



Action n°18 ■ Préserver la qualité des milieux à usages de loisirs et renforcer la sensibilisation et l'information notamment en zone littorale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Surveiller et maintenir un bon niveau de qualité des milieux de vie » (SRP objectif 14)

« 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)



■ Argumentaire territorialisé de l'action

La Vendée est le 2nd département le plus touristique de France, après le Var. La population augmente très fortement en saison estivale, notamment en zone littorale

De nombreux établissements d'accueil (hôtels, campings, résidences secondaires) s'y sont développés ainsi que des activités de loisirs aquatiques (piscines saisonnières, baignades).

Le territoire comprend également :

- un nombre important de piscines saisonnières,
- 80 zones de baignades (4 en eaux douces et 76 en eaux de mer) réparties sur 25 communes
- 18 sites de pêche à pied récréative

En vue de prévenir les risques sanitaires liés à ces milieux et usages, une bonne gestion et un suivi de ces 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 et sur les bonnes pratiques à adopter.

Il convient également d'assurer la préservation de la qualité des zones de baignades et de pêche à pied, par une meilleure connaissance de l'environnement proche, au travers de la mise en œuvre des profils de baignade.

■ Territoire d'action

Littoral et zones de loisirs

■ Leviers particuliers sur le territoire

Implication des professionnels, des collectivités

Démarche type Agenda 21 ou contrat local de santé (CLS)

Zones de baignade : Profil de baignade (outil réglementaire).

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Implication des professionnels, des collectivités

Zones de baignade : impact financier des mesures de gestion à mettre en œuvre

Absence de CLS sur les communes littorales

■ Résultats attendus sur le territoire

- Maintenir des usages de loisirs de qualité
- Augmenter le nombre de profils de baignade
- Développer l'éducation à la santé environnementale

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Inciter les collectivités à élaborer les « profils baignades » et les sensibiliser sur l'intérêt et l'utilisation de cet outil dans la gestion des zones de baignade	2012-2016	Réunions de travail et de suivi	ARS	Agence de l'Eau, Préfecture, collectivités possédant un site ouvert à la baignade, DDTM, DDPP
2	Sensibiliser les professionnels, notamment du tourisme, et les collectivités sur les problématiques sanitaires rencontrées sur le littoral : eaux de loisirs (piscines) légionelles, bruit, monoxyde de carbone, puits (double réseau) etc	2012-2016	Développer des outils d'information et de sensibilisation	ARS	Collectivités, responsables d'établissement (privé/public), maître nageur, office du tourisme, services touristiques, acteur immobilier
3	Renforcer l'information du public et des collectivités sur la qualité et les risques sanitaires associés : aux eaux de loisirs (piscine, baignades) à la pêche à pied	Initiation : saison 2013	Développer des outils d'information et de sensibilisation	ARS	DDTM, DDPP, collectivité, Offices de tourisme responsables d'établissement MIGA pour les zones de pêche à pied
4	Sensibiliser les communes du littoral aux problématiques santé-environnement, et susciter l'intégration dans leur démarche d'animation territoriale de ces enjeux	en fonction des contrats locaux de santé ou d'autres initiatives locales telles que les chartes de qualité	Promouvoir la prise en compte des problématiques santé-environnement par l'animation territoriale	Collectivités / ARS	EPCI

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes

512

Action n°2 : Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin »

514

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 : Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles

518

Action n°4 : Formaliser un accompagnement individuel adapté et selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs

520

Action n°5 : Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant « l'aller vers »

522

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°6 : Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour mieux repérer les personnes en situation de précarité

526

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a pour objectif de fédérer les acteurs autour de la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé.

Il a vocation à aider les personnes en situation de précarité dans leur démarche de prévention, d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès à l'accompagnement médico-social.

Le PRAPS définit un cadre d'intervention pour promouvoir des actions transitoires ayant comme buts l'accès

et le maintien dans le droit commun. Il s'adresse aux personnes en situation de précarité, aux grands exclus, aux personnes en situation de détresse sociale et aux personnes en situation de vulnérabilité tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

Le PRAPS, en tant que déclinaison des trois schémas régionaux (schéma régional de prévention -SRP-, schéma régional d'organisation sanitaire -SROS-, schéma régional d'organisation médico-social -SROMS-) s'inscrit dans la cohérence d'ensemble du Projet Régional de Santé. Il est naturellement transversal de par les publics ciblés et la pluralité des acteurs et institutions qu'il implique. Ce programme, bien que régional, répond à une logique de proximité. Sa mise en œuvre se décline au plus près des populations, dans le cadre d'animation locale au sein des territoires.

L'antériorité des anciens PRAPS et les diagnostics issus des travaux relatifs au Projet Régional de Santé ont permis d'identifier des populations qui sont plus particulièrement touchées par les situations de précarité et à prioriser dans les actions : jeunes en errance, jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, grands exclus, gens du voyage les plus en difficulté, personnes immigrées notamment vieillissantes, détenus, publics recourant à l'aide alimentaire, personnes handicapées psychiques vieillissantes... En complément de cette approche populationnelle, plusieurs thématiques, non exclusives mais plus particulièrement prégnantes, ont été identifiées : la nutrition, les conduites addictives, la santé mentale et la souffrance psychique.



LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Recueillir les expériences et la parole des personnes en situation de précarité pour les associer à la conception des actions et des programmes



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE

« Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne » (SROS objectif 4)

« Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé » (SRP objectif 1)

Garantir la parole de l'utilisateur permet de mettre la personne au départ de la réflexion. Le professionnel et la personne en situation de précarité apportent chacun leur expertise. Les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge doivent être en mesure de s'adapter aux publics.

Le recueil de la parole permet d'enrichir la réflexion et les pratiques. Associer les personnes et les conforter dans leur rôle d'acteur implique une écoute vigilante des attentes afin de définir les actions et les approches les mieux appropriées aux situations et au contexte psychosocial.

Cette démarche nécessite la mobilisation des personnes et de leurs ressources dans un climat de confiance et de respect mutuel qui s'adapte aux difficultés et aux incompréhensions.

■ Leviers

- La reconnaissance des droits des patients
- La loi rénovant l'action sociale et médico sociale du 02/01/2002
- La valorisation des expériences et le développement des méthodes « d'empowerment »
- L'existence de relais, dont les aidants, auprès des personnes en situation de précarité

■ Points de vigilance

La capacité à adapter les dispositifs existants de représentation et d'écoute à des personnes en situation de précarité

■ Résultat attendu sur le territoire

- Obtenir une représentation active des personnes en situation de précarité dans les instances
- Être en mesure de recueillir leur satisfaction et leur ressenti
- Mettre en évidence les bonnes pratiques adaptées aux cultures de chacun
- Enrichir la pratique des professionnels grâce au recueil d'expériences
- Définir des programmes d'action par les personnes concernées et les personnes relais

Indicateurs :

- Nombre d'ateliers mise en place pour formaliser la parole des usagers
- Part des items qualitatifs dans le recueil de l'activité des structures
- Part des programmes et actions construit en partenariat avec les usagers

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Élaborer et diffuser une information adaptée sur : - les conditions et le renouvellement de l'accès aux droits - les droits et les devoirs liés à l'accompagnement et aux soins	2012	Accompagnement méthodologique Supports de communication adaptés	ARS	Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) Professionnels de santé
2	Permettre la participation des personnes en situation de précarité à l'évaluation des actions qui leurs sont dédiées : Intégrer préalablement la participation des personnes comme critère d'évaluation des actions	2012	Accompagnement méthodologique	ARS	Associations, Structures et dispositifs de prévention, de soins...
3	Promouvoir la mise en place d'atelier permettant le recueil de la parole, d'instances adaptées aux personnes en situation de précarité Diffuser des synthèses des ateliers aux professionnels de santé afin de rendre compte des difficultés d'appréhension. Développer des groupes de parole et d'échange autour des problématiques addictions et développement des compétences psycho sociales. Favoriser l'émergence d'une commission régionale des usagers des dispositifs d'hébergement et d'accès au logement	2012-2013	Accompagnement méthodologique (recherche de cofinancements)	ARS	DRJSCS, DDCCS, Associations, CISS, Établissements et services, Union régionale des professionnels de santé, Ordre Professionnels, Ateliers santé ville, Permanences d'accueil, d'information et d'orientation, Missions locales
4	Améliorer la connaissance des publics fréquentant les dispositifs en favorisant le retour d'indicateurs qualitatifs - Utiliser les leviers de la loi du 02/01/2002 sur les volets évaluations interne et externe	2013	Formation à l'évaluation des actions , Missions d'audit des structures	ARS	Associations, Structures et dispositifs de prévention, de soins...
5	Travailler, avec les personnes en situation de précarité, à l'adaptation des outils de communication pour les rendre accessibles à tous	2013-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats)	ARS	DRJSCS, DDCCS Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) Associations, Conseils Généraux
6	Capitaliser l'expérience des personnes relais et des médiateurs à même de faire remonter les besoins, les difficultés. Mutualiser et faire connaître les approches intéressantes et reproductibles notamment en matière d'éducation à la santé	2014-2016	Accompagnement méthodologique	ARS	Associations, Structures et dispositifs de prévention, de soins...

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°2 ■ Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au « prendre soin »

OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE



« Généraliser les consultations d'annonce à toutes personnes atteintes de maladies chroniques ou à pronostic défavorable » (SROS objectif 3)

« 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)

« Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne » (SRP objectif 5)

Pour les personnes en situation de précarité, les difficultés pour accéder aux droits et aux soins se retrouvent de manière encore plus prégnante dans l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé. Pour remédier à ces difficultés, les dispositifs, les supports, les discours et les postures sont à adapter aux publics visés par les actions (problème de langues, de cultures, d'illettrisme...). Le rapport au temps est aussi à prendre en compte : la notion de temps pour les personnes en situation de précarité peut différer de celle des intervenants, des institutions.

Les travaux d'évaluation des anciens PRAPS et les retours d'expérience des acteurs, permettent de mettre en évidence des populations plus particulièrement concernées par la précarité et des thèmes d'action prioritaires : la nutrition, les addictions, la santé mentale. La mise en œuvre d'actions spécifiques au moment de rupture dans l'emploi, au niveau familial ou à des âges charnières permet de travailler plus en amont auprès de publics vulnérables.

■ Leviers

- Le maillage territorial des dispositifs existants
- L'identification de thématiques prioritaires

■ Points de vigilance

Veiller à l'adaptation des dispositifs avec pour finalité le recours au droit commun

Accepter des mesures d'activité autres que quantitatives

■ Résultat attendu sur le territoire

- Proposer pour les personnes en situation de précarité des actions d'éducation à la santé et des programmes d'éducation thérapeutique adaptés
- Définir une consultation d'annonce à même de prendre en compte les particularités du parcours des personnes vulnérables

Indicateurs :

- Part des jeunes fréquentant les missions locales bénéficiant d'action santé
- Nombre d'actions partenariales mises en place sur les thématiques périnatalité et parentalité

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Encourager les approches permettant d'établir un suivi dans le temps et l'émergence de relations de confiance - Actions sur les lieux de vie - Intervenants formés et stabilisés dans le temps Promouvoir le soutien psychologique notamment auprès des personnes migrantes	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements)	ARS	DRJSCS, DDCCS Associations
2	Développer la mise en œuvre d'ateliers sur : - La notion de confiance en soi - L'estime de soi - La nutrition du type " cuisiner à petit prix "	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de cofinancements)	ARS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
3	Développer l'offre de programmes et d'actions de réduction des risques : - Actions de santé en milieu carcéral - Actions auprès des 16-25 ans usagers de drogues	2012-2016	Accompagnement méthodologique	ARS	Associations, Structures et dispositifs de prévention, de soins, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARRUD)
4	Favoriser l'émergence d'actions autour de la périnatalité et de la parentalité : - Promouvoir des actions de santé, notamment psychique, en direction des femmes (soutien à la parentalité...) - Améliorer l'information et la prévention adaptées auprès des 16-25 ans - Promouvoir des actions mettant en avant le rôle de la famille et de la parentalité dans la transmission de valeurs « santé - bien être » notamment auprès des migrants	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements) Ressources au sein de l'ONDAM	ARS	Réseau périnatalité, Éducation nationale (santé scolaire), DRJSCS, DDCCS (Programme régional d'intégration des populations immigrées), Conseils Généraux (Protection maternelle et infantile) Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents, Commission régionale de la naissance, CAF, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI)

>>>

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

>>>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
5	Adapter les supports pour prendre en compte les différences linguistiques, culturelles, l'illettrisme... Soutenir les approches interculturelles, notamment en matière de souffrance psychique Développer des actions adaptées en matière de santé sexuelle	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche des cofinancements) notamment au titre de l'interprétariat	ARS	DRJSCS, DDCS, Associations, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI)
6	Développer des projets : - d'éducation thérapeutique adaptés aux publics et prenant en compte leurs spécificités - d'actions auprès des publics sur les thèmes de l'observance, de la iatrogénie...	2013-2016	Accompagnement méthodologique	ARS	Professionnels de santé et du social
7	Proposer une consultation d'annonce où le rôle de l'aidant ou du référent sera reconnu	2013	Ressource au sein de l'ONDAM	ARS	Établissements et services, Professionnels de santé et du social
8	Développer les actions intégrant les structures touchant les publics jeunes : - Etablir des liens formalisés entre services de santé et foyers de jeunes travailleurs, Missions locales... - Soutenir les actions des Centres médico psycho pédagogique, notamment en direction des mineurs isolés - Favoriser les interventions des associations dans les établissements scolaires et universitaires - Promouvoir des actions visant les étudiants précaires (habitat, alimentation, santé sexuelle...)	2013	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements)	ARS	Éducation nationale, Insertion, Missions locales, Formation professionnelle initiale et continue, Foyer de jeunes travailleurs, Maisons des adolescents, Pôle emploi, Conseil Régional
9	Mettre en œuvre des consultations spécifiques au moment des ruptures de parcours : perte d'emploi, changement de situation, retraite...	2014	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements)	ARS	CARSAT, Pôle emploi



LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 ■ Améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins en harmonisant les pratiques professionnelles



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE

- « Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 30)
- « Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROMS objectif 16)
- « Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

Malgré l'existence de dispositifs et le développement d'actions spécifiques notamment dans le cadre des précédents PRAPS, les personnes en situation de précarité rencontrent toujours des difficultés d'accès aux droits et aux soins.

Ainsi dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) gérés par Médecins du Monde, 81 % des personnes ayant des droits (CMU, AME...) n'en bénéficient pas. Au-delà de ces difficultés d'accès aux droits, il est aussi nécessaire de s'interroger sur le maintien des droits dont les modalités peuvent être complexes.

Une partie des dysfonctionnements observés peut être due au manque de connaissance des dispositifs malgré les efforts de coordination des intervenants. L'information adressée aux publics n'est pas toujours adaptée ce qui entraîne des difficultés de compréhension et d'interprétation quant aux dispositifs existants. Pour les professionnels de santé, la multiplicité des situations et des intervenants peut également nuire à la lisibilité.

Les dispositifs tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont vocation à jouer un rôle transitoire en facilitant et en accompagnant les personnes vers le droit commun. Au sein de ces dispositifs, la coordination des intervenants et des actions amène à des pratiques plus efficaces. Des procédures concertées et standardisées aboutissent à garantir l'équité dans l'accès aux droits et in fine aux soins.

■ Leviers

La mise en synergie de dispositifs à même d'avoir une vision globale des publics : permanences d'accès aux soins de santé et leur coordination régionale, les ateliers santé ville, les dispositifs mis en place dans le cadre des actions de santé (IST, tuberculose, vaccinations...), les équipes mobiles psychiatrie précarité, les lits halte soins santé...

■ Points de vigilance

Ne pas uniformiser les modalités mais proposer des dispositifs adaptés aux publics et aux territoires ayant une cohérence globale

■ Résultat attendu sur le territoire

- Identifier les dispositifs et leurs champs de compétences (notamment pour les professionnels de santé)
- Optimiser le recours aux dispositifs tout en rappelant leur caractère transitoire
- Créer les passerelles vers un droit commun durable et stabilisé
- Mettre en commun les bonnes pratiques et optimiser les moyens mis en œuvre par les différents intervenants
- Disposer de l'information nécessaire et des leviers pour piloter les actions des dispositifs

Indicateurs :

- Rédaction d'une procédure commune diffusée à l'ensemble des acteurs de l'accompagnement à l'accès aux droits
- Nombre de protocoles communs au PASS de la région
- Analyse des profils de consultants (Taux de personnes disposant de CMU, de la CMU-C, évolution du pourcentage des consultants avec un médecin traitant...)
- Nombre et proportion de projets de santé (maisons de santé pluri-professionnelles, contrats locaux de santé) incluant la thématique précarité

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Disposer d'un contact régional par territoire de santé au sein de l'assurance maladie pour " débloquer " les situations relatives aux demandes de droits	2012	Accompagnement méthodologique	Commission gestion du risque de l'assurance maladie, ARS	Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI), Associations
2	Réorienter les centres prestataires d'actions de prévention vers les publics les plus vulnérables - Rendre compte des caractéristiques des usagers et accompagner les dispositifs pour mieux cibler les publics	2012	Accompagnement méthodologique	ARS	Équipe mobile psychiatrie précarité, Centre médico psychologique, CMPP, MSP, DRJSCS, DDCS, Conseils Généraux, Centres communaux d'action sociale, Structures et dispositifs de prévention
3	Soutenir l'amélioration des pratiques au sein des PASS par l'action de la coordination régionale : - Rédaction de protocoles communs - Réalisation d'outils communs de communication - Formalisation de temps d'échanges - Formalisation des partenariats	2012 /2013	Crédits dédiés à la PASS régionale	PASS régionale ARS	PASS, Établissements de santé
4	Renforcer la coordination des dispositifs et des acteurs (CDAG, vaccinations, PMI...) autour de thématiques communes ou de publics communs . Mettre en place des filières de recours à l'expertise en partenariat avec les centres de lutte anti tuberculeux et les CDAG (y compris le volant hépatites) afin d'appliquer les protocoles de dépistage et de suivi, quelque soit le lieu de vie	2012-2016	Accompagnement méthodologique Redéploiement des moyens alloués aux centres	ARS Commission de coordination des politiques publiques	Les dispositifs et les institutions visant les mêmes publics
5	Améliorer et uniformiser les procédures de demande de droits afin de simplifier les démarches Promouvoir des permanences des CPAM au plus proches des populations	2013	Temps d'agents dédiés à la rédaction d'une procédure commune, Formation	ARS	Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI), Associations, Établissements de santé
6	Tenir à disposition des professionnels de santé et du social un annuaire recensant les acteurs et les dispositifs : - en matière d'addiction - en matière de santé mentale - en matière de santé sexuelle - en matière de nutrition...	2013	Temps de recueil, de rédaction et de validation, mise en ligne...	ARS	DRJSCS, DDCS Établissements et services, Associations
7	Accroître la transversalité des approches dans les prises en charges - dans le cas des addictions (drogues, alcool, jeux...) développer des approches et des pratiques communes et mutualisées	2013	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats)	ARS	Structures et dispositifs de prévention, de soins

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 ■ Formaliser un accompagnement individuel adapté et, selon les cas, identifier une personne pour coordonner les interventions et les acteurs



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE

« Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 30)

« Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROMS objectif 16)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

Pour les personnes en situation de précarité, le système de santé peut être incompréhensible. La précarité, les situations de vulnérabilité éloignent des droits, des soins, des intervenants. Face à ces difficultés, la santé n'est plus une priorité d'où les difficultés à instaurer et à coordonner un parcours de santé.

Les différences culturelles, les difficultés d'intégration rendent l'information éclairée encore plus complexe. Les actions développées autour de personnes relais auprès des populations montrent leur pertinence : la médiation permet aux personnes en situation de précarité de décoder les enjeux autour de la santé.

Ce principe de médiation permet un accompagnement psychologique et physique aux droits et aux soins. Au niveau de la coordination des professionnels, l'accompagnant peut apporter des informations plus précises sur le parcours et le contexte socioculturel dans lequel vit la personne. La possibilité de s'appuyer sur un intermédiaire crée du lien entre les dispositifs, les institutions et les personnes.

L'identification de filières d'accompagnement et de prise en charge œuvre aussi à la fluidité des parcours pour les personnes en situation de rupture. Ces filières se constituent autour de professionnels, d'établissements accessibles : physiquement, culturellement et financièrement.

■ Leviers

- La reconnaissance du rôle de la médiation
- La valorisation de l'apport des aidants et leur formation
- La professionnalisation des associations

■ Points de vigilance

Trouver le point d'équilibre entre la professionnalisation des relais, des médiateurs et le risque pour ces relais d'être perçus comme instrumentalisés (par les publics, par les professionnels de santé)

■ Résultat attendu sur le territoire

- Proposer pour les personnes en situation de précarité un accompagnement personnel et spécifique par l'intermédiaire d'une personne désignée (médiateur, pair, aidant, référent...)
- Assurer un recours à la prévention, aux soins, à l'accompagnement quelque soit la situation de la personne
- Faciliter le partage de l'information dans le cas de parcours pouvant être chaotiques

Indicateurs :

- Nombre de personnes suivies par territoire de santé et projets de vie rédigés
- Nombre d'hôpitaux disposant d'une PASS ou d'un lien formalisé avec une PASS
- Nombre de MSP ayant établi des liens fonctionnels avec des structures ou des professionnels pour la prise en charge de soins psychiques

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Expérimenter, sur un territoire défini et pour un nombre limité de cas, l'identification d'un référent en mesure d'accompagner les personnes en situation de grande précarité dans leurs démarches et leur parcours	2012-2014	0.5 ETP de coordination par territoire de santé (30 pers. suivies par territoire de santé)	ARS	DRJSCS, DDCS, Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), Associations, Établissements et services, Ateliers santé ville
2	Identifier et formaliser des filières d'accès aux professionnels conventionnés et notamment l'accès aux spécialistes	2012-2013	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements)	ARS	Union régionales des professionnels de santé (URPS), Ordres, Assurance maladie
3	Proposer un référent pour faciliter l'engagement des professionnels du premier recours dans la prise en charge des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur les MSP Développer l'accès à l'interprétariat pour les médecins libéraux et les sensibiliser à l'intérêt de cette démarche	2012-2016	-Accompagnement méthodologique -À négocier au niveau des projets de santé, des CLS...	ARS	URPS, Ordres
4	Faire connaître le site 'ameli.fr' et sa fonctionnalité pour rechercher les professionnels de santé selon leur secteur de conventionnement	2012-2016	Accompagnement méthodologique	Commission gestion du risque de l'assurance maladie, ARS	Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI)
5	Donner un rôle de coordination à destination des personnes en situation de précarité aux instances de coordination et aux structures déjà en place (CLIC, MDA, réseaux, plate-forme de services médico-sociaux...)	2013	Formation de personnel relais en lien avec l'évolution de l'ONDAM	ARS	DRJSCS, DDCS Conseils Généraux
6	Instaurer des filières pour s'assurer de la continuité des droits et de la coordination des parcours de prise en charge des détenus à leur sortie d'établissement - Repérer les filières de prise en charge de soins psychiques	2013-2014	Accompagnement méthodologique auprès des UCSA (Temps spécifique de suivi)	UCSA ARS	Assurance maladie, Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), CHRS, URPS, Médecins généralistes
7	Identifier les recours possibles aux soins psychiques (CMP entre autres) en s'appuyant sur le maillage territorial et au niveau de chaque MSP / Pôle de santé / CLS - Conventionner pour la mise en place de consultations avancées de spécialistes libéraux	2013-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats)	ARS	Professionnels de santé

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Adapter les modalités d'accueil et d'intervention en favorisant « l'aller vers »



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE

« Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 30)

« Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROMS objectif 16)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

Les difficultés d'accès physique, psychologique, économique au système de santé sont sources de non recours aux soins ou de ruptures de prise en charge. L'adaptation du système et la mise en œuvre de dispositifs permettant la transition vers le droit commun contribuent à lever ces difficultés.

Les structures ne sont pas toujours en mesure de proposer des actions hors les murs. La mise en œuvre de dispositifs mobiles permet de proposer des prestations dans une logique « d'aller vers » les personnes en situation de précarité. « L'aller vers » peut aussi se définir sur le plan culturel, où c'est la posture des intervenants qui doit être adaptée aux conditions des personnes. Le renouvellement des stratégies d'approches, des modes de communication permet de toucher un public en constante évolution.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent développer une démarche explicite en ce qui concerne l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes, inscrite dans le principe de non discrimination.

■ Leviers

- Les partenariats formalisés entre les acteurs identifiés
- Le rôle des médiateurs pour « aller vers »
- Le maillage territorial en place ou en cours de formalisation, maisons de santé pluriprofessionnelles(MSP)

■ Points de vigilance

- Aménager une place à la médecine libérale au travers des MSP, des nouveaux moyens de rémunération
- Le repérage et la prise en charge des personnes ne sollicitant pas de soutien

■ Résultat attendu sur le territoire

- Lever les obstacles à la coopération entre les partenaires et dépasser les logiques sectorielles
- Proposer des dispositifs innovants pour répondre aux besoins évolutifs des personnes en situation de précarité
- Reconnaître la prise en compte et la prise en charge de la précarité dans une approche globale de la personne

Indicateurs :

- Part des actions mobiles dans les actions des dispositifs
- Nombre d'actions développées in situ dans les lieux de vie
- Nombre de conventions signées entre dispositifs sociaux et sanitaires

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Recenser, évaluer et développer en fonction des manques identifiés les dispositifs mobiles d'appui aux structures sanitaires, médico sociales et ambulatoires pour aller vers les publics les plus éloignés du soin	2012	Ressource au sein de l'ONDAM	ARS	PASS, Centres de prévention, Conseils Généraux
2	Accompagner l'évolution des services et des établissements dans la prise en compte et la prise en charge des situations de précarité pour que chaque contact apporte de l'expertise Dépister des situations de vulnérabilité lors des passages en établissements et en institutions Favoriser l'émergence de dispositifs dits de " bas seuils ", dispositifs dont les critères d'accueil, notamment en termes de consommation sont adaptés aux publics	2012	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats) Formation des professionnels	ARS	Établissements et services sanitaires et sociaux, Associations, Conseils Généraux
3	Promouvoir la formation des intervenants au domicile dans la prise en compte globale de la personne Améliorer la formation des auxiliaires de vie en matière de repérage des problématiques chez les personnes vulnérables	2012	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats) Formation des professionnels	ARS	Associations, Structures d'hospitalisation à domicile, Réseau de maintien à domicile, CLIC, SSIAD, Association d'aide à domicile

>>>

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

>>>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	<p>Faire émerger des lieux d'intervention multiples au plus proche des lieux de vie, des logements et d'hébergement (CHRS, FAM, EHPAD, maisons relais, domicile...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les dispositifs de prévention : redéploiement des temps passés vers l'extérieur en lien avec les foyers et les centres d'hébergement - Développer des actions de promotion de la santé en milieu rural en identifiant les lieux d'intervention mobilisables (CMS, CCAS, centres socio-culturels, MSP...) - Favoriser l'intervention des structures d'addictologie et les structures de soins et d'accompagnement en santé mentale dans les lieux d'accueil, d'hébergement (CHRS...) et les logements adaptés 	2012-2016	Ressource au sein de l'ONDAM	ARS	DRJSCS, DDCCS, Plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI), Dispositifs de prévention et de soins, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), Équipes mobiles psychiatrie précarité, Intervenant au domicile, Établissements et services sociaux et médico-sociaux non médicalisés, Conseils Généraux, CCAS, Conseils locaux en santé mentale
5	Encourager des stratégies d'approche innovantes pour les publics les plus éloignés du soin (ateliers, médiation, groupes de parole, missions vers les publics spécifiques...) Développer des dispositifs adaptés en termes de durées de prise en charge (exemple des lits halte soins santé et des lits d'accueil médicalisé)	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et recherche de cofinancements)	ARS	DRJSCS, DDCCS, Établissement et services sanitaires et sociaux, Associations, Ateliers santé ville
6	Contractualiser avec des structures d'habitat intermédiaire pour faciliter l'entrée de personnes marginalisées en structure en proposant un accompagnement médico-social adapté à chaque situation (addictions, santé mentale...)	2013	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats)	ARS	DRJSCS, DDCCS, Programme régional d'intégration des populations immigrées (PRIPI), Conseils Généraux, Établissements et services médico-sociaux, Associations, Lits halte soins santé



LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°6 ■ Renforcer la coordination des institutions et développer les capacités des intervenants pour repérer les personnes en situation de précarité



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE

« Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 30)

« Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 16)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

Les interactions des programmes, des politiques mais aussi des dispositifs nécessitent d'établir des partenariats de meilleure qualité entre opérateurs mais aussi entre institutions. Certaines populations, à l'image des migrants vieillissants, sont concernées par plusieurs programmes que les institutions ont vocation à coordonner.

Les institutions et les professionnels intervenants auprès des publics manquent parfois de temps pour prendre en compte les demandes dans leur ensemble. La complexité du système de santé ne permet pas toujours d'entendre les attentes du public. L'information et la formation des intervenants permettent le dialogue et le partage. Elles sont aussi garantes du renforcement de l'implication des acteurs.

Si la grande précarité est visible, d'autres formes de précarité sont plus insidieuses, à l'image de la précarité en milieu rural. Les outils pour caractériser et observer la précarité et ses évolutions sont encore limités. Pour les institutions qui pilotent les programmes, un meilleur retour sur les actions financées est nécessaire. Ce recueil d'avantage qualitatif doit aussi permettre de valoriser les actions des intervenants.

■ Leviers

- Participation de l'ARS aux programmes pilotés par les institutions partenaires
- Les commissions de coordination des politiques publiques
- Le maillage des dispositifs existants

■ Points de vigilance

La difficulté pour donner une définition précise à la précarité. Les publics peuvent évoluer au cours du programme d'où l'intérêt d'outils fins à même de décrire et de repérer les populations vulnérables.

■ Résultat attendu sur le territoire

- Proposer aux publics des solutions interinstitutionnelles globales et concordantes
- Disposer d'un panorama détaillé et actualisé des secteurs cumulant les indicateurs de précarité
- Promouvoir l'approche psycho sociale auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé
- Renforcer le système de santé dans sa capacité à prendre en compte les problèmes inhérents à la précarité

Indicateurs :

- Publication et communication d'études et données cartographiques
- Nombre de professionnels bénéficiant d'une formation spécifique aux problèmes liés à la précarité

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Échéance prévisionnelle	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Disposer des outils permettant l'observation des personnes en situation de précarité et le repérage des personnes vulnérables - Publication annuelle du type tableaux de bord de la précarité	2012	ETP dédié pour des études spécifiques et moyens de communication des résultats	ARS	Plate forme régionale d'observation sociale et médico-sociale INSEE, ORS, CAF
2	Encourager la mise en place de procédures de repérage dans les institutions accueillant les publics : - Questionnaire dans les établissements permettant d'identifier les personnes vulnérables - Repérer et accompagner les personnes en situation d'illettrisme	2012-2014	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements)	ARS	DRJSCS, DDSCS, Établissements et services sanitaires et sociaux, CPAM, MSA, RSI
3	Favoriser la connaissance réciproque et les échanges de pratiques avec les structures du social : - Proposer des formations pluri-professionnelles sur les problématiques des personnes en situation de précarité - Rendre possible les interventions de personnels soignants dans les dispositifs et structures sociales (notamment au sein des services intégrés d'accueil et d'orientation –SIAO) - Favoriser la coordination des dispositifs d'hébergement social et les dispositifs sanitaires afin de s'adapter à l'évolution des publics et des situations - Favoriser l'accompagnement vers le logement en identifiant les professionnels de santé mobilisables	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats et de cofinancements)	ARS	DRJSCS / DDSCS IREPS Centres d'études et d'actions sociales (CEAS) Établissements et services sanitaires et sociaux
4	Informar, sensibiliser et former les intervenants et les partenaires aux impacts des inégalités sociales et territoriales de santé Rôle de plaidoyer de l'ARS auprès des différents partenaires institutionnels notamment sur la question du logement et de l'habitat Sensibiliser et former les professionnels de santé et du médico-social à la prise en charge interculturelle	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats)	ARS	DRJSCS Plan départementaux d'accueil et d'hébergement et d'insertion (PDAHI), Commission régionale de l'habitat, IREPS
5	Promouvoir le recueil d'éléments qualitatifs auprès des acteurs pour mieux évaluer les actions et leur portée (Reformulation d'indicateurs de suivi qualitatifs)	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de cofinancements)	ARS	IREPS, Centres d'études et d'actions sociales (CEAS), FNARS
6	Développer la prise en compte de l'environnement et du cadre de vie comme déterminants de santé des personnes en situation de précarité	2012-2016	Accompagnement méthodologique (recherche de partenariats)	ARS	DREAL, Commission régionale de l'habitat
7	Expérimenter l'observation des " zones ou poches " de précarité (en priorité en milieu rural...) - Cartographie des zones à risque-précarité	2013	Accompagnement méthodologique	ARS	INSEE, ORS, Conseils Généraux, CPAM, MSA, RSI, CCAS, FNARS

AVANT-PROPOS

1 ■ LE PRIAC EST L'UN DES PROGRAMMES DU PRS

C'est le plan d'actions et le budget d'exécution du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Il a vocation à programmer les actions et les financements permettant la mise en œuvre des objectifs stratégiques opérationnels du PRS. Il évolue en fonction des notifications budgétaires pluriannuelles allouées à l'ARS.

Il garde une dimension interdépartementale puisqu'il concerne pour partie des champs de compétence partagés avec les Conseils Généraux. Par contre, il ne concerne pas les prestations médico-sociales à destination des publics spécifiques (structures d'addictologie essentiellement).

2 ■ LES 3 ACTIONS DU PRIAC DOIVENT ABOUTIR À :

UNE PROGRESSION DE L'OFFRE RÉGIONALE DE SERVICES

- de 15 % du nombre de places en services pour enfants, avec 488 places supplémentaires, le nombre de places autorisées passant de 3 229 places au 01/01/2012 à 3 717 places au 31/12/2016,
- de 46 % du nombre de place en services pour adultes avec 316 places supplémentaires, le nombre de places autorisées passant de 686 places au 01/01/2012 à 1 002 places au 31/12/2016,
- de 16 % du nombre de places de SSIAD avec 1 027 places supplémentaires, le nombre de places autorisées passant de 6 393 places au 01/01/2012 à 7 420 places au 31/12/2016,

UNE ÉVOLUTION DU TAUX D'ÉQUIPEMENT EN SERVICE, AVEC PRISE EN COMPTE DES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES À 2016 :

- de 3,60 à 3,88 pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans, sur le secteur de l'enfance handicapée
- de 0,37 à 0,54 pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, sur le secteur des adultes en situation de handicap
- de 20,52 ‰ à 20,79 ‰ pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans

UN RÉÉQUILIBRAGE DE L'OFFRE D'ÉQUIPEMENT ENTRE LES TERRITOIRES DE SANTÉ DE LA RÉGION AVEC :

- une réduction de moitié des écarts de taux d'équipement interdépartementaux sur le secteur du handicap*
- une réduction d'un tiers des écarts de taux d'équipement interdépartementaux sur le secteur personnes âgées*

* mesuré à partir de l'écart type interdépartemental des taux d'équipement, avec prise en compte des projections de population en 2016

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Adapter l'offre d'accompagnement institutionnel
aux besoins des publics accueillis 532

Action n°2 : Développer l'offre en faveur du répit des aidants naturels 534

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 : Développer l'offre de service pour les enfants de moins
de vingt ans en situation de handicap 538

Action n°4 : Développer l'offre de service pour les adultes
de 20 à 59 ans en situation de handicap 540

Action n°5 : Développer l'offre de service pour les adultes
de plus de 60 ans en situation de handicap 542

Action n°6 : Faciliter l'accès et l'organisation du recours à l'expertise
dans le secteur médico-social 544

Action n°7 : Accompagner le vieillissement des personnes
en situation de handicap 546

Action n°8 : Développer une offre adaptée pour enfants et adultes
avec un handicap psychique ou des troubles du comportement ou avec autisme/TED 548

Action n°9 : Développer une offre adaptée pour enfants et adultes
avec un handicap sensoriel 552

Action n°10 : Développer une offre adaptée pour enfants et adultes
avec un handicap de faible prévalence ou un polyhandicap 554

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°11 : Réduire les inégalités entre territoires de santé en matière
d'offre en établissements, pour enfants et adolescents de moins
de 20 ans, en situation de handicap 556

Action n°12 : Réduire les inégalités entre territoires de santé en matière
d'offre en établissements, pour les adultes de 20 à 59 ans, en situation
de handicap 558

Action n°13 : Rééquilibrer l'offre pour réduire les inégalités entre territoires
de santé, pour les adultes de plus de 60 ans 560



LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Adapter l'offre d'accompagnement institutionnel aux besoins des publics accueillis

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE



- « Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne » (SROMS objectif 4)
- « Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)
- « 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)

Plusieurs types d'inadéquation de prises en charge peuvent être identifiés dans la région Pays de la Loire :

- **Inadaptation de l'agrément de la structure médico-sociale au regard des besoins d'accompagnement, liée à l'âge des personnes accueillies.**

Une enquête régionale menée en octobre 2010 a montré la présence de 419 jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants en situation de handicap, faute de places pour les accueillir sur le secteur des adultes en situation de handicap.

En outre, l'enquête ES 2006 a montré un vieillissement du public accueilli en établissements pour adultes en situation de handicap (fin 2006, 26 % des résidents d'établissement pour adultes handicapés étaient âgés de 50 ans ou plus).

L'appel à projet lancé en 2011 a permis de lancer des expérimentations liées à l'accompagnement socio-professionnel des jeunes en situation d'amendement Creton orientés en ESAT et d'accompagner la transformation de places d'établissements pour enfants souffrant de polyhandicaps en places de maison d'accueil spécialisée (MAS).

- **Maintien en structure sanitaire, faute de place sur le secteur médico-social, de personnes en situation de handicap disposant d'une orientation de la Commission du droit et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).**

Selon une enquête régionale réalisée en 2010 dans les Pays de la Loire, 396 personnes hospitalisées au long cours et 368 personnes suivies dans le cadre de la sectorisation bénéficient d'une orientation de la CDAPH.

- **Inadéquation de l'agrément de structures médico-sociales pour enfants et adultes en situation de handicap, liée à l'évolution du public reçu.**

Selon les indicateurs 2009, 23,9 % des instituts médico-éducatifs (IME) de la région accompagnent des enfants déficients intellectuels légers, pour lesquels une orientation en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) pourrait être interrogée.

Compte-tenu des évolutions du public accompagné en institution médico-sociale (troubles associés, autisme, troubles envahissants du développement (TED)...), une requalification de places est à envisager (ex : transformation de places d'IME en places de section pour enfants avec un handicap associé (SEHA) ou unités TED-autisme, requalification de places de MAS et de foyer d'accueil médicalisé (FAM) en places autistes, transformation de places d'IME et d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)...)

■ **Leviers**

- Plans nationaux
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux,
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), crédits d'État,
- Appel à projets,
- Mise en conformité des autorisations

■ **Points de vigilance**

Des domaines de compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ **Résultats attendus**

- Développement et diversification de l'offre
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Apporter une réponse adaptée aux besoins des jeunes en situation d'amendement Creton			
a. Créer des plateformes d'insertion socioprofessionnelle expérimentales dans les territoires de santé			
Création de plates-formes d'insertion socio-professionnelle expérimentales	44	Redéploiement et crédits non reductibles	Réalisé
Création de plates-formes d'insertion socio-professionnelle expérimentales	49	Redéploiement et crédits non reductibles	Réalisé
Création d'une plate-forme d'insertion socio-professionnelle expérimentales	72	Redéploiement et crédits non reductibles	Réalisé
Création de plates-formes d'insertion socio-professionnelle expérimentales	85	Redéploiement et crédits non reductibles	Réalisé
b. Développer des plateformes d'accompagnement pour jeunes adultes (18-25 ans) dans les territoires de santé par redéploiement de moyens.			
c. Transformer des places d'IPEAP en places de maison d'accueil spécialisé (MAS) (Cf. fiche n°10)			
Transformation de 24 d'IPEAP en places de MAS (saumurois)	49	Redéploiement	Réalisé
d. Créer des places de foyer d'accueil médicalisé (FAM)			
Création d'un FAM de 20 places	53	Enveloppe anticipée	Réalisé
d. Identifier avec les opérateurs les perspectives de redéploiements futurs et étudier les conditions de leur mise en oeuvre			
Analyser avec les opérateurs les résultats de l'enquête ES 2010, de l'évaluation des expérimentations engagées			Réalisé
Renouveler l'enquête régionale relative aux jeunes en situation d'amendement Creton			Réalisé en 2015
Poursuivre les actions de redéploiement sur le plan régional		Redéploiement	2014-2016
2. Répondre aux situations d'inadéquation sur le secteur sanitaire			
a. Réaliser des enquêtes actualisées des personnes en situation d'inadéquation, en psychiatrie et en SSR a. Poursuivre le recensement des situations d'inadéquations			Réalisé 2014-2016
b. Accompagner les restructurations proposées dans le cadre de l'appel à projet régional relatif à la création de places d'établissements ou services pour adultes en situation de handicap psychique		Redéploiement	2013-2016
c. Lancer un appel à projet régional relatif à la création de places de structures médico-sociales pour personnes en situation de handicap hospitalisées par défaut		Redéploiement de moyens des établissements autorisés en santé mentale et des établissements de soins de suite et de réadaptation.	2014-2016
3. Adapter les agréments des ESMS à l'évolution du public reçu			
Réaliser une action de requalification de l'offre sur le plan régional*			
Réviser les agréments des SESSAD afin de permettre un accompagnement dès le plus jeune âge			2014
Réviser les agréments des IME afin de les recentrer sur l'accompagnement des situations les plus complexes.			2014-2016

* l'enquête ES 2010 permettra d'identifier les agréments des établissements pour enfants et adultes handicapés ne correspondant pas à la réalité du public reçu.

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°2 ■ Développer l'offre en faveur du répit des aidants naturels



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)

Le soutien apporté par les aidants naturels est essentiel au maintien à domicile des personnes handicapées quelque soit leur âge. Le développement d'une offre institutionnelle « alternative » permet d'anticiper et de gérer les situations d'épuisement de l'aidant et de prévoir des solutions permettant de répondre aux situations d'urgence.

Compte tenu des taux d'occupation actuellement faibles concernant l'offre de répit sur le secteur du handicap, une analyse préalable des modalités de fonctionnement et des conditions de recours sera nécessaire.

L'offre d'hébergement temporaire pour les personnes de plus de 60 ans n'a pas vocation à répliquer l'hébergement permanent. Elle doit s'accompagner d'un projet spécifique avec un accompagnement des aidants en amont et en aval, pour préserver l'autonomie de la personne dans la perspective du retour à domicile. Elle doit également établir des liens avec le secteur hospitalier.

Concernant l'accueil de jour pour les personnes de plus de 60 ans, les priorités en matière d'autorisation sont :

- d'une part, la mise en conformité des accueils de jour pour fin 2014 (décret du 29 septembre 2011),
- d'autre part, un appel à projet intégré dans la création de plateformes de service envisagées à l'action 5 activité 1.

■ Leviers

- Plan Alzheimer
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Appel à projets
- Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Développement et diversification de l'offre
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1. Réorganiser l'offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour à destination des enfants et des adultes en situation de handicap			
a. Poursuivre l'analyse des modalités de fonctionnement des places d'hébergement temporaire et faire évoluer l'offre existante.			2015-2016
b. Créer des places d'accueil temporaire et d'hébergement séquentiel			
Création de 6 places d'accueil temporaire en FAM	72	Mesures nouvelles (65 800 €)	Réalisé
Poursuivre la création de places d'hébergement séquentiel en institut médico-éducatif (IME), structure de répit fonctionnant la nuit ainsi que les WE et les vacances scolaires	44 85	Mesures nouvelles	2013-2014
2. Développer et restructurer l'offre d'hébergement temporaire et à destination des personnes de plus de 60 ans			
Créer 15 places d'hébergement temporaire en Loire-Atlantique par appel à projet, dans le cadre de la création d'une plateforme de services		Enveloppe anticipée 2012	2014
Créer 50 places d'hébergement temporaire		Mesures nouvelles, sous réserve de notifications futures	
Restructurer l'offre d'hébergement temporaire sur les territoires de proximité, par la création d'unités d'une taille critique suffisante dotées d'un projet spécifique conforme au référentiel régional sur les bonnes pratiques de l'hébergement temporaire		Redéploiement de places d'hébergement permanent Appel à projets dans le cadre de la création de plateformes de services Accompagnement par des crédits non reconductibles	
3. Développer et restructurer l'offre d'accueil de jour à destination des personnes de plus de 60 ans.			
A. Achever la restructuration de l'offre en accueil de jour en Sarthe et Vendée		Redéploiement	Réalisé
B. Dans le cadre du schéma cible relatif à la restructuration de l'accueil de jour, renforcer l'offre en accueil de jour par la création de 23 places supplémentaires (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Mayenne)		Redéploiement	Réalisé
C. Créer 70 places d'accueil de jour.		Appel à projets ou ENI ou redéploiement de mesures nouvelles sous réserve des notifications futures	2013-2015

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

>>>

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
4. Assurer un accompagnement médico-social sur les périodes de fermeture des établissements pour les personnes atteintes de handicaps complexes			
a. Réaliser une analyse de l'amplitude d'ouverture des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour enfants en situation de handicap pour déterminer les réorganisations à mettre en œuvre			2014
b. Négocier des amplitudes d'ouverture plus importantes ou la mise en œuvre d'accompagnements alternatifs durant les périodes de fermeture pour les (ESMS) ayant des coûts à la place supérieurs à la moyenne régionale		Redéploiement	2013-2016
5. Développer et restructurer l'offre d'accueil de jour à destination des personnes de plus de 60 ans en développant les plateformes de répit et d'accompagnement à domicile pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer			
6. Mettre en œuvre la formation des aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées pour sensibiliser ces aidants à la maladie de leur proche et dédramatiser les situations			
Poursuite des actions au niveau régional		Sous réserve de notifications futures	Réalisé
7. Développer les plateformes d'accompagnement et de répit dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan Maladies Neuro-dégénératives			
Création de 2 plateformes d'accompagnement et de répit		Mesures nouvelles Plan PMND 200 000 Euros	2016 - 2017

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 ■ Développer l'offre de service pour les enfants de moins de vingt ans en situation de handicap

OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE DU SCHÉMA



« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne. » (SROMS objectif 5)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

« 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)

L'offre de service a connu un développement important dans la région. Ainsi, la part des services représente sur le plan régional 37,8 % de l'offre en faveur des enfants en situation de handicap. Cependant, la poursuite de ce développement est nécessaire au regard des indicateurs de pression de la demande, avec en 2009, 911 enfants en attente de place de Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) dans la région. Le développement des services devra être plus particulièrement ciblé sur la Loire-Atlantique et la Vendée, compte-tenu du taux d'équipement et de la pression démographique de ces deux départements.

Le développement des places de SESSAD tiendra compte de l'implantation des classes spécialisées de l'Éducation Nationale (Classes d'Intégration Scolaire (CLIS), Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)). En outre, des territoires d'intervention plus cohérents devront être définis, dans une logique d'accompagnement de proximité et d'efficience des services.

