ou associations, et créer des relais d'information	2012-2016	Supports d'information, journée de formation/ sensibilisation	PDALPD / ARS / CAF	Professionnels de l'immobilier et de la construction Intervenants à domicile CAUE CAPEB, FFBTP Associations de consommateurs collectivités
2	Sensibiliser le public : - aux bonnes pratiques dans un logement (aération, entretien…) - aux critères définissant un habitat dégradé dans le cadre de l'accès à un nouveau logement	2012-2016	Supports d'information	ARS	Bailleurs ASL, CAF/MSA, CG Acteurs de prévention (IREPS, CPAM…) Associations d'insertion ou de consommateurs
3	Mettre en place des actions pour prévenir les problèmes de santé lié à la qualité de l'air intérieur (asthme et allergie, intoxication au CO), notamment en coordonnant les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne et les professionnels assurant le suivi médical des occupants	2012-2016	Support d'information	ARS	Comité départemental de lutte contre les maladies respiratoires Acteurs de la lutte contre l'habitat indigne Intervenants à domicile CHU de Nantes (CMEI)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Dans les zones à risques radon, accompagner la mise en place de la réglementation (en attente) tant en termes d'urbanisme (collectivités) que de conseils aux habitants et aux responsables d'ERP	Selon la parution de la nouvelle réglementation attendue	Support d'information, actions de sensibilisation auprès des élus et du public Outils cartographiques	ARS en lien avec la DDTM et la DREAL	Associations Collectivités Professionnels du bâtiment CAPEB ASN
5	Actions de prévention sur le risque lié à la musique amplifiée chez les adolescents : conforter les actions engagées au niveau des établissements publics (PRSE 2 – action 9) et les développer au niveau de l'enseignement catholique 1/ établissement public : pérenniser le dispositif 2/ établissement privé : développer la mise en œuvre d'actions de sensibilisation	2012-2016	Support d'information, formation, outils pédagogiques	ARS	Éducation nationale Direction de l'Enseignement Catholique (DEC)