■ Leviers

- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Appel à projets

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec l'Éducation Nationale

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Développement de l'offre de services
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Définir des territoires infra-départementaux après analyse de l'activité des services et des taux d'équipement 1- Assurer le maillage territorial de l'accompagnement par les services			Réalisé
2- Créer des places de SESSAD en Loire-Atlantique et en Vendée			
création de 9 places de SESSAD	44	Extension mesures nouvelles (135 000 €)	Réalisé
création de 16 places de SESSAD	44	Extension Mesures nouvelles (240 000 €)	Réalisé
création de 30 places de SESSAD	44	Appel à projets Mesures nouvelles (450 000 €)	Réalisé
création de 10 places de SESSAD	44	Extension Mesures nouvelles	Réalisé
création de 30 places de SESSAD	44	Appel à projets Mesures nouvelles (600 000 €)	Réalisé
création de 27 places de SESSAD renforcé	44	Appel à projets Mesures nouvelles (400 000 €)	Réalisé
création de 47 places de SESSAD	44	Appel à projets Mesures nouvelles (775 500 €)	Réalisé
création de 30 places de SESSAD (Challans)	85	Mesures nouvelles (450 000 €)	Réalisé
création de 10 places de SESSAD	85	Extension Mesures nouvelles (150 000 €)	Réalisé
Création d'une place de SESSD (handicap moteur)	53	Extension Mesures Nouvelles	Réalisé
création de 8 places de SESSAD	85	Extension Mesures Nouvelles	Réalisé
création de 30 places de SESSAD	85	Appel à projets Mesures nouvelles	Réalisé
création de 36 places de SESSAD	85	Appel à projets Mesures nouvelles	Réalisé
3- Identifier les besoins de redéploiement de places d'établissement vers les places de services dans le cadre d'une analyse partagée avec les opérateurs et les partenaires (Éducation Nationale, Conseils Généraux, Maison Départementale des Personnes Handicapées)			
Transformation de places d'IME en places de SESSAD	Région	Redéploiement	2014-2016

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 ■ Développer l'offre de service pour les adultes de 20 à 59 ans en situation de handicap

OBJECTIFS DU SCHÉMA



« Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne. » (SROMS objectif 5)

« Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)

« Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)

« 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)

La raison d'une mise en place plus récente, la part des services est plus faible sur le secteur des adultes en situation de handicap que sur le secteur de l'enfance handicapée. Elle représente ainsi 20,3 % de l'offre globale régionale financée par l'assurance maladie pour les adultes en situation de handicap, avec des proportions variables selon les départements. Si elle représente près de la moitié de l'offre globale en faveur des adultes en situation de handicap en Mayenne, elle ne constitue que 14 à 17 % de l'offre en Sarthe, Loire-Atlantique et Vendée. La poursuite du développement de l'offre de services est nécessaire au regard des indicateurs de pression de la demande et de l'aspiration des personnes handicapées à vivre à domicile. Dans ce cadre, le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) fixe un taux d'équipement en services à 0,5 pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans.

■ Leviers

- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Appel à projets

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Développement et diversification de l'offre de services
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Assurer le maillage territorial de l'accompagnement par les services			
2- Créer des places de SSIAD pour adultes (SSIAD-PH) de 20 à 59 ans en situation de handicap en Loire-Atlantique, Sarthe, Maine-et-Loire et Vendée			
Création de 80 places de SSIAD-PH (5 places extension non importante – 75 équipes mobiles de médicalisation)	44	Appel à projets / Extension Mesures nouvelles (840 000 €)	2016 (ENI 5 places : réalisée)
Création de 6 places de SSIAD-PH	49	Extension Mesures Nouvelles (74 565 €)	Réalisé
Création de 20 places de SSIAD-PH	72	Appel à projet Mesures nouvelles (240 000 €)	2015
Création de 50 places de SSIAD-PH (équipe mobile de médicalisation)	85	Appel à projets Mesures nouvelles (600 000 €)	2016
3- Créer des places de service d'aide médico-sociale pour adultes en situation de handicap (SAMSAH) en Loire-Atlantique et Vendée (+ cf Action n°8 Handicap psychique)			
Création de 30 places de SAMSAH	44	Appel à projets Mesures nouvelles (360 000 €)	Réalisé
Création de 20 places de SAMSAH	85	Médicalisation de SAVS Mesures nouvelles (240 000 €)	Réalisé
Extension de 16 places de SAMSAH (Saint-Germain-de-Prinçay)	85	Extension Mesures nouvelles (192 000 €)	Réalisé
Création de 30 places de SAMSAH (initialement décrit dans l'action 8)	49	Appel à projets 30 places : Mesures nouvelles (360 000 €)	Réalisé

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Développer l'offre de service pour les adultes de plus de 60 ans en situation de handicap

OBJECTIFS DU SCHÉMA



- « Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne. » (SROMS objectif 5)
- « Favoriser la vie en milieu ordinaire » (SROMS objectif 6)
- « Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie » (SROMS objectif 8)
- « 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)

Le développement de l'offre de service doit être accentué, compte-tenu du souhait prédominant des personnes âgées de rester à domicile⁽¹⁾ alors que l'offre de service ne représente actuellement que 15 % de l'offre globale du secteur.

Le SROMS vise à 5 ans un taux minimal de diversification de l'offre de 17 % et un taux d'équipement en service pour personnes âgées de 35 places pour 1 000 personnes de 80 ans et plus par territoire de santé.

La priorité porte sur le développement, par appel à projet, de plateformes offrant une palette de services coordonnés sur un territoire. Il sera attendu de la mise en œuvre de ces appels à projet une dynamique de regroupement et de coopération entre les acteurs de l'accompagnement des personnes âgées, offrant des réponses complémentaires qui permettront d'assurer le continuum de l'accompagnement et une meilleure coordination pour la population du territoire en lien étroit avec le comité local d'information et de concertation (CLIC).

■ Leviers

- Plan Alzheimer
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Appel à projets
- Modification des autorisations

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Développement et diversification de l'offre de services
- Adaptation de l'offre aux besoins

(1) Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité, DREES/BVA, janvier 2010 :

« Le nombre de Français jugeant inenvisageable le fait de vivre eux-mêmes dans un établissement pour personnes âgées, en augmentation constante depuis 2001, atteint 60 % des sondés. Pour leurs parents proches, seuls 20 % d'entre eux envisageraient un hébergement dans une institution spécialisée, préférant eux-mêmes s'arranger (26 %) voire, s'en occuper chez eux (30 %) ou consacrer une partie de leurs revenus à payer des aides (22 %) pour les maintenir à leur domicile. »

ANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Créer au moins une plateforme de services par département pour l'accompagnement de personnes âgées dépendantes et pour le répit des aidants comprenant services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), accueil de jour (AJ), hébergement temporaire (HT), accueil de nuit			
a. Accompagnement des projets retenus dans le cadre de l'appel à candidature 2013		Crédits non reconductibles	2014
b. Appel à candidature régional, en fonction des résultats de l'évaluation des projets labellisés en 2013		Extensions non importantes de SSIAD, sous réserve des notifications futures	2015
b. Appel à projets en Loire-Atlantique		Création de places d'hébergement temporaire et de SSIAD (enveloppes anticipées)	2014
2- Créer 1 000 places de SSIAD en faveur des personnes âgées d'ici 2016 sous réserve de la disponibilité des enveloppes futures*.			
a. Définir les territoires cibles à l'échelon de proximité			
b Définir l'articulation entre SSIAD et hébergement non médicalisé			
c. Créer des places de SSIAD ou SPASAD dans chaque département de la région			
Création de 23 places de SSIAD ou SPASAD	44	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	Réalisé en 2013
Création de 27 places de SSIAD ou SPASAD	49	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	Réalisé en 2013
Création de 8 places de SSIAD ou SPASAD	53	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	Réalisé en 2013
Création de 10 places de SSIAD ou SPASAD	72	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	Réalisé en 2013
Création de 29 places de SSIAD ou SPASAD	85	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	Réalisé en 2013
Création de 19 places de SSIAD ou SPASAD	44	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	2014
Création de 23 places de SSIAD ou SPASAD	49	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	2014
Création de 7 places de SSIAD ou SPASAD	53	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	2014
Création de 8 places de SSIAD ou SPASAD	72	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	2014
Création de 24 places de SSIAD ou SPASAD	85	Extension non importante (ENI) Enveloppe anticipée	2014
Création de 238 places de SSIAD ou SPASAD	44	Appel à projets ou ENI MN, sous réserve des notifications futures	2015-2016
Création de 213 places de SSIAD ou SPASAD	49	Appel à projets ou ENI MN, sous réserve des notifications futures	2015-2016
Création de 83 places de SSIAD ou SPASAD	53	Appel à projets ou ENI MN, sous réserve des notifications futures	2015-2016
Création de 123 places de SSIAD ou SPASAD	72	Appel à projets ou ENI MN, sous réserve des notifications futures	2015-2016
Création de 176 places de SSIAD ou SPASAD	85	Appel à projets ou ENI MN, sous réserve des notifications futures	2015-2016
Création de 4 équipes spécialisées Alzheimer	À définir	Mesures nouvelles / PMND 600 000 euros	2016-2017

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°6 ■ Faciliter l'accès et l'organisation du recours à l'expertise dans le secteur médico-social



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)

La résolution des situations complexes implique, pour les professionnels de proximité, de pouvoir s'appuyer sur des équipes spécialisées. Dans ce cadre, des plateformes d'expertise et des centres ressources spécialisés doivent pouvoir venir en appui aux professionnels et aux structures pour les aider à approfondir leurs connaissances et affiner leur diagnostic, mais aussi en appui aux aidants naturels pour assurer une connaissance plus complète du handicap auquel ils sont confrontés.

Cette mesure implique le **développement du maillage territorial des centres d'actions médico-sociale précoce (CAMSP)**, dans une logique d'accompagnement de proximité et de réduction des délais de diagnostic. Cette même logique doit guider **la réorganisation du centre de ressources sur l'autisme (CRA)**. En outre, cette action suppose le **développement de centres ressources sur d'autres types de handicap et la poursuite de l'accès à l'expertise en matière d'insertion socio-professionnelle des personnes en situation de handicap**. En effet, le taux d'équipement en centre de rééducation professionnelle (CRP) et centre pré-orientation professionnelle (CPO) de la région accuse un retard sur le taux d'équipement national.

Enfin, la complexité de certaines situations, relevant à la fois de l'accompagnement social, médico-social et sanitaire, nécessite une coordination plus forte entre les professionnels.

■ Leviers

- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Appel à projets

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Amélioration de la coordination entre les professionnels de proximité et les structures spécialisées
- Renforcement du maillage territorial

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Soutenir et développer les missions des CAMSP et des CMPP pour réduire les délais de diagnostic			
a. Apporter des suites à l'étude comparative des centres d'actions médico-sociale précoce (CAMSP) et des CMPP de la région			2014-2016
b. Renforcer les moyens des CAMSP et des CMPP et assurer un maillage territorial par la création d'antennes			
Antenne CAMSP (Châteaubriant)	44	Extension Mesures nouvelles (150 000 €)	Réalisé
Antenne CAMSP (Challans)	85	Extension Marge de gestion (150 000 €)	Réalisé
Création d'une antenne CAMS P (Sud-Vendée)	85	Extension Mesures nouvelles (200 000 €)	Réalisé
2- Accompagner l'action du Centre de Ressources sur l'Autisme			
Conclure avec le CRA un contrat d'engagement visant à mettre en cohérence son action avec les objectifs du troisième plan autisme : permettre un accès facilité au diagnostic, proposer des formations aux nouvelles méthodes d'accompagnement, assurer l'information aux familles...		Enveloppe constante	Réalisé
3- Développer les structures régionales d'appui et d'expertise			
Création d'une structure régionale d'appui et d'expertise « handicap psychique »			2015-2016
Création d'une structure régionale d'appui et d'expertise « déficiences sensorielles »			2015-2016
4- Poursuivre l'accès à l'expertise en matière d'insertion socio-professionnelle des personnes en situation d'handicap pour renforcer le dispositif d'évaluation et d'orientation socio-professionnelle de l'unité d'évaluation, de reclassement (UEROS, CRP, CPO)			
a. Réaliser un bilan d'activité des CPO, CRP et UEROS de la région			
b. Renforcer le maillage des CRP-CPO		Redéploiement	2014-2016
Extension de 6 places d'UEROS pour des personnes en situation de handicap à la suite d'une lésion cérébrale, d'un traumatisme crânien ou à la suite d'AVC	49	Extension Mesures nouvelles (130 000 €)	Réalisé en 2013
5. Assurer l'accès à l'expertise médico-sociale des professionnels du secteur social			
Mettre en place un dispositif expérimental de type équipe-mobile « ressources » intervenant de manière directe ou indirecte en faveur de jeunes relevant d'une mesure de placement au titre de la protection de l'enfance (ASE-PJJ) et présentant des troubles du caractère et du comportement.		Appel à projets Mesures nouvelles (600 000 €) pour la Loire-Atlantique et la Vendée Redéploiement pour les autres départements	Réalisé

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°7 ■ Accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap



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)
- « 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)

Différents indicateurs soulignent sur le plan régional, la problématique des personnes handicapées vieillissantes.

Ainsi, l'enquête ES 2006 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère (DREES) indique que 26 % des résidents des établissements d'hébergement pour adultes handicapés étaient âgés de 50 ans ou plus, fin 2006.

Cette problématique est confirmée pour les travailleurs handicapés vieillissants pour lesquels les indicateurs 2009 font apparaître une proportion de 26,7 % des handicapés travaillant en établissement et service d'aide au travail (ESAT), âgés de plus de 45 ans.

En outre, une attention particulière doit être portée aux personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile.

■ Leviers

- Plans nationaux
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Crédits d'État
- Appel à projets, Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Plan national
- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Développement de l'offre de services
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1. Poursuivre la réflexion régionale sur les solutions innovantes d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes			
2. Adapter l'offre à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes			
Accompagner l'adaptation de quelques EHPAD à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.		Redéploiement de places	2014-2016
Adapter la réponse aux besoins des personnes handicapées vieillissantes		Appel à projets pour adapter les places	2013-2016
3- Renforcer l'accompagnement médicalisé en foyer de vie			
Médicaliser 14 places de foyers de vie, établissements publics de Corcoué-sur-Logne - Savenay - La Chapelle-sur-Erdre	44	Mesures nouvelles (327 000 €)	Réalisé
Médicaliser 15 places de foyers de vie.	49	Mesures nouvelles (367 000 €)	Réalisé
Médicalisation de 11 places de foyer de vie	49	Mesures nouvelles (285 000 €)	Réalisé
Médicaliser 10 places de foyers de vie.	85	Mesures nouvelles (238 000 €)	Réalisé
Poursuivre la médicalisation des places de foyer de vie	Région	Redéploiement ou Mesures nouvelles sous réserve de notifications futures	10 places en 85 réalisées
Médicaliser 14 places de foyer de vie	85	Mesures Nouvelles (335 000 €)	Réalisé
Expérimenter des équipes de médicalisation intervenant dans les foyers de vie ou en habitat regroupé	Région	Redéploiement Mesures Nouvelles (SSIAD)	2014-2016
4- Créer des places de suivi d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) pour les personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile (cf action n°4)			
Créer 15 places de SAMSAH	72	Mesures nouvelles (180 000 €)	Réalisé
5- Adapter l'organisation du travail en ESAT pour les travailleurs handicapés vieillissants			
Lancer une étude sur les situations d'inadéquation de travailleurs handicapés maintenus en ESAT alors qu'ils bénéficient d'une orientation en foyer de vie (FV) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM)			2015-2016
Développement du temps partiel en ESAT et développement de dispositif d'accompagnement en sortie d'ESAT,, en lien avec les Conseils Généraux		Région	2014-2016
6- Répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes ou âgées atteintes de maladie chronique grave			
Adapter l'offre en EHPAD à la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie chronique grave (ex. insuffisance rénale pour favoriser la dialyse péritonéale)	région	Appel à candidatures	2014
Conduire une étude au plan régional visant à évaluer les besoins d'accompagnement des personnes dont le handicap résulte d'une maladie chronique			
Création d'un service médico-social pour personnes dont le handicap résulte d'une maladie chronique		Mesures nouvelles, sous réserve des notifications futures	2015-2016

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 ■ Développer une offre adaptée pour enfants et adultes avec un handicap psychique, des troubles du comportement ou des troubles autistiques

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)

« 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)

La mise en œuvre du plan « psychiatrie-santé mentale » et du plan « autisme » a conduit à un renforcement de l'offre en faveur des personnes souffrant de handicap psychiques (création de places de suivi d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), des groupes d'entraide mutuel (GEM) et à une amélioration de l'appui et du recours à l'expertise (nouveau Centre de ressources Autisme des Pays de la Loire).

Toutefois, la prévalence du handicap psychique et des troubles du spectre autistiques implique la poursuite du développement de l'offre, dans une logique de proximité et de réduction des inégalités territoriales, tout en promouvant l'innovation et l'inclusion en milieu ordinaire. Elle doit également permettre d'améliorer la prévention des situations de crise et la réponse aux situations urgentes, dans le cadre d'un accompagnement global de la personne en situation de handicap.

■ Leviers

- Plans nationaux
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Crédits d'État
- Appel à projets, Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

Des domaines de compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Rééquilibrage de l'offre en faveur de populations ciblées
- Développement et diversification de l'offre de services
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Développer une offre spécifique en faveur des personnes souffrant de handicap psychique			
Résoudre les situations d'inadéquation en psychiatrie (voir fiche action 1)		Redéploiement de l'offre sanitaire vers l'offre médico-sociale	2013-2016
Créer 25 places de SAMSAH pour personnes souffrant d'un handicap psychique	44	Appel à projets Mesures nouvelles (335 000 €)	Réalisé
Créer 15 places de SAMSAH pour personnes souffrant d'un handicap psychique	72	Mesures nouvelles (180 000 €)	Réalisé
Médicaliser 11 places de foyer d'accueil médicalisé (FAM) pour personnes souffrant d'un handicap psychique (Challans)	85	Extension Mesures nouvelles (288 800 €)	Réalisé
Créer de nouveaux GEM en fonction de l'étude des files actives par territoire de santé		En fonction des crédits délégués sur le plan national	2013-2016 3 nouveaux GEM ouvert en 2013 (44, 49, 53) + 3 en 2014
2- Développer une offre spécifique en faveur des enfants atteints de troubles du comportement			
19 places de l'institut éducatif thérapeutique et pédagogique (ITEP) les petits Princes (nord Sarthe)	72	Mesures nouvelles (792 000 €)	Réalisé
Création de 25 places d'ITEP à Belleville-sur-Vie	85	Mesures nouvelles (1 100 000 €)	Réalisé
Extension de 8 places du service d'éducation et de soins à domicile-troubles du caractère et du comportement (SESSAD-TCC)	85	Extension Mesures nouvelles (120 000 €)	Réalisé
Création de 20 places SESSAD-TCC	85	Mesures nouvelles (330 000 €)	Réalisé
3- Développer une offre adaptée en faveur des personnes atteintes de traumatismes crâniens			
Création de 2 GEM	72/85	Crédits GEM	Réalisé en 2013
Disposer d'au moins un GEM traumatisés crâniens par département	Région	Crédits GEM	Réalisé
4. Améliorer l'offre d'accompagnement médico-sociale en faveur des personnes autistes conformément aux recommandations HAS-ANESM.			
Identifier les établissements existants justifiant un renforcement des moyens pour permettre la mise en œuvre des recommandations ANESMS HAS. a. Diagnostiquer et intervenir plus précocement cf action n°6 : Renforcer les moyens des CAMSP et des CMPP et améliorer le maillage territorial cf action n°1 : Réviser les tranches d'âge des SESSAD afin de permettre un accompagnement dès le plus jeune âge			
Positionner les CAMSP dans l'offre diagnostic gradué, en renforçant leurs moyens pour assurer cette mission	Région	Mesures nouvelles Plan Autisme (160 000 €)	Réalisé
b. Assurer le maillage territorial pour garantir l'accessibilité à une offre adaptée.			2014-2016

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

c. Développer une offre spécifique en faveur des personnes atteintes de troubles autistiques et de troubles envahissants du développement (TED) en s'assurant de juste adéquation des moyens au regard des recommandations.			
Installation de 20 places de FAM à Grandchamps des Fontaines	44	Appel à projets lancé en 2012 Mesures nouvelles (500 000 €)	Réalisé
Création de 14 places 'autisme'	53	Extension Mesures nouvelles (650 000 €)	Réalisé
Création de 10 places dans le cadre d'un dispositif expérimental (Classe ABA)	44	Mesures nouvelles Saint-Nazaire	Réalisé
Création de 6 places de SESSAD autisme	44	Mesures nouvelles	Réalisé
Création de 8 places SESSAD Autisme	85	Mesures nouvelles	Réalisé
Renforcer les moyens des établissements et services médico-sociaux existants	Région	Mesures Nouvelles Plan Autisme 1 686 000 €	2014-2016
Créer des places de SESSAD très précoce	Région	Mesures Nouvelles Plan Autisme 1 470 000 €	2014-2016
Créer des places de SESSAD pour renforcer le maillage territorial	Région	Mesures Nouvelles pour la Loire Atlantique et la Vendée Enveloppe Enfants Cf action n°1 Redéploiement	2014-2016
Créer une offre de répit en accueil séquentiel ou temporaire pour enfants et adolescents.	Région	Mesures nouvelles Plan Autisme 588 406 €	2014-2016
Optimiser l'offre d'accueil temporaire adulte existante pour répondre aux besoins non satisfaits.	Région	Redéploiement	2014-2016
Créer des places en établissements pour adultes	44 et 85	Mesures Nouvelles Plan Autisme 2 880 610 €	Réalisé
d. Proposer des solutions nouvelles pour scolariser en milieu ordinaire dès la petite enfance			
Création d'unité d'enseignement en maternelle	44	Mesures nouvelles – Plan Autisme	Réalisé
Déploiement des UE en maternelle	Région	Mesures nouvelles – Plan Autisme (AAP)	Réalisé

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°9 ■ Développer une offre adaptée pour enfants et adultes avec un handicap sensoriel

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)

« 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)

L'accompagnement médico-social des enfants et adolescents déficients sensoriels s'établit dans la région à deux niveaux :

- un accompagnement institutionnel, positionné exclusivement sur deux départements, la Loire-Atlantique et le Maine et Loire,
- un accompagnement en milieu ordinaire avec des places de services dans chaque département.

L'amélioration de l'accompagnement médico-social des enfants et adolescents déficients sensoriels nécessite une évaluation préalable du positionnement de l'accompagnement institutionnel. Cette évaluation doit questionner la place de l'internat et son recentrage sur sa vocation thérapeutique.

■ Leviers

- Plans nationaux
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

Disposer d'une analyse des besoins

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Rééquilibrage de l'offre en faveur de populations ciblées
- Développement de l'offre de services
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
Développer l'offre de service pour enfants présentant une déficience sensorielle et fluidifier la liste d'attente	53	Extension non importante Renforcement de moyens Mesures Nouvelles (148 000 €)	Réalisé
Étudier les modalités de fonctionnement des établissements pour enfants déficients sensoriels à partir de l'enquête ES 2010, et réaliser une analyse de leur vocation régionale et du rôle des internats			2014-2016
Organiser la réponse en service d'accompagnement notamment en Mayenne et en Sarthe afin de garantir l'accès en proximité à des accompagnements de qualité.			
Créer une structure régionale d'appui et d'expertise « Troubles sensoriels » (cf action n°6)			2015-2016
Repositionner et éventuellement redéployer l'offre régionale en faveur des enfants déficients sensoriels vers une réponse de proximité			Région

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°10 ■ Développer une offre adaptée pour enfants et adultes avec un handicap de faible prévalence ou un polyhandicap

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)

« 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)

Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie accorde une attention particulière à l'accompagnement du polyhandicap et des handicaps à faible prévalence dans le cadre du schéma national des handicaps rares.

La région Pays de la Loire dispose d'un équipement institutionnel et de services en faveur de personnes atteintes de handicap de faible prévalence, à vocation interrégionale.

La pression de la demande sur le secteur des adultes handicapés (cf. enquête sur les jeunes en situation d'amendement Creton) doit conduire à un renforcement de l'offre institutionnelle pour les personnes les plus lourdement handicapées, par création ou transformation, ainsi qu'à sa diversification (ex : accueil temporaire).

■ Leviers

- Plans nationaux
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

Disposer d'une analyse des besoins

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Rééquilibrage de l'offre en faveur de populations ciblées
- Développement et diversification de l'offre
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Développer une offre adaptée pour personnes souffrant de polyhandicap			
a. Conduire une étude au plan régional. L'enquête ES 2010 permettra d'identifier les requalifications de places à conduire au regard des inadéquations entre les agréments des établissements et le type de public accueilli			
b. Poursuivre l'adaptation de l'offre par redéploiement pour assurer un meilleur accompagnement des jeunes en situation d'amendement Creton (cf action n°1)			
C. Créer de nouvelles places pour accueillir des personnes souffrant de polyhandicap			
Extension de 7 places de SEHA	44	Extension Mesures nouvelles (350 000 €)	Réalisé
Créer 16 places à la maison d'accueil spécialisé (MAS) à Couëron	44	Mesures nouvelles (652 000 €)	Réalisé
Extension de 3 places de MAS à Beaufort en Vallée	49	Mesures nouvelles (210 000 €)	Réalisé
Création de 5 places pour enfants polyhandicapés	85	Mesures nouvelles (307 754 €)	Réalisé
Création de 26 places de MAS pour adultes handicapés	85	Mesures nouvelles (1 999 000 €)	Réalisé
2- Développer une offre adaptée pour personnes souffrant d'un handicap à faible prévalence			
a. Créer 24 places de MAS pour personne souffrant de troubles neuro-dégénératifs à Mortagne-sur-Sèvre	85	Mesures nouvelles	Réalisé
b. Élargir les missions du PRIOR , plateforme maladies rare, au handicap rare	Région	Mesures nouvelles	Réalisé
c. Création d'une structure d'accueil temporaire à vocation régionale	Région	Mesures nouvelles du schéma national Handicap rare (380 000 €)	Réalisé
d. Créer une équipe relais du groupement national « handicaps rares » en inter-région ouest	Inter-région	Appel à candidature Mesures nouvelles du schéma national Handicap rare	Réalisé
e. Créer un dispositif d'accompagnement en faveur des handicaps rares	Région	Appel à projet Mesures nouvelles du schéma national Handicap rare	2015 - 2016

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°11 ■ Réduire les inégalités entre territoires de santé en matière d'offre en établissements pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans en situation de handicap

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)

« 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)

L'offre régionale médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap reste marquée par des disparités interdépartementales, tant en termes d'équipement qu'en termes de 'dotation € par habitant.

Ainsi, l'offre institutionnelle en faveur des personnes de 0 à 20 ans en situation de handicap se caractérise par une disparité importante entre la Vendée, département le moins bien doté (taux d'équipement de 4,8‰) et le Maine-et-Loire (taux d'équipement de 6,4 ‰).

Le SROMS vise à réduire d'1/3 les écarts interdépartementaux d'équipement d'ici 5 ans.

En Maine-et-Loire, l'adaptation de l'offre aux besoins d'accompagnement médico-social sera réalisée par redéploiement de l'offre existante.

De plus, au regard de l'évolution démographique de la tranche d'âge des 0-19 ans jusqu'en 2016 et de leurs taux d'équipement respectifs, la Loire-Atlantique et la Vendée bénéficieront prioritairement des créations de places nouvelles.

■ Leviers

- Plans nationaux
- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Mise en conformité des autorisations

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Développement de l'offre de services
- Rééquilibrage et diversification de l'offre en faveur de populations ciblées
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Création d'une offre pour les enfants souffrants de handicaps spécifiques La programmation des mesures nouvelles et des opérations de transformation de l'offre institutionnelle en faveur des enfants souffrant de handicap est décrite : - dans la fiche n°2 en ce qui concerne l'offre d'accueil temporaire, - dans la fiche n°8 pour l'offre en faveur des enfants atteints de troubles autistiques ou envahissants du développement (TED) ou de troubles du caractère et du comportement (TCC), - dans la fiche n°10 pour l'offre en faveur des enfants souffrant de polyhandicaps			
Création de places de Section d'Éducation motrice	85	Extension Mesures Nouvelles	Réalisé
2- Redéploiement au sein des territoires de santé			
Requalification de 49 places sur 7 unités « autismes » et TED	49	Redéploiement (2 755 595 €)	Réalisé
Transformation de 12 places d'accueil temporaire	49	Redéploiement (900 000 €)	Réalisé
Repositionner et éventuellement redéployer les moyens des établissements à vocation régionale vers une réponse de proximité	Région	Redéploiement	2014-2016

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°12 ■ Réduire les inégalités entre territoires de santé en matière d'offre en établissements pour les adultes de 20 à 59 ans en situation de handicap

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)

« 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)

L'offre régionale médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap reste marquée par des disparités interdépartementales, tant en termes d'équipement qu'en termes de dotation € par habitant.

De même, sur le secteur des personnes de 20 à 59 ans en situation de handicap, il existe un écart important entre les deux départements les moins bien équipés (Loire-Atlantique et Vendée avec des taux d'équipement respectifs de 1,72 et 1,75‰) et les deux départements les mieux équipés (Sarthe et Mayenne avec des taux d'équipement respectifs de 2,28 et 2,11‰).

Les disparités interdépartementales s'illustrent également à travers deux indicateurs :

- la part de l'équipement départemental dans l'équipement régional rapportée à la part de la population départementale dans la population régionale :

Ce rapport traduit un équipement moindre en Loire-Atlantique et en Vendée, contrairement au Maine-et-Loire.

La dotation € par habitant :

- Le Maine-et-Loire et plus encore la Sarthe disposent d'une dotation €/habitant très supérieure à la moyenne régionale, contrairement à la Vendée dont la dotation €/habitant est la plus faible de la région.

Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) vise à réduire d'1/3 les écarts interdépartementaux d'équipement d'ici 5 ans.

Les créations de places nouvelles en établissement pour adultes en situation de handicap et **en établissement et service d'aide par le travail (ESAT)** seront prioritairement affectées sur la Loire-Atlantique et la Vendée

Compte-tenu de son taux d'équipement sur le secteur des **ESAT**, la Mayenne devra envisager des transferts de places vers les territoires les plus prioritaires.

La priorité portera sur le renforcement de l'offre de places ESAT en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, de façon plus relative sur la Vendée, afin de permettre à ces départements d'atteindre un taux d'équipement de 3.6 à horizon 2016, en tenant compte de l'évolution de la population des 20-59 ans

En fonction du volume des enveloppes notifiées, des extensions non importantes pourront être envisagées sur la Sarthe.

■ Leviers

- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux

- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- Crédits d'État

- Appel à projets

- Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

- Compétence partagée avec les Conseils Généraux

- Partenariats avec le milieu ordinaire de travail

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé

- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Création d'une offre pour les publics spécifiques La programmation de l'offre en faveur de publics spécifiques est décrite - dans la fiche n°1 pour les jeunes en situation d'amendement Creton, - dans la fiche n°2 pour l'accueil temporaire, - dans la fiche n°7 pour les personnes handicapées vieillissantes, - dans la fiche n°8 pour les personnes présentant un handicap psychique ou des troubles autistiques – troubles envahissant du développement, - dans la fiche n°10 pour les personnes souffrant de polyhandicaps ou présentant un handicap de faible prévalence			
2- Réalisation d'une étude sur l'équipement et sur la pression de la demande par type de dispositif et par territoire de santé afin d'identifier les transferts de places éventuels à réaliser entre territoires de santé, dans une logique de réduction des inégalités d'équipement			
3- Transformation ou requalification des places existantes			
Transformation de 11 places d'instituts pour enfants et adolescents polyhandicapés (IEAP) en places dans les maisons d'accueil spécialisés MAS pour adultes souffrant de polyhandicaps	72	Redéploiement	Réalisé
Transformation de places de MAS en places de FAM	53	Redéploiement	2014-2016
Requalification de 16 places d'instituts médico-éducatif (IME) en places d'IEAP	49	Redéploiement (1 200 000 €)	Réalisé
4- Rééquilibrage de l'offre en établissement pour les adultes en situation de handicap			
Extension de 4 places de foyer d'accueil médicalisé (FAM)	44	Mesures nouvelles (93 850 €)	Réalisé
Création de 20 places de FAM	44	Appel à projets Mesures nouvelles (534 000 €)	Réalisé
Extension 15 places FAM de Trélazé	49	Extension Mesures nouvelles (367 500 €)	Réalisé
Extension de 3 places de FAM	85	Extension Mesures nouvelles (67 840 €)	Réalisé
Extension de 3 places de FAM	85	Extension Mesures nouvelles (70 130 €)	Réalisé
Création de 30 places de FAM (dont 20 public autisme – 10 places handicap psychique)	85	Appel à projets Mesures nouvelles (720 000 €)	Réalisé
Redéploiement de places d'ESAT de la Mayenne vers les départements déficitaires au regard du taux d'équipement	Région	Redéploiement	Réalisé
5- Renforcer l'offre en établissement et service d'aide par le travail*			
244 places	44	Sous réserve de notifications futures	2016
34 places	49	Sous réserve de notifications futures	2016
12 places.	85	Sous réserve de notifications futures	2016

*NB : aucune notification future envisagée pour les ESAT

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n°13 ■ Rééquilibrer l'offre pour réduire les inégalités entre territoires de santé pour les adultes de plus de 60 ans

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)

« 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)

La Région Pays de la Loire est une des régions les plus dotées en termes d'offre.

Avec un taux d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 142 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est en région Pays de la Loire **40 % supérieure à la moyenne nationale**.

Toutefois, l'offre régionale reste marquée par des disparités interdépartementales avec un écart important entre la Sarthe, département le moins bien équipé avec un taux d'équipement de 111‰ et la Vendée, département le mieux équipé avec un taux d'équipement de 157 ‰.

Le SROMS a pour objectif de réduire d'1/3 les écarts interdépartementaux d'équipement d'ici 5 ans.

Concernant les EHPAD, les projets prévus dans la programmation ont pour la plupart été autorisés dans le cadre des enveloppes anticipées avec pour objectif de mettre l'accent sur la réduction des inégalités territoriales d'accès à l'offre.

Les créations de places d'EHPAD complémentaires ont été ciblées principalement sur les départements les plus déficitaires, Loire-Atlantique et Sarthe.

Le rééquilibrage de l'offre d'EHPAD, en infra-départemental sur les départements les mieux équipés, constitue également un objectif mais la création de places liées à ce rééquilibrage sera envisagée par transformation / redéploiement sur les territoires concernés.

■ Leviers

- Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- Crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Appel à projets
- Mise en conformité des autorisations

■ Points de vigilance

Compétence partagée avec les Conseils Généraux

■ Résultats attendus

- Rééquilibrage de l'offre entre territoires de santé
- Développement de l'offre institutionnelle
- Adaptation de l'offre aux besoins

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
1- Création de places d'établissement d'hébergement pour adultes dépendants (EHPAD) Projets déjà autorisés sur enveloppes anticipées			
Extension de 123 places : Haute-Goulaine, Montoir-de-Bretagne, Thouaré-sur-Loire, Saint-Nazaire, Rouans (20 places), Le Cellier et Arthon-en-Retz	44	Enveloppes anticipées 2012-2013	2014-2015
Extension de 28 places dans l'agglomération nantaise	44	Enveloppes anticipées 2012	Réalisé
Création de 81 places : EHPAD à Saint-Nazaire	44	Redéploiement	Réalisé
Création de 74 places à Cholet	49	Enveloppes anticipées 2012	2015
En attente de 32 places en installation en Mayenne	53	Enveloppes anticipées 2012	2014
Création d'un EHPAD de 86 places au Mans par appel à projets, par redéploiement	72	Enveloppes anticipées 2012-2013	2016
Extension de 23 places d'hébergement permanent, en complément de 17 places d'hébergement temporaire financées sur l'enveloppe 2011 au Mans : Le Monthéard	72	Enveloppe anticipée 2013	Réalisé
Création de 62 places : Notre-Dame-de-Riez 85 Enveloppe anticipée 2013 2012	85	Enveloppes anticipées 2013	Réalisé
Création de 12 places : La Tranche-sur-Mer 85	85	Mesures nouvelles	2015
2- Redéploiement de places dans le cadre de la réduction des inégalités infradépartementales			
Création par appel à projet de 30 places d'EHPAD sur le Saumurois	49	Par redéploiement infradépartemental	Réalisé
Création par appel à projet et/ou extension non importante de places d'EHPAD sur les territoires déficitaires	Région	Par redéploiement infradépartemental	2014-2016
Création de 15 places d'hébergement temporaire en vue de la création d'une plate-forme de services	72	Enveloppes anticipées 2012	Réalisé
Transformation de 20 places d'hébergement permanent d'EHPAD en lits spécialisés d'EHPAD pour personnes âgées de plus de 60 ans présentant un trouble ou un handicap psychique	72	Redéploiement	2016
Redéploiement de lits d'EHPAD vers des unités pour personnes handicapées vieillissantes	53 et 85	Redéploiement	2014-2016
Création d'un EHPAD de 80 places sur le territoire de Challans	85	Redéploiement infradépartemental - Appel à projets	2016

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

Détail de l'activité	Territoire d'action	Ressources	Échéance
2- Création de places d'EHPAD Projets à financer sous réserve des notifications futures de la CNSA.			
Extension de 12 places : Haute-Goulaine	44	Mesures nouvelles sous réserve des notifications futures	Réalisé
Création de places d'EHPAD en Loire-Atlantique, plus spécifiquement sur l'agglomération nantaise	44	Extension non importante ou appel à projet (sous réserve de notifications futures)	2016
Création de 14 places d'EHPAD dans le cadre de la restructuration/ fusion d'établissements sur Le Mans	72	Rédéploiement	2013
Création de 3 unités d'hébergement renforcé (UHR) dans le cadre de la mise en oeuvre du plan maladies neuro-dégénératives	Non défini	Mesures nouvelles PMND 722 643 €	2016 - 2017

AVANT-PROPOS

Le développement et la modernisation des systèmes d'information de santé sont devenus un enjeu majeur pour l'ensemble de la politique régionale d'amélioration de l'organisation des soins et des accompagnements.

Le présent programme d'actions, inscrit dans le cadre du Projet Régional de Santé, vise à définir et identifier les conditions de

mise en œuvre d'une stratégie de moyen et long terme lisible et cohérente, véritable feuille de route pour les Systèmes d'Information de santé et de déploiement de la télémédecine.

LES AMBITIONS DE CE PROGRAMME SONT :

- de coordonner l'ensemble des acteurs autour d'une feuille de route commune, priorisée
- d'amener l'ensemble des acteurs des trois secteurs (ambulatoire, médico-social et hospitalier) à un niveau de maturité des Systèmes d'Information, assurant la qualité, la sécurité et la performance dans les domaines fonctionnels prioritaires, tels que le dossier patient, la coordination des parcours...
- de soutenir activement le déploiement de la télémédecine en réponse à certains enjeux régionaux (maintien de l'accessibilité malgré l'évolution défavorable de la démographie médicale...)
- d'assurer une gouvernance stratégique et opérationnelle régionale, associant les professionnels et les usagers, pour construire un Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), bénéficiant de la confiance de tous les acteurs.





LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

SI 02 : Garantir la confiance des utilisateurs et promouvoir la sécurité des systèmes d'information de santé	568
SI 06 : Créer une plate-forme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers	570
SI 07 : Assurer le déploiement du Dossier Médical Personnel et des services spécialisés	572

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

SI 01 : Définir et s'assurer du respect de principes directeurs d'urbanisation des SIPS	575
SI 03 : Adapter les infrastructures à l'évolution des usages	578
SI 04 : Développer l'offre de service de l'ENRS et en assurer le pilotage et l'usage	580
SI 08 : Déployer des SIP nécessaires à la coopération des acteurs et à la sécurisation des prises en charge	582
T 01 : Garantir la permanence des soins en imagerie médicale et déployer la téléradiologie	584
T 02 : Optimiser les conditions de prise en charge des filières d'urgence	586
T 03 : Assurer, en proximité, une prise en charge et un suivi de l'insuffisance rénale chronique	588
T 04 : Améliorer l'accessibilité aux avis spécialisés sur l'ensemble des territoires	590

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

SI 05 : Développer et soutenir l'efficacité des systèmes d'information des acteurs	592
T 05 : Améliorer l'accessibilité de l'offre de santé aux personnes détenues	594



LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

GARANTIR LA CONFIANCE DES UTILISATEURS ET PROMOUVOIR LA SÉCURITÉ DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ

- Élaboration d'une stratégie régionale de sécurité des systèmes d'information
- Évolution du comportement des acteurs de santé face à l'enjeu de sécurité de l'information
- Acculturation à la protection des données de santé

CRÉER UNE PLATEFORME D'INTÉGRATION DES INFORMATIONS SUR L'OFFRE DE SANTÉ DESTINÉE AUX USAGERS

- Conduire un état des lieux et définir une architecture de la plateforme
- Programmer et piloter le développement de la plateforme, accompagner son usage

ASSURER LE DÉPLOIEMENT DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (DMP) ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS (DOSSIER COMMUNICANT EN CANCEROLOGIE (DCC),...) EN RÉGION

- Accompagner le déploiement du DMP (par territoire et par type d'acteurs)
- Conduire l'expérimentation et le déploiement du service DCC du DMP

Action n°2 - Système d'Information ■ Garantir la confiance des utilisateurs et promouvoir la sécurité des systèmes d'information de santé



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS **objectif 13**)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS **objectif 1**)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS **objectif 23**)



■ Contexte et enjeux

La coopération entre les acteurs de santé, pour une prise en charge de qualité des patients et des résidents, entraîne une nécessité croissante des partages et des échanges d'information.

Dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), l'Agence Régionale de Santé (ARS) est chargée de favoriser les nouveaux usages des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC). La protection des systèmes d'information de santé doit apporter la confiance et assurer la continuité du service, tout particulièrement en matière de soins.

Il faut assurer la conduite du changement nécessaire à la sécurité des usages numériques, au profit de tous les acteurs de santé. Cet accompagnement doit mettre à disposition, du citoyen et des professionnels, un espace de confiance dans lequel les projets nationaux (exemple : Dossier Médical Personnel (DMP)), régionaux, territoriaux (exemple : télémédecine) ou locaux (exemple : Dossier Patient Informatisé (DPI)) pourront être déployés avec les mesures de sécurité adaptées.

Les objectifs principaux sont :

- de créer la confiance pour favoriser l'informatisation des secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier,
- de faciliter l'échange et le partage des données personnelles sensibles, tout au long du parcours de santé des patients et des résidents,
- d'accompagner les professionnels de santé dans le traitement des risques induits par les NTIC.

■ État des lieux régional

- Nomination d'un Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI) en charge d'une action régionale relative à la sécurité des systèmes d'information (réalisation d'une enquête auprès des établissements sanitaires en 2008),
- Réalisation, en 2011, d'une réflexion sur la mise en œuvre d'un processus d'acculturation à la protection des données médicales,
- Plusieurs établissements de santé, dont les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de la région, sont engagés dans l'application du décret « confidentialité »,
- Organisation du 1^{er} Congrès National de la Sécurité des Systèmes d'Information de Santé du Mans (Avril 2011).

■ Leviers

- Sensibilité des professionnels de santé au secret médical (cadre déontologique),
- Cadre législatif.

■ Points de vigilance

- Au-delà du cadre institutionnel, travailler sur le comportement des acteurs sur leurs lieux de travail,
- Réel engagement des décideurs et lisibilité des missions,
- Les actions de sécurité doivent être adaptées pour qu'elles ne soient pas un frein à la mission première : soigner les patients,
- Intégration dans une vision plus large de Gestion Des Risques en Santé,
- Ne pas limiter l'action uniquement à la confidentialité, intégrer les objectifs de disponibilité, d'intégrité, de preuve et de contrôle.

■ Résultats attendus

- La Sécurité des Systèmes d'Information (SSI) est prise en compte dans les projets : tous les nouveaux projets de dématérialisation des usages intègrent un volet SSI dès 2012.
- Le niveau de maturité des acteurs de santé s'est amélioré.
- Les acteurs de santé sont acculturés à la protection des données sensibles (indicateur : nombre de personnes formées, sensibilisées.).

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Élaborer une stratégie régionale de sécurité des systèmes d'information				
	Construire la stratégie régionale et en assurer la diffusion	2012 (S1)	ARS	GCS e-santé	
	Définir les outils de mesure des niveaux de sécurité des Systèmes d'Information en Santé	2012 (S1)	GCS e-santé	ASIP	
	Accompagner la mise en œuvre de la stratégie et des actions associées	2013-2016	ARS	GCS e-santé	CPOM GCS (Acc.)
	Mesurer les résultats, conduire les évaluations de niveau de sécurité	2014-2016	GCS e-santé	HAS ASIP	
B	Assurer l'acculturation à la protection des données de santé				
	Accompagner les acteurs dans la réalisation de diagnostic de maturité	2012 (S2)	GCS e-santé		
	Mettre en place un processus d'acculturation à la protection des données santé et coordonner la conduite des actions	2012 (S2) 2016	GCS e-santé		
C	Évaluer le comportement des acteurs de santé face à l'enjeu de sécurité de l'information				
	Élaborer les actions nécessaires à la responsabilisation des comportements sur le lieu de travail	2013-2015	GCS e-santé		
	Renforcer les audits de pratiques	2014-2015	GCS e-santé		

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°6 - Système d'Information ■ Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

- « Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)
- « Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)
- « Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé » (SROMS objectif 4)
- « Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)
- « Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

■ Contexte et enjeux

L'information, sur l'offre de santé, est largement disponible, mais elle est actuellement dispersée sur les sites des multiples acteurs et réseaux des secteurs : médico-social, sanitaire et social

L'objectif recherché consiste à :

- regrouper, sur un portail, l'accès à l'ensemble des informations utiles existantes
- enrichir ce portail d'informations actuellement inexistantes ou inaccessibles
- faciliter l'accès, de tous les usagers, aux informations dont ils pourront avoir besoin sur leur parcours de santé

Ce portail doit fournir une réponse appropriée à des demandes très diverses. Il ne se substitue pas aux sites d'information existants, mais oriente vers les sites les plus adaptés à chaque demande.

Ce portail d'accès aux informations doit, en outre, contribuer :

- à la compréhension du fonctionnement du système de santé
- à sa lisibilité
- à son recours approprié
- au renforcement de l'autonomie des personnes dans les choix concernant leur santé
- à la promotion des actions de santé dans la région

Pour toute personne recherchant une information, un accompagnement à l'utilisation de ce portail doit être mis en place, dans certains lieux publics, auprès des professionnels de santé, des différents acteurs et réseaux...

La consultation de ce portail doit devenir un réflexe pour tout usager cherchant une information.

La plateforme d'intégration doit s'assurer de la fiabilité et de la qualité des informations fournies par les sites vers lesquels les liens orientent les usagers

■ État des lieux régional

- Création du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) régional e-santé associant l'ensemble des acteurs
- nombreux sites existants (Télésanté Pays de la Loire...)

■ Leviers

- Les travaux de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé)
- L'existence du GCS régional e-santé, maîtrise d'ouvrage unique
- L'importance de l'information disponible sur différents sites
- Le besoin ressenti (et exprimé par les usagers) de disposer d'une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé

■ Points de vigilance

- Bien définir le périmètre de cette plateforme de centralisation pour conforter la place de la personne (dans le système de santé)
- Actualisation des données de la plateforme de centralisation

■ Résultats attendus

- La plateforme (version 1) est disponible à fin 2012
- Indicateurs d'usage : Nombre de connexions journalières / hebdomadaires / mensuelles, etc.

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Conduire un état des lieux et définir une architecture de la plateforme d'information				
	Etablir un état des lieux des sites disponibles contribuant à l'information sur l'offre du système de santé. Faire une analyse critique de la pertinence et de l'usage	2012	ARS	GCS e-santé Usagers Conseils Généraux	
	Assurer un démarrage de la Plateforme, en organisant les liens avec : ameli.fr, les Conseils Généraux, les Ordres professionnels, Télésanté Pays de la Loire, d'autres sites déjà existants, etc.	2012	ARS		
	Arrêter l'architecture de la plateforme et assurer son développement	2012-2016	ARS	GCS e-santé	ARS
B	Assurer le développement de l'usage de la plateforme				
	Conduire une campagne de communication sur cet outil	2013-2016	ARS		
	Penser et accompagner les usagers en structurant les partenariats (pharmacies, médecins généralistes, etc.)	2013-2016	ARS	GCS e-santé / Usagers / Collectivités territoriales / Conseils Généraux	

LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°7 - Système d'Information ■ Assurer le déploiement du Dossier Médical Personnel et des services spécialisés



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »
(SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs »
(SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

Grand programme de santé publique, le Dossier Médical Personnel (DMP) est opérationnel depuis le 17 décembre 2010.

Le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé. Il est utilisé par les professionnels de santé avec le consentement du patient préalablement informé. Il est proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Le DMP doit offrir un ensemble de services visant à «[...] favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé [...]».

Un service spécialisé DMP est un service métier dans lequel l'hébergement des données et leur consultation s'appuie sur l'architecture du DMP.

Le défi est donc désormais de déployer le DMP et d'en faire un véritable outil de la prise en charge des patients et un vrai outil de travail pour les professionnels de santé.

■ État des lieux régional

La région est impliquée dans des Appels À Projet (AAP) publiés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) :

- AAP DMP en Région Pays de la Loire
- AAP DMP des Établissements de Santé (3 établissements retenus en 2011)
- AAP Service Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) du DMP (expérimentation en Pays de la Loire)

Réunion de lancement du DMP en région Pays de la Loire (25/11/2011)

■ Leviers

- Dynamique nationale (ministère et ASIP)
- Réglementation : Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Code de la Sécurité Sociale L16-36-1 à 4]

- Appui de l'ASIP (subventions, accompagnement...)

- Attente des acteurs régionaux : 17 Établissements de Santé de la région ont répondu à l'AAP DMP des Établissements de Santé, forte sollicitation du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) vis-à-vis des médecins libéraux

■ Points de vigilance

- Prise en compte du modèle Système d'Information Partagés de Santé (SIPS) existant (pour les services spécialisés) et du schéma de transition vers l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) et les services spécialisés du DMP

- Conduite du changement (communication / formation / accompagnement)

- Action à inscrire dans la durée

■ Résultats attendus

- Les utilisateurs du DMP sont satisfaits : enquêtes sur le taux de satisfaction des professionnels et le taux de satisfaction des citoyens.

- La coordination des soins s'est améliorée : nombre / qualité des usages s'appuyant sur le DMP, nombre de DMP créés en région Pays de la Loire, répartition géographique des DMP créés, taux d'utilisation des DMP créés (alimentation / consultation)

- L'implication des patients a augmentée : nombre de patients disposant d'un accès à leur dossier, utilisation du DMP par le patient

- Des services spécialisés à valeur ajoutée ont été créés (Service Cancérologie : nombre de Réunion de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), nombre de fiches RCP, nombre de patients pris en charge)

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Accompagner le déploiement du DMP				
	Sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs à l'utilisation du DMP	2012-2016	ARS	ASIP GCS e-santé	
	Accompagner le déploiement du DMP par acteur	2011 (S2) 2016	GCS e-santé	Acteurs ASIP	AAP ASIP CPOM
	Accompagner le déploiement du DMP par territoire	2011 (S2) 2016	GCS e-santé	Acteurs de santé ASIP	AAP ASIP CPOM, CLS
	Suivre le déploiement et la montée en charge des usages (retour d'expérience)	2012-2016	ARS	GCS e-santé Acteurs	
B	Conduire l'expérimentation et le déploiement du service DCC du DMP				
	Définir et valider le schéma d'urbanisation du Service DCC du DMP	2012 (S1)	GCS e-santé	Onco PL / ASIP	ASIP (Expérimentation)
	Déployer le service DCC sur un pilote, incluant la conduite du changement des utilisateurs du DMP et du processus RCP	2012 (S1) 2013	ONCOPL	GCS e-santé Prof. Cancérologie et ES	
	Généraliser, au plan régional, l'usage du service DCC du DMP	2013 (S1) 2016	ONCOPL	GCS e-santé Prof. Cancérologie et ES	
	Suivre les usages (indicateurs de pilotage, enquêtes, etc ...)	2012 (S2) 2016	ONCOPL	GCS e-santé Prof. Cancérologie et ES	
	Préparer le déploiement de nouveaux services du DMP en capitalisant sur les retours d'expérience : méthodologie, conduite du changement, urbanisme SIPS, modèle économique, etc.	2013-2015	GCS e-santé	ARS ASIP	ASIP ARS Acteurs

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

DÉFINIR ET S'ASSURER DU RESPECT DE PRINCIPES DIRECTEURS D'URBANISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATIONS PARTAGÉS DE SANTÉ

- Définir le cadre régional intégrant les principes directeurs d'urbanisation des Systèmes d'Informations Partagés de Santé (SIPS)
- Accompagner au respect des principes directeurs d'urbanisation des SIPS
- Promouvoir le cadre régional d'urbanisation des SIPS

ADAPTER LES INFRASTRUCTURES À L'ÉVOLUTION DES USAGES

- Faire évoluer les infrastructures d'échanges
- Assurer une démarche qualité et piloter les services d'infrastructures
- Fournir des services d'hébergements de données médicales

DÉVELOPPER L'OFFRE DE SERVICE DE L'ESPACE NUMÉRIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ ET EN ASSURER LE PILOTAGE ET L'USAGE

- Construction de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) et offre de service
- Accompagnement et pilotage de l'usage des services ENRS

DÉPLOYER LES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS NÉCESSAIRES À LA COOPÉRATION DES ACTEURS ET LA SÉCURISATION DES PRISES EN CHARGE

- Sécurisation : Interconnexion des SAMU, Antares, circuit du médicament
- Coopération : Dossier unique médico-social, Trajectoire, Système d'information de la Permanence des soins Ambulatoires (+ services de l'ENRS)

GARANTIR LA PERMANENCE DES SOINS EN IMAGERIE MÉDICALE ET DÉPLOYER LA TÉLÉRADIOLOGIE

- Définir un schéma d'organisation médicale (priorité Permanence des Soins)
- Accompagner les acteurs dans l'usage (formation, usage, évaluation)
- Mettre en place les conditions du déploiement (Medical Imaging Cloud Services (MICS), infrastructure, contrat)

OPTIMISER LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES FILIÈRES D'URGENCE

- Poursuivre le projet régional télé-AVC (Accident Vasculaire Cérébral)
- Étendre le modèle de déploiement aux autres filières d'urgences

ASSURER, EN PROXIMITÉ, UNE PRISE EN CHARGE ET UN SUIVI DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

- Prise en charge hors centre et développement de la télé-dialyse en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)
- Suivi optimisé et sécurisé des patients greffés

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX AVIS SPÉCIALISÉS SUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES

- Améliorer l'accessibilité aux avis de médecins spécialistes (Maisons de Santé Pluri-professionnelle, Hôpitaux Locaux, Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
- Démarche : pilote sur un territoire, modélisation de l'organisation, déploiement et évaluation

Action n°1 - Système d'Information ■ Définir et s'assurer du respect de principes directeurs d'urbanisation des Systèmes d'Information Partagés de Santé (SIPS)



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »
(SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs »
(SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

Afin de garantir des parcours de santé coordonnés, l'organisation de la transversalité des prises en charge est aujourd'hui au centre des enjeux du système de santé. Le système d'information est un des leviers de l'efficacité d'une organisation décloisonnée des acteurs des champs hospitalier, ambulatoire et médico-social.

Il s'avère important d'identifier les principes directeurs d'urbanisation à appliquer pour « outiller » de façon appropriée une organisation en réseau apportant, dans le cadre des parcours de santé, au médecin traitant, à l'équipe hospitalière ou médico-sociale, une offre de coordination efficace et de qualité.

- Assurer un développement des SIPS qui respecte des principes permettant une véritable communication et une coordination entre les acteurs
- Améliorer l'interopérabilité des systèmes
- Ouvrir le système d'information sur l'extérieur
- Unifier les référentiels d'informations
- Améliorer la sécurité du système d'information
- Améliorer la qualité de service

■ État des lieux régional

La région est riche d'un nombre important de projets SIPS et télémédecine, portés par différentes maîtrises d'ouvrage et s'appuyant sur des plateformes distinctes. Le cadre des référentiels nationaux n'étant que très récemment déployé, les SIPS se sont historiquement créés sur la base de spécifications peu ouvertes à l'interopérabilité et n'intégrant pas le contexte du Dossier Médical Personnel (DMP). Pour leur évolution ces projets ont besoin d'être accompagnés pour s'intégrer dans un cadre régional qui respecte les référentiels nationaux.

Il n'y a pas, à ce jour, de réel pilotage centralisé de l'urbanisation des projets SIPS et de télémédecine, et il n'existe aucun outil régional de consolidation des cartographies des systèmes d'information de santé.

On constate un besoin d'information et d'accompagnement des acteurs de santé avec de grandes disparités dans la connaissance du DMP, des référentiels nationaux et du cadre réglementaire.

■ Leviers

- La création du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé Pays de la Loire, maîtrise d'ouvrage régionale unique
- Cadre d'interopérabilité et référentiels nationaux pérennes
- Dynamique du déploiement du DMP
- Fortes attentes des acteurs en Pays de la Loire
- Nécessité de dynamiser les échanges / partages

■ Points de vigilance

- Bonne compréhension des acteurs de la contrainte d'urbanisation et de gouvernance régionale des SIPS
- Rendre lisible, compréhensible et efficace la gouvernance des SIPS en Pays de la Loire.
- Conduite du changement
- Avis et conseil de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

■ Résultats attendus

- Les projets sont conformes. Indicateurs : Nombre des projets respectant les principes directeurs ; couverture de ces principes directeurs

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Définir le cadre régional intégrant les principes directeurs d'urbanisation des SIPS				
	Définir le cadre régional de référence de l'urbanisation des SIPS intégrant les référentiels nationaux.	2012 (S1)	ARS	GCS e-santé Référents SIPS, DSIO	
	Assurer la veille technologique et réglementaire, un suivi des référentiels nationaux et assurer la mise à jour du cadre régional d'urbanisme SIPS.	2012 et suivantes	GCS e-santé	ASIP, Interop Santé, ...	
B	Promouvoir le cadre régional d'urbanisation des SIPS				
	Relayer l'information sur les référentiels nationaux vers tous les acteurs de santé régionaux. Communiquer la politique régionale d'urbanisation des SIPS.	2012 et suivantes	ARS	GCS eSanté Porteurs de projets SI, Éditeurs	ARS (com.) GCS (com.)
C	Veiller au respect des principes directeurs d'urbanisation des SIPS par les acteurs régionaux				
	Accompagner les acteurs dans la mise en œuvre de leur projet dans le cadre régional.	2012 (S2)	ARS	GCS e-santé Porteurs de projets SI	GCS (Acc.)
	S'assurer, dans le cadre des projets Systèmes d'Information (SI) portés par les acteurs, de la conformité au cadre régional d'urbanisation	2012	ARS	GCS e-santé	CPOM

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 - Système d'Information ■ Adapter les infrastructures à l'évolution des usages



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »
(SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs »
(SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

Les infrastructures sur lesquelles reposent les systèmes d'information de santé (SIS) doivent s'adapter et déployer de nouvelles capacités d'échanges, d'hébergement de données de santé, de télétransmission d'images, de web / visioconférence tout en garantissant l'interopérabilité, la performance, la qualité et la sécurité. Il ne faut plus seulement considérer le système d'information de santé vu du professionnel, il faut aussi lui associer la vision du citoyen / patient au sein des territoires, qui désormais peut bénéficier des services du Dossier Médical Personnel (DMP) comme de la télésurveillance à domicile.

Les enjeux des infrastructures des SIS sont :

- Les conditions de l'hébergement de données de santé
- L'accessibilité à ces espaces de partage et aux données

Les objectifs sont :

- Développer / adapter les réseaux :
 - les réseaux dédiés (Gigalis, ...)
 - les réseaux métropolitains (OMEGA, ...)
 - L'accès à Internet (ADSL, 3G / 3G + / Wifi / WiMax)
- Garantir les services d'échanges sécurisés, de coordination, de gestion d'accès, filtrage, médiation, au cœur du réseau régional (télétransmission d'images, visioconférence, messagerie, ...)
- Construire des hébergements de données autour des usages numériques : dans un premier temps un service régional de partage et communication d'imagerie médicale Picture Archiving and Communication Systems (PACS)

■ État des lieux régional

- Le Réseau Privé Virtuel (RPV) Santé Pays de la Loire Gigalis :
 - Réseau régional à très haut débit de qualité (Évolution : Boucle Sud / Nord-Ouest) pour les Universités / Communauté Santé / Administration - Tutelles
 - Les services de visioconférence
- Inter-Régionalité Pays de la Loire / Bretagne (Gigalis - BIPS).
- Des « Zones Blanches » d'accès au réseau Internet encore présentes en région (éligibilité / couverture / débits restreints)
- Études menées par les collectivités (Communautés de Communes, Conseils Généraux, Conseil Régional, ...)
- Coopérations existantes entre la communauté santé et le Conseil Régional des Pays de la Loire.

■ Leviers

- Stratégie de Cohérence Régionale pour l'Aménagement Numérique (SCoRAN)
- Accompagnement et appui du Conseil Régional et des collectivités.
- Décret Télémedecine et Appel à projets (AAP) Télémedecine et projets pilotes en la matière (AAP ASIP, Région, DGOS, INCa)
- Region of Interest (ROI) (exemple : région sans films)

■ Points de vigilance

- Coordination avec une multiplicité d'acteurs et une hétérogénéité des types de structures.
- Renforcer les liens avec le Conseil Régional sur les objectifs stratégiques de la communauté Santé Pays de la Loire. (gouvernance Gigalis, SCoRAN...).
- Construction du modèle économique lié à l'hébergement des données médicales.

■ **Résultats attendus**

■ Les infrastructures sont adaptées aux usages et montent en charge :

- Niveau de satisfaction global des utilisateurs (qualité, performance, sécurité)

- Couverture territoriale des accès aux services réseaux

- Nombre d'utilisateurs

- Disponibilité

■ L'hébergement des données est adapté et sécurisé (volumes de données de santé stockées et archivées).

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Faire évoluer les infrastructures d'échanges				
	Sur la base d'un état des lieux et d'une évaluation des besoins, définir le cadre d'évolution des infrastructures SIPS en région	2012	GCS e-santé	ARS Collectivités Opérateurs Acteurs santé	
	Définir / participer à un mode de gouvernance ouvert des infrastructures avec les partenaires pour l'aménagement numérique ligérien	2012-2016	ARS	Collectivités Opérateurs Acteurs santé GCS e-santé	
	Accompagner les évolutions d'infrastructures	2012-2016	GCS e-santé		
B	Fournir des services d'hébergements de données de santé				
	Assurer la conformité de l'hébergement des données de santé des Systèmes d'Information régionaux (ARDAH, PACS, ...)	2012-2013	GCS e-santé	Collectivités Opérateurs Acteurs santé	
	Accompagner les acteurs et favoriser les dynamiques de mutualisation de l'hébergement des données de santé	2012-2016	GCS e-santé	Collectivités Opérateurs Acteurs santé	
C	Assurer une démarche qualité et piloter les services d'infrastructures				
	Définir et suivre les outils de pilotage permettant d'analyser l'usage	2012	GCS e-santé	Acteurs	

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 - Système d'Information ■ Développer l'offre de service de l'Espace Numérique Régional de Santé et en assurer le pilotage et l'usage



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »
(SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs »
(SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

Les Systèmes d'Information Partagés de Santé (SIPS) sont structurés par un cadre national pérenne qui place l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) au cœur de la problématique SIPS régionaux.

L'ENRS se définit comme un espace de services dématérialisés, porté institutionnellement par l'Agence Régionale de Santé et piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale. Il respecte le cadre d'interopérabilité et les référentiels promus notamment par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP), tout en répondant aux besoins régionaux de santé :

- favoriser l'échange, la coopération, la coordination des professionnels sur l'ensemble du territoire régional au sein d'un espace de confiance ;
- assurer le développement de la coopération et des services « métier » en garantissant l'accès aux informations sur l'offre de santé en tout point du territoire.

■ État des lieux régional

Déploiement d'une Plateforme Régionale Pays de la Loire couvrant notamment les fonctions de Messagerie Sécurisée – Espaces Collaboratifs – Dossier Patient Partagé pour les réseaux – Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière (ARDAH / ARDAH-RPU) – ...

Déploiement d'une Plateforme « Dossier Communicant de Cancérologie » (DCC) en région.

Des services de visioconférence de qualité, largement déployés en région s'appuyant sur Gigalis.

■ Leviers

- Impératifs budgétaires
- Législation : agrément Hébergeur, ...
- Adhésion des professionnels de santé

■ Points de vigilance

- S'assurer qu'un service correspond à un usage
- Respect des principes directeurs d'urbanisme des Systèmes d'Information et Sécurité des Systèmes d'Information
- Garantir la pérennité des services de l'ENRS sur un modèle économique adapté
- Cohérence avec les actions nationales

■ Résultats attendus

Les services sont centralisés et mutualisés :

- Statistiques d'utilisation des services
- Couverture fonctionnelle du besoin
- ROI (Region Of Interest)

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Construire l'ENRS et renforcer l'offre de services mutualisés				
	Sur la base d'une analyse des besoins et de l'usage des services actuellement disponibles, définir la trajectoire de construction de l'ENRS	2012 (S1)	ARS	GCS e-santé	
	Mettre en place le socle des services prioritaires de l'ENRS	2012 (S1)	GCS e-santé	ARS Autres acteurs	
	Définir, développer et déployer des offres de services complémentaires	2013-2016	GCS e-santé	ARS Autres acteurs	
B	Accompagner et piloter l'usage des services de l'ENRS				
	Assurer la mise en œuvre et le maintien en conditions opérationnelles des services	2012 (S1)	GCS e-santé	Autres acteurs	
	Assurer la conduite du changement auprès des structures et acteurs « clients » de l'ENRS	2012 (S2)	GCS e-santé	Structures clientes ENRS, MOE	
	Suivre l'usage de l'offre de services (indicateurs de pilotage, enquêtes, ...)	2012-2016	GCS e-santé	ARS Autres acteurs	

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 - Système d'Information ■ Déployer des Systèmes d'Information Partagés nécessaires à la coopération des acteurs et à la sécurisation des prises en charge



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

- « Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS **objectif 13**)
- « Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS **objectif 1**)
- « Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS **objectif 23**)
- « Retrouver des marges de manœuvre » (SROS **objectif 24**)
- « Améliorer l'efficacité des établissements de santé (médico-sociaux) par mutualisation » (SROMS **objectif 14**)

■ Contexte et enjeux

De nombreux enjeux régionaux, décrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) et ses schémas d'organisation, nécessitent une dynamique accentuée de coopération entre les acteurs, voire de mutualisation permettant d'accéder à des compétences que seul, chaque acteur ne peut avoir en propre.

La mutualisation et la coopération entre les acteurs doit leur permettre de retrouver des marges de manœuvre et d'améliorer leur efficacité.

■ État des lieux régional

Dans le domaine sanitaire, de nombreux projets de coopération sont engagés prenant appui sur des systèmes d'information partagés. Les réseaux ont favorisé cette dynamique (dossier cancérologique en appui aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), ...).

Pour autant, les mutualisations et la coopération entre acteurs doit s'intensifier en prenant appui sur des systèmes d'information mieux partagés et rendus plus homogènes.

En pays de la Loire, des services mutualisés ont été développés sur l'ex-plateforme télésanté. Ces services doivent aujourd'hui être repris par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé, dans le cadre de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) et leur usage renforcé.

Le développement des Systèmes d'Information Partagés de Santé (SIPS) doit également accompagner un renforcement de la sécurité de certains secteurs d'activités (la régulation SAMU, ...), d'actes et la sécurisation de l'utilisation des produits de santé.

■ Leviers

- Le renforcement de la coopération entre acteurs comme axe du PRS et un enjeu reconnu par l'ensemble des professionnels
- Des initiatives prises en région notamment dans les secteurs ambulatoire et hospitalier

■ Points de vigilance

- Ne pas développer des Systèmes d'Information cloisonnés en réponse à des besoins spécifiques
- Une maturité de développement des SIPS hétérogène entre les secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Développer les Systèmes d'information (SI) au service de la sécurité des prises en charge et accompagnements				
	Assurer l'interconnexion des SAMU de la région et accompagner le déploiement d'Antares	2012 (S1)	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	ARS (FIR) CPOM
	Renforcer les outils de pilotage de la veille sanitaire (Application de Recueil des Données d'Activités Hospitalière, suivi du Résumé de Passage aux Urgences, ...)	2012-2013	ARS	GCS e-santé CIRE Autres acteurs	ARS (FIR) CPOM
	Poursuivre l'informatisation du circuit du médicament et favoriser l'usage des outils techniques d'aide à la prescription (antibiotiques, ...)	2012-2014	ARS	OMEDIT	CPOM / CBUM
	Renforcer l'usage des SI liés à la déclaration des événements indésirables et gestion des Infections Associées aux Soins (IAS)	2012-2016	ARS	Autres acteurs	CPOM
B	Développer les SI au service de la coopération des professionnels de santé				
	Développer un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) en région	2012-2015	ARS	GCS e-santé Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés Autres acteurs	ARS (FIR) CPOM
	Déployer le logiciel Trajectoire, accompagner son usage comme outil d'orientation et de gestion de l'aval des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	2012-2014	ARS	Autres acteurs	CPOM
	Expérimenter l'utilisation d'un SI de gestion de l'aval du MCO vers le médico-social (extension de Trajectoire ou autre solution)	2012 suivantes	ARS	GCS E-santé Autres acteurs	ARS (Exp.)
	Développer un SI de gestion unifié et centralisé des inscriptions en Établissement d'Hebergement pour Personnes Âgées Dépendantes	2012-2014	ARS	GCS E-santé Autres acteurs	CTP ARS (Exp.)
	Favoriser l'usage des services mutualisés de l'ENRS	2012-2016	GCS e-santé	ARS Autres acteurs	CPOM

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°1 - Télémédecine ■ Garantir la permanence des soins en imagerie médicale et déployer la téléradiologie



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »

(SROMS objectif 13)

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

(SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans les stratégies thérapeutiques, des progrès technologiques et des coûts correspondant aux examens.

Les enjeux sont : l'amélioration de l'accès à l'imagerie en coupe (notamment Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)), une offre répondant aux besoins liés aux problématiques de santé publique (cancer, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), neurologie), des examens pertinents et efficaces et une diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.

■ État des lieux régional

La région Pays de la Loire se place dans une situation très spécifique avec un taux d'équipement en IRM (et dans une moindre mesure en scanner) très faible au regard de la moyenne nationale.

Avec 9,1 radiologues pour 100 000 habitants, la région Pays de la Loire présente un déficit démographique important (il manque plus de 100 radiologues pour que la région retrouve la moyenne de la densité des radiologues de France).

L'interprétation à distance des examens radiologiques, en temps réel ou en temps différé, constitue un acte de téléexpertise ou téléconsultation pour le radiologue. Le déploiement de la téléradiologie est un enjeu régional majeur permettant d'assurer la permanence des soins, voire la continuité dans ce double contexte de l'évolution de la démographie des professionnels et d'augmentation de la demande des examens.

■ Leviers

- Une dynamique de coopération entre les professionnels publics et privés
- Une offre en imagerie médicale très structurée
- Une implication forte du Conseil Professionnel de la Radiologie Française (G4) en région

■ Points de vigilance

- L'évolution de la démographie médicale
- Un développement soutenable et efficace du parc des équipements lourds

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Définir un schéma d'organisation médicale de l'usage de la télémédecine en imagerie				
	Promouvoir les recommandations nationales de l'usage de la télémédecine en imagerie médicale	2012 (S1)	ARS	G4	
	Conduire une étude des besoins d'usage de la télémédecine au regard des orientations du PRS	2012-2013	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	
	Définir les actes de radiologie éligibles en Permanence des Soins (PDS) en mobilisant l'expertise du G4 et arrêter un cadre d'organisation médicale	2012 (S1)	ARS	GCS e-santé G4 et professionnels	ARS (FIR)
	Définir les conditions d'organisation médicale de la téléradiologie, hors PDS (filière d'urgence, ...)	2012	ARS	GCS e-santé G4 Autres acteurs	
B	Mettre en place les conditions du déploiement de la téléradiologie				
	Mettre en œuvre le projet MICS - Medical Imaging Cloud Services	2011	GCS e-santé	Établissements associés	DGOS (STICS)
	Déployer une infrastructure technique permettant la lecture à distance des images de radiologie sur toute la région	2012	GCS e-santé	Sites autorisés	ARS (FIR) CPOM
	Arrêter le cadre financier des activités de téléradiologie, en commençant par la PDS	2012-2016	ARS	DGOS	
	Gérer le cadre contractuel permettant le déploiement de la télémédecine en imagerie, en lien avec les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)	2012-2016	ARS		CPOM
C	Accompagner les acteurs dans l'usage de la télémédecine en imagerie médicale				
	Assurer une mission d'assistance à la maîtrise d'ouvrage de cette priorité régionale par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)	2012-2016	GCS e-santé	Autres acteurs	
	Renforcer la formation des acteurs à l'évolution des pratiques par la télémédecine (téléradiologue, manipulateur, médecin urgentiste, ...)	2012	Université Ecoles	G4	
	Assurer une démarche d'évaluation de l'usage (charte de bonne pratique, suivi d'indicateurs, etc.)	2011	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	CPOM

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°2 - Télémédecine ■ Optimiser les conditions de prise en charge des filières d'urgence



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »

(SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences » (SROS objectif 14)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

400 000 personnes en France sont touchées par un accident vasculaire cérébral (AVC) et chaque jour, 360 personnes en sont victimes. La précocité de la prise en charge des AVC est fondamentale en urgence pour la survie immédiate des patients et pour éviter au maximum l'extension des lésions cérébrales et l'apparition des déficits (troubles de la parole, de la motricité, ...) et en post urgence pour réduire les séquelles.

La prise en charge d'un patient en urgence peut nécessiter les avis ou interventions de plusieurs spécialistes exerçant souvent dans des structures hospitalières éloignées.

Les spécialités actuellement référencées dans le cadre des prises en charge en urgence sont : Neurotraumatologie, Neurochirurgie, Urgences pédiatriques graves, Urgences vasculaires, Neuroradiologie, Cardiologie et Hémodynamique.

L'enjeu essentiel est de pouvoir assurer une expertise rapide et permettant une orientation et une prise en charge optimisée et sécurisée du patient.

Les objectifs associés sont :

1. Amélioration de la qualité des soins en assurant une véritable prise en charge multidisciplinaire et en réseau du patient

■ Par exemple :

- en augmentant le nombre de malades bénéficiant d'une thrombolyse et d'un traitement administré plus précocement
- en réalisant des diagnostics neurologiques précis immédiats et en prenant des décisions rationnelles de transfert

- En assurant un programme de formation spécifique des professionnels de santé (médecins urgentistes, infirmiers, ...) dans le cadre de la mise en place de la télé expertise

- Aide à la décision thérapeutique dans des situations souvent médicalement complexes.

2. Équité d'accès aux soins quel que soit le site de prise en charge

3. Optimisation du temps médical spécialisé (pallie à l'absence d'expertise médicale.

4. Réduction des coûts liée à :

- l'utilisation élargie d'actes complexes d'urgence (ex. : thrombolyse réduisant les séquelles)
- la réduction du nombre de transfert vers un centre référent
- l'effet triage

■ État des lieux régional

La télémédecine contribue à optimiser les conditions de prise en charge par la filière spécifique mise en place (Centre 15, Unité Neuro-Vasculaire (UNV) de référence, UNV, service d'urgence, ...). En effet, les AVC constituent des urgences diagnostiques et thérapeutiques pour lesquelles aucune décision ne peut être initiée sans à la fois une visualisation des patients, le partage des données du dossier et des données d'imagerie cérébrale.

La pratique par télémédecine peut également se développer dans le cadre d'autres filières d'urgence (IMC - Infarctus du Myocarde).

L'ARS Pays de la Loire avec le réseau RETI-OUEST s'est engagée depuis plusieurs années dans la mise en place d'un réseau de télémédecine pour répondre aux demandes des établissements de santé publics disposant d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU) :

CHU Angers, CHU Nantes, CH Le Mans, CHD La Roche sur Yon, CH Châteaubriant, CH St Nazaire, CH Challans, CH Les Sables d'Olonne, CH Fontenay Le Comte, CH Cholet, CH Ancenis, CH Saumur, CH Haut Anjou, CH Laval, CH Nord Mayenne, Pôle Santé Sarthe et Loir ainsi que le CH de Bretagne Atlantique - Vannes – Auray

Le projet pilote pour la « Prise en charge régionale de la thrombolyse des infarctus cérébraux par Télémédecine » initialisé en 2007 sur le bassin Nantes – Saint Nazaire – Châteaubriant.

■ Leviers

- Dynamique du projet actuellement lancé
- Décret Télémédecine
- Plan d'actions national AVC 2010 – 2014
- volet AVC du Schéma Régional d'Organisation des Soins Pays de la Loire troisième génération

■ Points de vigilance

- Périmètre de couverture du projet actuel
- Adaptation des infrastructures aux besoins croissants de la Télémédecine
- Respect des principes directeurs d'urbanisation des Systèmes d'Information (SI) et Sécurité des Systèmes d'Information (SSI).
- Complexité de la coordination multi acteurs, multi thématiques

■ Résultats attendus

La prise en charge en urgence des patients par la télémédecine s'est améliorée : délai d'accès à la thrombolyse pour les AVC, nombre appels, nombre actes télé-expertise, taux de patients AVC traités en UNV, taux de transferts

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Poursuivre le déploiement du projet régional télé-AVC				
	Déployer et suivre le pilote de Nantes Châteaubriant.	2012-2013	GCS e-santé	RETI-Ouest	ARS (FIR)
	Arrêter un cadre régional d'organisation médicale Télé – AVC.	2012 (S1)	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	
	Gérer le cadre contractuel permettant le déploiement de la pratique.	2012 (S1)	ARS	Autres acteurs	CPOM
	Accompagner le déploiement sur l'ensemble des territoires.	02/2013 -2015	GCS e-santé	RETI-Ouest	CPOM
	Suivre et évaluer les pratiques de télémédecine / AVC.	07/2012 - 2015	GCS e-santé	RETI-Ouest	
B	Etendre le modèle de déploiement aux autres filières d'urgences				
	Développer les projets permettant de renforcer l'usage de la télémédecine pour les autres filières d'urgence en capitalisant sur les retours d'expérience du projet Télé-AVC	2013-2016	ARS	GCS E-santé RETI- Ouest	ARS (FIR) CPOM

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 - Télémédecine ■ Assurer, en proximité, une prise en charge et un suivi de l'insuffisance rénale chronique



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne »
(SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« 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)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs »
(SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

L'Insuffisance Rénale chronique (IRC) est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut-être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68 000 une IRC terminale (dont 55 % traités en dialyse et 45 % ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'insuffisance rénale terminale, responsables à eux seuls de 47 % des nouveaux cas.

Les experts estiment que 10 % des IRC terminales pourraient être évitées et que 30 % d'entre elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (4 milliards d'euros en 2007) devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

■ État des lieux régional

Au 1^{er} janvier 2010, le registre REIN dénombre en Pays de la Loire, 1 501 patients pris en charge en dialyse et 1957 porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

Les Pays de Loire comptent en février 2011, 62 médecins spécialistes exerçant en néphrologie (densité régionale de 1,74 contre 2,05 pour 100 000 habitants au niveau national). Il n'existe pas, en Pays de la Loire, d'offre de soins par des néphrologues libéraux en dehors des structures de dialyse.

On constate le déclin de la dialyse autonome au profit de la dialyse en centre et le faible développement de l'activité en Unité de Dialyse Médicalisée (UMD).

La proportion de patients pris en charge en dialyse péritonéale reste stable depuis bientôt une décennie. En 2009, sur les 403 nouveaux patients pris en charge en Pays de la Loire, 5,2 % l'ont été en dialyse péritonéale. Ce taux reste très faible en comparaison des autres régions françaises.

La prise en charge en hémodialyse de ces nouveaux patients s'est faite dans plus de 50 % des cas en urgence (33,5 % en moyenne sur 23 régions).

En Pays de la Loire en 2009, 220 transplantations rénales ont été réalisées. Le centre de Nantes reste parmi les tous premiers centres européens de transplantation rénale.

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Favoriser une prise en charge hors centre (en UDM) en développant la télédialyse				
	Développer un projet pilote sur Trélazé (association ECHO)	2012	ARS	ECHO	
	Définir un schéma d'organisation prenant appui sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et valorisant la coopération entre professionnels (protocole)	2012 suivantes	ARS	HAS Autres acteurs	
	Gérer le cadre contractuel permettant le déploiement de la télémédecine en dialyse	2012 suivantes	ARS	Autres acteurs	CPOM
B	Optimiser le suivi des patients greffés rénaux et insuffisants rénaux				
	Accompagner le Protocole Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC 2011) pour le développement du suivi des patients greffés par télémédecine	2012	ARS	CHU Nantes	PHRC ARS (FIR)
	Définir un cadre d'organisation prenant appui sur les conclusions du protocole	2013 suivantes	ARS	Autres acteurs	CPOM
	Gérer le cadre contractuel permettant le déploiement de la télémédecine pour le suivi des patients greffés	2013 suivantes	ARS	Autres acteurs	CPOM
B	Accompagner les acteurs dans l'usage de la télémédecine pour le suivi de l'IRC				
	Renforcer l'appui au 1 ^{er} recours et son accès à l'expertise néphrologique – suivi des patients IRC	2012 suivantes	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	ARS (FIR) CPOM
	Renforcer la formation des acteurs à l'évolution des pratiques par télémédecine				
	Assurer une démarche d'évaluation de l'usage (charte de bonne pratique, suivi d'indicateurs, etc.)				

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 - Télémédecine ■ Améliorer l'accessibilité aux avis spécialisés sur l'ensemble des territoires



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

- « Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers » (SROMS objectif 7)
- « Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)
- « Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)
- « Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes » (SROS objectif 16)
- « 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)
- « Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable » (SROS objectif 28)

■ Contexte et enjeux

Au regard de l'évolution de la démographie médicale, les conditions d'accès aux soins et notamment aux avis spécialisés sont un enjeu national.

La télémédecine permet le développement de pratiques nouvelles pour une prise en charge optimale des patients sur l'ensemble des territoires.

L'augmentation constante du nombre de patients atteints de maladies chroniques, le souhait des patients d'être soignés au plus près de leur lieu de vie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé incitent à une prise en charge ambulatoire repensée.

■ État des lieux régional

La région présente de nombreux enjeux liés à l'évolution de la démographie des médecins spécialistes.

Le développement des usages de la télémédecine doit permettre d'agir en faveur de parcours optimisés de santé, et en faveur de la réduction des facteurs aggravant la dépendance et la fragilité des personnes.

Les objectifs sont donc :

- de maintenir, voire étendre, la couverture médicale d'un territoire en offre de soins spécialisés ;
- de permettre et/ou améliorer les liens entre acteurs de premier recours, structures médico-sociales et spécialistes ;

- de diminuer les hospitalisations ou passages aux urgences venant des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ;

- d'éviter ou de limiter, pour des personnes fragiles, les transports et déplacements pénibles, sources de perturbation pour celles-ci, sans compter le coût associé ;

- de soutenir les professionnels lors de situations de crises des résidents en EHPAD.

■ Leviers

- Une implication forte des professionnels dans le cadre des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

- Une action inscrite dans de nombreux objectifs du Projet Régional de Santé (PRS)

■ Points de vigilance

- Le modèle de financement à définir
- Un accompagnement des acteurs à assurer et des infrastructures à déployer

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Définir un schéma d'organisation de l'usage de la télémédecine dans le recours aux consultations spécialisée				
	Développer et accompagner des « pilotes » sur les territoires confrontés aux enjeux de l'accessibilité aux médecins spécialistes	2012	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	ARS
	Construire, en lien avec les acteurs du 1 ^{er} recours, un cadre d'organisation permettant l'accès aux consultations spécialisées par télémédecine sur les territoires (néphrologie, cardiologie, ...)	2012 2013	ARS	GCS E-santé URPS MSP Autres acteurs	ARS (SI & FIR)
	Gérer le cadre contractuel permettant le déploiement de la télémédecine pour le suivi des patients greffés	2013 suivantes	ARS	Autres acteurs	CPOM
B	Accompagner les acteurs dans l'usage de la télémédecine				
	Assurer une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage des projets relatifs à cette priorité régionale par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)	2012 suivantes	GCS e-santé	ARS URPS MSP Autres acteurs	ARS (SI & FIR)
	Renforcer la formation des acteurs à l'évolution des pratiques par télémédecine	2012			
	Accompagner le développement des protocoles de coopération entre professionnels, prenant appui sur l'usage de la télémédecine	2012-2016	ARS	URPS Fédérations Autres acteurs	
	Assurer une démarche d'évaluation de l'usage (charte de bonne pratique, suivi d'indicateurs, etc.)	2011	ARS	Autres acteurs	

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

DÉVELOPPER ET SOUTENIR L'EFFICIENCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION (SI) DES ACTEURS

- SI des acteurs hospitaliers dont Hospitalisations À Domicile (Revue de projets et Hôpital Numérique)
- SI des acteurs libéraux en exercice regroupé (Informatisation des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, usage de l'ENRS)
- SI des acteurs médico-sociaux (Informatisation des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS), usage de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS))

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SANTÉ AUX PERSONNES DÉTENUES

- Construire un « pilote » au niveau d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA) de la région (le Mans)
- Étendre la pratique en télémedecine pour les personnes détenues

Action n°5 - Système d'Information ■ Développer et soutenir l'efficacité des systèmes d'information des acteurs



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

- « Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels » (SROMS objectif 10)
- « Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)
- « Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)
- « Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)

■ Contexte et enjeux

Le développement et la modernisation des systèmes d'information partagés de santé (SIPS) sont devenus un enjeu majeur pour l'ensemble de la politique d'amélioration de l'organisation des soins et des accompagnements.

Il importe de soutenir le développement de l'e-santé et des systèmes d'échanges et de partage des données médicales, sans lesquels il ne pourra y avoir d'évolution rapide vers des organisations coopératives, des pratiques collaboratives propres à améliorer la qualité des prises en charge et à optimiser les parcours de santé donc l'efficacité du système de santé lui-même.

■ État des lieux régional

Sur la région, le déploiement des SIPS se trouve être très hétérogène entre les secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire et au sein même des secteurs entre les acteurs. Or, les SIPS sont une condition essentielle de l'efficacité de fonctionnement des acteurs, de la qualité des prises en charge et surtout de la coordination des professionnels au service de parcours de santé optimisés.

Il importe aujourd'hui de combler les manques de la gouvernance des Systèmes d'Information (SI) et de favoriser l'implication des professionnels et cadres dirigeants.

Le pilotage et la mise en œuvre opérationnelle des projets de systèmes d'information dans le domaine de la santé nécessitent également d'être améliorés en définissant un socle de compétences clés et en améliorant l'acquisition des savoir faire clés.

■ Leviers

- Création d'une maîtrise d'ouvrage unifiée des SIPS associant l'ensemble des acteurs (Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé)
- Feuille de route nationale 2012-2016 relative aux Système d'Information Hospitalier (SIH).

■ Points de vigilance

- Des compétences très variables en fonction des secteurs

- S'assurer de l'usage des SIPS déployés et de leur apport en termes d'efficacité et de qualité

- Structurer les revues périodiques de projets

■ Résultats attendus

- Résultats de l'analyse de la valeur des projets
- Indicateurs du programme Hôpital Numérique

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Secteur hospitalier – Amener les acteurs à un degré de maturité des SIH				
	Comblar les manques de gouvernance et favoriser l'implication des acteurs	2012 (S1)	ARS		
	Renforcer les compétences relatives aux SIH	2012	ARS	Réseau DSIO	
	Étudier l'usage des SIH et l'impact sur l'efficience, la qualité et la sécurité	2012-2016	ARS	Autres acteurs	Revue Projets
	Accompagner le déploiement du programme " Hôpital Numérique "	2012	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	Hôpital Numérique CPOM
	Conduire une revue périodique des projets SIH	2012	ARS	ANAP	
B	Secteur médico-social – Renforcer l’informatisation des ESMS				
	Renforcer l'informatisation des établissements et des services sur des domaines prioritaires (dossier usager, ...)	2012-2016	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	TP, CPOM ARS (en fonction évolution ONDAM)
	Renforcer les compétences en SI et les outils d'appui dans une dynamique de mutualisation	2012-2016	ARS	GCS e-santé Autres acteurs	Mutualisation
	Favoriser l'usage des services mutualisés de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)	2012.2016	GCS E-santé	Autres acteurs	CTP, CPOM
C	Secteur libéral – Accompagner l’informatisation des professionnels				
	Accompagner le déploiement des SIPS dans le cadre des exercices regroupés (Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), ...)	2012-2016	ARS	GCS e-santé URPS MSP, ...	URPS (contrat) ARS (FIR)
	Assurer le déploiement des SI dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) en veillant à l'urbanisation des SI relatifs aux soins non programmés	2012-2013	ARS	GCS e-santé 5 ADOPS Autres acteurs	ARS (FIR)
	Favoriser l'usage des services mutualisés de l'ENRS	2012-2016	GCS e-santé	Autres acteurs	

LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°5 - Télémédecine ■ Améliorer l'accessibilité de l'offre de santé aux personnes détenues



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité » (SRP objectif 13)

« Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne » (SROMS objectif 13)

« Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers » (SROS objectif 1)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)

« Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun » (SROS objectif 30)

■ Contexte et enjeux

Au niveau national, près de 61 000 personnes sont écrouées dans 199 établissements pénitentiaires dont 106 maisons d'arrêt, 87 établissements pour peine et 6 établissements pour mineurs. Cette population présente d'importants besoins de santé en raison :

- de la prévalence élevée de plusieurs pathologies : notamment le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le Virus de l'Hépatite C (VHC), tuberculose, maladies chroniques, addictions, troubles psychiatriques associés dans certains cas à des tentatives de suicide, pathologies liées à certains handicaps ;
- d'un état de santé dégradé des détenus qui, issus fréquemment des catégories sociales les plus défavorisées, enregistrent un faible recours au système de santé avant leur incarcération ;
- des conséquences de l'incarcération elle-même sur la santé : apparition, aggravation ou réactivation de certaines affections ;
- de l'évolution démographique de la population carcérale qui augmente et vieillit.

■ État des lieux régional

Le développement de la télémédecine au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) implantées en milieu pénitentiaire permet :

- de faire bénéficier les personnes détenues de soins équivalents à ceux de la population générale ;

- de faire accéder cette population à certaines spécialités dont l'intervention sur place voire le recours à des extractions sont souvent empreints de nombreux obstacles (distance, escorte, moyens de transports, sécurisation)

- de rompre l'isolement des praticiens exerçant au sein des UCSA ;

L'un des enjeux est d'accompagner le développement des infrastructures technologiques au sein des UCSA.

■ Leviers

Une priorité nationale clairement identifiée et soutenue (plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice).

■ Résultats attendus

- Nombre des UCSA avec un réseau de télémédecine opérationnel
- Nombre de télé-consultations et télé-expertises conduites

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs		Ressources nécessaires
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser	
A	Développer un projet pilote sur une UCSA (Le Mans), puis l'étendre				
	Construire un projet pilote s'appuyant sur l'expérimentation d'un cadre d'organisation de consultations par télé-médecine et d'une infrastructure technologique ad-hoc.	2012-2013	ARS	GCS e-santé UCSA CH	ARS (SI & FIR)
	Sur la base du « pilote », valider un cadre d'organisation permettant le déploiement sur les structures de la région	2012 2013	ARS	GCS e-santé UCSA CH	
	Gérer le cadre contractuel de ces pratiques de télé-médecine en UCSA	2013 suivantes	ARS	GCS e-santé UCSA CH	CPOM
C	Accompagner				
	Assurer une mission d'assistance à la maîtrise d'ouvrage de ce projet auprès des acteurs	2012 suivantes	GCS e-santé	ARS UCSA CH	ARS (SI & FIR)
	Renforcer la formation des acteurs à l'évolution des pratiques par télé-médecine	2012			
	Assurer une démarche d'évaluation de l'usage (charte de bonne pratique, suivi d'indicateurs, etc.)	2011	ARS	Autres acteurs	

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

AVANT-PROPOS

Le Programme régional de Gestion du Risque a été construit en collaboration avec les organismes et services d'Assurance Maladie. Il a été étudié par la Commission Régionale de Gestion du Risque - Formation restreinte du 02 novembre 2011 et validé par la Commission Régionale de Gestion du Risque - Formation plénière en sa séance du 02 décembre 2011.

1 ■ LA DÉFINITION DE LA GESTION DU RISQUE

La Gestion Du Risque (GDR) peut être définie comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût »¹. Elle intègre la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui vise à rechercher des gains de productivité dans le système de soins, par l'évolution des comportements en matière de prescriptions et de consommation.

Selon la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les actions de Gestion Du Risque portent sur « le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé ».

2 ■ LES GRANDS AXES DE LA GESTION DU RISQUE

Les actions de GDR sont regroupées en programmes thématiques et visent à :

- Identifier les populations pertinentes au regard de caractéristiques prédéfinies, connaître leur risque « santé », leurs besoins et savoir anticiper l'évolution des besoins,
- Prévenir les maladies en agissant sur le comportement des assurés (information, prévention, éducation pour la santé) et limiter leur aggravation (prévention secondaire),
- Informer, sensibiliser et accompagner les professionnels de santé pour promouvoir la qualité des pratiques (diffusion de supports, soutien de projets,...),

■ Optimiser le coût des dépenses de soins par :

- la promotion d'un recours aux soins plus pertinent (Chirurgie Ambulatoire, Maisons Médicales de Garde, services d'urgence, Soins de Suite et de Réadaptation,...),
- la maîtrise des coûts de production des soins (formation des professionnels et pratiques soignantes, organisation des établissements de santé,...),
- l'organisation d'une offre de soins ajustée aux besoins (planification, processus de soins et modes d'organisation efficaces, contractualisation,...),
- Contrôler et sanctionner les prestataires de soins et les assurés déviants (contrôle individuel des droits, contrôle de la justification des soins, fraudes, profils de prescription « atypiques »).

3 ■ DEUX OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

Le Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR) présente des actions s'inscrivant en priorité dans deux objectifs du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) :

- « Garantir le juste Soins »,
- « Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé ».

4 ■ LE PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE, LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque est arrêté par le Directeur Général de l'Agence pour une durée de **quatre ans**. Il est **intégré au Projet Régional de Santé (PRS) et en constitue un levier**. Il fait l'objet, **chaque année, d'une révision** par avenants préparés, soumis à l'avis de la commission régionale de gestion du risque et arrêtés dans les mêmes conditions que le programme (articles L.1431-2 et Art. L.1434-14 du Code de la Santé Publique et le Décret n°2010-515 du 18 mai 2010).

Par ailleurs, il constitue un support privilégié du partenariat avec l'Assurance Maladie décliné par le biais de contrats entre l'Agence et les organismes d'Assurance Maladie : Régime Général, Régime Agricole et Régime Social des Indépendants.

Ce contrat, établi entre l'ARS et chaque organisme et service d'Assurance Maladie, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRS, reprend les dispositions du PRGDR, précise les engagements relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le PRGDR.

(1) Décret n°2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque (art. R. 1434-9 à 18 du CSP)

5 ■ L'ORGANISATION ET LES ACTEURS DE LA GESTION DU RISQUE

Le pilotage national



Le pilotage régional

Le réseau de l'Assurance Maladie est l'opérateur historique de la Gestion Du Risque, en particulier dans le cadre des soins ambulatoires. Les évolutions récentes de l'organisation du système de santé (Hospitalisation À Domicile, réseaux de santé, chirurgie ambulatoire, etc.) et de sa gouvernance, nécessitent un partenariat entre les ARS et les organismes et services de l'Assurance Maladie.

La coordination entre l'ARS et l'Assurance Maladie est assurée formellement au sein de la commission régionale de gestion du risque, présidée par le Directeur Général de l'ARS, associant pleinement les services de l'ARS et de l'Assurance Maladie dans l'atteinte des objectifs de Gestion Du Risque. Ces actions doivent permettre de renforcer l'efficacité du système de santé et ainsi contribuer au respect de l'Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) voté par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la Sécurité Sociale. La commission associe les organismes complémentaires d'Assurance Maladie, un représentant participant aux travaux de celle-ci (art. 1434-12 du CSP).

La Commission se réunit en **formation plénière** au moins une fois par an. Elle donne un avis sur le PRGDR et ses avenants annuels, le cas échéant proposés par la commission réunie en formation restreinte, et entérine le bilan annuel de mise en œuvre des contrats signés avec chaque organisme d'Assurance Maladie.

Elle se réunit en **formation restreinte** au moins une fois par trimestre civil. Elle propose le contenu du PRGDR, et ses avenants annuels, à la Commission réunie en formation plénière ; elle valide les plans d'actions ; elle assure le suivi des projets ; elle décide, si nécessaire, de la mise en place de groupes de travail spécifiques.

Les instances régionales de l'Assurance Maladie

Suite à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, l'Assurance Maladie s'est organisée au niveau régional pour la déclinaison des programmes de Gestion Du Risque.

L'ARS a un interlocuteur régional pour chaque régime. Le représentant régional est :

- pour le Régime Général : le Directeur Coordonnateur de la Gestion Du Risque (DC-GDR), nommé par le Directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ;
- pour le Régime Agricole : le Directeur de l'Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole (AROMSA) ;
- pour le Régime Social des Indépendants : le Directeur Régional.

La coordination entre les régimes se fait au sein du collège régional de l'Assurance Maladie (CORDAM), animé par le DC-GDR. Ce comité décline la stratégie nationale sur les programmes nationaux de Gestion Du Risque pilotés par les caisses nationales et les priorités nationales pilotées par les ARS, propose des options d'organisation pour leur mise en œuvre locale, s'assure de la mise à disposition des expertises et des moyens, par chaque acteur. Ce comité assure la cohérence des actions et suit le déroulement des interventions.

Au sein du Régime Général, le Directeur Coordonnateur de la Gestion Du Risque organise la concertation au sein d'un comité des directeurs des organismes de la région (Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) – Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)) et du service médical régional, le Comité Régional des Directeurs Inter-Régimes (COREDIR). Au sein du Régime Agricole, ce rôle est assuré par le Directeur de l'AROMSA.

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

ORIENTATION STRATEGIQUE N°1 : LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 : Garantir une prise en charge de qualité de l'Insuffisance Rénale Chronique la plus efficiente possible **602**

Action n°2 : Développer la Chirurgie Ambulatoire **604**

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 : Maîtriser l'évolution des dépenses de transports sanitaires prescrits à l'hôpital **606**

Action n°4 : Maîtriser la dynamique des prescriptions de médicaments et dispositifs de la liste en sus **608**

Action n°5 : Maîtriser la dynamique des prescriptions hospitalières médicamenteuses délivrées en ville **610**

Action n°6 : Garantir une offre en imagerie médicale efficiente **612**

Action n°7 : Mettre en place une politique efficiente et maîtrisée des Soins de Suite et de Réadaptation **614**

Action n°8 : Assurer la Permanence Des Soins en Ambulatoire et les urgences **616**

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°9 : Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficientes en Établissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) **618**

Action n°10 : Maîtriser la dynamique des prescriptions dans les EHPAD **620**

Action n°11 : Améliorer le recours aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal **622**

Action n°12 : Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne **624**

2 - LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

2.1 Les programmes de maîtrise médicalisée en ville	626
2.2 Les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé et médico-sociaux	631
2.3 Les plans de prévention et d'accompagnement des patients	632



PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

1 - LES 12 ACTIONS DU PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE PILOTÉES PAR L'ARS

Action n°1 ■ **Prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC)**

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC
- Développer des stratégies de traitement efficaces
- Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficace possible

Action n°2 ■ **Chirurgie Ambulatoire**

- Développer la chirurgie ambulatoire sur 17 actes marqueurs
- Développer des centres de chirurgie ambulatoire exclusive

Action n°3 ■ **Transports sanitaires**

- Maîtriser l'évolution des dépenses de transports prescrits à l'hôpital
- Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation

Action n°4 ■ **Prescription des médicaments et des dispositifs de la liste en sus**

- Maîtriser les volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés

Action n°5 ■ **Les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville**

- Identifier les prescripteurs hospitaliers
- Maîtriser les volumes au travers d'une contractualisation avec les établissements de santé ciblés

Action n°6 ■ **Imagerie Médicale**

- Réguler les dépenses d'imagerie conventionnelle
- Favoriser un développement soutenable des équipements lourds

Action n°7 ■ Soins de Suite et de Réadaptation

Mettre en œuvre la réforme réglementaire des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), dans un cadre budgétaire contraint

Mettre en œuvre une politique efficiente et maîtrisée des SSR

Action n°8 ■ Permanence Des Soins Ambulatoire et urgences

Assurer une Permanence Des Soins Ambulatoire et des urgences hospitalières

Action n°9 ■ Efficience des EHPAD

Améliorer la coordination des professionnels de santé intervenant en EHPAD / Diffuser les bonnes pratiques

Développer les systèmes d'information / Construire un dispositif d'évaluation

Action n°10 ■ Prescription dans les EHPAD

Élaborer une liste préférentielle des médicaments, concertée avec les médecins

Renforcer et diffuser les bonnes pratiques professionnelles en EHPAD

Action n°11 ■ La prévention du cancer

Améliorer les recours aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal

Action n°12 ■ La vaccination

Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

ORIENTATION STRATEGIQUE N°1 : LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°1 ■ Garantir une prise en charge de qualité de l'Insuffisance Rénale Chronique la plus efficiente possible



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant » (SRP objectif 2)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

■ Contexte et enjeux

L'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) est une maladie progressive et longtemps silencieuse dont l'évolution peut être freinée, voire stoppée, par un traitement médical. 1,8 à 3 millions de personnes en France ont une IRC non terminale et 68 000 une IRC terminale (dont 55 % traités en dialyse et 45 % ayant un greffon rénal). L'hypertension artérielle et le diabète sont les principales causes d'Insuffisance Rénale Terminale, responsables à elles seules de 47 % des nouveaux cas.

Les experts estiment que 10 % des IRC Terminales pourraient être évitées et que 30 % d'entre elles pourraient être retardées de nombreuses années, sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée. Le coût de la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale, 4 milliards d'euros en 2007, devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

■ État des lieux régional

Au 1^{er} janvier 2010, le registre REIN dénombre en Pays de la Loire, 1 501 patients pris en charge en dialyse et 1957 porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

Les Pays de la Loire comptent en février 2011, 62 médecins spécialistes exerçant en néphrologie (densité régionale de 1,74 contre 2,05 pour 100 000 habitants au niveau national). Il n'existe pas, en Pays de la Loire, d'offre de soins par des néphrologues libéraux en dehors des structures de dialyse.

On constate le déclin de la dialyse autonome au profit de la dialyse en centre et le faible développement de l'activité en Unité de Dialyse Médicalisée.

La proportion de patients pris en charge en Dialyse Péritonéale (DP) reste stable depuis bientôt une décennie. En 2009, sur les 403 nouveaux patients pris en charge en Pays de la Loire, 5,2 % l'ont été en DP. Ce taux reste très faible en comparaison d'autres régions françaises.

La prise en charge, en hémodialyse, de ces nouveaux patients s'est faite dans plus de 50 % des cas en urgence (33,5 % en moyenne sur 23 régions).

En Pays de la Loire, en 2009, 220 transplantations rénales ont été réalisées. Le centre de Nantes est parmi les tous premiers centres européens de transplantation rénale.

■ Leviers

- Le renforcement des actions de prévention auprès des médecins généralistes
- Le développement d'une prise en charge précoce et de proximité
- Le développement du don d'organes, notamment sur le vivant
- Le recours à la télémédecine pour la prise en charge et/ou le suivi des patients

■ Points de vigilance

- La démographie médicale des néphrologues
- Les freins à la pratique de la Dialyse Péritonéale
- La pénurie d'organe

■ Résultats attendus

- La part des patients en Affection de Longue Durée (ALD) diabète ayant bénéficié d'un suivi de la fonction rénale a augmenté
- La part des patients traités par Dialyse Péritonéale sur patients dialysés a augmenté
- La part de patients pris en charge hors centre d'hémodialyse a augmenté
- Les délais sur la liste d'attente de greffe sont moins longs

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC			
	Mobiliser les médecins généralistes sur l'enjeu du dépistage.	2011	CPAM	ARS
	Favoriser l'accès aux consultations de néphrologues	2012	ARS	
B	Développer les stratégies de traitement efficaces			
	Renforcer la prise en charge précoce de l'IRC	2011	ARS	CPAM
	Faciliter l'accès à la Dialyse Péritonéale (DP)	2012	ARS	
	Sensibiliser les professionnels de santé au développement de la Dialyse Péritonéale (formation)	2011	ARS	
	Développer la dialyse hors centre	2012	ARS	
C	Soutenir la transplantation rénale			
	Agir sur les leviers de lutte contre la pénurie d'organes	2012	ARS	
	Sensibiliser les professionnels de santé au développement de la transplantation rénale à partir de donneurs vivants	2012	ARS	
	Optimiser le suivi des patients greffés	2012	ARS	
D	Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficace possible			
	Favoriser la prise en charge de proximité	2012	ARS	
	Développer le recours à la télémedecine	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°1 : LA PERSONNE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n°2 ■ Développer la Chirurgie Ambulatoire



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé » (SROS objectif 5)

■ Contexte et enjeux

La Chirurgie Ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, est une priorité nationale et constitue un levier majeur d'amélioration et de structuration de l'offre de soins. Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels du Schéma Régional d'Organisation des Soins du Projet Régional de Santé en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète.

Pratique centrée sur le patient, la Chirurgie Ambulatoire représente un véritable saut qualitatif de la prise en charge. Son bénéfice n'est plus à démontrer : d'abord pour le patient, mais aussi en termes de qualité des soins, d'efficacité de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que par la satisfaction des personnels.

Les politiques mises en œuvre depuis 2003 ont, certes, abouti à des résultats encourageants. Toutefois, la Chirurgie Ambulatoire continue d'accuser un retard en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, et l'on observe d'importantes disparités entre les secteurs, les régions et selon les gestes.

■ État des lieux régional

Le taux de Chirurgie Ambulatoire régional a progressé de 5,6 points de 2007 à 2010 pour s'établir à 37,3 %, avec un rythme de progression proche du niveau national de 3,7 points contre 3,9 points, de 2007 à 2009.

En 2009, la région affichait un léger retard sur le niveau national (0,8 points) qui tend à diminuer en 2010 (0,4 points).

Cette situation est étroitement liée au taux de chirurgie ambulatoire constaté sur les 17 gestes marqueurs, qui représentent à eux seuls 33 % de l'activité régionale de chirurgie. En 2010, le taux de chirurgie ambulatoire sur ces gestes marqueurs était de 74,1 % pour une moyenne nationale de 78,3 %. Il passe à 78,8 % sur la période janvier – juillet 2011.

■ Leviers

- Schéma Régional d'Organisation des Soins - PRS
- Politique d'incitation tarifaire
- Dispositif de Mise Sous Accord Préalable
- Contractualisation dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
- Outils d'analyse et organisationnels via les démarches Qualité Efficience et de benchmark

■ Points de vigilance

- Mobilisation des acteurs du terrain
- Fluidité des parcours, et notamment, gestion de l'aval (médecin traitant, acteurs médico-sociaux)

■ Résultats attendus

- Le taux de chirurgie ambulatoire global a augmenté
- Le taux de Chirurgie Ambulatoire sur les gestes marqueurs, par établissement, par territoire et pour la région est égal ou supérieur au taux national

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Développer la Chirurgie Ambulatoire dans son ensemble			
	Réaliser un état des lieux et un diagnostic partagé régional en articulation avec l'élaboration du SROS et le partager avec les professionnels	2011	ARS	CPAM
	Définir des objectifs sur la thématique de la Chirurgie Ambulatoire dans le cadre des CPOM	2012	ARS	
	Mettre Sous Accord Préalable des actes de chirurgie avec potentiel de développement de l'ambulatoire	2011	ARS	CPAM MSA - RSI
B	Développer la qualité et l'efficience des soins de Chirurgie Ambulatoire			
	Élaborer et diffuser des recommandations	2011	ARS	CPAM
	Former et diffuser des outils sur le benchmark des blocs opératoires et l'Unité Chirurgie Ambulatoire	2011	ARS	
	Partager les pratiques de développement de la Chirurgie Ambulatoire	2011	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°3 ■ Maîtriser l'évolution des dépenses de transports sanitaires prescrits à l'hôpital



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé » (SROS objectif 5)

■ Contexte et enjeux

Au niveau national, 67 millions de transports sont prescrits chaque année à 63 % par les établissements, sanitaires et médico-sociaux pour 5,1 millions de personnes transportées en 2009 (tous régimes confondus). Ces transports sont répartis à 42 % d'ambulance, 23 % de Véhicules Sanitaires Légers (VSL) et 31 % de taxis (4 % autres) ce qui représente au niveau national plus de 3,2 milliards d'euros de dépenses remboursables, tous régimes confondus pour 2009.

L'analyse des dépenses de transport montre une augmentation de 7,2 % en valeur pour l'année 2009 s'expliquant à 4,2 % par des hausses tarifaires et 3 % d'évolution en volume.

Le programme « Transports Sanitaires » a un double objectif :

- la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en établissement ;
- la redéfinition du modèle d'organisation et de régulation des transports, notamment par le développement d'expérimentations locales.

■ État des lieux régional

Avec un taux annuel d'évolution de 5,9 % des dépenses de transports sanitaires sur l'année 2010 dont le montant est de plus de 167 millions d'euros, la région Pays de la Loire connaît une augmentation supérieure de 0,8 points par rapport à la moyenne nationale (5,1 % entre 2010 et 2009).

Cependant, les dépenses de transports engagées par les seuls établissements de santé progressent plus rapidement, avec un taux de 7,5 % au plan régional.

■ Leviers

- Plus forte sensibilisation des prescripteurs
- Démarche de contractualisation avec les établissements de santé
- Mise en place du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui permettra une meilleure analyse du poste de dépense
- Meilleure maîtrise de l'agrément des véhicules sanitaires (Délégation Territoriale)

■ Points de vigilance

- Un cadre de maîtrise qui dépend des négociations nationales, notamment pour la partie liée à la hausse des tarifs.
- Le développement de nouveaux modes de prise en charge, ambulatoires, qui tendent à solliciter encore plus fortement les transports sanitaires.

■ Résultats attendus

- Taux d'évolution des dépenses régionales de transports prescrits à l'hôpital
- Nombre d'établissements ciblés et taux de contractualisation avec ces établissements
- Taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par les établissements ciblés
- Nombre d'expérimentations lancées par l'ARS

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Renforcer les outils de suivi et sensibiliser les acteurs			
	Développer un tableau de bord de suivi par établissement et pour la région. Cet outil permettra de suivre les dépenses par mode de transport et, dès que possible, par prescripteur.	2011 Mise à jour annuelle	CPAM	ARS – MSA - RSI
	Communiquer périodiquement sur l'évolution du montant des dépenses auprès des établissements de la région.	2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS – MSA - RSI
	Renforcer les actions de sensibilisation des acteurs (patients / prescripteurs / responsables)	2011 Périodicité annuelle	CPAM patients prescripteurs ARS responsables	MSA-RSI
B	Mettre en œuvre un programme d'actions auprès des établissements de santé ciblés			
	Identifier annuellement les établissements dont le taux d'évolution des dépenses est supérieur au taux cible	2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS
	Définir les établissements rentrant dans le champ de la contractualisation et assurer la négociation contractuelle, arrêter et suivre un programme d'actions avec chacun d'eux	2011	ARS	CPAM
	Développer les outils d'appui au niveau régional	2012	ARS	
C	Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation des transports auprès des établissements de santé			
	Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports	2012	ARS	
	Partager les pratiques	2012	ARS	
D	Améliorer la gestion des transports sur le champ médico-social			
	Réaliser un état des lieux sur les modalités de transport dans le secteur médico-social	2012	ARS	
	Expérimenter de nouvelles modalités d'organisation des transports	2013	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°4 ■ Maîtriser la dynamique des prescriptions de médicaments et dispositifs de la liste en sus



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

■ Contexte et enjeux

Au niveau national, les dépenses de produits de santé – spécialités pharmaceutiques, produits et prestations – financés en sus des prestations d'hospitalisation, se sont élevées en 2009 à plus de 4 milliards d'euros (toutes catégories d'établissements confondues) : 2,5 milliards d'euros pour les médicaments, 1,5 milliards d'euros pour les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI). L'évolution globale est de 5,2 % par rapport à 2008, les DMI ayant un taux de progression supérieur à celui des médicaments.

Un plan a été mis en œuvre en 2009, comportant une forte dimension locale au travers de la conduite d'actions de contrôle des Contrats de Bon Usage et de la régulation au titre de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale. Ce plan est destiné à favoriser un usage efficient des dispositifs en sus et aussi à prévenir une croissance des dépenses supérieure à un taux national dans les établissements de santé et dont l'origine résiderait dans des pratiques de prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Institut National du Cancer (INCa) et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) (notamment les Référentiels de Bon Usage).

■ État des lieux régional

56 établissements de la région sont concernés par la liste en sus en 2009, 13 établissements avaient un taux d'évolution des dépenses supérieur à 10 %.

Le volume annuel des dépenses « liste en sus » en Pays de la Loire est de 196 millions d'euros en 2009, en progression de 4,3 % par rapport à 2008 dont 3,3 % pour les médicaments et 5,7 % pour les dispositifs médicaux.

■ Leviers

- Les référentiels et recommandations de la HAS, de l'INCa et de l'AFSSAPS
- Le développement d'un processus interne à l'hôpital d'amélioration des pratiques de prescriptions hospitalières, dont l'évaluation des pratiques professionnelles

■ Points de vigilance

- Réintégration de certains produits de santé dans les Groupes Homogènes de Séjours (GHS)
- Effets retard de transmission des fichiers de produits facturés en sus par les établissements
- Évolution des modalités de prise en charge des patients

■ Résultats attendus

- Taux d'évolution des dépenses régionales de médicaments et DMI de la liste en sus
- Nombre d'établissements ciblés et taux de contractualisation avec ces établissements
- Taux d'évolution des dépenses de la liste en sus pour les établissements ciblés

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Opérer un suivi préventif, destiné à identifier en amont les établissements gros prescripteurs – Renforcer les outils de suivi et analyser, en lien avec l'établissement, les évolutions constatées			
	Développer un tableau de bord de suivi par établissement et pour la région	2011 Mise à jour annuelle	ARS	
	Analyser périodiquement les dépenses des médicaments et dispositifs de la liste en sus par établissement et leur évolution.	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	
	Rencontrer les établissements ciblés et conduire une analyse conjointe des évolutions constatées	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	
	Coordonner une analyse régionale pour identifier les classes thérapeutiques concernées	2012	ARS	OMEDIT
B	Identifier les causes des progressions constatées avec des actions de contrôle – Veiller au respect des référentiels de Bon Usage du médicament			
	Contrôler la bonne application des référentiels de Bon Usage sur la base de dossiers patients	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	CPAM DRSM OMEDIT
	Relier les contrats de Bon Usage du médicament avec les travaux menés par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) et les observatoires dédiés	2012	ARS	OMEDIT
C	Élaborer avec les établissements ciblés un plan d'actions comportant des objectifs de dépenses et d'amélioration de la qualité de prescription			
	Contractualiser avec les établissements ciblés sur la base d'un plan d'actions	Dès 2011 Périodicité annuelle	ARS	CPAM DRSM
	Suivre les contrats signés et les plans d'actions associés	Dès 2012	ARS	CPAM DRSM

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°5 ■ Maîtriser la dynamique des Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses délivrées en Ville



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

■ Contexte et enjeux

Les Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville (PHMEV) représentent un enjeu financier de 6 milliards d'euros, avec une progression rapide puisque les 2/3 de la croissance de toutes les dépenses médicamenteuses délivrées en officine de ville sont liés à ces prescriptions.

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution : classes de médicaments prescrits, associées à des pathologies lourdes, Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Cancer, Hépatite et nouvelles modalités de prise en charge en ambulatoire (chimiothérapie orale).

■ État des lieux régional

Les Pays de la Loire présentent un moindre niveau de dépenses de médicaments délivrés en officines de ville (inférieur de 14 % par rapport à la moyenne nationale). Pour autant, la croissance des dépenses de PHMEV est de 10 % en 2010 avec un montant de presque de 190 Millions d'euros (données CPAM).

En 2010, 37 établissements de santé ligériens ont un taux de croissance des dépenses de pharmacie de ville supérieur à 6 %. Parmi ceux-ci, 10 dépassent en 2009 et 2010 les 3 millions d'euros avec un maximum à 57,3 millions pour le plus important d'entre eux en 2010.

■ Leviers

- Plus forte sensibilisation des prescripteurs
- Mise en place du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui permettra une meilleure analyse du poste de dépense
- Respect des référentiels et recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'Institut National du Cancer (INCa) et de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS)

■ Points de vigilance

- Le développement de nouveaux modes de prise en charge, notamment en ambulatoire
- Évolution de facteurs structurels et réglementaires : nouvelles molécules en officine de ville, évolution de traitements entraînant une baisse des durées de séjours et une augmentation des besoins de soins prescrits

■ Résultats attendus

- Taux d'évolution des dépenses régionales de PHMEV
- Nombre d'établissements ciblés et taux de contractualisation avec ces établissements
- Taux d'évolution des dépenses de PHMEV pour les établissements ciblés

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Cibler, sensibiliser et initier un dialogue avec les établissements de santé			
	Développer un tableau de bord de suivi par établissement et pour la région. Cet outil permettra de suivre les dépenses par classe thérapeutique, et dès que possible, par prescripteur	2011 Mise à jour annuelle	CPAM	
	Communiquer périodiquement sur l'évolution du montant des dépenses.	Dès 2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS – MSA - RSI
	Renforcer les actions de sensibilisation des acteurs (patients / prescripteurs / responsables)	Dès 2011 Périodicité annuelle	CPAM patients prescripteurs ARS responsables	MSA-RSI
B	Mettre en œuvre une démarche contractuelle avec les établissements « forts prescripteurs » avec fixation d'objectifs de régulation des dépenses et d'optimisation des bonnes pratiques			
	Identifier annuellement les établissements dont le taux d'évolution des dépenses PHMEV est supérieur au taux cible	2011 Périodicité annuelle	CPAM	ARS
	Définir les établissements rentrant dans le champ de la contractualisation et assurer la négociation contractuelle, arrêter et suivre un programme d'actions avec chacun d'eux	2011	ARS	CPAM
C	Développer les outils d'appui et partager les bonnes pratiques			
	Développer les outils d'appui au niveau régional Tableau de comparaison des coûts, etc.	2012	CPAM	ARS
	Partager dans le cadre de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) les initiatives et les pratiques	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°6 ■ Garantir une offre en imagerie médicale efficiente

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« 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)

« Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs » (SROS objectif 23)



■ Contexte et enjeux

L'imagerie médicale présente des enjeux majeurs compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans les stratégies thérapeutiques, des progrès technologiques et des coûts des examens.

Les enjeux sont l'amélioration de l'accès à l'imagerie en coupe (notamment Imagerie par Résonance Magnétique), une offre répondant aux besoins liés aux problématiques de santé publique (cancer, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), neurologie), des examens pertinents et efficaces et une diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants.

■ État des lieux régional

La région se place dans une situation très spécifique avec un taux d'équipement en IRM (et dans une moindre mesure en scanner) très faible au regard de la moyenne nationale (au 31/12/2009, taux régional d'IRM par million d'habitant = 7,25 pour un taux national de 10,63 et taux régional de scanner par million d'habitant = 11,88 pour un taux national de 14,41).

Avec 9,1 radiologues pour 100 000 habitants, les Pays de la Loire présentent un déficit démographique important (au niveau national, le taux est 13 pour 100 000 habitants.).

■ Leviers

- Une dynamique de coopération entre acteurs publics et privés
- Une sensibilisation des professionnels de santé au bon usage des examens de radiologie, dont ceux dits « conventionnels »
- Une offre structurée et des acteurs très impliqués

■ Points de vigilance

Une démographie des professionnels d'imagerie défavorable en Pays de la Loire.

■ Résultats attendus

- Taux de réalisation de la baisse des examens de radiologie conventionnelle sur 3 topographies pour les examens réalisés en consultations externes
- Données sur le parc des équipements lourds

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Favoriser un égal accès à l'imagerie médicale de la population			
	Améliorer l'accès à l'imagerie en coupe et mettre en œuvre un plan volontariste de développement soutenable de l'offre en équipement matériel lourd	2011	ARS	
	Assurer une répartition juste et équilibrée de l'offre d'imagerie en renforçant les coopérations et mutualisations	2012	ARS	
	Veiller au maintien, au sein des territoires et en proximité, d'une offre de radiologie conventionnelle.	2011	ARS	
	Accompagner le progrès médical et le soutien à l'innovation.	2012	ARS	
B	S'assurer de l'efficience du fonctionnement des équipements, de la pertinence des actes et de la maîtrise des risques associés			
	Diffuser les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de Bon Usage des examens d'imagerie médicale (pertinence des examens et réduction des clichés conventionnels)	2011	CPAM	
	Veiller à l'efficience de l'utilisation des plateaux techniques, en renforçant les dynamiques de mutualisation et le déploiement d'appareils plus efficaces	2012	ARS	
	Mieux maîtriser la gestion des risques spécifiques de l'imagerie médicale (diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants)	2012	ARS	
C	Accompagner l'optimisation des organisations en imagerie médicale			
	Développer une Permanence Des Soins mutualisée associant l'ensemble des acteurs publics et privés au sein des territoires de santé	2012	ARS	
	S'assurer de filières d'expertise clairement définies et opérationnelles (Accident Vasculaire Cérébral (AVC), ...) prenant appui sur des protocoles validés et des centres ressources identifiés	2012	ARS	
	Déployer une infrastructure technique régionale permettant un réel partage de l'information, un accès assuré aux images et un développement régional harmonisé des Picture Archiving and Communication System (PACS).	2012	ARS	
	Optimiser la performance des offreurs de soins dans l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie médicale (en lien avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)).	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°7 ■ Mettre en place une politique efficiente et maîtrisée des Soins de Suite et de Réadaptation

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé » (SROS objectif 5)

« 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)



■ Contexte et enjeux

Entre 2007 et 2009, l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) mesurée en nombre de journées en hospitalisation complète a augmenté de 2,53 % (dont + 6,68 % pour le secteur hors dotation globale). Sur la même période, les dépenses ont cru de 4,1 %

Sur ce secteur les enjeux sont multiples : il s'agit de (1) Harmoniser la qualité et le positionnement de l'offre de soins SSR dans l'offre de soins globale sur l'ensemble du territoire, (2) Renforcer la fluidité du parcours des patients entre Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), SSR et le domicile (dont médico-social et social), (3) Améliorer la connaissance de l'activité et des coûts du secteur SSR via la création ou l'amélioration de tous les outils nécessaires à la mise en œuvre de la Tarification À l'Activité (T2A) (systèmes d'information par exemple).

■ État des lieux régional

Le secteur des SSR s'est développé ces dernières années en raison du vieillissement de la population, des besoins liés aux maladies chroniques et aux handicaps, et à la réduction des Durées Moyennes de Séjour en MCO. La région des Pays de la Loire ne se différencie pas globalement de ces évolutions.

En taux d'équipement SSR, la région a un taux inférieur à celui de la France (149 pour 100 000 habitants versus 161).

Le volume d'activité produit en SSR (journées + venues) est en progression continue sur la période 2002-2009 (en moyenne 1,5 % par an). L'Hospitalisation à Temps Partiel concerne essentiellement la médecine physique de réadaptation (Rééducation Fonctionnelle). Elle est en forte progression depuis plusieurs années (en moyenne

3,6 % par an entre 2002 et 2009), mais son impact sur l'ensemble de l'activité reste marginal. La moyenne d'âge des patients pris en charge en SSR en 2010 est de 66,4 ans, légèrement supérieure à la moyenne nationale qui est de 66,04 ans, et augmentant de 0,4 % par rapport à 2010. Enfin, le nombre de points IVA (Indice de Valorisation de l'Activité) augmente de 5,4 % entre 2009 et 2010 alors que le nombre de patients pris en charge n'augmente que de 3,5 % sur la même période.

■ Leviers

- Programme Régional de Santé
- Dispositifs d'orientation
- Mise Sous Accord Préalable des admissions
- Déploiement de l'outil « Trajectoire »

■ Points de vigilance

Le passage à la Tarification À l'Activité

■ Résultats attendus

- Taux d'établissements Mis Sous Accord Préalable par rapport à la cible
- Nombre/Évolution de journées en Hospitalisation Complète / De Jour
- Taux d'évolution des dépenses.
- Nombre de conventions SSR / Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) signées

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Maîtriser l'évolution des dépenses dans le respect des taux d'évolution de l'Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM)			
	Mettre en place des indicateurs d'efficience des SSR et de suivi des dépenses	2012	ARS	
	Mettre en œuvre la procédure de Mise Sous Accord Pré-alable de prestations d'hospitalisation en SSR	2011	ARS	CPAM
B	Adapter l'offre SSR au besoin dans le respect des référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) et s'assurer de la pertinence des séjours			
	Renforcer les dispositifs d'orientation en SSR	2011	ARS	
	Déployer l'outil " Trajectoire " auprès de l'ensemble des acteurs de la région	2011	ARS	
	Diffuser les recommandations/référentiels de la HAS	2011	ARS	CPAM
	Développer l'Hospitalisation De Jour par rapport à l'Hospitalisation Complète	2012	ARS	
	Promouvoir le recours à des conventions entre les SSR et le secteur médico-social (Hébergement Temporaire)	2012	ARS	
	Soutenir le retour à domicile dès que possible	2012	ARS	
	Développer, en partenariat avec les organismes complémentaires, la prise en charge des frais d'Hébergement Temporaire, en sortie d'hospitalisation, avant un retour à domicile	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°2 : LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n°8 ■ Assurer la permanence des soins en ambulatoire et les urgences

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Assurer une permanence des soins ambulatoires adaptée pour les 5 territoires de santé » (SROS objectif 11)

« Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé » (SROS objectif 5)

« Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences » (SROS objectif 14)



■ Contexte et enjeux

Les enjeux sont les suivants :

- Garantir la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) tout en maîtrisant son coût,
- Favoriser les nouveaux modes d'organisation de la PDSA
- Articuler avec efficacité la PDSA et la prise en charge des urgences hospitalières et pré-hospitalières.

■ État des lieux régional

Permanence Des Soins des médecins généralistes

La région des Pays de la Loire a intégré une démarche d'expérimentation concernant la Permanence Des Soins, dans le cadre de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008. Depuis début 2009, des négociations ont été menées plus spécifiquement avec trois départements : Loire Atlantique, Mayenne et Maine et Loire.

Principes de l'expérimentation régionale :

1. Une organisation régionale cible, prenant en compte la territorialisation des soins de premier recours et une cible économique équitable sur l'ensemble du territoire,
2. Des « opérateurs » PDS placés en situation de responsabilité, sur la base d'une délégation de gestion, via une convention passée avec l'ARS,
3. Une incitation à converger vers la cible régionale,
4. Des valorisations de rémunération laissées au choix des opérateurs, mais, plafonnées.

■ Leviers

- Un cadre réglementaire de la Permanence Des Soins Ambulatoire permettant la mise en place de dispositifs adaptés aux spécificités territoriales.
- L'adaptation des modalités d'effectif, notamment avec les établissements de santé.

■ Points de vigilance

- L'articulation entre les acteurs de la PDSA et ceux des urgences
- La définition des territoires de la PDSA
- L'enveloppe régionale pour la PDSA

■ Résultats attendus

- Part des actes régulés
- Montant total des forfaits de régulation, d'astreintes, des actes et des majorations d'actes

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Garantir la Permanence Des Soins Ambulatoires dans un contexte de maîtrise des coûts			
	Réaliser un état des lieux sur la PDSA	2011	ARS	CPAM
	Définir les territoires de PDSA	2011	ARS	
	Organiser la régulation des appels d'urgence et des appels de la PDSA	2012	ARS	
	Définir les modalités de rémunération de la Permanence Des Soins	2011	ARS	
B	Développer de nouveaux modes d'organisation de la Permanence Des Soins			
	Mettre en place et suivre l'expérimentation de la PDSA sur les territoires	2011	ARS	CPAM
	Favoriser les liens PDSA et Centre 15	2011	ARS	
	Déployer le Répertoire Opérationnel des Ressources	2011	ARS	
C	Favoriser une meilleure articulation des acteurs de la PDSA et ceux de l'urgence pour une prise en charge plus efficiente des demandes de soins non programmés aux horaires de la PDSA			
	Adapter les modalités d'effection et coordonner les différents acteurs de la Permanence Des Soins, notamment avec les établissements de santé	2012	ARS	
	Analyser les bonnes pratiques et les points de blocage de la coordination ville-urgences dans le cadre de la réponse aux demandes de soins non programmés	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°9 ■ Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficientes en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales » (SROMS objectif 17)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

■ Contexte et enjeux

Le secteur de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD a connu de fortes évolutions depuis dix ans avec l'accroissement des lits et la médicalisation de ceux-ci. Près de 6 milliards d'euros sont consacrés au financement des EHPAD et, à la fin de la deuxième vague de médicalisation, 1,3 milliards d'euros seront alloués à renforcer les ressources des établissements afin de mieux prendre en compte l'évolution des besoins en soins de la population âgée (notamment les besoins en soins techniques liés à l'accroissement du caractère polypathologique du grand âge).

L'enjeu est aujourd'hui d'améliorer la coordination des professionnels de santé intervenants et l'organisation des établissements en vue d'optimiser la qualité de la prise en charge des résidents.

■ État des lieux régional

Les dépenses des EHPAD, en 2010, en région Pays de la Loire, se montent à plus de 451 millions d'euros, en augmentation de 8,2 % par rapport à 2009.

La région présente une situation particulière avec d'importantes capacités d'accueil et une grande dispersion géographique des structures. En effet, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées en 2010 est de 159,7 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans en Pays de la Loire pour une moyenne nationale de 121,7. Au 01/01/2010, on dénombre 550 EHPAD (source statiss 2010).

Un retard relatif est observé au niveau de la coordination des professionnels de santé intervenant en EHPAD, notamment en l'absence de formalisation des modalités de

coordination par Territoire de Santé. En effet, suite à une enquête, réalisée en 2011, à laquelle 50 % des EHPAD ont répondu, 21 % des masseurs-kinésithérapeutes et 12 % des médecins ont signé le contrat. Par ailleurs, selon une enquête de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) 2009, un médecin coordonateur est présent dans 82 % des EHPAD.

Selon cette même enquête, le GIR Moyen Pondéré (GMP) en région Pays de la Loire (compris entre 591 et 663) est inférieur au GMP national (situé à 671).

En 2010, le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est inférieur au PMP national : 139 versus 180.

Enfin, il est à noter une absence de contrat sur des objectifs d'amélioration de la coordination des soins.

■ Leviers

- Le développement des contrats de coordination entre les professionnels de santé et l'EHPAD
- Les conventions tripartites, aujourd'hui régionales, intégrant des indicateurs de qualité et d'efficience
- Le développement des Systèmes d'Information (liste informatisée des résidents)

■ Points de vigilance

- L'adhésion des professionnels de santé au contrat de coordination
- La présence et le rôle du médecin coordonateur au sein des EHPAD
- Les contraintes tarifaires et la fongibilité des financements alloués

■ Résultats attendus

- Taux de mise en œuvre par l'ARS pour un échantillon d'EHPAD de trois taux d'analyse (indicateurs d'efficacité)
- Pourcentage de professionnels de santé (médecins / masseurs-kinésithérapeutes) intervenant en EHPAD ayant signé un contrat de coordination
- Pourcentage de professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD participant à chaque réunion de la commission de coordination gériatrique

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité de la prise en charge en EHPAD			
	Développer la prévention et la prise en charge de la dénutrition en EHPAD, notamment en intégrant celle des problèmes bucco-dentaires	2012	ARS	CPAM – MSA RSI
	Développer au sein des EHPAD des " Projets de vie individualisés "	2012	ARS	
	S'assurer de l'application du document d'analyse des risques infectieux en EHPAD	2012	ARS	OMEDIT et observatoire dédié
	Continuer à promouvoir la bientraitance en EHPAD	2012	ARS	
B	Inciter à une gestion et à une organisation efficaces de l'EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins			
	Intégrer des indicateurs de qualité et d'efficience dans les conventions tripartites	2012	ARS	
	Déployer, auprès des EHPAD, la gestion électronique des listes des résidents	2012	CPAM	ARS
	Suivre les dépenses de soin au sein des EHPAD	2013	ARS	CPAM – MSA RSI
	Estimer le montant des dépenses réelles de soin lors du passage de l'EHPAD en tarif global	2012	ARS	CPAM – MSA RSI
	Organiser des réunions périodiques " Qualité/efficience " à destination des EHPAD	2011	ARS	CPAM – MSA RSI
	Conduire l'expérimentation du tableau de bord efficience en lien avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)	2012	ARS	
	Organiser un dialogue de gestion périodique avec les EHPAD intégrant les enjeux " Efficience et Qualité "	2012	ARS	
	Expérimenter une modulation du forfait global relatif aux soins effectués dans les EHPAD en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°10 ■ Maîtriser la dynamique des prescriptions dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« Garantir le juste soin » (SROS objectif 18)

« Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales » (SROMS objectif 17)

« Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant » (SRP objectif 2)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

■ Contexte et enjeux

L'enjeu est de doter les EHPAD d'outils de suivi de leurs dépenses et de leurs résidents, de poursuivre l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins et de diffuser les règles de Bonnes Pratiques en soins.

■ État des lieux régional

Une enquête réalisée en août 2010 sur le circuit du médicament et le Bon Usage des antibiotiques en EHPAD, auprès de 475 EHPAD des Pays de la Loire, montre que :

- très peu d'EHPAD sont équipées d'un logiciel de prescription et qu'il y a une quasi absence de conventions EHPAD / Officines
- le manque de traçabilité dans l'administration des médicaments concerne 70 % des EHPAD.
- les personnels des EHPAD ne sont pas bien formés en matière de Bon Usage des antibiotiques chez la personne âgée.
- les prescripteurs souhaitent disposer d'outils d'aide à la prescription d'antibiotiques : synthèse de référentiels, validation de protocoles et accès à un référent.

■ Leviers

- Diffusion des recommandations et Bonnes Pratiques de prescription chez la Personne Agée
- Volet médicaments dans les conventions tripartites
- Mise à disposition d'une grille d'auto-évaluation du circuit du médicament (guide)
- Enquête sur la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD (en cours par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT))

■ Points de vigilance

- Adhésion des pharmacies de ville à la convention EHPAD-officine (pharmacien référent)
- Adhésion des médecins libéraux
- Développement des listes informatisées des résidents
- Informatisation de la prescription

■ Résultats attendus

- Pourcentage d'EHPAD ciblés ayant mis en œuvre un plan d'action à la suite de leur participation aux réunions d'information organisées par les ARS
- Pourcentage d'EHPAD sans Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ayant une liste préférentielle de médicaments

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Élaborer et déployer des Systèmes d'Information pour permettre le suivi et l'analyse des dépenses de soin des EHPAD			
	Déployer auprès des EHPAD la gestion électronique des listes des résidents	2011	CPAM	ARS
B	Renforcer et diffuser les Bonnes Pratiques professionnelles en EHPAD			
	Diffuser des référentiels de bonne pratique et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (benzodiazépines à demi-vie longue, psychotropes, pansements primaires)	2011	CPAM	ARS
	Organiser des réunions locales avec les EHPAD sur le principe des rencontres " Qualité / Efficience "	2011	ARS	CPAM – MSA RSI
	Réaliser des retours sur les travaux de l'OMEDIT (exemple : iatrogénie médicamenteuse en EHPAD)	2012	ARS	OMEDIT
C	Inciter les EHPAD à contractualiser sur des objectifs d'amélioration de la prescription et de la coordination des soins			
	Intégrer la sécurisation du circuit du médicament dans les conventions tripartites version régionale	2012	ARS	
	Suivre la montée en charge des Conventions EHPAD sans PUI / Pharmacie(s) de ville	2012	ARS	
D	Accompagner les EHPAD dans l'élaboration d'une liste préférentielle efficiente de médicaments			
	Diffuser la méthodologie d'élaboration de la liste préférentielle des médicaments	2012	ARS	
	S'assurer du suivi de l'élaboration de la liste préférentielle dans les Conventions Tripartites (version régionale)	2012	ARS	

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°11 ■ Améliorer le recours aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

« 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)

« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de
vulnérabilité » (SRP objectif 13)

■ Contexte et enjeux

Les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal co-financés par l'État et l'Assurance Maladie constituent les principales mesures de prévention pour lutter contre ces pathologies qui ont un impact important sur la santé publique. Ces dispositifs viennent en complémentarité avec les actions de prévention universelle prévues dans le schéma de prévention du PRS, en agissant, notamment, sur des déterminants importants comme la nutrition et l'activité physique.

Si les résultats de la région, en taux de dépistage global, sont favorables, on observe, cependant, une stagnation voire une faible décroissance, également observée au niveau national. Par ailleurs, le niveau national constate un plus faible accès au dépistage des personnes éloignées du système de santé, notamment les populations en situation précaire.

Pour améliorer cette situation, les enjeux consistent à agir sur l'information des publics et des professionnels de santé et à réduire les inégalités d'accès à ce dispositif, notamment pour les personnes en situation de précarité sociale.

■ État des lieux régional

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme et constitue dans cette population la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans) en Pays de la Loire. Depuis le début des années 90, le taux de mortalité et le taux d'incidence estimée sont légèrement supérieurs, en région, à ceux de la moyenne nationale.

En ce qui concerne le cancer colorectal, il constitue dans la région, comme en France, la seconde cause de mortalité par cancer et la troisième cause de mortalité chez les hommes.

La situation de la région, par rapport à la France, est différente selon le sexe. Les taux de mortalité, d'incidence estimée et d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) restent légèrement supérieurs à la moyenne nationale chez les hommes et proches de cette moyenne chez les femmes.

Les Pays de la Loire sont classés au premier rang des régions françaises pour le dépistage du cancer du sein et au second rang pour le dépistage du cancer colorectal.

- Sein : taux de dépistage régional : 63,7 % pour la période 2009-2010 (national 52,1 %)

- Colorectal : taux régional : 43,3 % pour la période 2009 – 2010 (national 34 %) (sources Institut de Veille sanitaire 2011)

■ Leviers

- Plan cancer 2009-2013
- 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 (PMI).
- Financements État et Assurance Maladie.

■ Points de vigilance

- Absence de données précises sur les disparités infra-départementales du taux de dépistage
- Absence de données régionales et départementales des taux d'accès des personnes en situation de précarité sociale

■ Résultats attendus

- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est conforme à l'objectif : 70 % en 2013
- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est conforme à l'objectif : 50 % en 2013
- Le pourcentage de personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et/ou de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) participant aux programmes de dépistage organisé des cancers a augmenté

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Actions de prévention sur les champs ambulatoire et hospitalier			
	Mobiliser les structures de gestion du dépistage des cancers du sein et colorectal pour réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage	2012	Co-pilotage ARS - AM	Structures de gestion de dépistage
	Inciter les médecins traitants à avoir une démarche proactive vers le dépistage de leurs patients	2012	Copilotage ARS - AM	URPS Médecins libéraux
B	Action de prévention sur le champ médico-social			
	Inciter les résidents concernés des établissements médico-sociaux à une participation au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal	2012	ARS	AM

ORIENTATION STRATEGIQUE N°3 : LA MAÎTRISE DES RISQUES CONCERNANT LA SANTÉ DES POPULATIONS

Action n°12 ■ Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne



OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE DU SCHÉMA

« Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne » (SRP objectif 5)

« Engager les acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité » (SRP objectif 7)

■ Contexte et enjeux

Suite à une couverture vaccinale régionale insuffisante contre la rougeole, en particulier en Vendée, en Loire-Atlantique et en 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 (PMI).

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.

■ État des lieux régional

La couverture vaccinale anti-rougeoleuse avec au moins une dose à l'âge de 24 mois a été estimée par département à partir des certificats de santé sur les années 2003-2007 (Cellule InterRégionale d'Épidémiologie (CIRE) 2011). Si les départements de la Loire Atlantique, du Maine et Loire et de la Vendée ont un taux de couverture situé entre 85 % et 90 %, les départements de la Sarthe et de la Mayenne enregistrent les meilleurs taux de la région. Avec un taux à 96 %, la Mayenne est le seul département français à avoir atteint les objectifs de vaccination vis-à-vis de la rougeole (au moins 95 %).

Comme la France entière, la région est touchée par une augmentation des cas de rougeole : 111 en 2008, 147 en 2009, 359 en 2010 et déjà 207 fin avril 2011.

■ Leviers

- Recentralisation des actions de santé publique (loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales)
- Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI.

■ Points de vigilance

- Représentations négatives par rapport à la vaccination
- Insuffisante lisibilité du calendrier vaccinal

■ Résultats attendus

- Le taux de couverture vaccinal des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole a augmenté
- Le nombre de professionnels de santé ayant bénéficié d'actions d'information par les centres de vaccination a augmenté

N° d'ordre	Activité	Calendrier	Acteurs	
			Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
A	Actions de prévention sur les champs ambulatoires, médico-sociaux et hospitaliers			
	Sensibiliser le public et les professionnels de santé sur les bénéfices apportés par les vaccins, notamment contre la rougeole et la coqueluche	2012 –2013	ARS	CPAM – MSA - RSI Centres de vaccination URPS PMI Santé scolaire et universitaire
	Promouvoir la vaccination auprès des professionnels de santé, notamment ceux qui interviennent dans les établissements accueillant des personnes vulnérables	2012 –2013	ARS	CPAM – MSA - RSI Centres de vaccination Établissements de santé et médico-sociaux URPS
	Permettre un meilleur suivi du calendrier vaccinal par les usagers et par les professionnels du premier recours par la diffusion d'outils adaptés	2012 –2013	ARS	CPAM – MSA - RSI URPS

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Développées à partir de la fin des années 1990, les politiques de gestion du risque menées par les régimes d'Assurance Maladie ont fixé pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé. Elles ont contribué à permettre à la France d'enregistrer ces six dernières années une croissance maîtrisée de ses dépenses de santé. Améliorer l'efficacité du système de santé, c'est en effet permettre un accès équitable à des services adaptés et de qualité, tout en assurant la soutenabilité financière de l'Assurance Maladie qui s'impose comme une condition indispensable de pérennisation d'un haut niveau de protection sociale, dans un contexte de dégradation des comptes publics.

La mise en œuvre de ces politiques doit donc permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières. À cet effet, elles visent à inciter la population à recourir de manière pertinente à l'offre de soins et de prévention et, les professionnels, à renforcer l'efficacité et la qualité des soins dans le cadre de leur activité ; elles entendent d'autre part favoriser l'accès aux soins et à la prévention,

notamment pour les populations fragiles ou éloignées du système de santé, et aider les assurés à devenir des acteurs informés de leur santé.

Partageant une même ambition pour leurs assurés, le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants ont progressivement mieux articulé leurs actions en ce domaine et renforcé la coordination de leurs démarches, tant au plan national qu'aux plans régional et local.

Conformément au contrat d'objectifs État-UNCAM 2010-2013, les actions des programmes nationaux de GDR pilotés par les régimes d'Assurance Maladie comportent trois axes :

- 1) les programmes de maîtrise médicalisée en ville,
- 2) les programmes de renforcement de l'efficacité de l'offre de soins dans les établissements de santé,
- 3) les plans de prévention et d'accompagnement des patients.

2.1 ■ LES PROGRAMMES DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE EN VILLE

Dans son rôle de gestionnaire des dépenses, et en particulier dans le cadre des accords conventionnels avec les différentes professions médicales, l'Assurance Maladie a développé des actions dites de maîtrise médicalisée des dépenses de santé (MMDS).

MODALITÉS D'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE

Les programmes permettant de poursuivre et développer la maîtrise médicalisée reposent sur des actions d'information et de sensibilisation auprès des médecins et la remise d'outils, de mémos et de recommandations, ainsi que de relevés de situation des prescriptions du praticien :

- visites des Délégués de l'Assurance Maladie, échanges confraternels auprès des professionnels de santé et dans les établissements,
- mises sous accord préalable de prescripteurs,
- promotion des référentiels et des nouvelles technologies dans une finalité d'efficacité,
- contrôles ciblés des prestations ou des professionnels au regard du respect de la réglementation,

- contractualisation avec les professionnels sur les pratiques,
- déclinaison des négociations conventionnelles nationales,
- promotion des modifications réglementaires,
- informations ciblées,
- visites en entreprises.

Pour chaque programme d'action, plusieurs modalités complémentaires peuvent être combinées et adaptées par chaque régime.

L'information et la sensibilisation menées auprès des prescripteurs sont prolongées par des actions d'accompagnement d'autres professionnels de santé et par une information délivrée aux assurés.

POURSUITE DES THÈMES RÉCURRENTS VISANT À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

■ Les Anti-agrégants plaquettaires

L'objectif est d'encourager l'utilisation de l'aspirine lorsque le choix thérapeutique est possible entre ce principe actif et le clopidogrel, dans le plus strict respect des recommandations internationales.

Objectif national 2011 : + 3,4 % des montants remboursés des médecins libéraux.

■ Antibiotiques

L'objectif est de promouvoir les recommandations relatives à l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante, notamment dans les infections respiratoires, en incitant les prescripteurs à identifier les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée.

Objectif national 2011 : -2,6 % des montants remboursés des médecins libéraux.

■ Statines, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) antihypertenseurs

S'agissant de traitements prescrits à une population importante et pour de longues années pour certains traitements, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.

Évolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	Statines : +2,9 % IEC sartans : -10 % IPP : -1,3 %	À fixer par voie d'avenant

■ Indemnités journalières (IJ)

De nombreuses actions sont menées auprès des assurés (contrôles, communication), des professionnels de santé (place du repos dans la prise en charge thérapeutique, outils d'aide sur des durées de référence d'arrêts de travail par pathologies, contrôles) et entreprises pour améliorer la prescription d'arrêt de travail.

Évolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	4,4 %	À fixer par voie d'avenant
Évolution du nombre de jours arrêts de travail remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	1,9 %	À fixer par voie d'avenant

La maîtrise médicalisée en entreprise est une activité en phase de montée en charge. Il est nécessaire de poursuivre les efforts sur cette activité partagée avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), afin de mesurer les impacts en matière d'évolution des arrêts de travail dans les secteurs visités.

Visites en entreprises	2011	2012 et 2013
Objectif régional (Régime Général)	30 visites	À fixer par voie d'avenant

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

■ Frais de transports

L'objectif est d'informer et de sensibiliser les assurés et les professionnels de santé au bon usage des transports : adapter le type de transport en fonction de l'état d'autonomie et de santé du patient et rappeler que la prescription de transport relève d'une décision médicale.

Évolution des montants remboursés, tous prescripteurs	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	3,1 %	À fixer par voie d'avenant

■ Ordonnancier bi zone

L'objectif est de rappeler les règles de bon usage de l'ordonnancier bi zone.

Objectif national : médecins libéraux (différence du ratio bizone 2011/2010) : -0,1 point.

■ Actes de masso-kinésithérapie

L'objectif est d'optimiser la prise en charge de l'activité de kinésithérapie libérale à travers plusieurs axes d'évolution : amélioration de la répartition démographique des masseurs-kinésithérapeutes, poursuite des démarches de simplification administrative, amélioration de l'efficacité de la prise en charge avec référentiels de nombre de séances selon le type de rééducation.

Évolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	3,2 %	À fixer par voie d'avenant

¹ Objectif du Régime général sachant que les objectifs régionaux peuvent varier de quelques dixièmes selon les spécificités des régimes

LES NOUVEAUX THÈMES 2011 VISANT À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE ET À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

En complément des thèmes développés depuis plusieurs années dans le cadre de la convention médicale, de nouvelles thématiques sont développées en 2011.

■ Antalgiques

Les objectifs sont :

- Informer les professionnels de santé des modalités de substitution du dextropropoxyphène chez les patients traités pour douleur chronique,
- Améliorer le recours aux antalgiques selon l'intensité de la douleur,
- Optimiser la prescription des antalgiques de palier II.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés (Période Comparable à l'Année Précédente - Corrigée des Jours Ouvrés - Corrigée des Variations Saisonniers - PCAP-CJO-CVS) : -0,7 %.

■ Anti-dépresseurs

Les objectifs sont :

- Rappeler aux généralistes les points forts du diagnostic et ceux de la prise en charge de l'épisode dépressif afin d'améliorer l'identification et la prise en charge globale de cette maladie,
- Améliorer l'efficacité de la prise en charge par, notamment une meilleure utilisation des antidépresseurs.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : + 3 %

■ Anti-diabétiques

Évolution des montants remboursés	2011	2012 et 2013
Objectif régional ¹	12,8 %	À fixer par voie d'avenant

Les objectifs sont :

- Augmenter le suivi des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (instauration de traitements et stratégie de prise en charge).

■ Anti-ostéoporotiques

Les objectifs de santé publique sont :

- Améliorer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi des patients pour limiter les complications,
- Promouvoir les recommandations de la HAS (ostéodensitométrie - choix thérapeutique),
- Sensibiliser les prescripteurs à l'observance du traitement.

Les enjeux économiques sont :

- Optimisation des prescriptions (ostéodensitométrie et médicaments).

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : +4,4 %.

■ Erythropoïétine (EPO)

Les objectifs sont :

- Rappeler les précautions de suivi,
- Diminuer les prescriptions hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM),
- Maîtriser les coûts.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : -3 %.

■ Anti-TNF Alpha

Les objectifs sont :

- Rappeler les conditions de prise en charge,
- Diminuer les traitements non justifiés.

Objectif national 2011 : médecins libéraux : évolution des montants remboursés PCAP-CJO-CVS : +6,4 %.

■ Radiologie

Les objectifs sont :

- Diffuser auprès des professionnels de santé les fiches de bon usage de la HAS sur les radios du crâne, de l'abdomen et du thorax.

■ La liste des produits et prestations (LPP), les bandelettes d'auto surveillance de la glycémie pour les patients diabétiques

Les objectifs sont :

- Mettre en œuvre le forfait de 200 bandelettes par an.

■ Pression Positive continue (PPC)

Les objectifs sont :

- Mieux faire gérer leur traitement par les patients sous PPC,
- Favoriser le retour des équipements non utilisés chez le prestataire.

PROGRAMME RÉGIONAL DE GESTION DU RISQUE

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'accompagnement des professionnels de santé libéraux et hospitaliers par les visites et contacts des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des Praticiens Conseils du Régime Général est l'un des leviers puissants de la politique de gestion du risque de l'Assurance Maladie et dans les actions d'accompagnement prévues dans les priorités de gestion du risque de l'ARS.

Accompagnement des professionnels de santé	2011	2012 et 2013
Objectif régional (Régime Général)	21 870 visites	À fixer par voie d'avenant
Dont visites DAM	18 950	
Dont Echanges Confraternels	2 920	

PLAN D'ÉCONOMIES NATIONAL

Au total et conformément à l'Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) 2011 arrêté par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2011, l'ensemble des actions de maîtrise médicalisée doivent permettre d'atteindre, au plan national en interrégimes, 551 millions € d'économies telles que décrites dans le tableau ci-après.

Objectifs de maîtrise médicalisée 2011	
Thèmes	Économie attendue (M€)
Thèmes récurrents Antibiotiques, Statines, IPP, Anti hypertenseurs...	181
Nouveaux thèmes Antalgiques, Antidépresseurs, EPO, anti TNF alpha, Antidiabétiques....	75
Sous Total Médicaments	256
LPP	10
Masso-Kinésithérapie	50
IJ	75
Transports	90*
Affections de Longue Durée (ALD)	40
Actes	30
Total	551

* commun avec le programme des 10 priorités GDR de l'ARS

Les objectifs sont définis par la Commission Paritaire nationale des médecins et font l'objet d'un avenant à la convention médicale. Ce devrait être le cas notamment pour l'année 2012.

2.2 ■ LES PROGRAMMES DE RENFORCEMENT DE L'EFFICIENCE DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

De la même manière qu'avec les prescripteurs de ville, l'Assurance Maladie mène depuis plusieurs années des actions en direction des établissements, principalement selon les modalités suivantes :

- visites administratives et médicales dans les établissements,
- mises sous accord préalable des acteurs,
- promotion des référentiels,
- contrôles de la Tarification À l'Activité (T2A) et délivrance pharmaceutique,
- promotion des modifications réglementaires (exemple : N°RPPS - Répertoire Partagé des Professionnels de Santé),
- informations ciblées.

POURSUITE DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE EN ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LES ACTIONS GDR ARS

Visites en établissements de santé et médico-sociaux (hôpitaux, cliniques et EHPAD)	2011	2012 et 2013
Objectif régional (Régime général)	270	À fixer par voie d'avenant

La maîtrise médicalisée dans les établissements se poursuit, à l'hôpital, notamment en matière de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les produits de santé et les transports, et en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) avec des visites d'établissements et la diffusion de recommandations de bonne pratique, en lien avec les actions GDR ARS développées sur ces thèmes.

Les thèmes de maîtrise médicalisée prioritaires dans les Pays de la Loire en 2011 pour les établissements sanitaires sont : transports, Recours Contre Tiers (RCT), Indemnités Journalières / Affection

de Longue Durée (IJ/ALD), référentiel de Masso-Kinésithérapie, Statines, Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP).

Concernant les EHPAD, les thèmes abordés sont l'agitation aigue, les pansements primaires, la transmission automatisée des listes de résidents et les dépenses. Une offre de service régionale est faite en plus sur une sensibilisation sur les problèmes bucco-dentaires par un chirurgien-dentiste conseil.

POURSUITE DU PROGRAMME DE MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE (MSAP)

■ Chirurgie ambulatoire

L'Assurance Maladie propose la mise sous accord préalable des établissements de santé présentant un potentiel de développement de cette pratique à la directrice générale de l'ARS.

L'objectif recherché, par la mise sous accord préalable d'établissements de santé pour des actes ciblés, est d'impulser un vrai changement de pratiques et de poursuivre l'évolution positive constatée après la mise en œuvre de ce dispositif.

■ Hors chirurgie ambulatoire

Le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé a été étendu par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale 2009 aux établissements présentant une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non-conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales.

Sont concernés prioritairement en 2011 dans la région la chirurgie bariatrique, les actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice et les postectomies.

■ Développement des MSAP pour les prestations d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Le dispositif de mise sous accord préalable est étendu, dès 2011, aux prestations d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

L'objectif de cette action est d'assurer l'harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS et de diminuer des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à sa prise en charge. L'ARS notifiera la MSAP à l'établissement exécutant la prestation, après ciblage par l'Assurance Maladie.

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE GDR PILOTÉS PAR LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

2.3 ■ LES PLANS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS

Les régimes d'Assurance Maladie constituent l'un des acteurs importants des politiques de prévention, dans le cadre des orientations nationales déterminées par les lois de santé publique et les plans ou programmes en découlant, auxquels les régimes concourent en termes de financement et en termes opérationnels.

Membre de 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, l'Assurance Maladie participe à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention selon une démarche participative et intersectorielle.

Par ailleurs, chaque année, chaque régime verse un financement à l'ARS dans le cadre de la politique de prévention. Ces dotations régionales sont définies par les Caisses nationales en fonction de la proportion régionale des assurés de chaque régime. Elles servent au financement des opérateurs de prévention agissant sur les thématiques prioritaires régionales.

Au-delà de la sensibilisation des professionnels et des assurés, et notamment de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé, à la nécessité de recourir aux actions qui leur sont proposées, les régimes d'assurance maladie développent, en application des stipulations du contrat d'objectifs État-UNCAM (Union

Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et de leurs conventions d'objectifs et de gestion, des politiques d'information des assurés et d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients. Dans chacune des actions de prévention développées par l'Assurance Maladie, une attention particulière est apportée pour permettre l'accès aux soins des populations fragiles.

Enfin, l'Assurance Maladie œuvre aussi dans le domaine de la prévention dans le cadre des actions définies dans les conventions avec les professionnels de santé (dépistages des cancers, vaccinations, iatrogénie médicamenteuse...), tout particulièrement sur les thèmes faisant l'objet d'un objectif de rémunération à la performance pour les médecins. Certaines actions s'intègrent dans les services que les régimes d'assurance maladie offrent à leurs assurés respectifs.

Les objectifs de prévention fixés aux organismes sont définis dans les contrats pluriannuels de gestion de chaque régime.

DÉVELOPPER LES ACTIONS DE PRÉVENTION CIBLÉES SUR DES PATHOLOGIES OU DES PUBLICS

■ Prévention bucco-dentaire

Les régimes poursuivront leurs actions visant à faire progresser le taux de participation à l'examen de prévention MT' Dents et le recours aux soins dentaires, notamment pour les enfants résidant en zones défavorisées. Des actions complémentaires sont également conduites auprès d'autres tranches d'âge et des populations précaires.

■ Dépistage organisé des cancers (sein, colorectal)

Les régimes continueront à favoriser le dépistage des cancers, par des actions d'information des assurés et des professionnels, afin d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés et de réduire les inégalités régionales constatées en ce domaine. Un effort particulier sera proposé pour sensibiliser les personnes les plus éloignées du système de soins.

■ Vaccinations

Concernant les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR), les régimes poursuivront leurs actions de sensibilisation des populations prioritaires en vue d'augmenter le taux de participation aux campagnes et la couverture vaccinale de la population.

■ Prévention et prise en charge de l'obésité

Sur cet axe, l'Assurance Maladie poursuivra ses programmes de prévention de l'obésité et de conseils nutritionnels en lien avec le médecin traitant. Un effort particulier sera mené auprès des populations défavorisées et des enfants, en complément des actions initiées par l'État (déploiement d'outils facilitant le dépistage du risque d'obésité) et les ARS (structuration de l'offre).

AIDER LES PATIENTS À DEVENIR ACTEURS DE LEUR SANTÉ

Le contrat d'objectifs État-UNCAM fixe, parmi ses objectifs, l'utilisation de nouveaux leviers dans la prise en charge des maladies chroniques. La prévalence des maladies chroniques s'est en effet progressivement accrue au point de devenir un enjeu sanitaire et un enjeu de société ; environ 15 millions de personnes sont actuellement atteintes de maladies chroniques en France.

Dans ce contexte, les organismes d'assurance maladie poursuivront les programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des pathologies chroniques qu'ils ont initiés. Ces actions concernent principalement le diabète et les pathologies cardiovasculaires, avec le déploiement notamment du service d'accompagnement SOPHIA pour le Régime général et des ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ateliers cardio-vasculaires Mutualité Sociale Agricole / Régime général, ateliers RSI pour les diabétiques

du Régime Social des Indépendants). Des programmes sont également développés dans le cadre des Centres d'Examens de Santé du Régime général et actions de médecine préventive du Régime agricole et du RSI.

Au-delà des actions spécifiques de prévention, les régimes d'assurance maladie développent des offres de service dédié à des publics ciblés, tels les parcours maternité, précarité, retour à domicile du patient, ateliers mémoire, du bien vieillir et nutrition.

Des actions préventives sont également développées par les régimes au niveau des risques professionnels.

FAVORISER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

À côté du plan d'actions État-UNCAM, les caisses d'Assurance Maladie développent une politique d'action sanitaire et sociale qui contribue à faciliter l'accès aux soins et à réduire les inégalités de santé, par le biais d'une action harmonisée en direction des populations fragilisées et une adaptation aux contextes économiques et sociaux locaux.

Outre les prestations d'action sanitaire et sociale accordées sous conditions de ressources, de façon ponctuelle et exceptionnelle aux personnes malades, les caisses d'assurance maladie facilitent l'adhésion à une complémentaire santé dans le cadre d'aides

transitoires. L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) reste un dispositif encore sous-utilisé au regard de la population potentiellement concernée, alors que la non disposition d'une couverture complémentaire maladie peut constituer un frein à l'accès aux soins.

CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE	636
■ Présentation de synthèse de la région des Pays de la Loire	636
■ Caractéristiques sociales de la population ligérienne	640
CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE	646
■ Évolution de la population ligérienne	646
■ Natalité-Fécondité	652
■ Personnes âgées	654
ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ	658
■ Espérance de vie	658
■ Mortalité et disparités territoriales	660
LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL	666
■ Une offre hospitalière recomposée	666
■ Volume d'activité et répartition des modes de prises en charge	668
■ Évolution de l'activité en volume par grand domaine	670
■ Les flux de patients	674
LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL	678
■ Accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap	678
■ Accompagnement des adultes en situation de handicap	680
■ Accompagnement des personnes âgées de plus de 75 ans	684

OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

686

■ Les médecins généralistes	686
■ Les infirmiers libéraux	688
■ Les kinésithérapeutes	690
■ Les chirurgiens-dentistes	692
■ Les pharmacies	694
■ Les laboratoires	696
■ La consommation de soins	698

LES DÉPENSES DE SANTÉ

700

■ Volume et répartition des dépenses AM	700
■ Évolution des dépenses AM	702

COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

704

■ La Loire Atlantique	704
■ Le Maine et Loire	710
■ La Mayenne	714
■ La Sarthe	718
■ La Vendée	722

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

A.1.1 ■ Présentation de synthèse de la région des Pays de la Loire

Extrait de La France et ses régions, INSEE 2010

Bien qu'excentrée du centre économique de l'Europe, la région des Pays de la Loire est desservie par les infrastructures de transport diversifiées, qui contribuent à son attractivité. Sa façade maritime facilite le développement d'activités variées, en matière de tourisme, de pêche, de construction navale ou encore d'échanges liés au port de commerce de Nantes-Saint-Nazaire. Comprenant cinq départements diversifiés, son territoire s'articule autour d'une armature urbaine dynamique constituée d'une métropole de grande taille (Nantes-Saint-Nazaire), de grandes agglomérations (Angers et Le Mans) et de villes moyennes bien réparties sur le territoire et qui constituent autant de bons relais pour l'accès aux services et équipements des populations issues des petites villes et espaces ruraux.

Les Pays de la Loire comptent 3 538 000 habitants au 1^{er} janvier 2009, ce qui situe la région au cinquième rang des régions françaises. Comme dans les autres régions du littoral atlantique et méditerranéen, la croissance démographique est forte depuis le début des années 1990. Ce dynamisme repose autant sur un solde naturel largement positif – la région Pays de la Loire est la plus féconde de France métropolitaine, avec un indicateur conjoncturel de fécondité de 2,13 enfants par femme en 2006 – que sur l'attractivité de la région. Si les migrations restent déficitaires chez les moins de 30 ans, la région attire un nombre croissant et important d'actifs. Sur la période récente, les cadres sont plus nombreux à choisir de venir résider dans les Pays de la Loire qu'à en partir.

La région se place en 2008 au cinquième rang des régions françaises pour le niveau du Produit intérieur brut (PIB). La croissance économique a été particulièrement élevée depuis 1990. Si le tissu industriel reste dense et dynamique, l'appareil productif s'est en effet « allégé » de secteurs structurellement en déclin (agriculture, industries de main d'œuvre), tandis qu'il s'est renforcé dans les créneaux plus riches en valeur

ajoutée, notamment les services aux entreprises et les services financiers. Deuxième région pour l'agriculture et la pêche maritime, après la Bretagne, les Pays de la Loire bénéficient de conditions naturelles qui favorisent des productions agricoles diversifiées qui soutiennent le développement des industries agroalimentaires, bien réparties sur l'ensemble du territoire. Les atouts touristiques de la région sont également multiples. Cette grande diversité des activités économiques dans la région se conjugue avec des compétences pointues sur des secteurs porteurs. Les Pays de la Loire accueillent ainsi 9 des 71 pôles nationaux de compétitivité, dont deux à vocation mondiale.

Si les Pays de la Loire ne sont pas une région particulièrement riche en termes de niveau de vie des ménages, la pauvreté et les inégalités y sont en revanche beaucoup moins fortes qu'au niveau national. La croissance de l'emploi a accompagné la forte progression de l'activité économique depuis le début de la décennie 2000, jusqu'au déclenchement de la crise économique à l'été 2008. Deux habitants âgés de 15 à 64 ans sur trois étaient ainsi en emploi en 2006 : c'est le taux le plus élevé des régions françaises. La région se situe également dans le quatuor de tête des régions aux plus faibles taux de chômage. Le ralentissement économique est néanmoins sensible dans bon nombre de secteurs d'activité, plus particulièrement dans l'industrie. L'emploi s'est replié en 2008 et le chômage a augmenté plus fortement dans la région qu'au niveau national. Le taux de chômage a dépassé le seuil des 8 % au deuxième trimestre de 2009, pour la première fois depuis la fin 1999. Les jeunes sont les plus affectés par cette dégradation du marché du travail.

■ Pôles urbains
 ■ Couronnes périurbaines
 ■ Communes multipolarisées
 ■ Pôles d'emploi de l'espace rural
 ■ Couronnes des pôles d'emploi de l'espace rural
 ■ Autres communes de l'espace rural

50 km

GeoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

La notion d'unité urbaine (UU) repose sur la continuité de l'habitat : est considérée comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

Le pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 5 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.

Le pôle d'emploi de l'espace rural comprend les communes ou UU appartenant à cet espace à dominante rurale et comptant 1 500 emplois ou plus. La couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural est composée des communes appartenant à cet espace à dominante rurale et dont 40 % ou plus des actifs résidents travaillent dans le reste de l'aire d'emploi de l'espace rural.

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

>>>

Population au 01/01/2009 - Estimation (milliers)	3 538,0	Part dans le PIB France (%)	5,0
Part dans la population française (%)	5,5	Revenu disponible brut 2006 (euros/habitant)	17 962
Densité de population (hab./km ²)	110,3	Revenu médian par unité de consommation 2007 (euros/uc)	16 965
Taux de variation annuel moyen de la pop. depuis 1999 (%)	0,9	Taux de pauvreté (%)	11,3
Emplois au lieu de travail au 31/12/2008 (milliers)	1 489,5	Allocataires du RMI au 31/12/2008 (milliers)	38,2
Taux de chômage au dernier trimestre 2009 (%)	8,6	Nombre de zones urbaines sensibles (ZUS)	29
Produit intérieur brut 2008 (milliards d'euros)	97,0	Part de la population régionale en ZUS (%)	4,1

■ Zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER)

	Part des branches (%)		Part dans la branche nationale (%)	
	en 2000	en 2008	en 2000	en 2008
Agriculture	4,9	2,9	8,3	7,2
Industrie	21,5	17,5	5,9	6,3
Construction	6,5	8,6	6,2	6,4
Services principalement marchands	47,0	50,7	4,3	4,5
Services administratifs	20,1	20,2	4,6	4,7
Ensemble	100,0	100,0	4,9	5,0

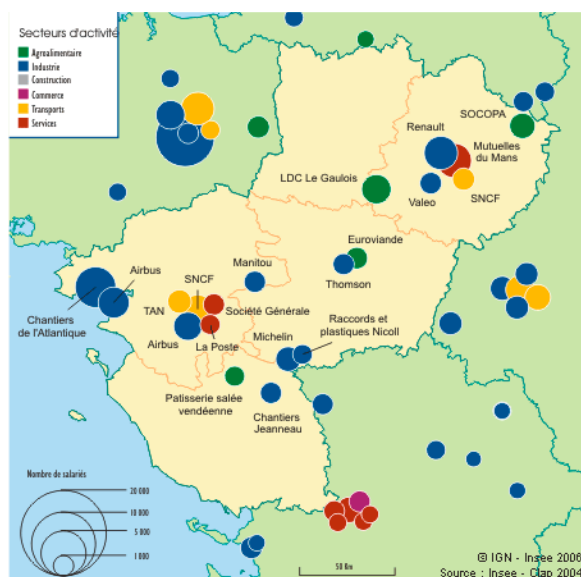
Source : Insee - Comptes régionaux en base 2000.

Malgré la crise récente, les Pays de la Loire bénéficient, depuis trente ans, d'une croissance forte en matière d'emploi et de démographie. La dynamique s'appuie autant sur le développement des activités tertiaires que sur le maintien d'une activité industrielle dans quelques secteurs phares comme les industries du cuir, de la chaussure et de l'habillement, les industries navale et aéronautique, l'agriculture et les industries agro-alimentaires, la plasturgie et les assurances.

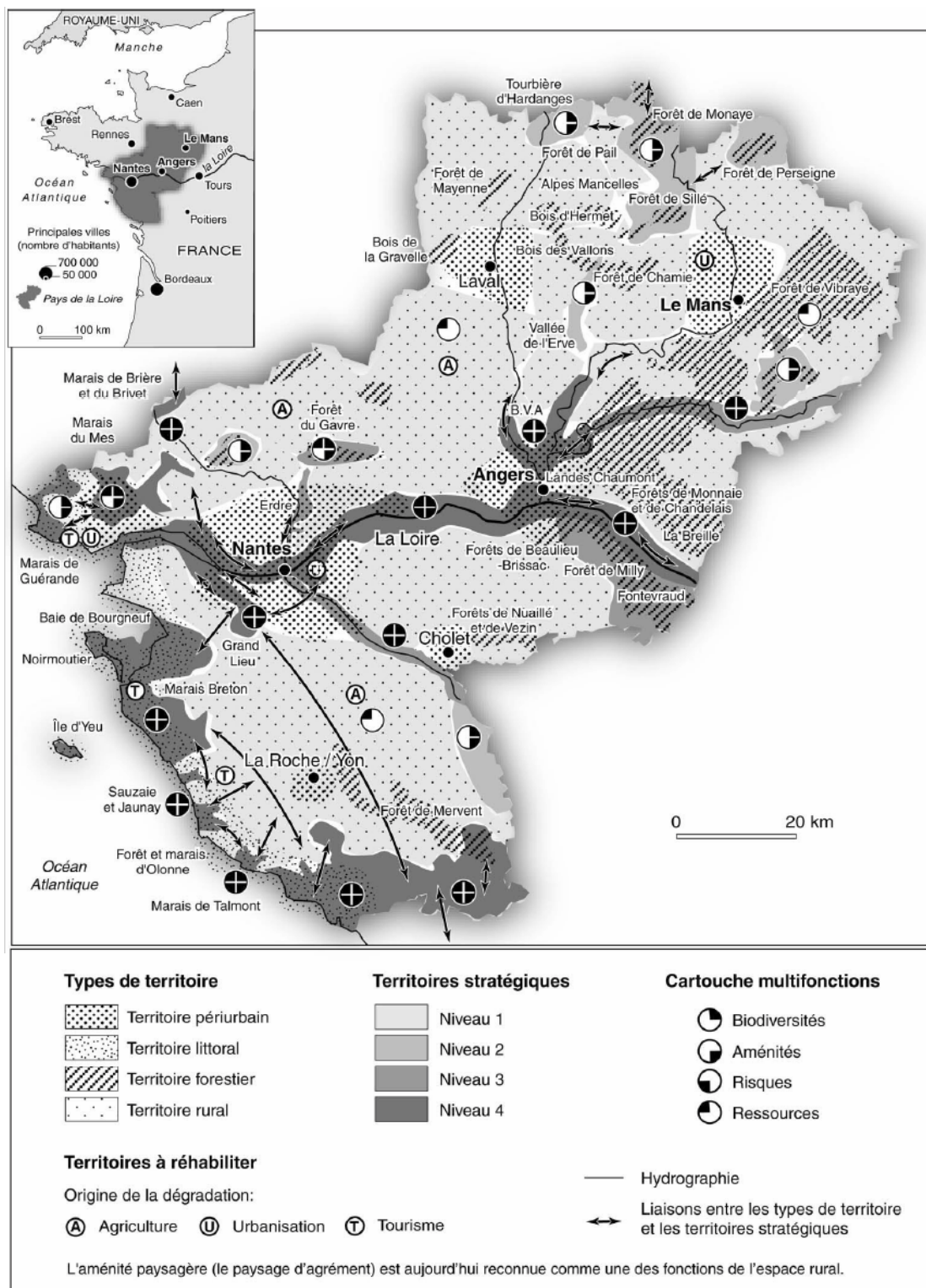
À l'horizon 2020, les entreprises régionales vont être confrontées à de nombreux changements : stabilisation de la population active, gestion de l'énergie, développement durable, gestion raisonnée du foncier. Pour y faire face, elles seront amenées à développer leurs capacités en matière d'innovation et d'échanges extérieurs ainsi qu'à mener une politique active en ce qui concerne la cohésion sociale.

Source : INSEE L'appareil productif des Pays de la Loire face à son avenir

■ Carte des grands établissements de la région Pays de la Loire



■ Carte des espaces ruraux dans les Pays de la Loire



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

A.1.2 ■ Caractéristiques sociales de la population ligérienne

■ Structure familiale des ménages

	Nombre de ménages				Population des ménages	
	2007	%	1999	%	2007	1999
Ensemble	1 473 276	100,0	1 292 594	100,0	3 393 249	3 145 617
Ménages d'une personne	470 472	31,9	381 933	29,5	470 472	381 933
- hommes seuls	196 308	13,3	153 358	11,9	196 308	153 358
- femmes seules	274 164	18,6	228 575	17,7	274 164	228 575
Autres ménages sans famille	29 046	2,0	20 517	1,6	68 745	44 609
Ménages avec famille(s)	973 758	66,1	890 144	68,9	2 854 032	2 719 075
dont la famille principale est :						
- un couple sans enfant	441 386	30,0	362 881	28,1	894 189	740 438
- un couple avec enfant(s)	438 626	29,8	445 748	34,5	1 712 669	1 763 797
- une famille monoparentale	93 747	6,4	81 515	6,3	247 174	214 840

Sources : Insee, RP1999 et RP2007 exploitations complémentaires.

La proportion des familles monoparentales en PDL est la plus faible de France (9.6 % des familles contre 13.1 % au niveau national).

■ Répartition de la population de plus de 15 ans par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle

	Hommes	Femmes	Part en % de la population âgée de		
			15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou +
Ensemble	1 355 724	1 458 089	100,0	100,0	100,0
Agriculteurs exploitants	33 953	14 356	0,2	2,8	0,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	62 113	26 532	0,6	5,1	1,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	118 316	63 434	1,2	10,8	2,7
Professions intermédiaires	185 066	186 561	7,5	22,2	3,2
Employés	85 858	370 960	15,6	25,1	4,2
Ouvriers	366 869	106 955	20,2	25,7	3,0
Retraités	350 163	426 853	0,0	0,6	77,4
Autres personnes sans activité professionnelle	153 386	262 438	54,7	7,7	7,1

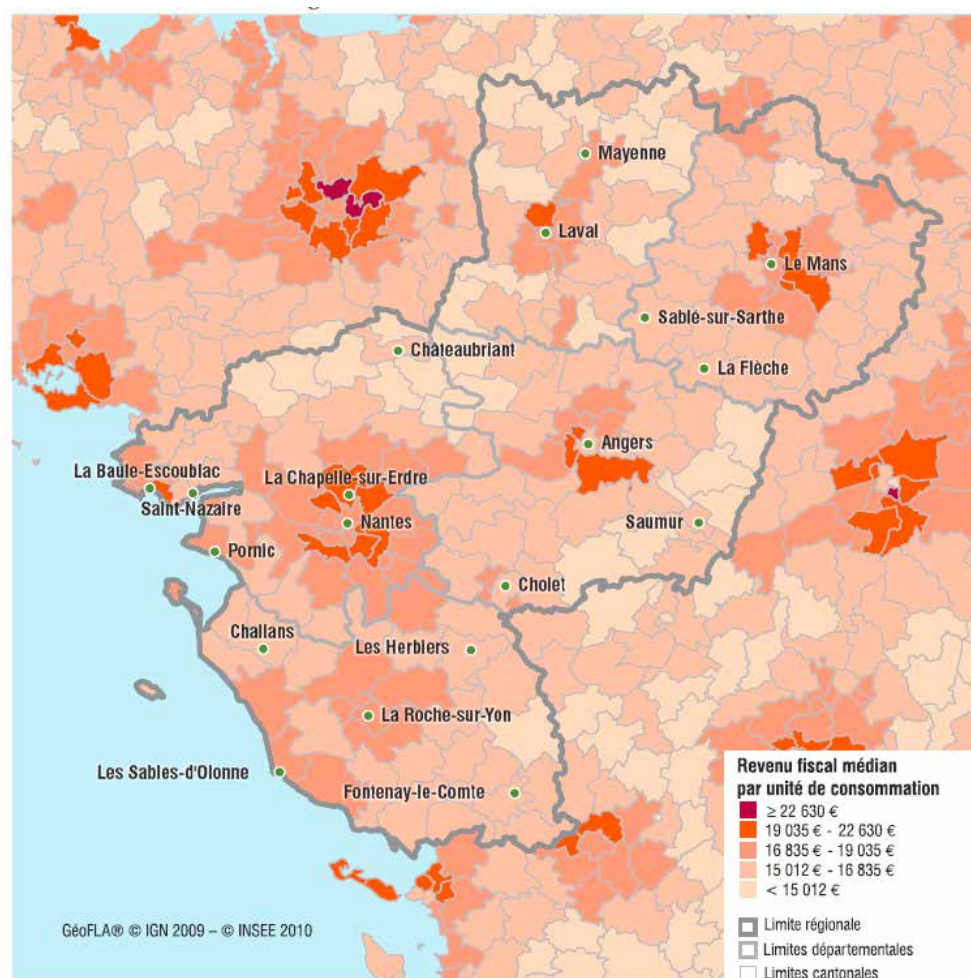
Source : Insee, RP2007 exploitation complémentaire.

■ Emploi – Chômage

Départements	Emploi au 31 décembre 2008				Variation annuelle moyenne de l'emploi 99-08	Chômage au 31 décembre 2009		
	Effectifs au lieu de travail	dont primaire	dont secondaire	dont tertiaire		Taux de chômage au 4 ^e trim. 2009	Demandeurs d'emploi (Pôle Emploi)	
							Cat. A de moins de 25 ans (%)	Cat. A, B, C depuis plus d'un an (%)
	(milliers)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
44 Loire-Atlantique	573,8	2,2	21,1	76,7	2,0	8,6	20,6	32,1
49 Maine-et-Loire	317,7	5,5	26,1	68,4	0,6	8,8	23,3	36,6
53 Mayenne	125,4	7,7	30,4	61,9	0,3	6,9	23,5	28,7
72 Sarthe	221,7	3,3	27,3	69,4	0,3	9,5	23,2	34,3
85 Vendée	250,9	5,2	33,0	61,8	1,5	8,4	22,0	31,1
Pays de la Loire	1 489,5	4,0	25,9	70,1	1,2	8,6	22,1	33,1

Sources : Insee - Estimations d'emploi et taux de chômage localisés, Pôle Emploi - DEFM.

■ Revenus fiscaux des ménages



Source : Insee-DGI, Revenus fiscaux des ménages.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

■ Définitions source INSEE :

Le revenu fiscal comprend ainsi les revenus d'activité salariée et indépendante, les pensions d'invalidité et les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RMI).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Aussi, pour comparer les

niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

■ Minimas sociaux

En Pays de La Loire, la part d'allocataires de chacun des principaux minimas sociaux (AAH, CMU, RMI, API)

sur la population des 20 à 59 ans est toujours bien en dessous des ratios nationaux.

Prestations d'intervention sociale au 1.01.2008 Source : D.R.A.S.S. - C.A.F - M.S.A

Prestations	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Allocation de logement à caractère social (ALS) Nombre d'allocataires	127 079	50 951	32 674	9 535	17 534	16 385
Allocation Parent Isolé (API) Nombre d'allocataires	7 189	2 663	1 719	426	1 475	906
Nombre d'allocataires de l' API pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	9,1	9,0	9,6	6,6	12,0	7,1
Allocation aux adultes handicapés Nombre d'allocataires	37 842	14 075	8 251	3 354	5 593	6 569
Nombre d'allocataires de l' AAH pour 1 000 personnes de 20 ans et plus	14,6	15,3	14,6	15,1	13,4	14,3
Revenu Minimum d'Insertion Nombre d'allocataires	38 799	15 529	9 520	2096	7 333	4 321
Nombre d'allocataires du RMI pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans	21,2	23,0	23,5	13,7	25,4	13,9
France métropolitaine au 1.01.2007 :	Nb're d'allocataires de l'API / 1 000 femmes de 15 à 49 ans :					13,2
	Nb're d'allocataires de l'AAH / 1 000 personnes de 20 ans et plus :					16,9
	Nb're d'allocataires du RMI / 1 000 personnes de 20 à 59 ans :					33,9

Indicateurs de précarité au 1.01.2008 Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, CG, CNAVTS, UNEDIC, D.R.E.E.S.

Prestations	Pays de la Loire	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Couverture Maladie Universelle						
Bénéficiaires de la CMU de base	34 668	13 737	10 458	1 375	5 859	3 239
Bénéficiaires de la CMU complémentaire	151 954	57 504	34 422	10 389	30 203	17 436
% couverture de la population	4,4	4,6	4,7	3,5	5,4	2,9
Allocation supplémentaire du minimum vieillesse						
Nombre d'allocataires	22 985	7 124	5 157	2 256	3 551	4 897
Allocataires / 100 pers 65 ans ou plus	3,9	3,8	4,1	4,1	3,5	4,2
Allocation de Solidarité Spécifique						
Nombre d'allocataires	12 916	4 716	3 433	784	1 652	2 331
France métropolitaine au 1.01.2007 :	Couverture de la population par la CMU complémentaire :					6,8
	Titulaires de l'ASV pour 100 personnes de 65 ans et plus :					5,0

Si l'on considère la proportion des ménages bénéficiaires des 3 principaux minima sociaux (RMI, API, AAH), les Pays de la Loire ont le plus bas taux des régions françaises (6.8 % contre 8.7 % au niveau national).

En 2004, la région est la troisième région la moins pauvre au regard du seuil de pauvreté (moins de 788€/mois par unité de consommation) avec 9.9 % des ménages concernés (11.7 % en France métro). Elle était en 8^{ème} position en 1995.

Sur la base d'une mesure de l'écart entre les niveaux de vie plafond des 10 % les plus modestes et plancher des 10 % les plus aisés, la région se place comme étant la moins inégalitaire de France en termes de niveaux de vie avec la Bretagne.

Depuis la V1 de ce document de travail, des indicateurs actualisés sont disponibles sur le STATISS2010 à l'adresse suivante <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/Mafran2010-3.xls>

■ Risque de pauvreté/précarité au regard des différences Hommes/Femmes

Les femmes de la région rencontrent des difficultés spécifiques face à l'emploi, qui se traduisent aussi par des conditions d'emploi moins favorables et des rémunérations plus faibles. Par contrainte ou par choix, elles occupent beaucoup plus souvent que les hommes des emplois à temps partiel : c'est le cas d'une femme ayant un emploi sur trois dans la région, soit le taux le plus élevé des régions françaises.

En 2005, le salaire net horaire moyen des femmes travaillant dans le secteur privé et semi-public dans les Pays de la Loire est inférieur de 16 % à celui des hommes. L'écart sur le salaire mensuel est encore amplifié par le fort taux de femmes à temps partiel. Les deux tiers des salariés à bas salaires sont ainsi des femmes. Les écarts entre hommes et femmes sont supérieurs en fin de carrière et se renforcent lors de la retraite : en 2004, la retraite moyenne des femmes de la région (907 euros par mois) est inférieure de 39 % à celles des hommes. Cet écart s'explique par des

rémunérations plus faibles au cours de leur vie professionnelle, mais surtout par la durée plus courte des carrières féminines.

Dans les Pays de la Loire, les femmes immigrées sont très peu nombreuses : moins de 3 % de la population féminine. Leurs situations sont très diversifiées selon leur pays d'origine. Celle des immigrées européennes diffère peu de celle des non immigrées. Mais les femmes immigrées non européennes rencontrent des difficultés particulières. Ainsi leur taux de chômage est très élevé, 42 %, soit le double de celui des immigrées européennes. Elles occupent souvent des emplois peu qualifiés.

En Pays de la Loire les femmes sont un peu plus souvent touchées par la pauvreté que les hommes, puisqu'elles représentent la majorité des parents isolés au sein des familles monoparentales, qui sont elles-mêmes les plus concernées par la pauvreté. Elles sont plus souvent seules en charge d'enfants et

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

>>>

représentent la quasi-totalité des bénéficiaires de l'allocation de parent isolé. Du fait de niveaux de retraite plus faibles, elles sont aussi largement majoritaires parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse. Pour leur part, les hommes bénéficient plus souvent de minima sociaux pour des raisons de santé. Avant 55 ans, ils sont notamment plus nombreux à bénéficier de l'allocation d'adulte handicapé. Autant d'hommes que de femmes touchent le revenu minimum d'insertion ;

mais si les hommes sans conjoint bénéficiaires vivent presque toujours sans enfant, une femme allocataire sans conjoint sur deux a au moins un enfant à charge. Pourtant, dans la région, la pauvreté touche moins qu'ailleurs les familles monoparentales mais plus les retraités, en lien avec les pensions faibles des retraités anciennement exploitants agricoles de la région.

	Accès aux droits et respect de la dignité de la personne	France métropolitaine	Pays de la Loire	
		Femmes	Femmes	Hommes
Contraception et IVG	Proportion de jeunes filles déclarant utiliser un moyen de contraception (%) (1)	95	97	//
	Nombre d'IVG déclarées pour 1 000 femmes de moins de 18 ans (2)	10 (donnée 2004)	9	//
	Nombre d'IVG déclarées pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (2)	13,7	10,1	//
Pauvreté-précarité	Taux de pauvreté des personnes vivant seules (%) (3)	13,8	14,5	14,4
	Taux de pauvreté des familles monoparentales (%) (3)	21,2	21,4	
	Répartition par sexe de l'allocation parent isolé (API - %) (4)	98,4	98,1	1,9
	Répartition par sexe des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI - %) (4)	51,2	50,3	49,7
	Répartition par sexe de l'allocation aux adultes handicapés (AAH - %) (4)	49,7	47,7	52,3
	Répartition par sexe de l'allocation spécifique de solidarité (ASS - %) (5)	47,5	51,1	48,9
	Répartition par sexe des bénéficiaires de l'Allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse (%) (6)	59,5	67,1	32,9

(1) ORS, INPES - Baromètre Santé jeunes 2005.

(2) DRASS - Bulletins IVG et statistique annuelle des établissements, 2006.

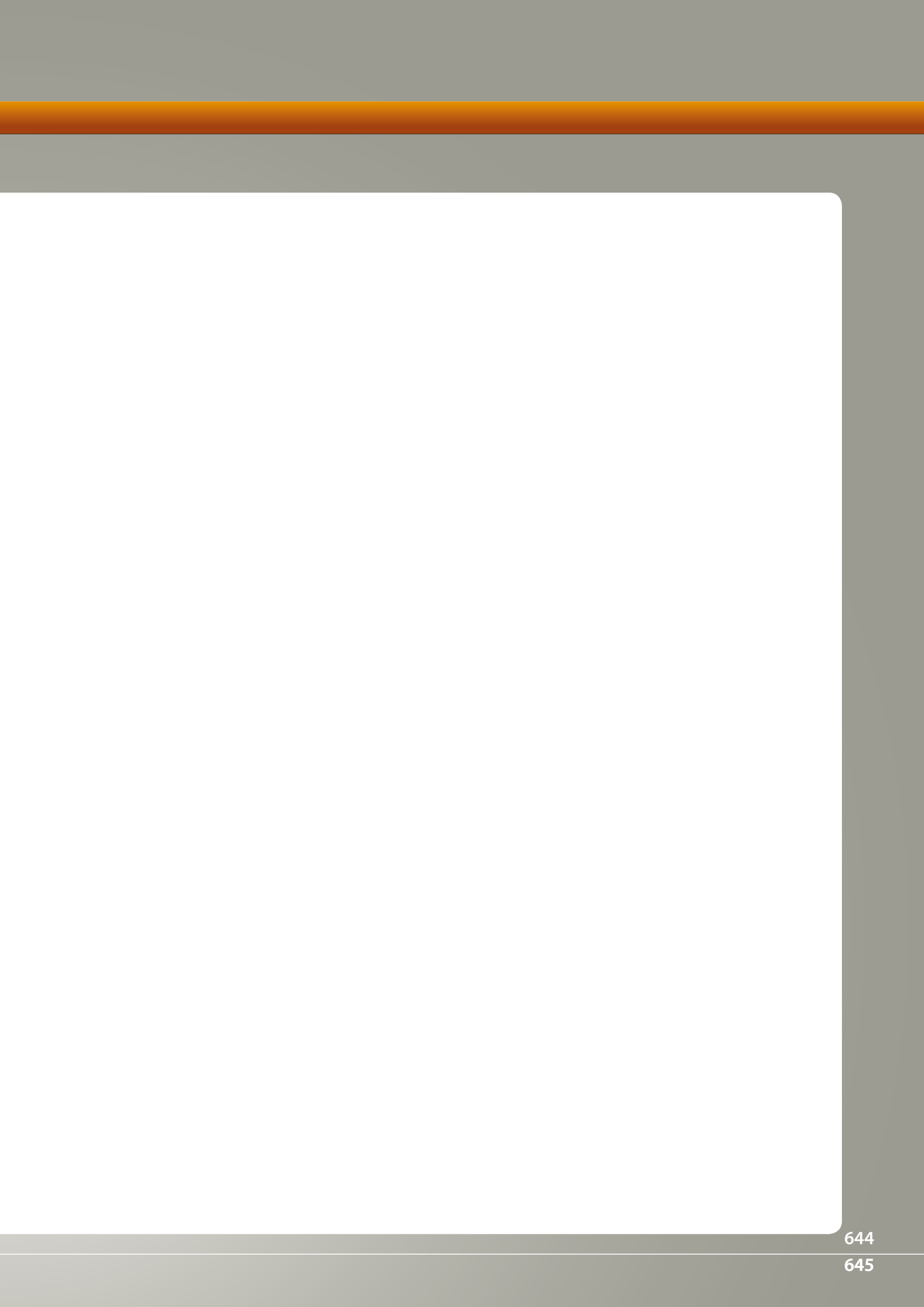
(3) Insee - Revenus disponibles localisés 2004.

(4) Caisses d'allocations familiales, 2005.

(5) Unedic, 2005.

(6) Drees - Enquête annuelle 2005.

Source INSEE – Pays de La Loire Dossiers et Études



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

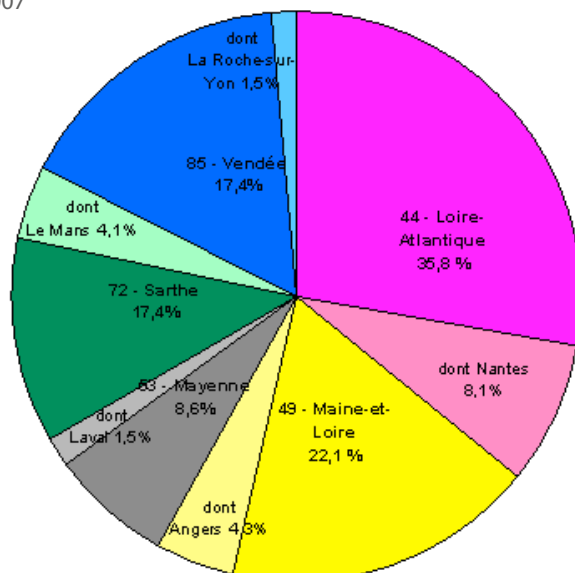
A.2.1 ■ Évolution de la population ligérienne

Avec 3 482 000 habitants au recensement 2007, la septième département le plus peuplé hors Île-de-France. La Loire-Atlantique est la plus peuplée de France. La Loire-Atlantique est le

■ Répartition de la population dans les 5 départements et préfectures de la région

Zone géographique	Population
44 - Loire-Atlantique	1 246 798
dont Nantes	283 025
49 - Maine-et-Loire	770 777
dont Angers	151 108
53 - Mayenne	300 643
dont Laval	50 613
72 - Sarthe	556 946
dont Le Mans	144 164
85 - Vendée	607 430
dont La Roche-sur-Yon	51 124

Données INSEE, RP2007



À elle seule la ville de Nantes concentre 8.1 % de la population de la région, soit presque autant que le département de la Mayenne.

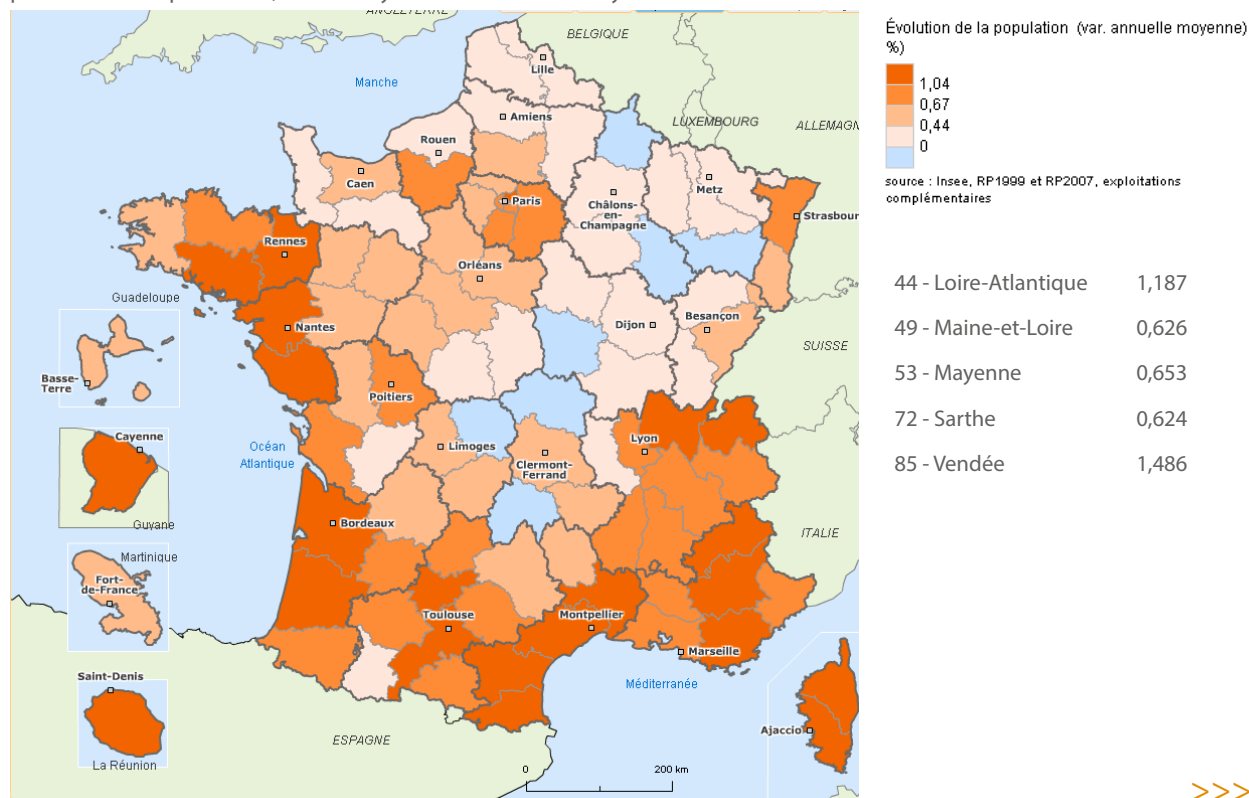
■ Répartition de la population ligérienne par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	1 697 522	100,0	1 785 065	100,0
0 à 14 ans	341 212	20,1	326 030	18,3
15 à 29 ans	329 194	19,4	316 696	17,7
30 à 44 ans	355 296	20,9	353 520	19,8
45 à 59 ans	346 799	20,4	353 623	19,8
60 à 74 ans	211 970	12,5	243 464	13,6
75 à 89 ans	106 842	6,3	170 385	9,5
90 ans ou plus	6 209	0,4	21 347	1,2
0 à 19 ans	456 607	26,9	436 027	24,4
20 à 64 ans	996 654	58,7	1 000 283	56,0
65 ans ou plus	244 261	14,4	348 755	19,5

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

■ Évolution de la population des départements de France entre 1999 et 2007

La population des Pays de la Loire augmente de 32 000 personnes chaque année, soit un rythme de croissance de près de 1 % par an, nettement supérieur à la moyenne nationale.



>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

>>>

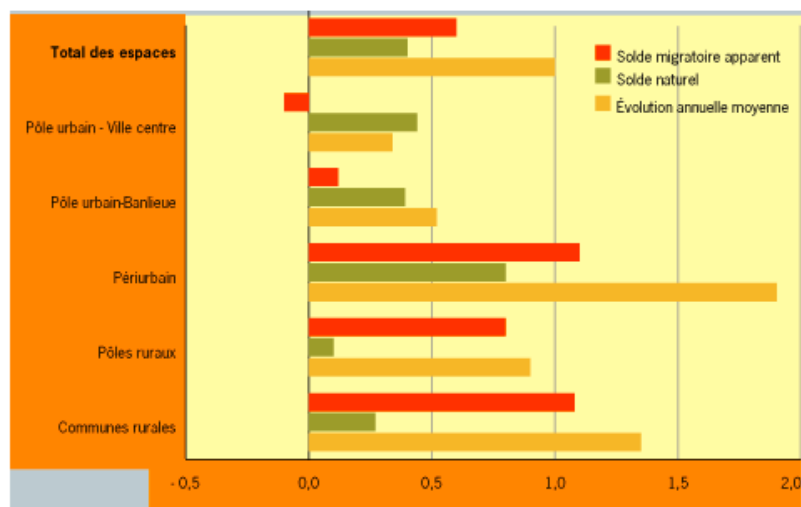
La Vendée et la Loire-Atlantique figurent en bonne place parmi les départements français les plus dynamiques par leur croissance démographique. Ainsi, avec 1,5 % de croissance moyenne annuelle entre 1999 et 2006, la Vendée se classe au septième rang des départements métropolitains.

Le dynamisme démographique a été particulièrement important dans les communes, situées en arrière du trait de côte, et qui constituent le rétro-littoral. Avec une croissance annuelle moyenne de 2,5 %, la population des communes du rétro-littoral progresse deux fois plus vite que celle des communes côtières. Par ailleurs, l'augmentation de population a également été plus vive dans la zone « estuaire » : un couloir de peuplement émerge ainsi le long de l'axe urbain Nantes-Saint-Nazaire-Vannes. Le dynamisme démo-

graphique du littoral est porté exclusivement par l'apport migratoire, la quote-part du solde naturel étant quasiment nulle.

C'est dans l'espace périurbain que l'augmentation de la population est la plus forte. En effet, cet espace contribue pour 44 % à l'augmentation de la population de l'ensemble de la région, avec 14 300 habitants supplémentaires par an entre 1999 et 2006. Cette forte croissance démographique de l'espace périurbain des Pays de la Loire repose, à la fois, sur un solde migratoire élevé et sur un solde naturel en hausse. Elle traduit ainsi un phénomène d'étalement urbain lié au souhait, des familles en particulier, d'habiter une maison individuelle et à l'augmentation des prix dans le centre de l'espace urbain.

■ Contribution du solde migratoire et du solde naturel à l'évolution annuelle moyenne de la population



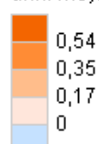
Source : Insee, recensements de la population - état civil

Le regain de croissance démographique a été également particulièrement fort dans les communes rurales, avec 12 000 habitants supplémentaires par an en moyenne entre 1999 et 2006. Alors que la population n'y avait augmenté qu'au rythme de 0,2 % par an entre 1982 et 1999, elle a crû de 1,3 % par an entre 1999 et 2006. Ce renversement de tendance est plus marqué dans la région qu'au niveau national. Le solde migratoire apparent contribue essentiellement à la croissance du rural.

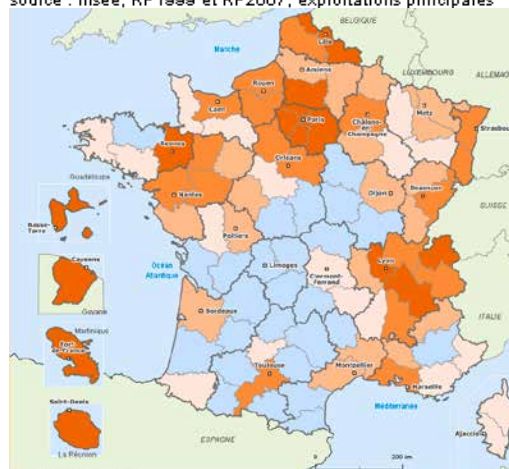
Parmi les sept pôles urbains de plus de 50 000 habitants en Pays de la Loire, c'est à Nantes et Saint-Nazaire que la croissance démographique a été la plus forte, avec respectivement + 0,7 % et + 0,6 % par an entre 1999 et 2006. Si l'accroissement récent de population de Nantes n'est dû qu'à l'excédent naturel, pour Saint-Nazaire, le solde migratoire apparent est cinq

fois supérieur au solde naturel. Le pôle urbain de La Roche-sur-Yon, quant à lui, connaît une croissance modérée. Les pôles urbains de Cholet, Angers, Laval et Le Mans se caractérisent par des soldes migratoires négatifs entre 1999 et 2006, de l'ordre de - 0,5 % par an.

Évolution de la population due au solde naturel (var. ann. moy.) (en %)



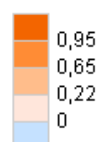
source : Insee, RP1999 et RP2007, exploitations principales



GeoFLAB © IGN 2009 - © INSEE 2010

44 - Loire-Atlantique	0,537
49 - Maine-et-Loire	0,51
53 - Mayenne	0,465
72 - Sarthe	0,338
85 - Vendée	0,244

Évolution de la population due au solde apparent entrées sorties (var. ann. moy.) (en %)



source : Insee, RP1999 et RP2007, exploitations principales



GeoFLAB © IGN 2009 - © INSEE 2010

44 - Loire-Atlantique	0,65
49 - Maine-et-Loire	0,116
53 - Mayenne	0,189
72 - Sarthe	0,287
85 - Vendée	1,242

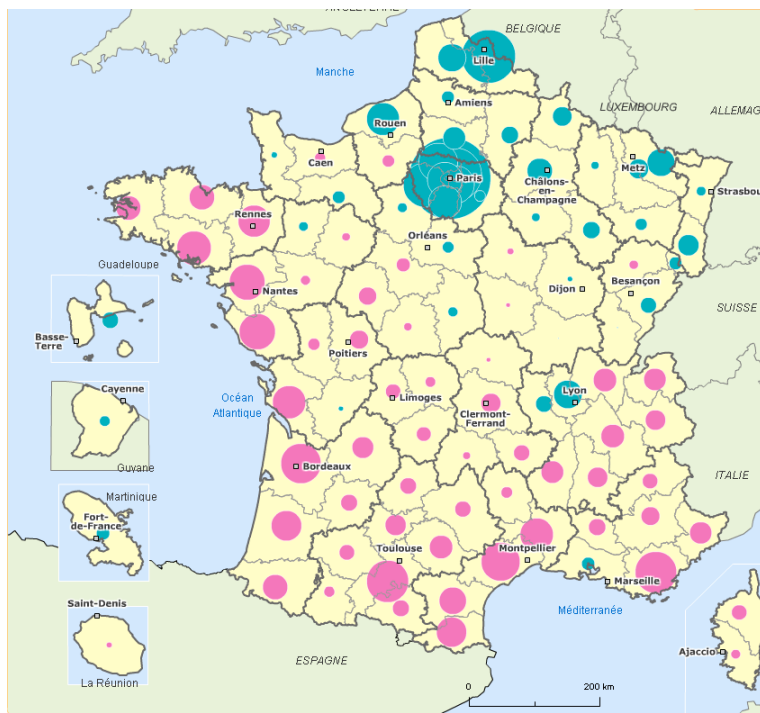
La variation de la population entre deux recensements est calculée en moyenne annuelle pour permettre les comparaisons entre les périodes intercensitaires de durée variable.

Le solde naturel (ou accroissement naturel ou excédent naturel de population) est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

Le solde apparent des entrées sorties est la différence entre le nombre de personnes entrées sur un territoire donné et le nombre de personnes qui en sont sorties, au cours de la période considérée. Il est obtenu par différence entre la variation totale de la population au cours de la période considérée et le solde naturel.in.

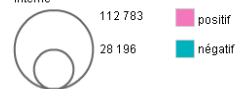
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE



GéoFLA® © IGN 2009 - © INSEE 2010

Migrations résidentielles sur 5 ans : solde migratoire interne



source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire

Migrations résidentielles sur 5 ans : il s'agit des changements de lieu de résidence en France (métropole et dom) entre le recensement et 5 ans auparavant. Les échanges avec l'étranger (y compris les collectivités d'outre mer) sont exclus.

Solde migratoire interne = différence entre le nombre des entrants dans une zone en provenance du territoire national et les sortants de cette zone à destination du territoire national

Champ : personnes âgées de 5 ans ou plus.

Données détaillées par département :

44 - Loire-Atlantique	0,537
49 - Maine-et-Loire	0,51
53 - Mayenne	0,465
72 - Sarthe	0,338
85 - Vendée	0,244

Migrations résidentielles sur 5 ans : taux annuel de migration nette des 18 à 24 ans (/10000 hab)



source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire

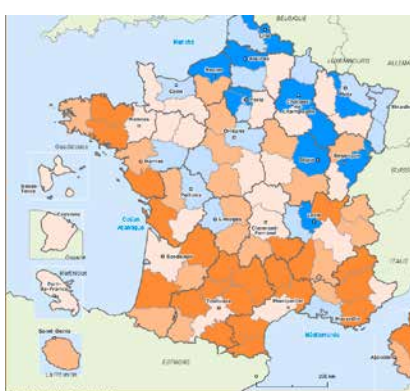


44 - Loire-Atlantique	111,94
49 - Maine-et-Loire	25,99
53 - Mayenne	-335,34
72 - Sarthe	-127,93
85 - Vendée	-209,32

Migrations résidentielles sur 5 ans : taux annuel de migration nette des 25 à 59 ans (/10000 hab)



source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire



44 - Loire-Atlantique	43,15
49 - Maine-et-Loire	-12,89
53 - Mayenne	17,27
72 - Sarthe	20,44
85 - Vendée	138,47

Migrations résidentielles sur 5 ans : taux annuel de migration nette des 60 ans ou plus (/10000 hab)



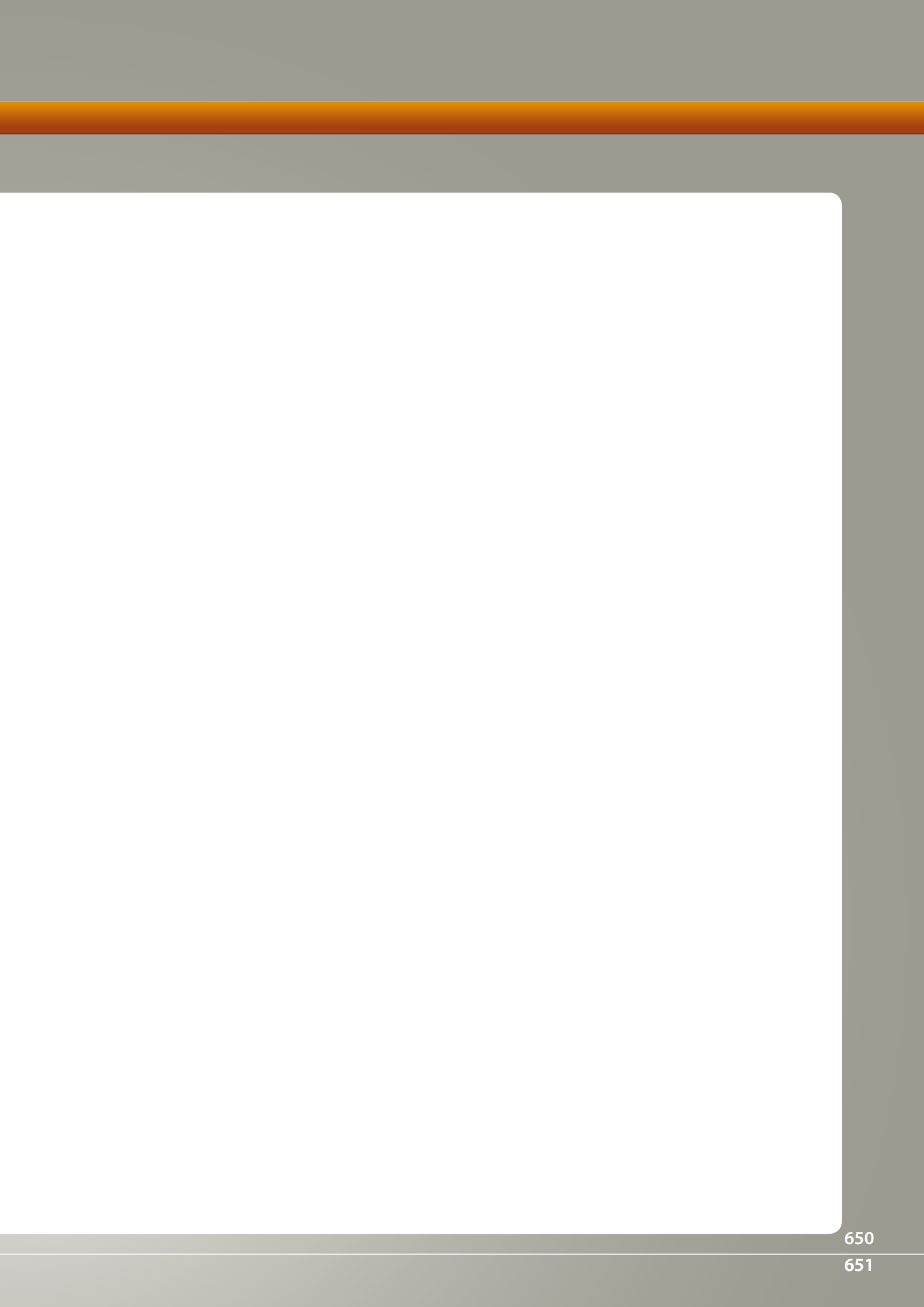
source : Insee, RP2006, exploitation complémentaire



44 - Loire-Atlantique	18,19
49 - Maine-et-Loire	16,88
53 - Mayenne	14,13
72 - Sarthe	18,81
85 - Vendée	116,58

Taux annuel d'évolution des personnes de 25 à 59 ans d'une zone imputable aux échanges migratoires de cette zone avec les autres parties du territoire national : il est égal à la différence entre les entrées et les sorties

de la zone rapportée à la population moyenne de la zone qui est la moyenne de la population en début de période et de la population en fin de période.

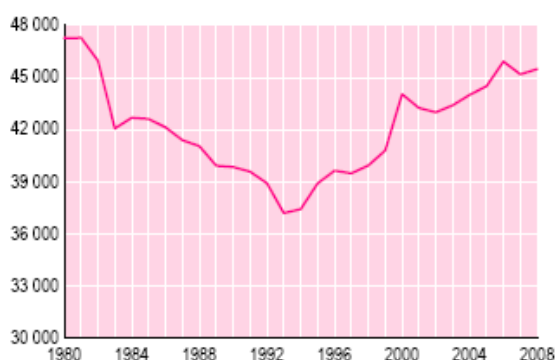


ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

A.2.2 ■ Natalité-Fécondité

1 Evolution du nombre de naissances vivantes domiciliées Pays de la Loire (1980 - 2008)



Le nombre de naissances est en progression depuis 1995 en France comme dans les Pays de la Loire : on dénombre ainsi environ 45 500 naissances domiciliées en 2008.

Cette évolution s'accompagne d'une hausse de la fécondité : en termes de fécondité, les Françaises ont un des plus forts indices conjoncturels de fécondité d'Europe.

Les Pays de la Loire sont encore au-dessus du taux national, avec 213 enfants pour 100 femmes en 2006 : la région se retrouve ainsi la première région de France pour la fécondité. Depuis 2000, la Mayenne maintient sa place dans les 3 départements métropolitains les plus féconds de France.

Les Ligériennes sont plus fécondes que la moyenne des Françaises entre 25 et 34 ans et moins fécondes aux âges inférieurs et supérieurs.

Parmi les explications structurelles de ce phénomène, les familles ligériennes comptent plus d'enfants que la moyenne des familles françaises.

Parallèlement, le calendrier des naissances connaît un décalage important : les mères adolescentes sont de plus en plus rares alors que les accouchements après 35 ans ont plus que doublé entre 1992 et 2008.

La proportion d'accouchements multiples est comparable à la moyenne nationale (1.7 %).

Source INSEE, tableaux issus de La Santé Observée ORS PDL 2010

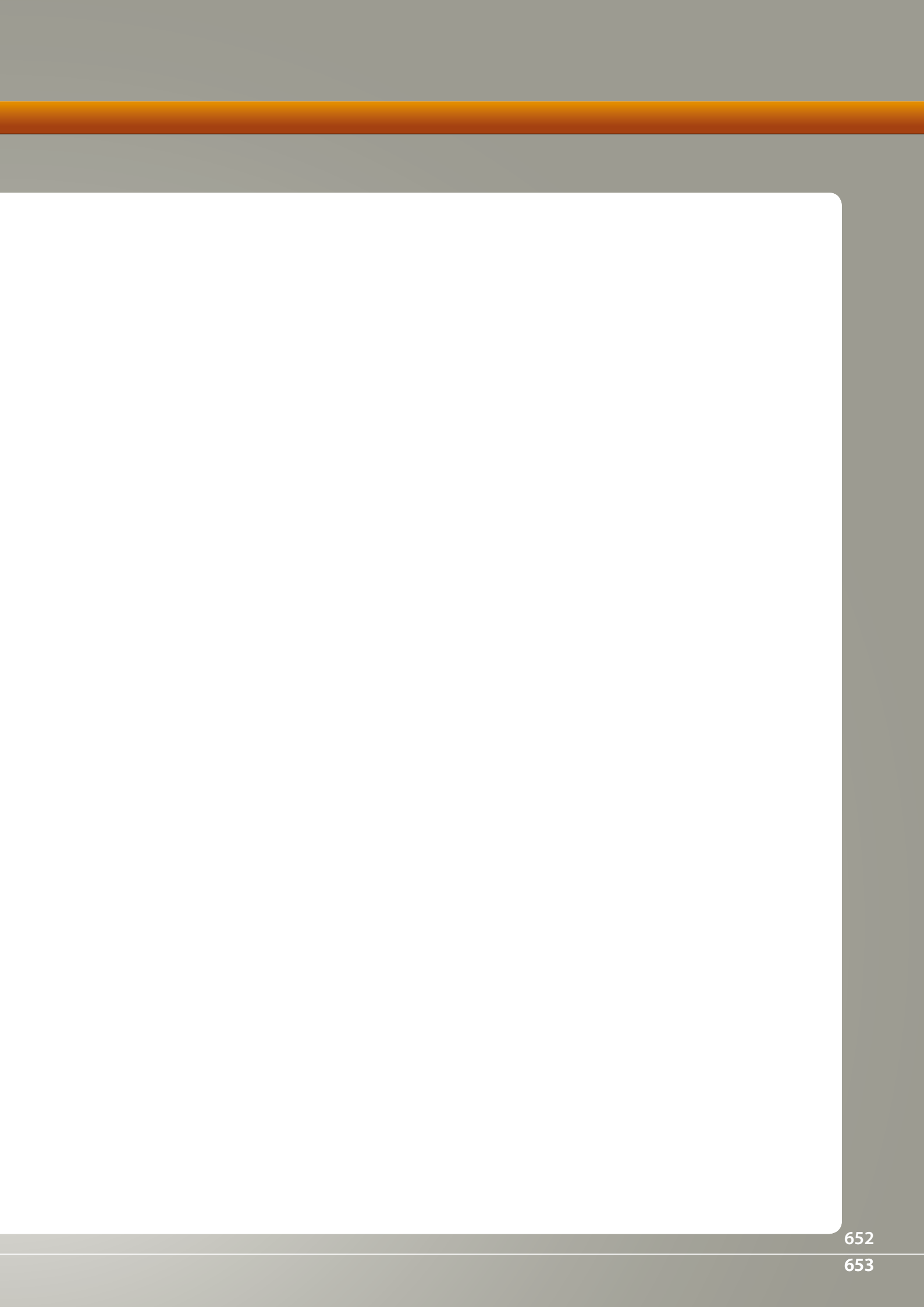
3 Evolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité Pays de la Loire, France entière (1982 - 2006)

	1982	1990	1999	2006	Evol. 1982-2006
Loire-Atlantique	205	178	183	203	-1,0 %
Maine-et-Loire	226	187	187	216	-4,4 %
Mayenne	211	190	205	237	12,3 %
Sarthe	195	182	183	216	10,8 %
Vendée	216	176	183	220	1,9 %
Pays de la Loire	210	181	185	213	1,4 %
France métropolitaine	191	177	178	198	3,7 %
France entière	nd	nd	nd	200	///

2 Répartition des naissances vivantes domiciliées selon l'âge des mères

Pays de la Loire, France métropolitaine (1992 - 2008)

Groupe d'âge des mères	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	1992	2008	1992	2008
Moins de 20 ans	2,5 %	1,5 %	3,2 %	1,8 %
20-24 ans	22,1 %	12,3 %	21,5 %	13,5 %
25-29 ans	41,7 %	35,1 %	39,1 %	31,9 %
30-34 ans	24,5 %	32,4 %	24,8 %	31,5 %
35-39 ans	7,9 %	15,7 %	9,5 %	17,1 %
40 ans et plus	1,3 %	3,1 %	1,9 %	4,2 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Nombre total de naissances	38 924	45 483	742 115	794 508

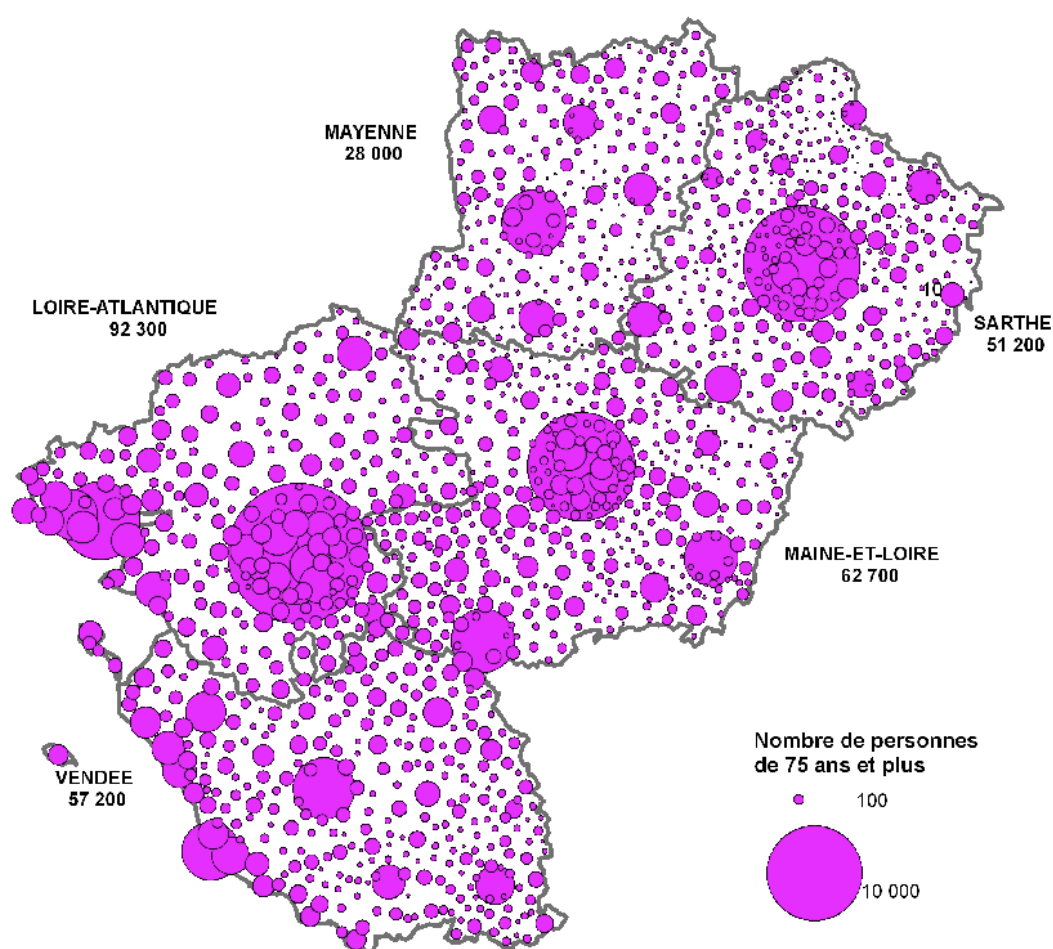


ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

A.2.3 ■ Personnes âgées

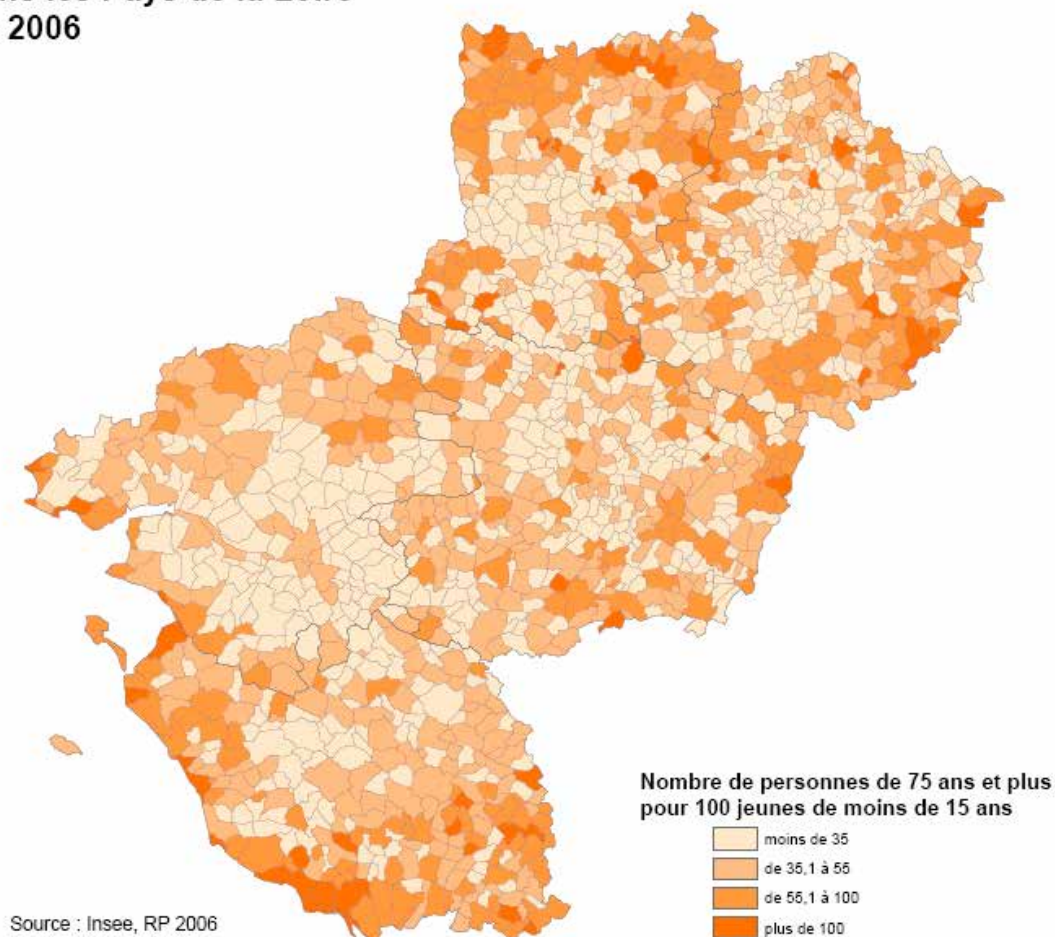
291 600 personnes de 75 ans ou plus
dans les Pays de la Loire en 2006



Source : Insee, RP 2006
Fonds : IGN, GéoFla

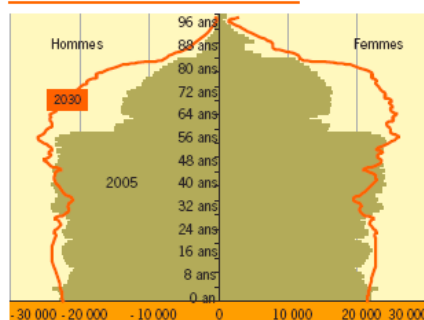
Estimation de population INSEE au 01/01/2008	Total Hommes et Femmes > 75ans	Total Hommes et Femmes > 80ans	Femmes > 95 ans	Hommes > 95 ans
Loire-Atlantique	98 959	57 606	2077	386
Maine-et-Loire	67 693	39 963	1 319	286
Mayenne	29 799	17 504	686	108
Sarthe	54 354	32 204	1 146	255
Vendée	60 429	34 388	988	154
Région Pays de la Loire	311 234	181 665	6 216	1 189

Vieillessement dans les Pays de la Loire en 2006



Source : Insee, RP 2006
Fonds : IGN, GéoFla

Davantage de personnes âgées de 60 ans ou plus en 2030 Population des Pays de la Loire



Source : Insee, projections de population (modèle Omphale)

Globalement, la région des Pays de la Loire est actuellement une région un peu plus jeune que la moyenne. Toutefois, d'ici 2030, l'âge moyen de la population des Pays de la Loire va augmenter de quatre ans et dépasser l'âge moyen national.

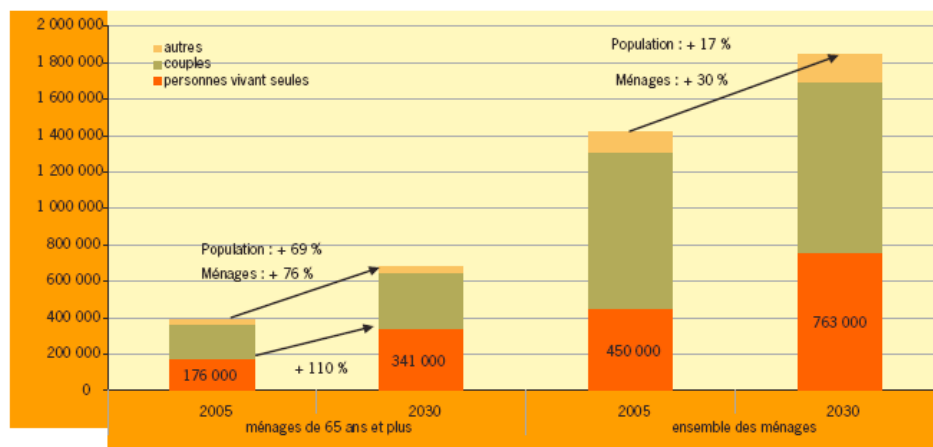
Les personnes de 60 ans et plus représenteront 31 % de la population de la région à cet horizon, contre 22 % aujourd'hui.

Ce vieillissement de la population a des incidences multiples et variées, économiques mais aussi sociales, qui touchent autant l'entreprise, les collectivités locales, les associations, que les générations d'individus.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Nombre de ménages par mode de cohabitation en Pays de la Loire



Sources : Insee, enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 et projections de ménages

Le nombre de ménages de 65 ans ou plus composés d'une seule personne va doubler entre 2005 et 2030 dans la région.

Les ménages âgés habitent des logements en moyenne plus spacieux que les autres ménages, qu'ils ne quittent que minoritairement avant d'être touchés par d'éventuels problèmes de dépendance.

Les deux tiers des personnes dépendantes dans la région ont atteint ou dépassé les 80 ans. Ce phénomène est surtout féminin, puisque deux personnes âgées sur trois en perte d'autonomie sont des femmes.

Au cours des dix prochaines années, la population de 60 ans et plus ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne pourrait ainsi augmenter de 20 % en Pays de la Loire.

En 2006, la moitié des personnes dépendantes en Pays de la Loire vivait à domicile, les autres en maison de retraite ou en service de soins de longue durée. L'âge des personnes ayant perdu leur autonomie augmentant, il existe un risque accru de dépendance plus lourde nécessitant une prise en charge plus importante.

Source : extraits d'un article rédigé suite au colloque sur le vieillissement de la population et ses incidences, organisé par l'Insee Pays de la Loire le 1^{er} avril 2008.



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

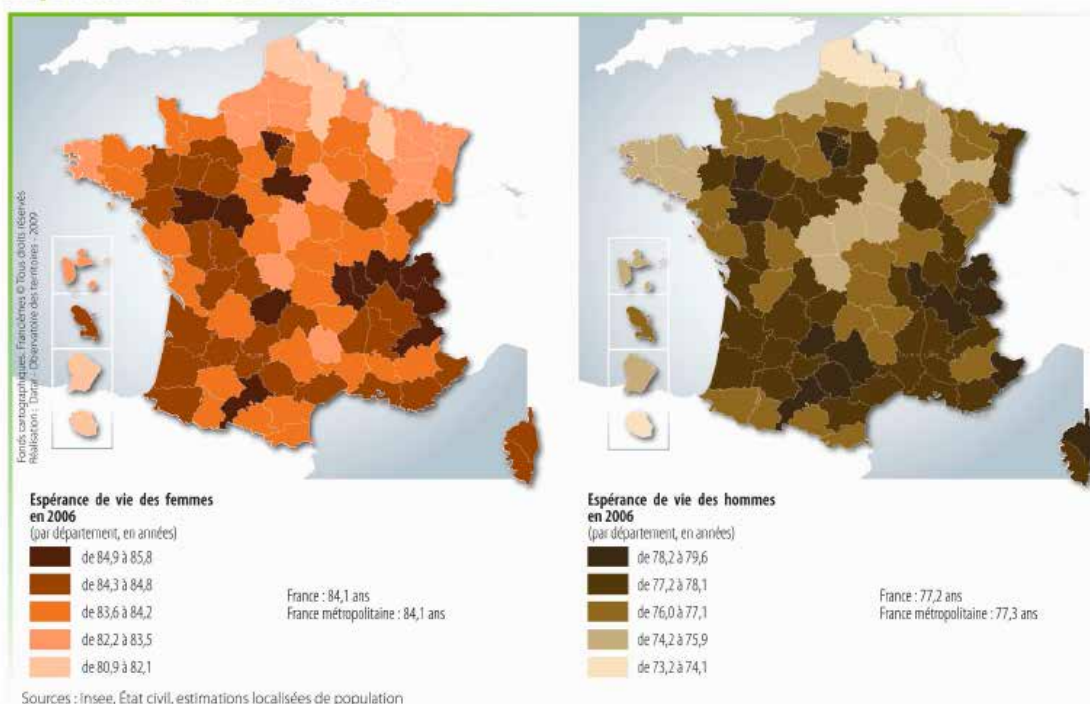
PANORAMA STATISTIQUE ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

A.3.1 ■ Espérance de vie

En 2007, l'espérance de vie à la naissance en Pays de la Loire est de 77,5 ans pour les hommes et 84,9 ans pour les femmes. La région est placée en 10^{ème} position pour les hommes et en 4^{ème} position pour les femmes sur l'ensemble des régions de France métropolitaine.

L'augmentation progressive de l'espérance de vie et la réduction des écarts entre l'espérance de vie des hommes et des femmes témoignent des améliorations intervenues en matière de santé publique et des divers facteurs influant sur la santé des individus.

Espérance de vie en 2006



Espérance de vie à la naissance par département

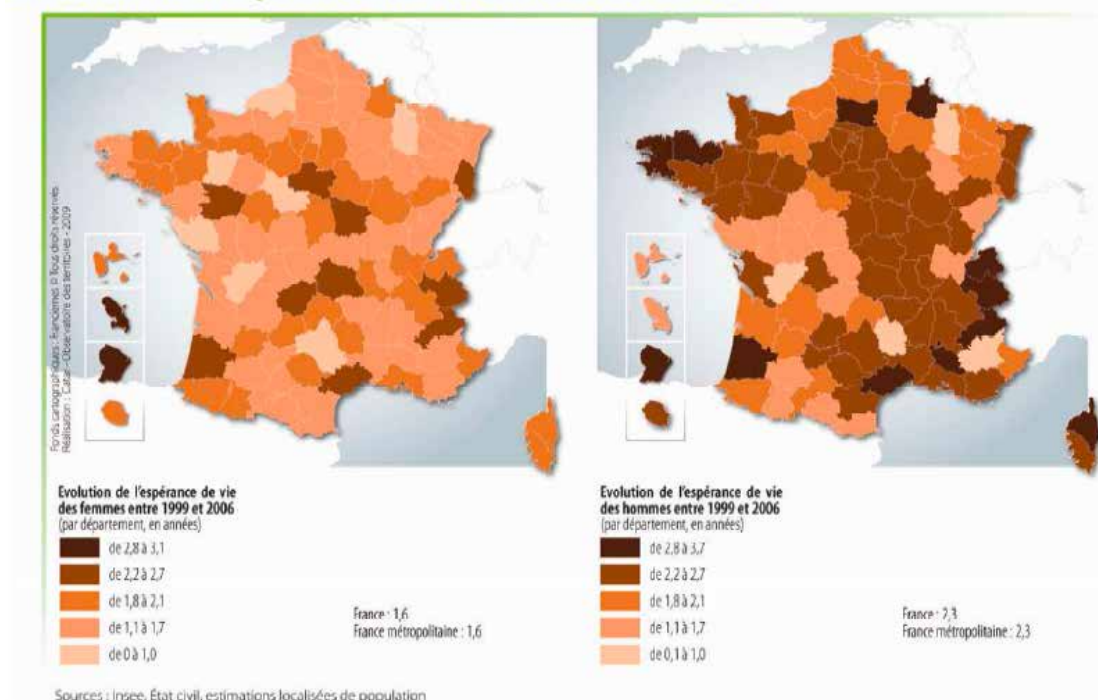
en année

	1990		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Loire-Atlantique	71,9	81,1	77,2	84,9
Maine-et-Loire	74,3	82,4	78,2	85,2
Mayenne	74,2	81,5	78,7	85,7
Sarthe	73,6	81,9	77,3	84,9
Vendée	73,3	81,8	77,0	84,4
Pays de la Loire	73,2	81,6	77,5	84,9
France métropolitaine	72,9	81,0	77,5	84,3

Sources : Insee, fichier État-civil (données domiciliées), estimations localisées de population.

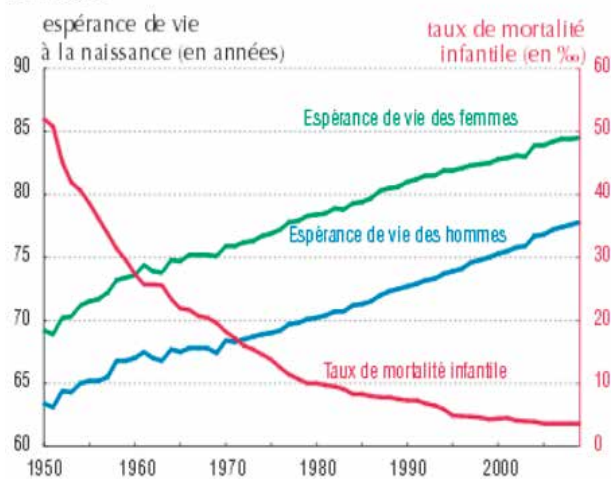
En France, entre 1999 et 2006, l'espérance de vie a progressé de 2,3 ans en moyenne pour les hommes, de 1,6 an pour les femmes.

Evolution de l'espérance de vie entre 1999 et 2006



Avec 3,8 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 2009, le taux de mortalité infantile est stable depuis 2006.

Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile



Champ : France métropolitaine.

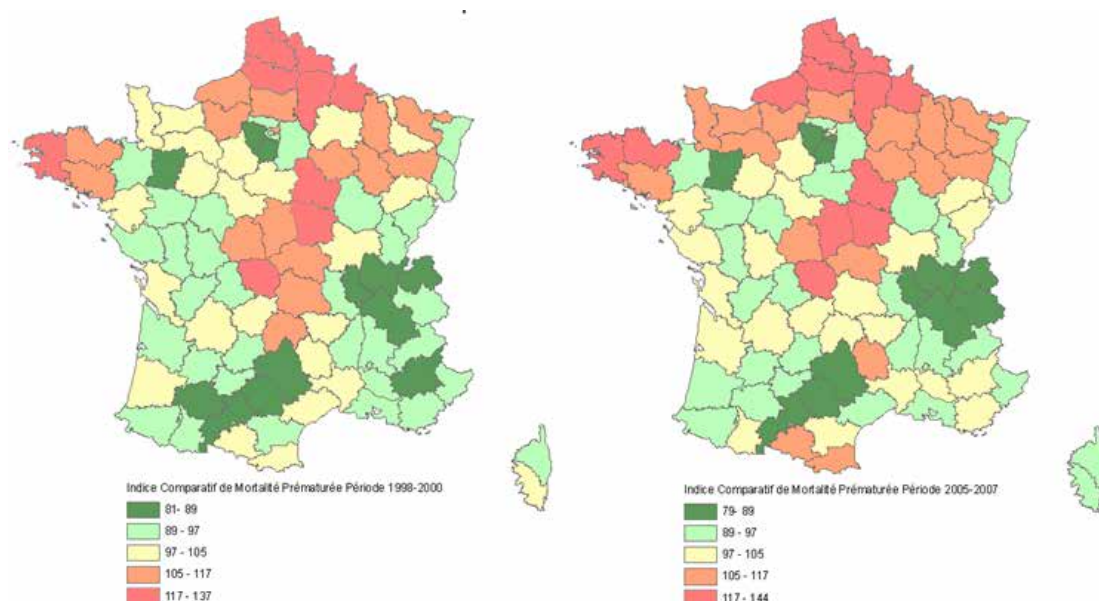
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

PANORAMA STATISTIQUE ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

A.3.2 ■ Mortalité et disparités territoriales

Dans les Pays de la Loire, l'indice comparatif de mortalité prématurée est de 97.7 sur 2005/2007 et de 97.6 sur 1998/2000. Sur les deux périodes la région est

en légère sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale, ce qui la place en 10^{ème} position des régions françaises.



Source Inserm CépiDc, Insee, Exploitation Fnors – Cartographie ARS Pays de la Loire

Note de lecture : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16 % à cette moyenne.

Plus de 2000 décès de personnes âgées de moins de 65 ans pourraient être évités chaque année dans la population des Pays de la Loire en réduisant les comportements à risque. Comme en France, 80 % de ces décès concernent des hommes. Comme en France également, les deux premières causes de mortalité prématurée évitable sont le cancer du poumon 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. Entre 2001 et 2004, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable régional a diminué de 4 % en moyenne chaque année (5 % pour les hommes, 3 % pour les femmes).

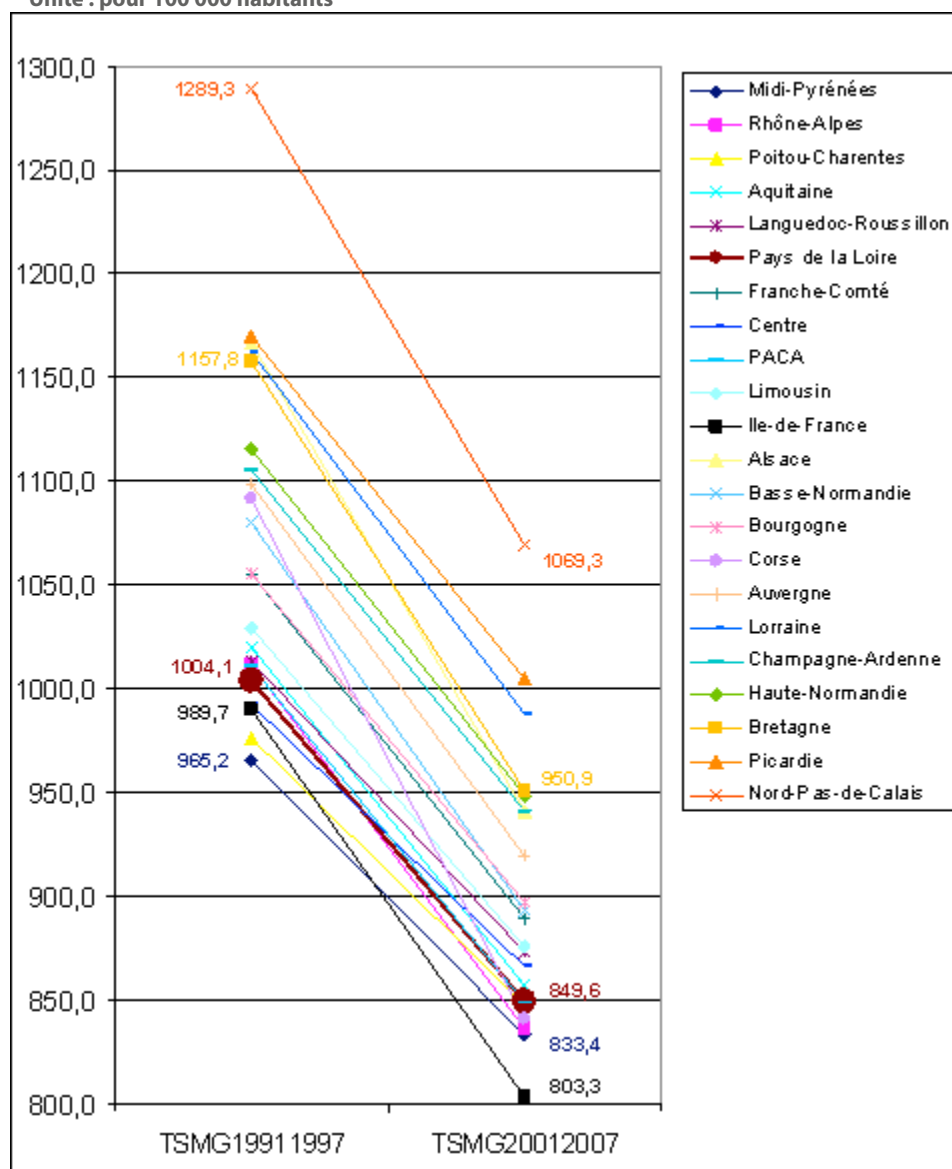
Cette évolution, également constatée au plan national, résulte principalement de la baisse marquée de la mortalité prématurée due aux pathologies en

lien avec une consommation excessive d'alcool, et aux accidents de la circulation.

Par contre, sur cette période, la mortalité prématurée par cancer du poumon a augmenté de façon importante chez les femmes, dans les Pays de la Loire plus encore qu'au plan national. Chez les hommes, la tendance à la baisse de mortalité prématurée par cancer du poumon observé au niveau national depuis le début des années 90 n'est pas observée dans la région.

La situation varie selon les départements : depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évitable est constamment supérieure à la moyenne nationale en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée, et inférieure à cette moyenne en Maine-et-Loire et en Mayenne.

■ Taux standardisé de mortalité générale sur périodes 1991-1997 et 2001-2007
Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee, Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

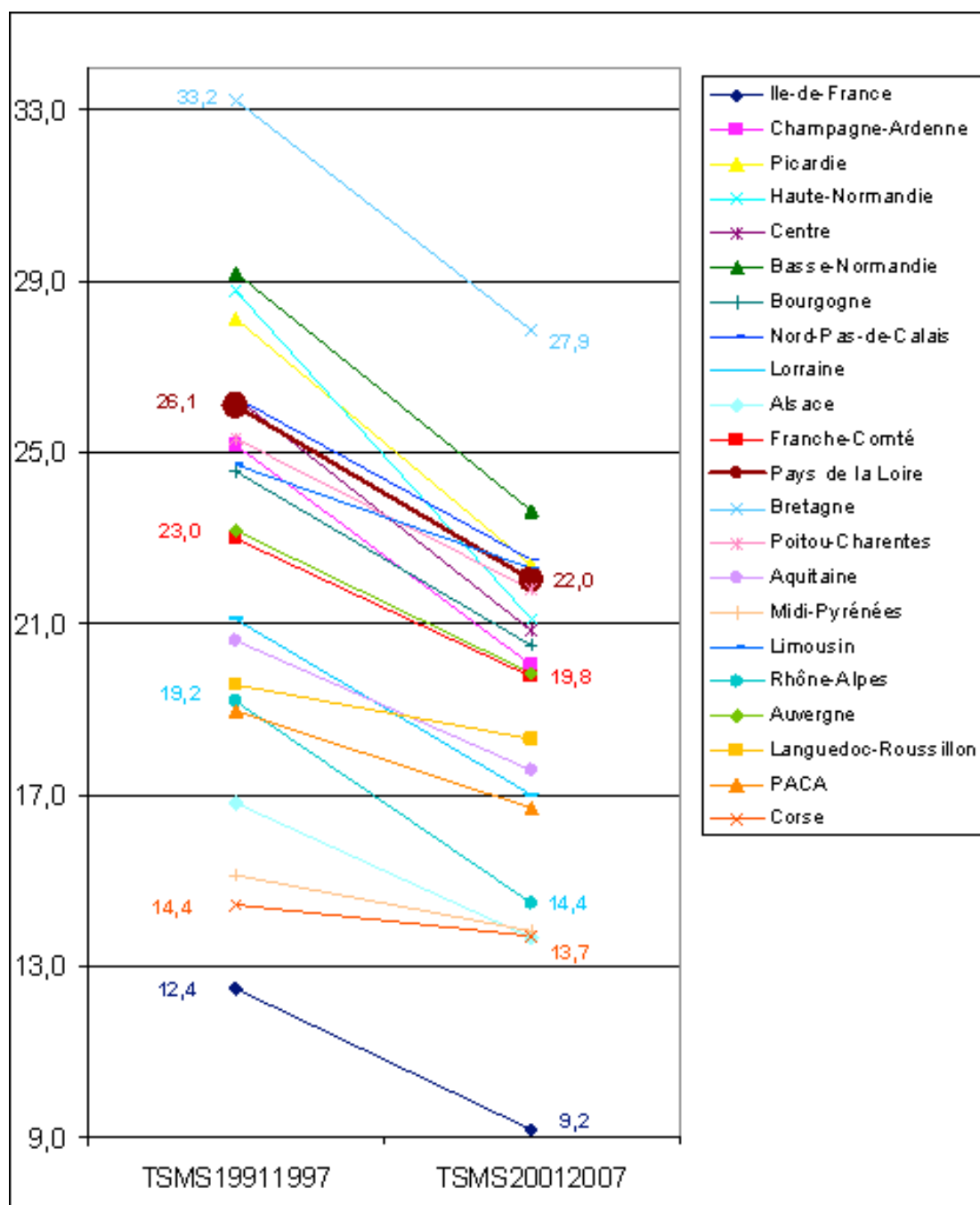
Taux standardisé de mortalité : taux de mortalité que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France entière au RP de 2006). Un

taux standardisé permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

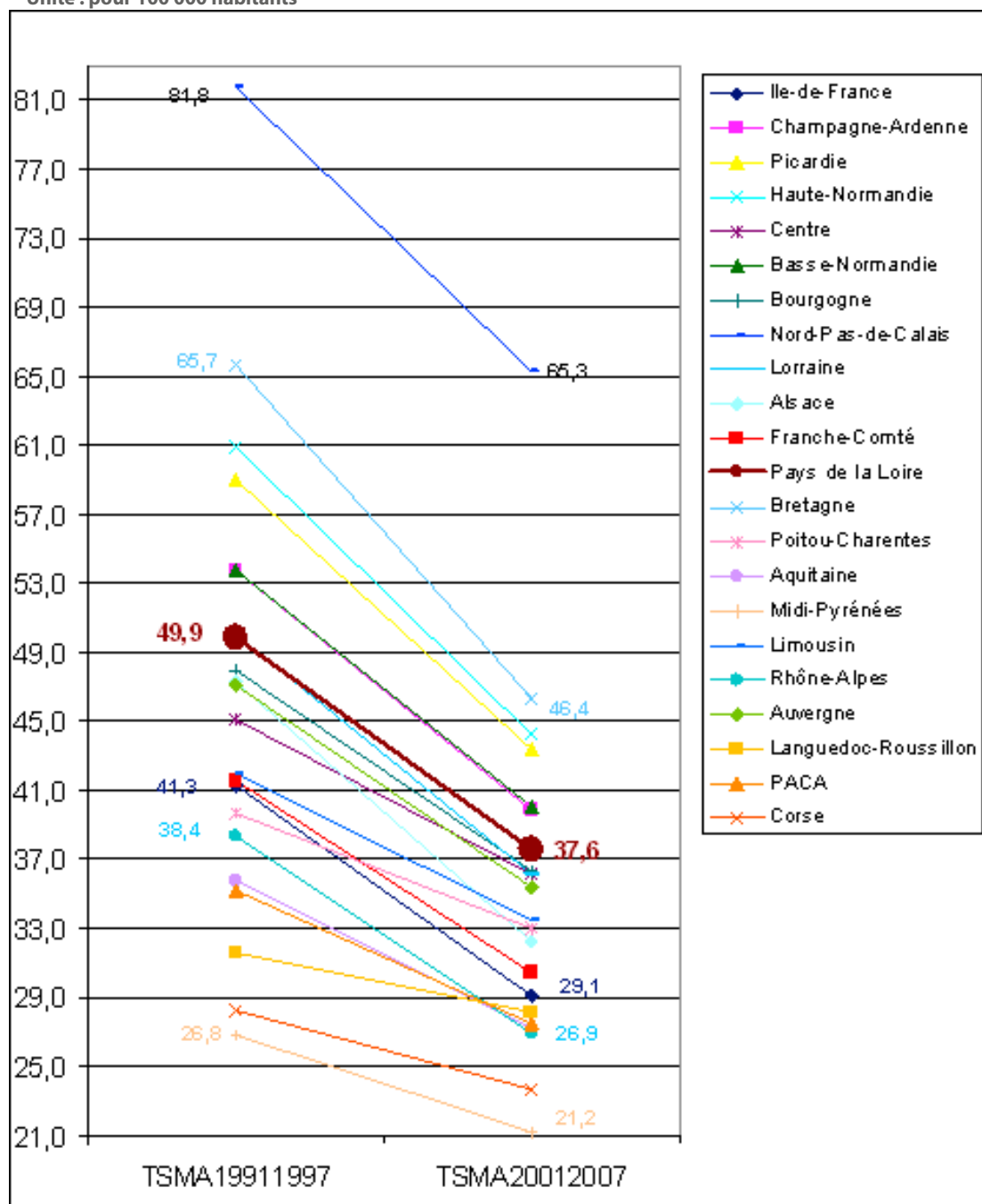
PANORAMA STATISTIQUE ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

■ Taux standardisé de mortalité par suicide sur périodes 1991-1997 et 2001-2007
Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

■ Taux standardisé de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool
sur périodes 1991-1997 et 2001-2007
Unité : pour 100 000 habitants

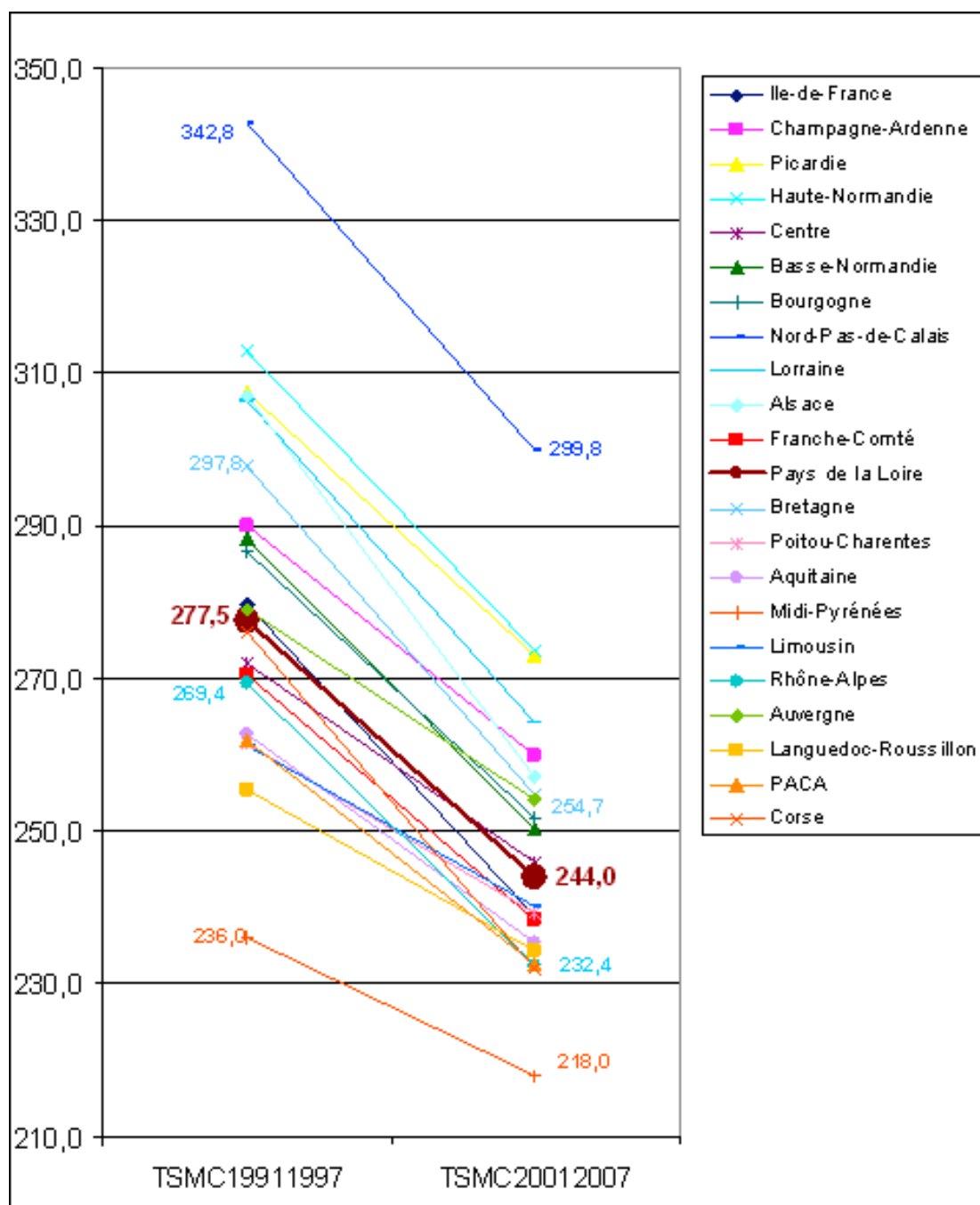


Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

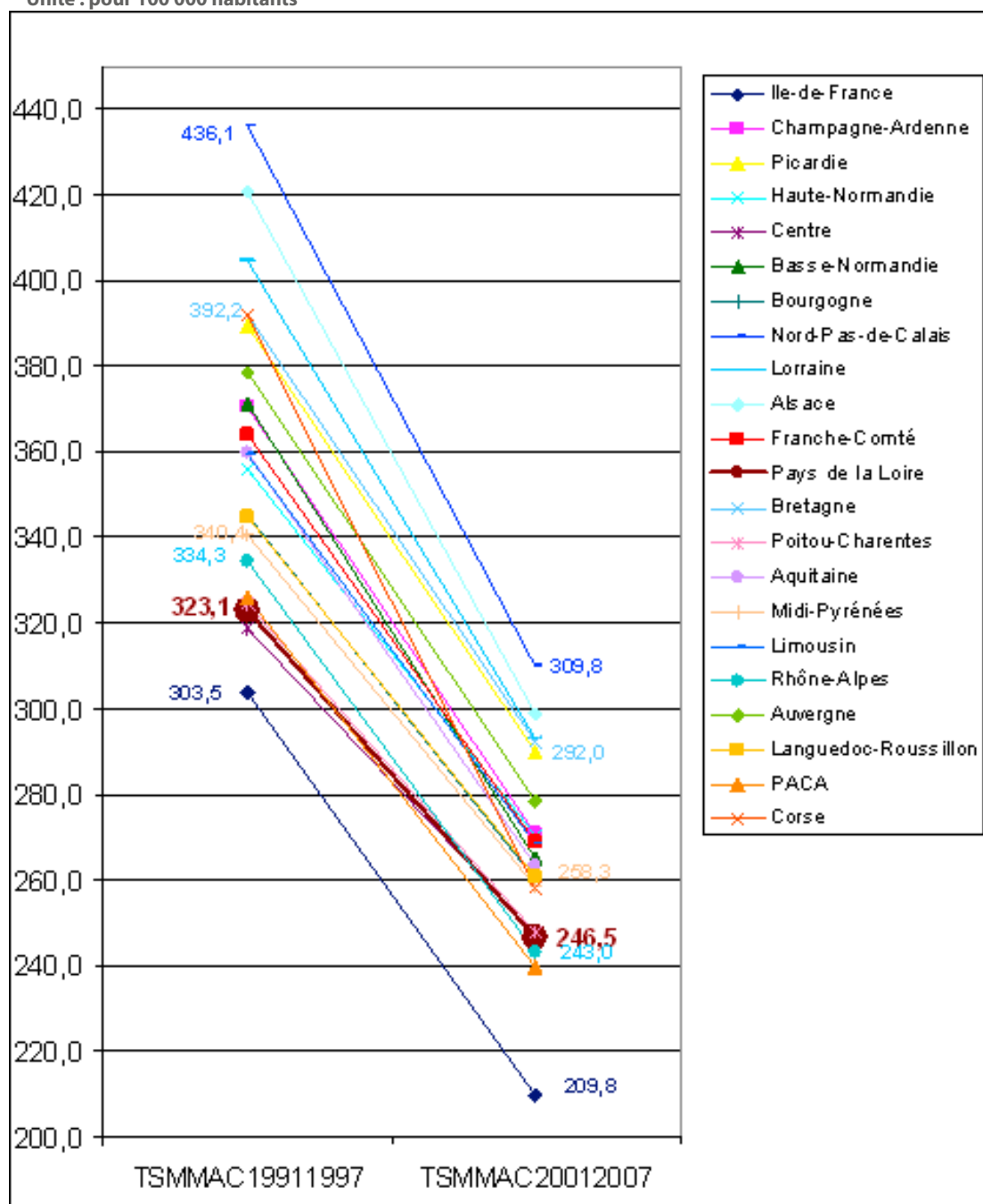
■ Taux standardisé de mortalité par cancer sur périodes 1991-1997 et 2001-2007
Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

■ Taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire sur périodes 1991-1997
et 2001-2007

Unité : pour 100 000 habitants



Source Inserm CépiDc, Insee. Exploitation Fnors – Graphique ARS Pays de la Loire

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

A.4.1 ■ Une offre hospitalière recomposée

Le secteur hospitalier a connu durant la dernière décennie des évolutions importantes. Elles ont concerné son mode de fonctionnement et de financement, mais également la prise en charge des patients. Ainsi, les prises en charge en hospitalisation partielle ou en alternatives à l'hospitalisation ont connu un essor considérable, tandis que l'hospitalisation complète marque le pas dans de nombreux domaines (chirurgie, médecine, psychiatrie).

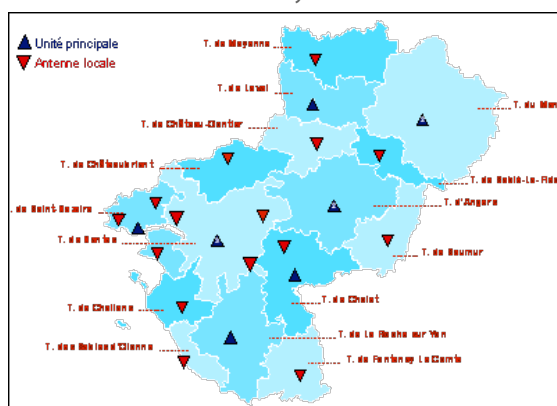
Dans les Pays de la Loire. La fin des années 90 et les années 2000 ont été en outre marquées par de profondes mutations du paysage hospitalier régional, les différents SROS, le plan hôpital 2012, la politique hospitalière, mais aussi l'évolution des techniques médicales ont impulsé ces changements structurants :

- Regroupement de nombreuses cliniques privées en pôles de santé pluridisciplinaires dans les grandes agglomérations (Nantes, Angers, le Mans), accompagné souvent par l'arrivée de nouveaux investisseurs

- Répartition des activités et partenariats hôpital/clinique, public-/privé dans les villes de moyenne importance, permettant d'éviter le doublonnage de l'offre de soins sur un même secteur géographique.
- Fort développement des alternatives à l'hospitalisation, et de l'hospitalisation à temps partiel.
- Dynamique des réseaux de santé : cancer, diabète, périnatalité, addictions...
- Coopération inter-établissements.

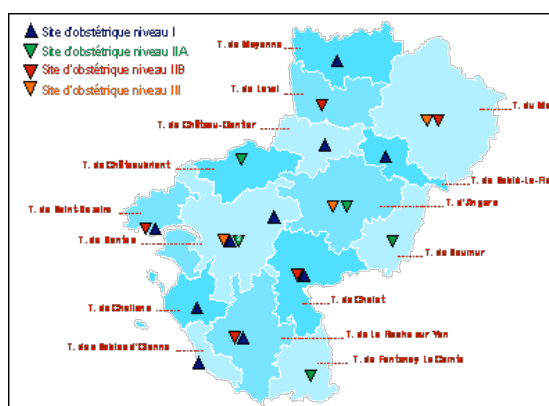
Les tendances qui en découlent en termes d'activité hospitalière et de prise en charge des patients ont un impact sur l'ensemble du système de santé : transfert de prise en charge vers le secteur des soins de ville, filière de soins, maintien à domicile, alternatives à l'hospitalisation, prestations sur le lieu de vie...

■ Les structures d'HAD en Pays de la Loire en 2009

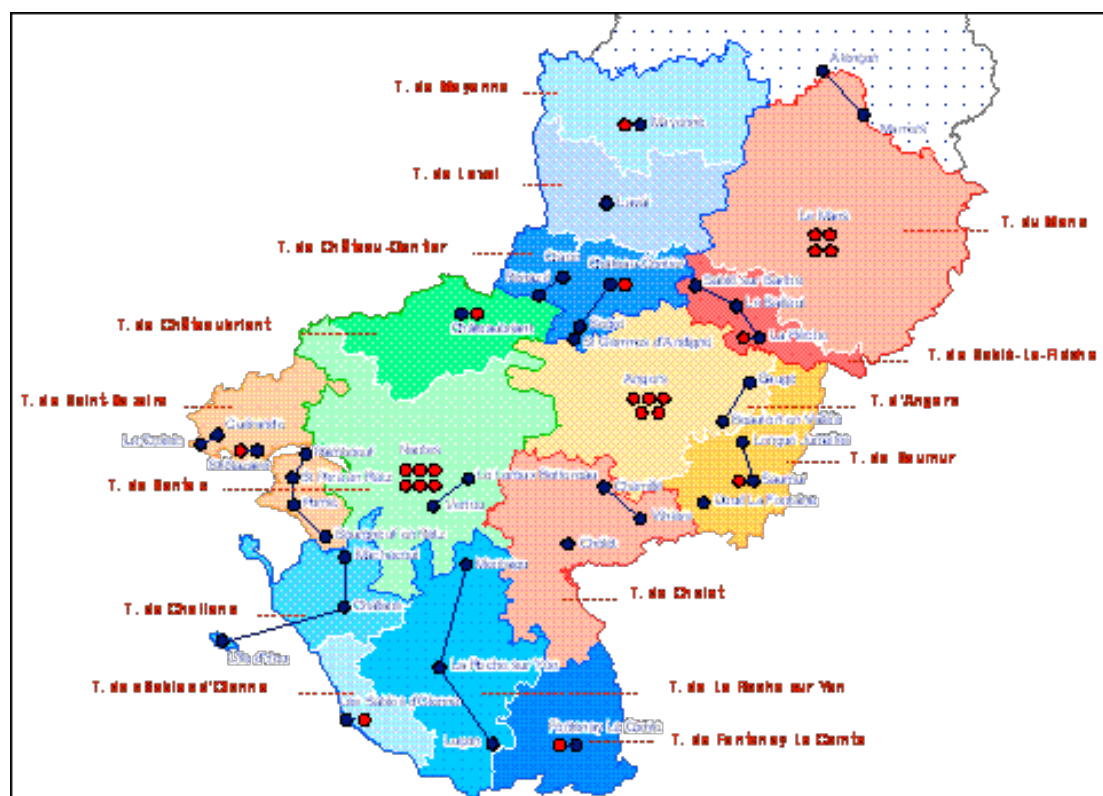


Source ARH

■ Structure du réseau des maternités en 2009



■ Les recompositions hospitalières en Pays de la Loire, état 2009



■ Taux d'équipement en lits et places

Disciplines court séjour	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	FRANCE Métro
Médecine	1,63	2,06	1,91	2,01	1,55	1,80	2,12
Chirurgie	1,55	1,46	1,11	1,40	0,89	1,35	1,58
Gynécologie-Obstétrique pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	1,59	1,67	1,68	1,63	1,31	1,58	1,57

En médecine et en chirurgie, la région des Pays de la Loire a des taux d'équipement inférieurs à la moyenne nationale.

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	FRANCE Métro
Soins de suite	1,37	1,47	1,33	1,75	1,58	1,49	1,61

En soins de suite, on observe la même situation, la moyenne régionale est inférieure (1,49) au taux de France métropolitaine (1,57).

	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire	FRANCE Métro
Psychiatrie	1,25	1,64	1,57	1,33	1,34	1,47	1,54

En psychiatrie, seul le Maine et Loire présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

A.4.2 ■ Volume d'activité et répartition des modes de prises en charge

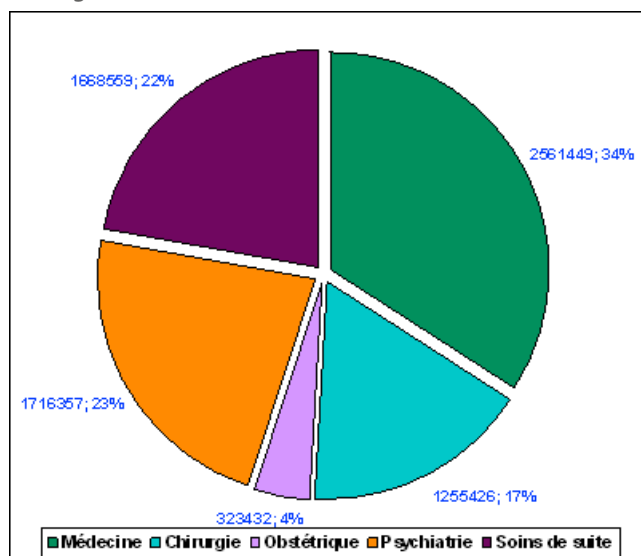
On remarque que les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète se sont développées dans pratiquement toutes les grandes disciplines hospitalières, et plus particulièrement en chirurgie et en psychiatrie. Cette tendance s'inscrit durablement.

MEDECINE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
HC (journées)	1 673 902	1 685 506	1 701 816	1 731 335	1 730 971	1 779 512	1 796 101	1 813 379
HTTP (venues)	114 452	122 455	128 043	134 904	139 098	63 841	74 692	73 369
Séances (venues)	186 736	192 860	213 792	221 870	238 620	530 870	539 509	552 066
Ambulatoire (venues)	643	673	722	777	874	932	387	4 744
HAD (journées)	36 513	38 000	51 077	60 641	69 968	86 426	101 676	117 891
Autres pec (journées,séances)								
Total	2 012 246	2 039 494	2 095 450	2 149 527	2 179 531	2 461 581	2 512 365	2 561 449
CHIRURGIE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	1 164 237	1 140 061	1 122 291	1 095 260	1 077 530	1 078 580	1 060 585	1 052 251
Venues HTP						1 989	3 194	6 662
Séances								
Ambulatoire	127 448	137 501	149 687	171 632	186 467	180 488	184 083	196 513
HAD								
Autres pec*								
Total	1 291 685	1 277 562	1 271 978	1 266 892	1 263 997	1 261 057	1 247 862	1 255 426
OBSTETRIQUE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	332 918	332 512	329 460	322 619	330 785	318 796	316 413	311 595
Venues HTP	9 767	9 503	10 198	10 190	10 767	10 735	11 010	11 353
Séances								
Ambulatoire	666	612	450	255	338	505	675	484
HAD								
Autres pec*								
Total	343 351	342 627	340 108	333 064	341 890	330 036	328 098	323 432
PSYCHIATRIE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	958 939	931 603	910 269	887 011	884 703	865 167	818 641	824 014
Venues HTP	293 023	294 623	304 043	295 826	307 614	301 758	292 404	263 341
Séances	436 313	438 994	469 565	494 363	529 928	521 927		
Ambulatoire								
HAD								
Autres pec*	299 898	320 122	361 671	351 411	327 853	229 252	706 274	629 002
Total	1 988 173	1 985 342	2 045 548	2 028 611	2 050 098	1 918 104	1 817 319	1 716 357
SOINS DE SUITE	2002	2003	2004	2005	2006	2007 *	2008	2009
Journées HC	1 475 634	1 445 216	1 463 562	1 471 530	1 503 548	1 516 223	1 519 943	1 546 761
Venues HTP	89 761	89 832	92 715	92 213	91 376	97 638	100 080	121 798
Séances	6 648	6 276	16 979	5 247	3 727	1 345		
Ambulatoire								
HAD								
Autres pec*								
Total	1 572 043	1 541 324	1 573 256	1 568 990	1 598 651	1 615 206	1 620 023	1 668 559

*2007 : Changement de nomenclature de différents types de prise en charge

La répartition de l'activité entre les grandes disciplines hospitalières (hors consultations externes et USLD), mesurée en journées et venues, montre l'importance conjuguée de la médecine et des soins de suite, qui mobilisent 56 % de l'activité.

■ Répartition de l'activité hospitalière (tous modes de prises en charge inclus)



■ Les urgences

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Urgences générales	581 414	594 454	598 864	640 649	669 066	617 175		
Urgences pédiatriques						74 002		
Total	581 414	594 454	598 864	640 649	669 066	691 177	693 605	732 232
Appels SAMU							1 049 932	1 287 780
Sorties SMUR							24 716	23 765

Source SAE

Le taux de recours aux services hospitaliers d'urgence en Pays de la Loire est un des plus faibles de France, inférieur de 25 % à la moyenne française (source

ORS). Néanmoins, le nombre de passages a considérablement augmenté depuis 2002 passant de 581 000 passages à 732 232 passages en 2009.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

A.4.3 ■ Évolution de l'activité en volume par grand domaine

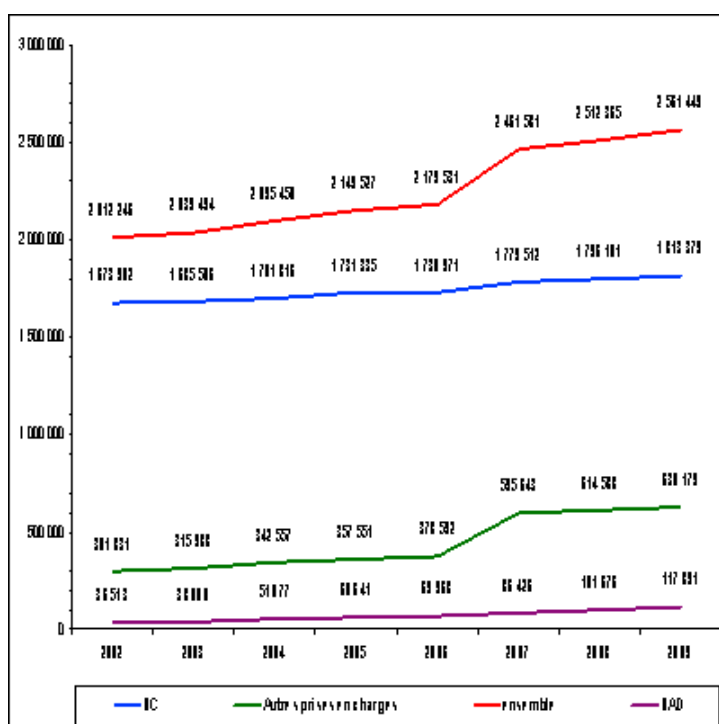
■ La médecine

L'activité totale de médecine est en progression sur la période de 2002 à 2009. Elle augmente en moyenne de 1,8 % par an.

Les activités de séances (IRC, traitement du cancer) et d'hospitalisation à temps partiel sont en plus forte progression,

L'HAD est en plein essor dans la région, passant de 36 000 journées en 2002 à plus de 115 000 en 2009. Ce mode de prise en charge reste malgré tout marginal en masse de journées produites comparé à l'hospitalisation complète (6,5 %).

En hospitalisation complète le nombre d'entrées a progressé de 1,8 % en moyenne, tandis que le nombre de journées produites augmente de 1,5 %; la diminution de la durée moyenne de séjour (passée de 7,1 à 6,1 entre 2002 et 2009) vient donc pondérer l'accroissement du recours aux soins.



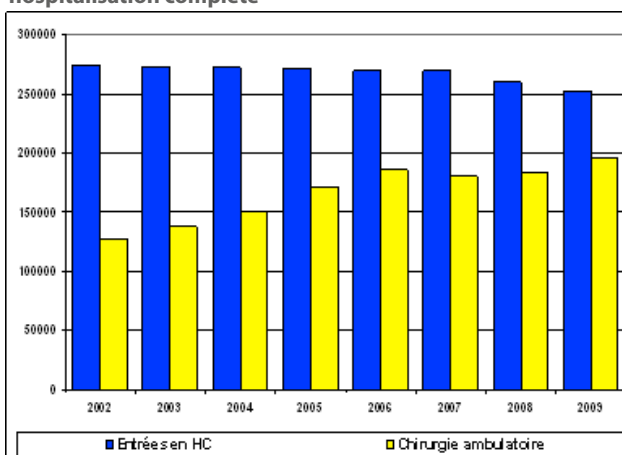
■ La chirurgie

Évolution de l'activité chirurgicale dans les pays de la Loire de 2002 à 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrées en HC	274 698	273 583	272 709	271 896	269 512	269 776	259 792	252 238
Chirurgie ambulatoire	127 448	137 701	149 687	171 532	186 467	180 469	184 083	196 513
Ensemble	402 146	411 284	422 396	443 428	455 979	450 245	443 875	448 751

Le développement de la chirurgie ambulatoire est particulièrement important depuis 2002. En 2009, 44 % des hospitalisations en chirurgie sont faites en ambulatoire contre 30 % en 2002.

Évolution comparée de la chirurgie ambulatoire et hospitalisation complète

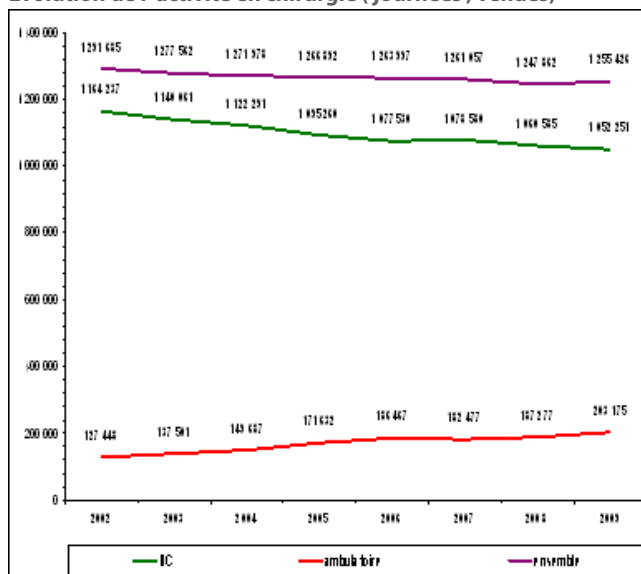


Cette évolution se conjugue avec une durée moyenne de séjour basse et un moindre recours à l'hospitalisation complète (-10 % entre 2002 et 2009).

Le volume d'activité global cumulé mesuré en journées et venues tend ainsi à rester constant, voire à baisser légèrement sur la période.

Le nombre d'hospitalisations pour un motif chirurgical augmente cependant, avec 402 000 entrées et venues en 2002 pour 455 000 en 2009, soit un accroissement annuel moyen du recours aux soins de 1,6 % par an.

Évolution de l'activité en chirurgie (journées, venues)



Source : SAE

■ L'obstétrique

Évolution de l'activité d'obstétrique dans les pays de la Loire de 2002 à 2009

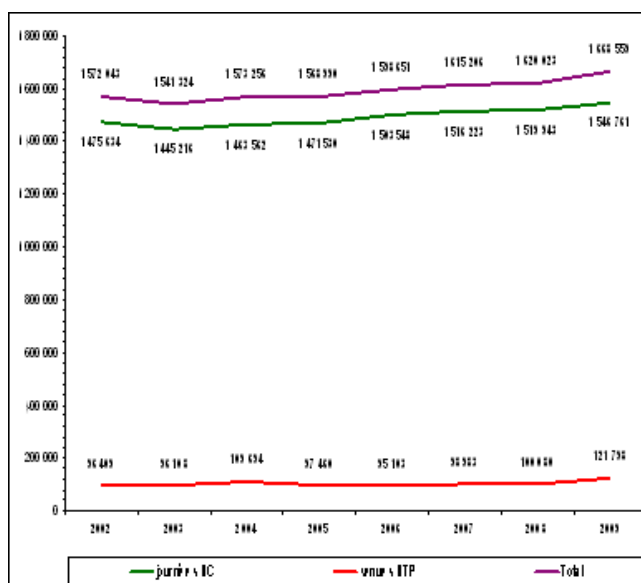
OBSTETRIQUE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Journées produites HC	332 918	332 512	329 460	322 619	330 785	318 796	316 413	311 595
Venues HTP	10 433	10 115	10 648	10 445	11 105	11 240	11 685	11 837
Entrées en HC	71848	71055	72726	73293	75122	73623	73138	74874

Source : SAE

■ Les soins de suite et de réadaptation

Le volume d'activité produit en soins de suite et de réadaptation (journées + venues) est en progression continue sur la période 2002-2009 (en moyenne 1,5 % par an).

L'hospitalisation à temps partiel concerne essentiellement la médecine physique de réadaptation (Rééducation fonctionnelle). Elle est en forte progression depuis plusieurs années mais son impact sur l'ensemble de l'activité reste marginal.



Source : SAE

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

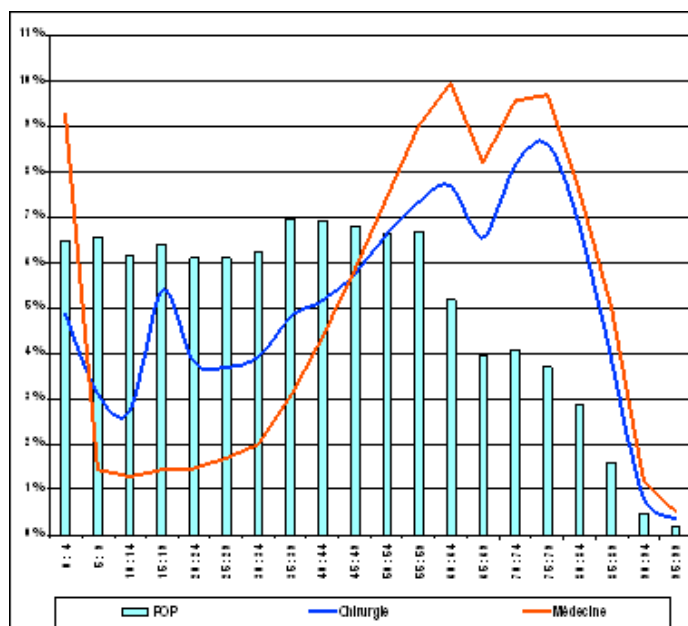
PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

AGE ET RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS

■ La médecine et la chirurgie

En médecine et en chirurgie, le taux de recours aux soins hospitaliers augmente globalement avec l'âge. On notera cependant le taux de recours élevé des 0-4 ans en médecine et le pic localisé des 15-19 ans en chirurgie.

Répartition des séjours et de la population en pourcentage en 2009



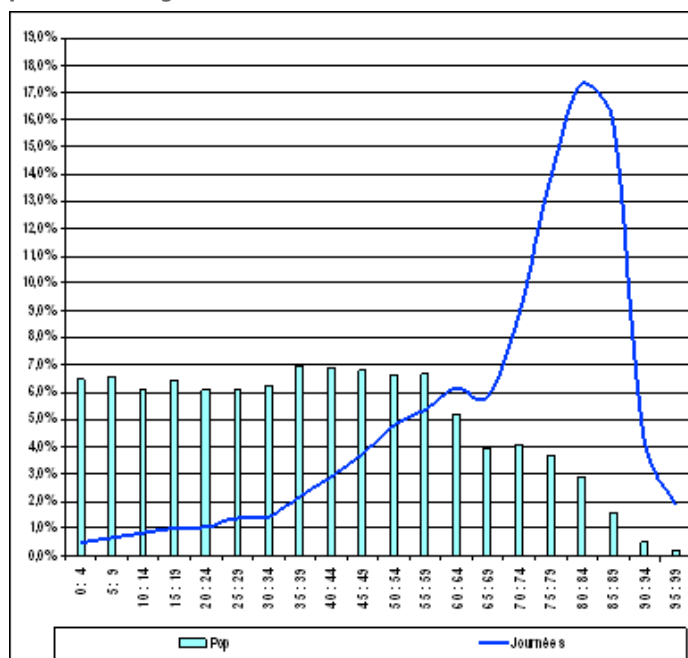
Sources : PMSI, INSEE

■ Les soins de suite et de réadaptation

En soins de suite et de réadaptation, la corrélation entre le taux de recours aux soins et l'âge est encore plus accentuée.

À VERIFIER : Sur ce graphique, la médecine physique et l'addictologie (post cure alcoolique) ne sont pas visibles, mais elles concentrent la majeure partie des séjours entre 20 et 40 ans.

Répartition en pourcentage des journées en SSR et de la population par tranche d'âge en 2009

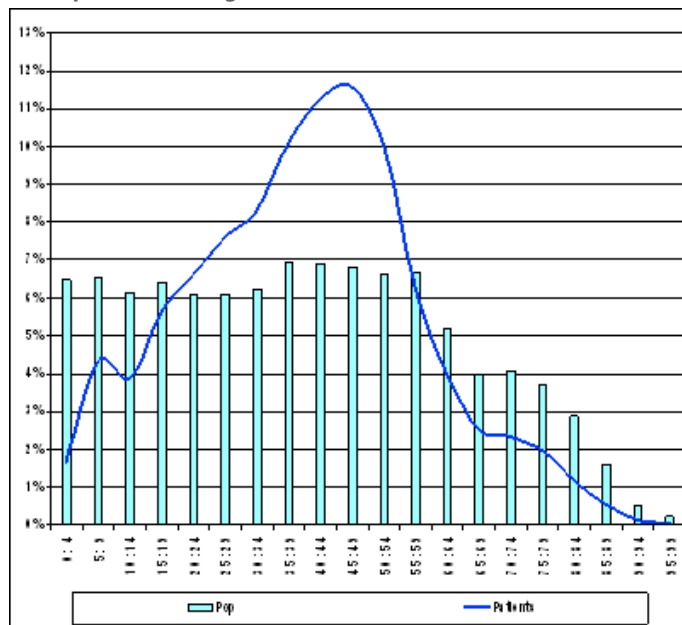


Sources : PMSI, INSEE

■ La psychiatrie

En psychiatrie hospitalière, les tranches d'âge les plus fortement représentées sont les adultes entre 30 et 55 ans ; On remarque que le recours à l'hospitalisation augmente de façon précoce, le taux de recours des 15-19 ans équivalent à celui des 55-59 ans.

Répartition en pourcentage des journées en psychiatrie et de la population par tranche d'âge en 2009



Sources : PMSI, INSEE

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

A.4.4 ■ Les flux de patients

Médecine																						
Origine des patients	Lieu d'hospitalisation																					
	Région							Départ. Limitrophes														
	44	49	53	72	85	T	17	28	35	37	41	50	56	61	79	T	IDF	HR	Total			
Région	44	258 894	2 202	68	72	1 778	263 014	81	31	2 888	67	8	12	457	23	33	3 600	1 297	1 522	269 433		
	49	11 912	158 974	1 867	962	203	173 918	78	15	211	1 044	7	19	61	24	184	1 643	1 264	1 115	177 940		
	53	766	7 306	42 252	1 378	33	51 735	20	7	4 957	45	4	63	37	1 638	1	6 772	636	711	59 854		
	72	929	6 031	208	100 410	79	107 657	40	97	278	1 926	230	28	55	6 331	8	8 993	1 608	1 394	119 652		
	85	29 351	9 344	13	47	78 698	117 453	1 601	13	178	55	20	5	37	16	4 205	6 130	1 094	1 332	126 009		
	R	301 852	183 857	44 408	102 869	80 791	713 777	1 820	163	8 512	3 137	269	127	647	8 032	4 431	27 138	5 899	6 074	752 888		
Départ. Limitrophes	17	832	98	6	17	142	1 095													1 095		
	28	58	58	10	1 675	29	1 830													1 830		
	35	2 287	177	322	45	69	2 900													2 900		
	37	137	773	5	164	80	1 159													1 159		
	41	113	88	2	610	31	844													844		
	50	69	39	25	21	13	167													167		
	56	7 430	107	29	19	26	7 611													7 611		
	61	108	171	221	4 617	16	5 133													5 133		
	79	2 524	8 582	1	25	277	11 409													11 409		
	T	13 558	10 093	621	7 193	683	32 148													32 148		
IDF	1 584	458	142	574	895	3 653													3 653			
HR	4 551	2 776	229	775	1 121	9 452													9 452			
T	321 545	197 184	45 400	111 411	83 490	759 030	1 820	163	8 512	3 137	269	127	647	8 032	4 431	27 138	5 899	6 074	798 141			

	1	2	3	4	5
	Séjours		Ratios		
	Produits	Consommés	P/C (1/2)	Fuites	Attraction
44	321 545	269 433	1,19	4%	19%
49	197 184	177 940	1,11	11%	19%
53	45 400	59 854	0,76	29%	7%
72	111 411	119 652	0,93	16%	10%
85	83 490	126 009	0,66	38%	6%
Région	759 030	752 888	1.01	5%	6%

Dans ces flux figurent les séjours relatifs au traitement du cancer (séances), ils majorent l'influence des grands centres. Au Plan régional, la situation est équilibrée, la région produit 759 000 séjours pour 752 000 séjours consommés par ses ressortissants.

■ La Loire-Atlantique
La Loire Atlantique est un département fortement attractif : 19 % de sa production est consacré à des patients résidants hors département. L'attraction s'exerce sur, La Vendée (29 351 séjours), Le Maine et Loire, (11 912), Le Morbihan (7 430)

■ Le Maine et Loire
Ce département est également fortement attractif : 19 % de la production pour des patients hors département, L'attraction s'exerce principalement sur la Vendée (9 344 séjours), puis les Deux Sèvres (8 500 séjours) et la Mayenne (7 300 séjours).

■ La Mayenne
Il s'agit d'un département à fort taux de fuite, 30 % des séjours de médecine des mayennais sont réalisés à l'extérieur. Les patients se dirigent vers le Maine et Loire (7 300 séjours), vers L'Ille et Vilaine (4 957 séjours) et vers l'Orne (1 638 séjours).

■ La Sarthe
La Sarthe présente une situation équilibrée avec un ratio production/ consommation de 0,93.

■ La Vendée
Ce département est celui qui présente le plus fort taux de fuite : 38 % des séjours des vendéens ont lieu hors département. Les patients se dirigent vers la Loire Atlantique (29 351 séjours), le Maine et Loire (9 344 séjours), les Deux Sèvres (4 200 séjours).

CHIRURGIE																			
Origine des patients	Lieu d'hospitalisation																		
	Région							Départ. Limitrophes											
	44	49	53	72	85	T		17	28	35	37	41	50	56	61	79	T	IDF	HR
Région	44	122 996	1 026	33	42	697	124 794	64	5	1 066	48	6	18	244	10	19	1 480	582	997
	49	6 315	62 599	907	519	101	70 441	39	7	108	437	7	6	30	11	51	696	403	513
	53	807	2 214	17 341	1 117	14	21 493	8	6	2 971	21	1	55	26	833	1	3 922	215	360
	72	791	1 930	176	47 195	31	50 123	27	37	106	1 061	190	13	14	2 049	7	3 504	744	527
	85	16 659	4 992	34	22	38 366	60 073	913	3	66	47	6	3	16	5	1 090	2 149	424	796
	R	147 568	72 761	18 491	48 895	39 209	326 924	1 051	58	4 317	1 614	210	95	330	2 908	1 168	11 751	2 368	3 193
Départ. Limitrophes	17	682	36		11	96	825												
	28	65	21	9	1 834	15	1 944												
	35	2 119	57	120	34	30	2 360												
	37	347	347	7	70	39	810												
	41	138	13	5	596	4	756												
	50	278	18	14	30	5	345												
	56	4 446	59	10	16	18	4 549												
	61	203	40	173	4 114	4	4 534												
	79	1 854	4 942	7	15	424	7 242												
	T	10 132	5 533	345	6 720	635	23 365												
	IDF	911	225	77	265	321	1 799												
	HR	3 830	836	108	548	448	5 766												
	T	162 441	79 355	19 021	56 426	40 611	357 854	1 051	58	4 317	1 614	210	95	330	2 908	1 168	11 751	2 368	3 193

	1	2	3	4	5
	Séjours		Ratios		
	Produits	Consommés	P/C (1/2)	Fuites	Attraction
44	162 441	127 853	1,27	4%	24%
49	79 355	72 053	1,10	13%	21%
53	19 021	25 990	0,73	33%	9%
72	56 426	54 898	1,03	14%	16%
85	40 611	63 442	0,64	40%	6%
Région	357 854	344 236	1,04	5%	9%

La région des Pays de la Loire est légèrement attractive en chirurgie avec un ratio de 1,04, elle a produit en 2009 357 854 séjours, pour 344 236 consommés par ses ressortissants.

■ La Loire-Atlantique
La Loire Atlantique est le département attractif de la région : 162 411 séjours sont produits pour 127 853 consommés, 24 % de la production des établissements est consacrée à des patients extérieurs. L'attraction s'exerce sur la Vendée (16 659 séjours), le Maine et Loire, (6 315 séjours), le Morbihan (4 446 séjours).

■ Le Maine et Loire
Ce département est attractif : 21 % de la production est réalisée pour des patients hors département, mais les fuites atteignent 13 % de la consommation. L'attraction s'exerce sur la Vendée (4 992 séjours),

les Deux Sèvres (4 942 séjours) puis la Mayenne (2 214 séjours).

■ La Mayenne
Il s'agit d'un département à fort taux de fuite, 33 % des séjours de chirurgie des mayennais sont réalisés à l'extérieur. Les patients se dirigent vers l'Ille et Vilaine (2 971 séjours) le Maine et Loire (2 214 séjours) et vers la Sarthe (1 117 séjours).

■ La Sarthe
La Sarthe présente une situation équilibrée avec un ratio production/ consommation de 1,03.

■ La Vendée
Ce département est celui qui présente le plus fort taux de fuite : 40 % des séjours des vendéens ont lieu hors département, les patients se dirigent vers la Loire Atlantique (16 659 séjours), le Maine et Loire (4 992 séjours), les Deux Sèvres (1 090 séjours).

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

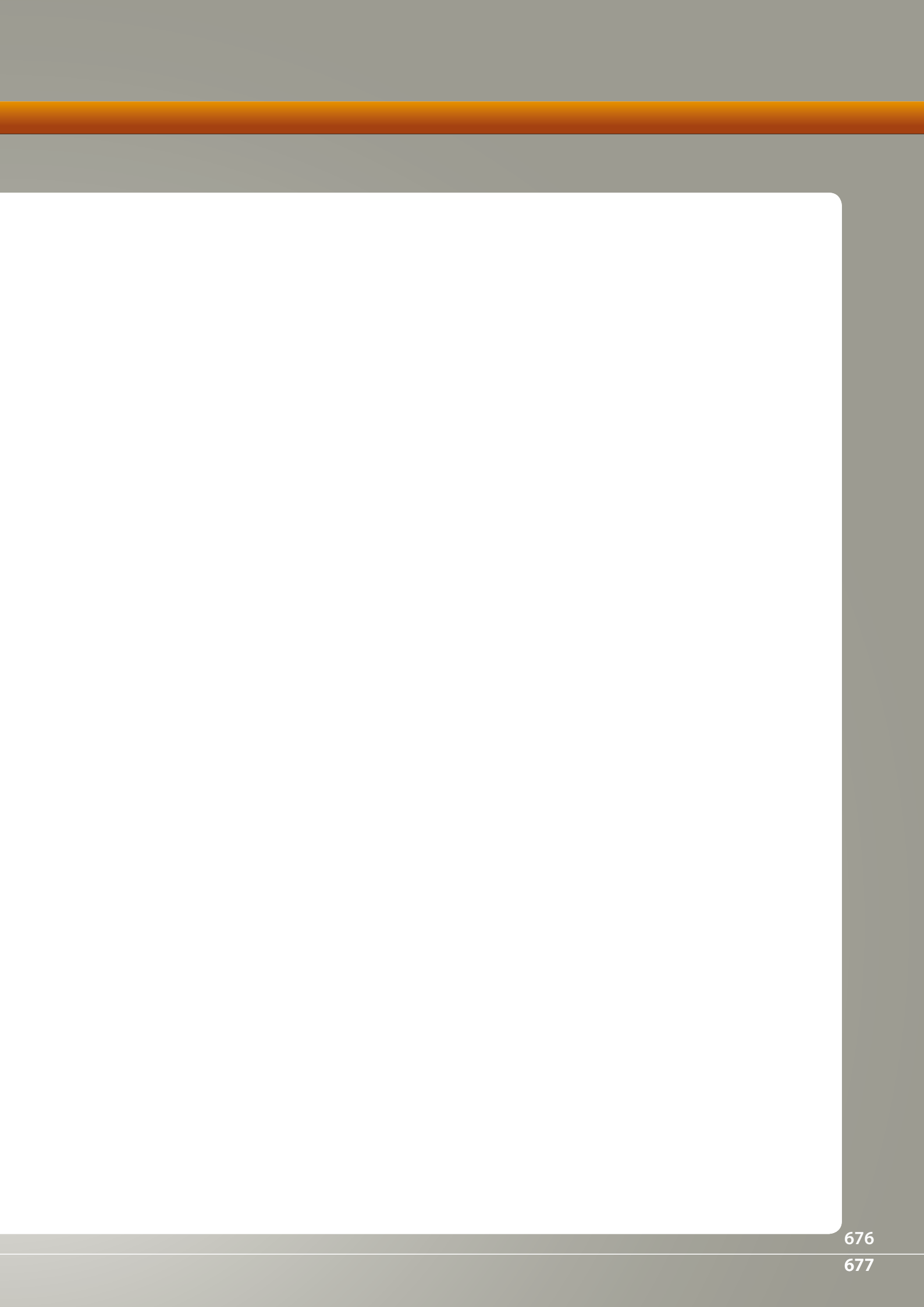
PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE HOSPITALIER RÉGIONAL

OBSTETRIQUE																			
Origine des patients	Lieu d'hospitalisation																		
	Région							Départ. Limitrophes											
	44	49	53	72	85	T		17	28	35	37	41	50	56	61	79	T	IDF	HR
Région	44	23 629	155	7	9	237	24 037	7	2	335	7	1	2	53		1	408	52	109
	49	971	13 088	322	99	12	14 492	7	1	10	39	1	3	7	4	12	84	37	70
	53	38	150	4 846	127	2	5 163		1	456	3	1		3	160		624	20	32
	72	13	152	68	9 626	3	9 862	2	13	10	100	76	1	6	502	2	712	41	70
	85	856	1 204		2	9 801	11 863	127	2	9	1			3		181	323	21	47
R	25 507	14 749	5 243	9 863	10 055	65 417		143	19	820	150	79	6	72	666	196	2 151	171	328
Départ. Limitrophes	17	7	2			17	26												
	28	8	2		119		129												
	35	172	6	36	5	5	224												
	37	8	117		13	6	144												
	41		2		16	1	19												
	50	6	3	2	1		12												
	56	194	3		2	2	201												
	61	1	2	43	259	2	307												
	79	22	599			47	668												
	T	418	736	81	415	80	1 730												
IDF	108	68	15	41	62	294													
HR	175	177	13	46	66	477													
T	26 208	15 730	5 352	10 365	10 263	67 918		143	19	820	150	79	6	72	666	196	2 151	171	328

	1	2	3	4	5
	Séjours		Ratios		
	Produits	Consommés	P/C (1/2)	Fuites	Attraction
44	26 208	24 606	1,07	4%	10%
49	15 730	14 683	1,07	11%	17%
53	5 352	5 839	0,92	17%	9%
72	10 365	10 685	0,97	10%	7%
85	10 263	12 254	0,84	20%	5%
Région	67 918	68 067	1,00	4%	4%

En obstétrique, la situation régionale est très équilibrée. Dans cette discipline, les flux de patients sont principalement liés au critère de proximité, hormis pour certaines situations à risque. Dans les faits, seule la Vendée semble

présenter une situation légèrement déficitaire, mais cette observation doit être relativisée par la proximité géographique de Nantes pour le nord Vendée.



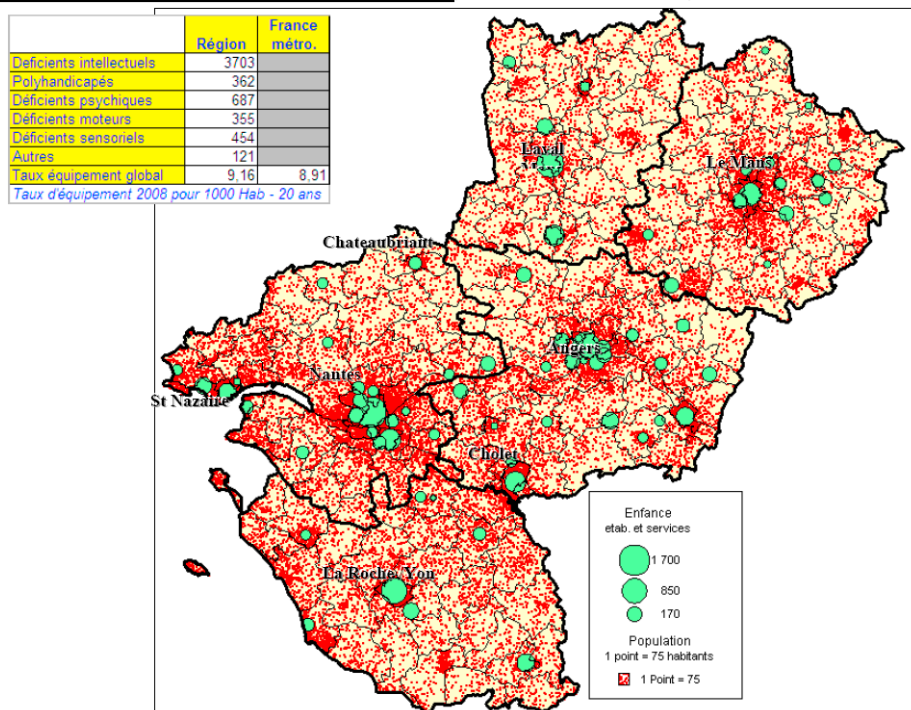
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

Pour une grande partie, informations extraites d'une présentation du PRIAC 2010-2013 aux Conseils Généraux (avril 2010).

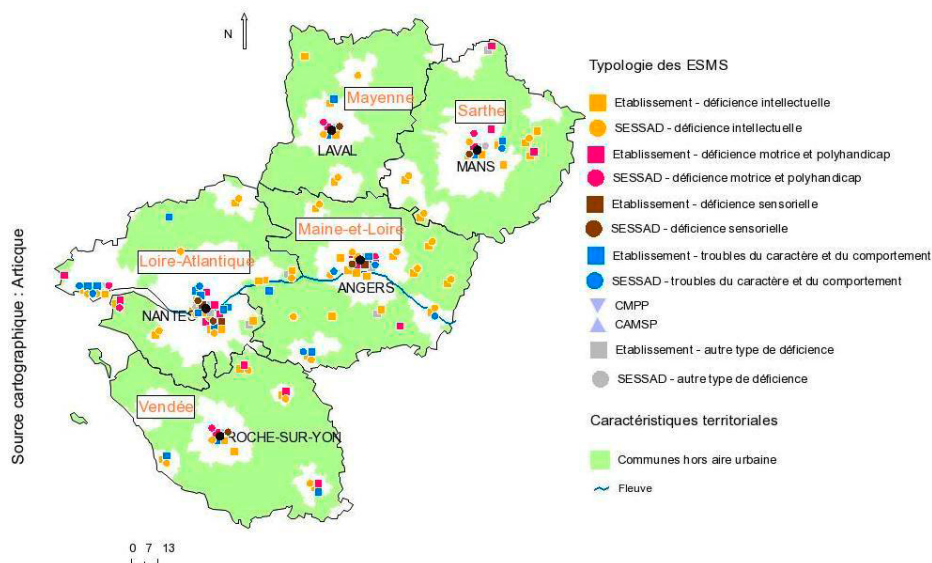
A.5.1 ■ Accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap

Structures et services pour enfants handicapés (source Am BREX 2009 et Statist 2009)



L'offre en service a augmenté de 30 % entre 2006 et 2009 pour accompagner les besoins liés à la scolarisation en milieu ordinaire.

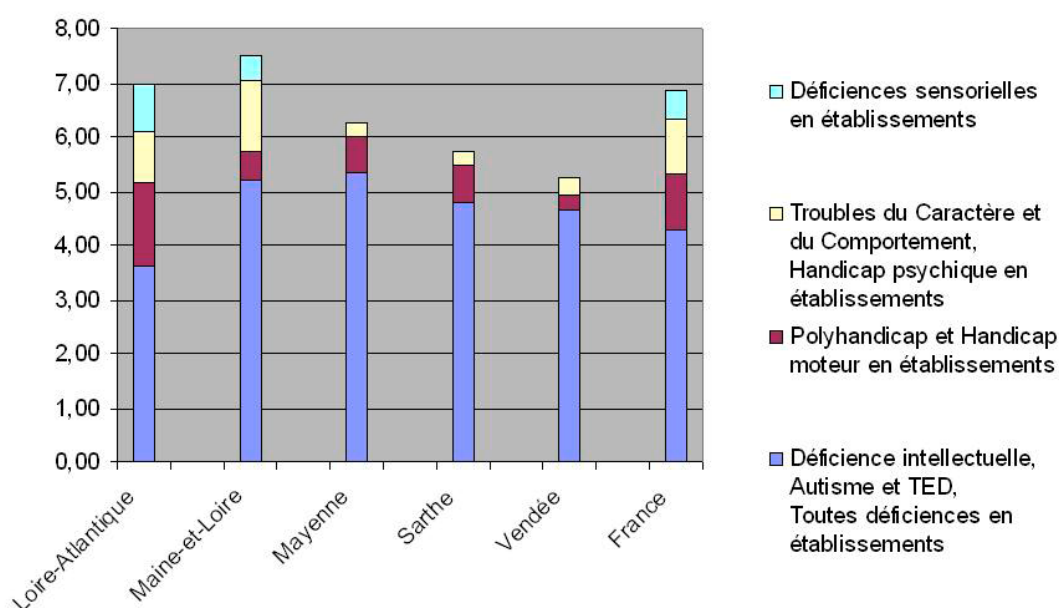
Implantation des ESMS pour enfants



L'offre institutionnelle faible est plutôt faible dans trois départements de la Région pour l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement.

Offre en établissements pour enfants par type de déficience

(source : CNSA, requête FINESS au 01.01.2009 et population au 01.01.2007)



À la fin de l'année 2009, 911 enfants étaient en attente de place de SESSAD.

Dans 3 départements sur 5, les IME seraient en situation de sous-occupation si les jeunes de plus de 20 ans étaient accueillis dans un établissement pour adulte.

La programmation du PRIAC 2010-2013 en Pays de la Loire est une programmation centrée sur les besoins en services et en accompagnement des publics spécifiques, elle permet également un rééquilibrage de l'offre en conduisant à une réduction de 26 % de l'écart type interdépartemental :

■ **434 places de SESSAD programmées sur les moyens nouveaux soit 74 % de la programmation enfant**

■ **53 places pour enfants atteints d'autisme ou troubles envahissants du développement (soit 35 % des places programmées en établissement)**

■ **28 places pour l'accueil des enfants en situation de poly handicap (soit 18 % de la programmation en établissement)**

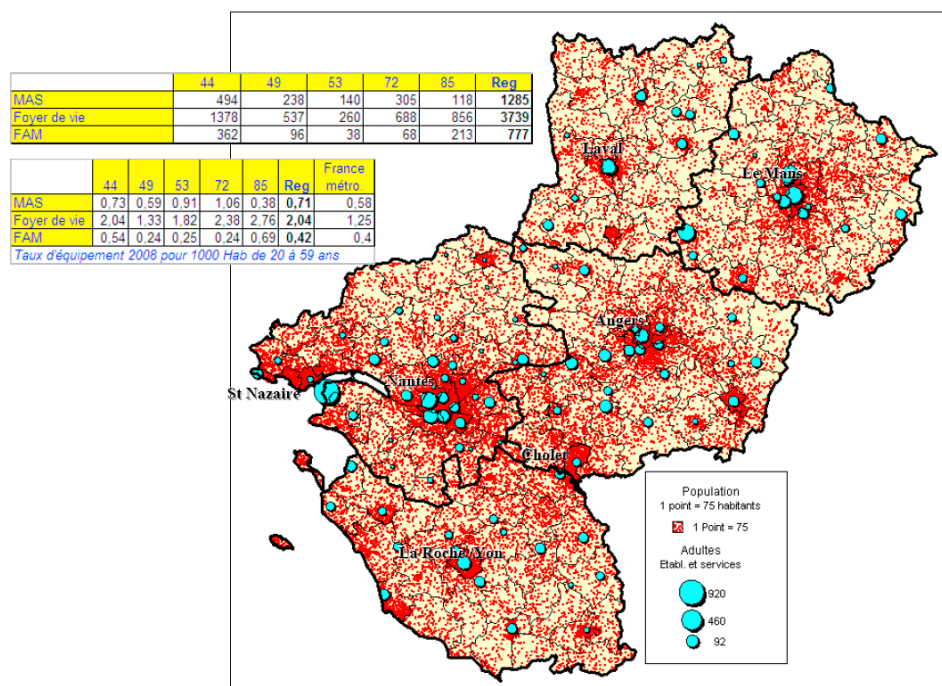
■ **64 places en établissement pour enfants atteints de troubles du caractère et du comportement (soit 42 % de la programmation en établissement).**

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

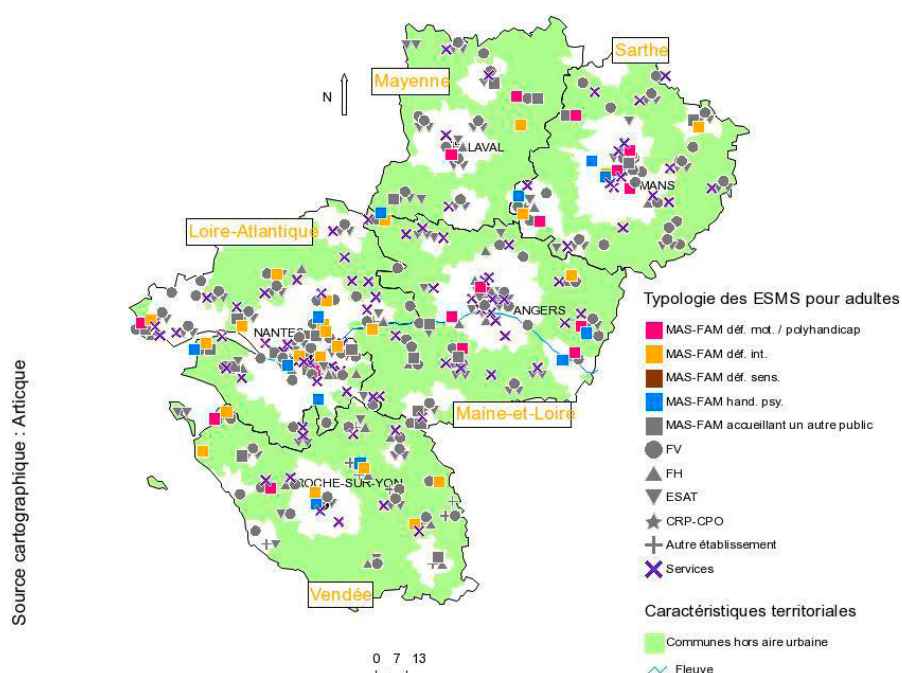
A.5.2 ■ Accompagnement des adultes en situation de handicap

Structures et services pour adultes handicapés (source Am BREX 2009 et Statiss 2009)

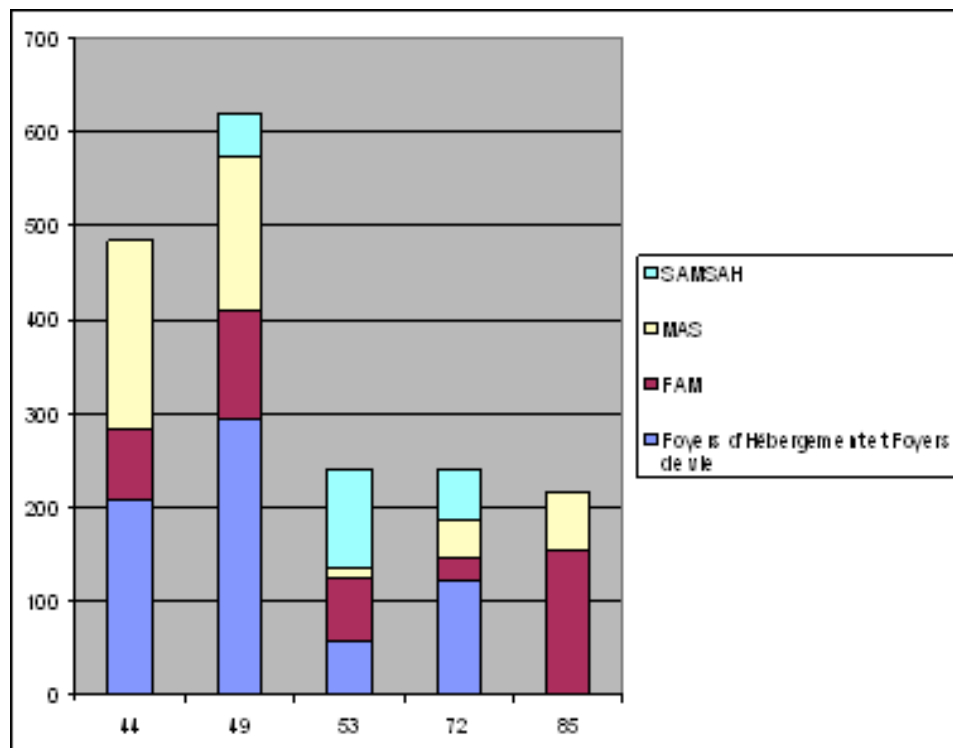


Entre 2006 et 2009, les capacités de l'offre en service ont doublé.

Implantation des ESMS pour adultes



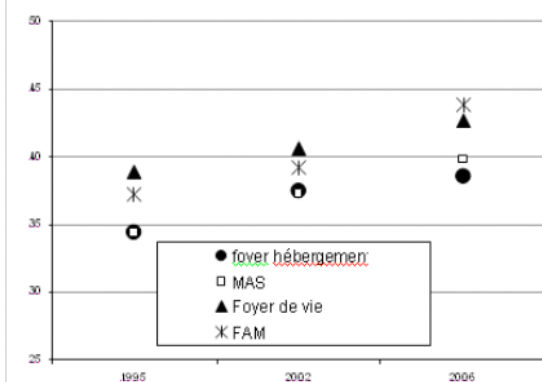
■ Liste d'attente : répartition par département



Au 31/12/2009, 419 jeunes adultes étaient maintenus en établissement au titre de l'amendement CRETON.

Les plus de 16 ans représentent 44,7 % de la population accueillie en IME en 2007 : 1 770 jeunes ont vocation à quitter les IME dans les 4 années à venir pour être accueillis en structure pour adulte.

Evolution de l'âge moyen par type d'hébergement dans les Pays de la Loire



Source : DREES, enquêtes ES 1995, 2002, 2006

Répartition par âge des adultes handicapés en établissements d'hébergement en 2006

En %

	moins de 30 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et plus
Ensemble	18	27	29	22	4
dont :					
MAS	20	29	31	16	3
FAM	10	27	31	24	8
Foyer de vie	16	25	26	27	6
Foyer hébergement	23	29	33	14	1

>>>

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

>>>

Selon les données de l'enquête DREES ES 2006, la moitié des adultes handicapés en établissement y sont entrés avant l'âge de 35 ans et 30 % y sont entrés avant l'âge de 25 ans. En 2006, le quart des jeunes de 20 ans et plus sortis d'une structure d'hébergement spécialisée (essentiellement d'instituts médico-éducatifs, IME) ont intégré une structure d'hébergement pour adultes handicapés, tandis que près de 60 % ont été accueillis par leur famille.

En établissements et services d'aide par le travail, le taux régional d'équipement est au dessus de la moyenne nationale, bien que le département de la Loire Atlantique reste sous équipé.

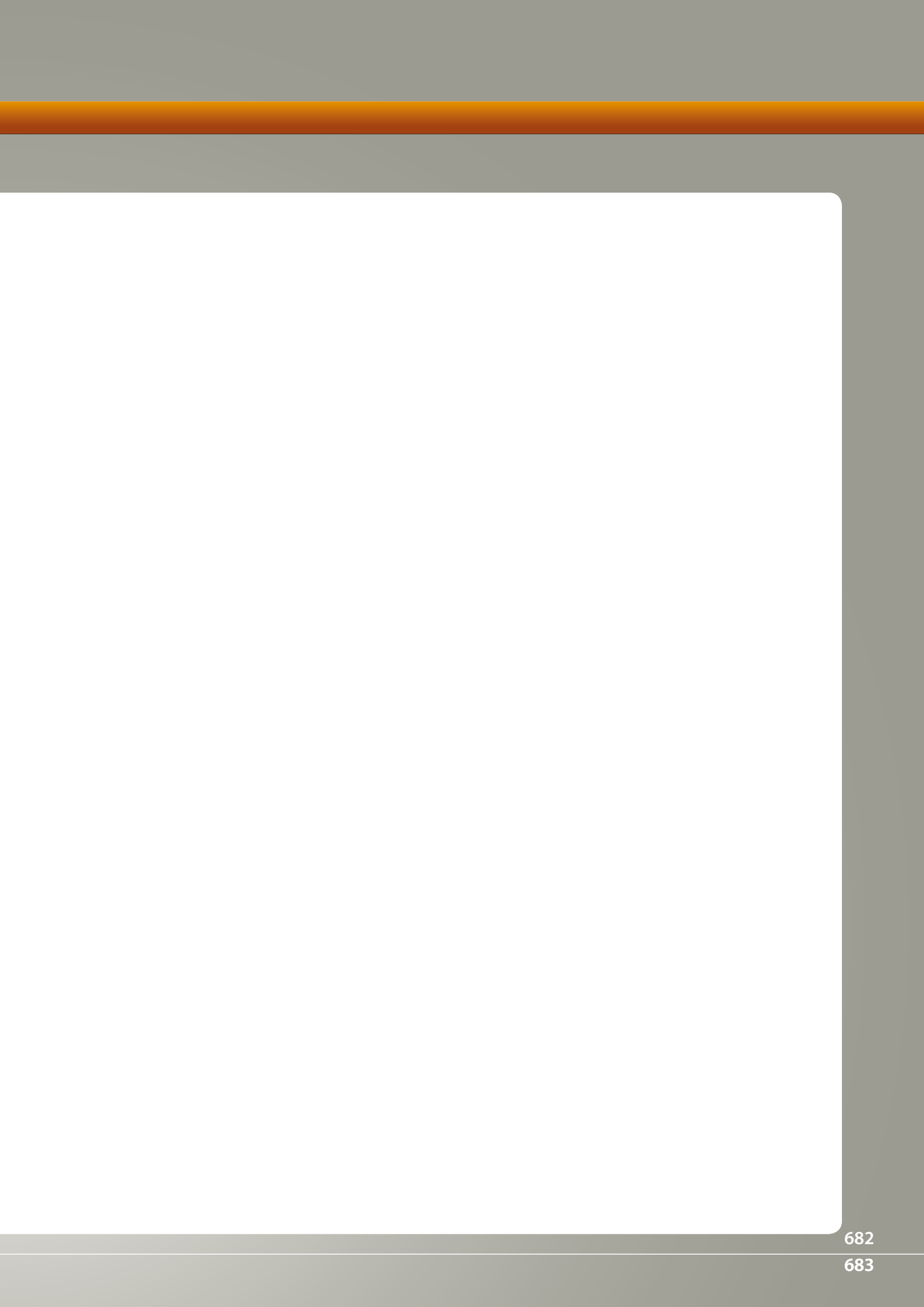
De fortes disparités départementales en matière d'orientation : le taux d'orientation vers les ESAT est de 24 % en Sarthe et 61 % en Vendée (orientations prononcées par la COTOREP ou CDAPH - Enquête CREA sur le devenir des IME données 2006).

La programmation du PRIAC 2010-2013 en Pays de la Loire : 571 places sont créées par redéploiement de moyens existants, s'accompagnant d'une réduction des inégalités interdépartementales d'équipement, dont :

- **165 places de SESSAD par transformation de places d'établissements pour enfants (IME , principalement)**
- **107 places de MAS, par transformation de lits du secteur sanitaire, dont**
- **74 places issues de la psychiatrie (CH CESAME en Maine et Loire, CH MAZURELLES en Vendée**
- **33 places issues des soins de suite et réadaptation (AFM en Maine et Loire)**
- **165 places de SESSAD par transformation de places d'établissements pour enfants (IME , principalement)**

La programmation des établissements et services d'aide par le travail est infra-départementale tenant compte de l'implantation territoriale des ESAT, elle est ciblée sur les territoires déficitaires :

- **Loire Atlantique : 149 places réparties sur l'arrondissement de Nantes, Saint-Nazaire, Châteaubriant,**
- **Maine et Loire : 58 places réparties sur l'agglomération angevine, le saumurois, le choletais,**
- **Sarthe : 42 places réparties sur le Mans, Mamers,**
- **Vendée : 41 places réparties sur le Sud Ouest (sainte Gemme la Plaine), l'Est (Thouarsais Bouildroux), le Centre (Chantonay),.**



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE LE CONTEXTE MÉDICO-SOCIAL

A.5.3 ■ Accompagnement des personnes âgées de plus de 75 ans

La région des Pays de la Loire est globalement bien dotée par rapport aux autres régions en hébergement médicalisé au regard du taux d'équipement pour 1 000 habitant de plus de 75 ans.

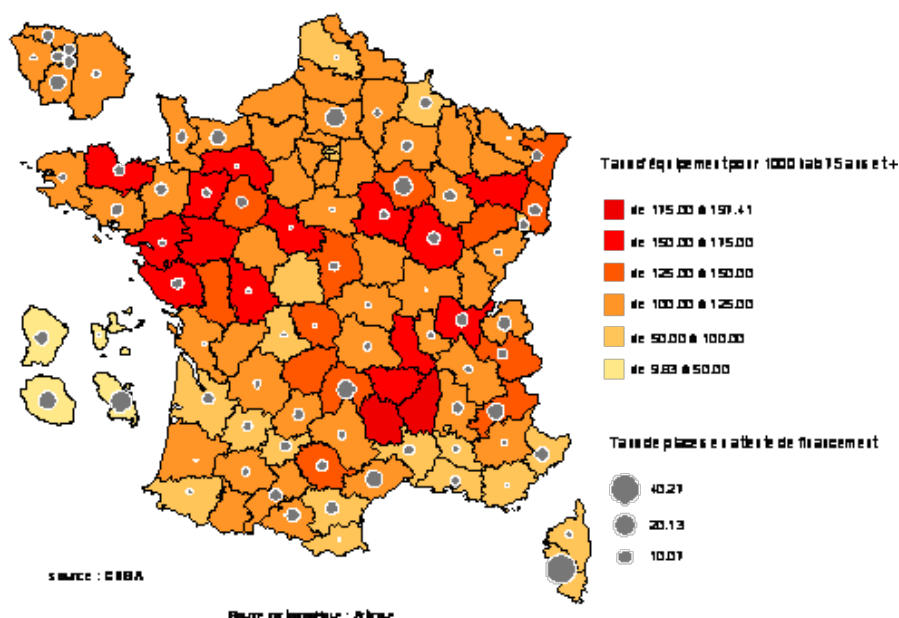
L'enquête DREES EHPA 2007 indique :

- Un recul de l'âge moyen d'entrée (80,1 ans en moyenne en 2003, elle passe à 83,5 ans en 2007)

- Une durée moyenne de séjour stable (3,6 ans en 2007 contre 3.5 ans en 2003).

- Un taux d'occupation en 2007 de 98 % supérieur à son niveau de 2003 (96 %)

Taux d'équipement en hébergement médicalisé pour personnes âgées en 2009 et taux de places d'EHPAD en attente de financement fin 2008

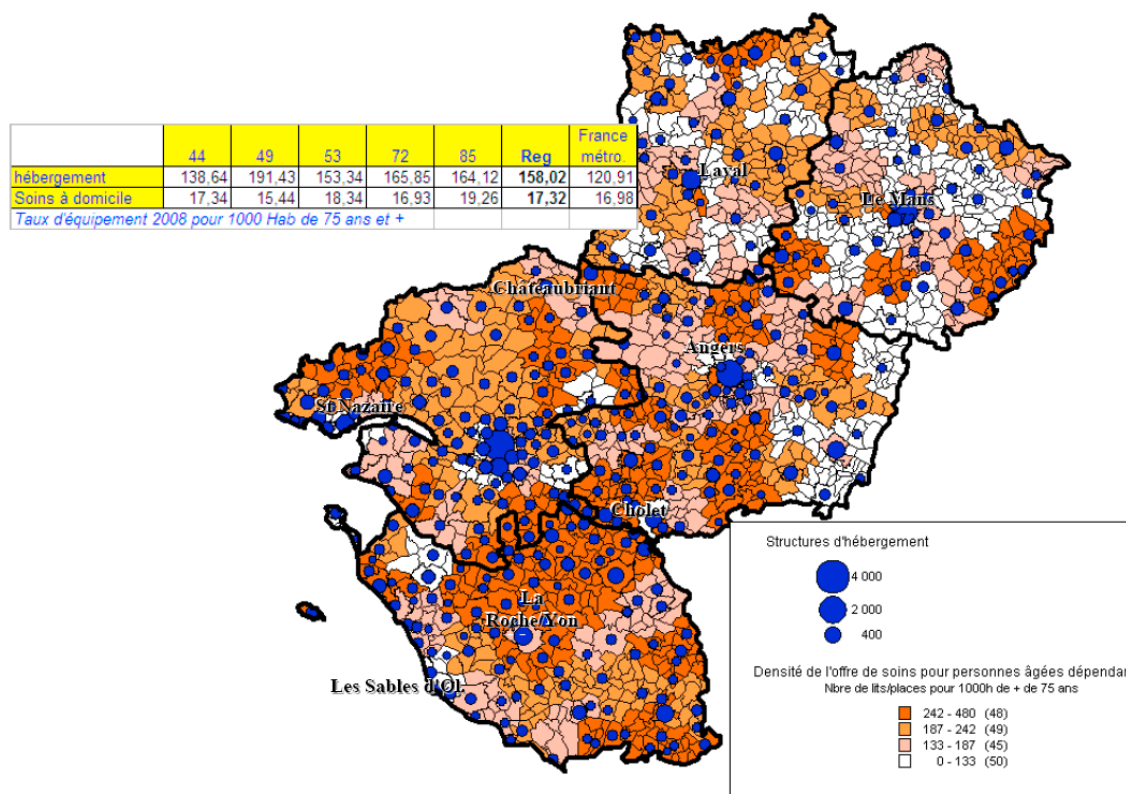


La région dispose de 970 établissements d'hébergement pour personnes âgées (maison de retraite ou foyer logement) qui offrent environ 49 200 places dont près de 85 % pour personnes âgées dépendantes.

Dans ce tableau figure également en complément les places en Unité de Soins de Longue Durée sous convention EHPAD :

	MR et FL	Places	dt ehpad	Places USLD ehpad	Pop+75ans	Taux d'équipement 2 010 Places ehpad MR FL et USLD
44	251	14 397	12 586	628	98 959	134
49	261	12 887	10 160	291	67 693	154
53	93	4 522	3 887	165	29 799	136
72	174	7 535	5 755	893	54 354	122
85	191	9 860	9 100	304	60 429	156
Total	970	49 201	41 488	2 281	311 234	141

Structures de prise en charge en établissement pour personnes âgées dépendantes (source Am BREX 2009 et Statiss 2009)



Comme au niveau national, le taux d'équipement diminue au fil des années car l'augmentation de la population des personnes de plus de 75 ans est plus rapide que celle de l'offre en places d'hébergement : depuis 2004 l'offre d'hébergement a augmenté de 3 % alors que la population des plus de 75 ans a progressé de 10 %. En outre, l'entrée des personnes âgées en établissement est plus tardive, 83 ans en moyenne aujourd'hui.

Dans le même temps, les soins et services pour le maintien à domicile des personnes âgées se sont beaucoup développés avec près de 6 000 personnes âgées prises en charge pour 110 structures (SSIAD). Elle a augmenté de 25 % sur ces cinq dernières années, et se situe légèrement en dessous de la moyenne nationale

La région dispose de 822 places d'hébergement temporaire. Les places d'accueil de jour sont très majoritairement adossées à des établissements et fortement dispersées : sur les 173 accueils de jour dont dispose la région,

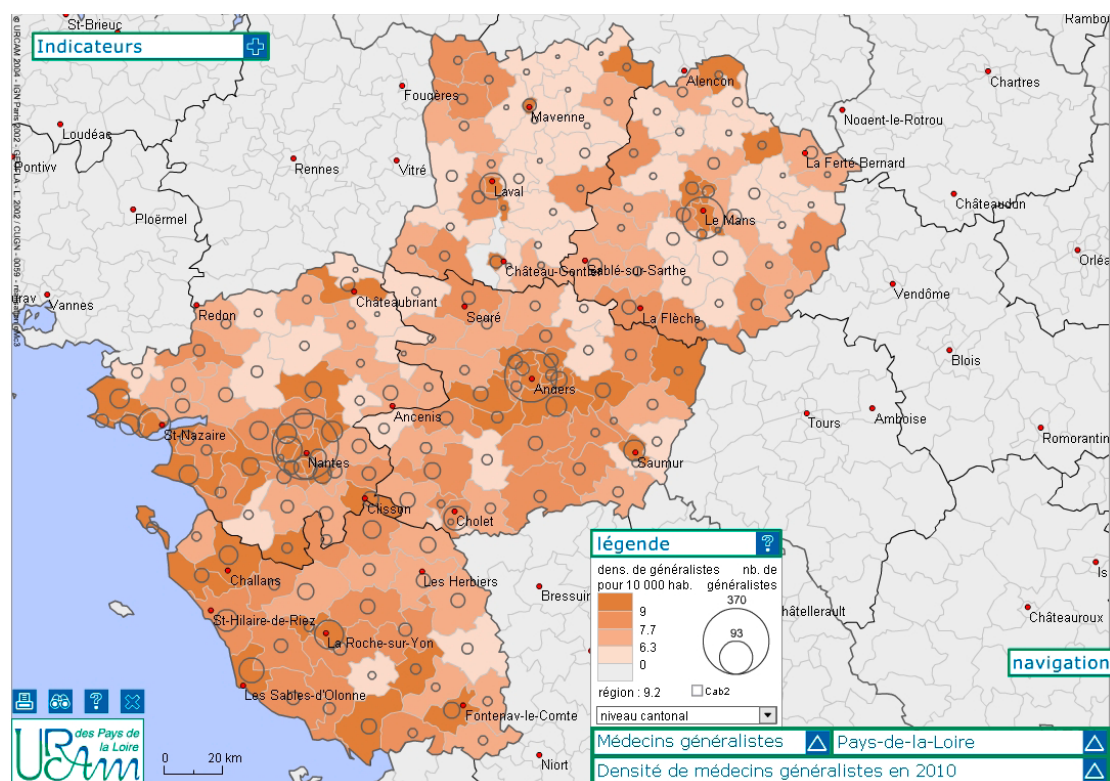
135 ont une capacité d'accueil inférieure à 6 places (cela couvre 53 % de la capacité d'accueil totale en AJ). Cette dispersion peut toutefois répondre à des besoins de proximité en milieu rural bien que d'autres formules d'accueil se soient développées, comme l'accueil de jour itinérant en Mayenne.

L'actualisation 2010 de la programmation du PRIAC en faveur des personnes âgées reste réaliste pour tenir compte des financements CNSA que la région est susceptible d'obtenir, et confirme les priorités sur le développement d'une offre en faveur de l'accompagnement à domicile. Cette programmation permet une réduction significative des inégalités interdépartementales d'équipement et un rééquilibrage de l'offre vers les services.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

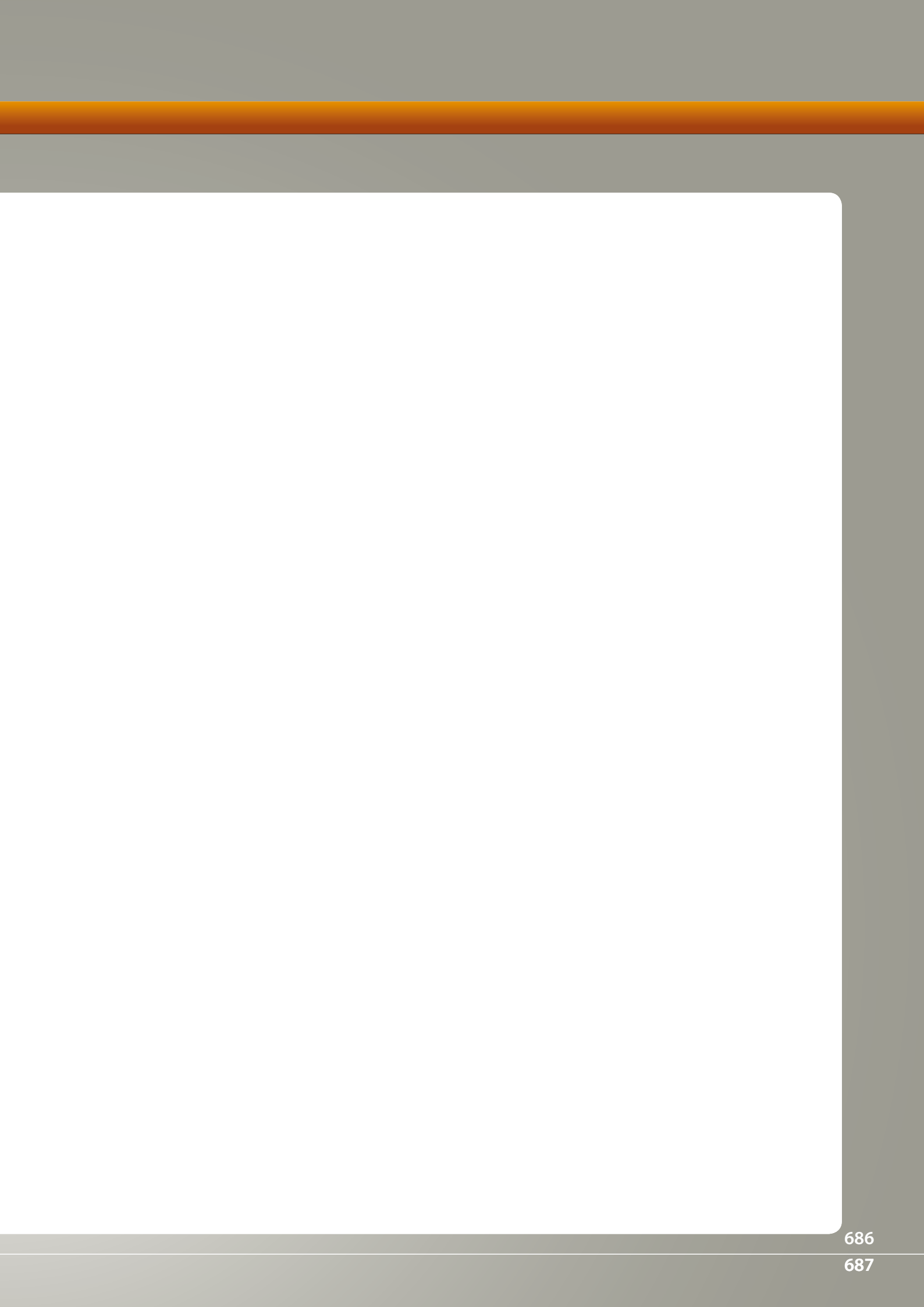
PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.1 ■ Les médecins généralistes



Les densités de médecins généralistes dans les Pays de Loire sont assez hétérogènes. D'un côté, on trouve les départements de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire dont les chiffres sont proches de la moyenne nationale

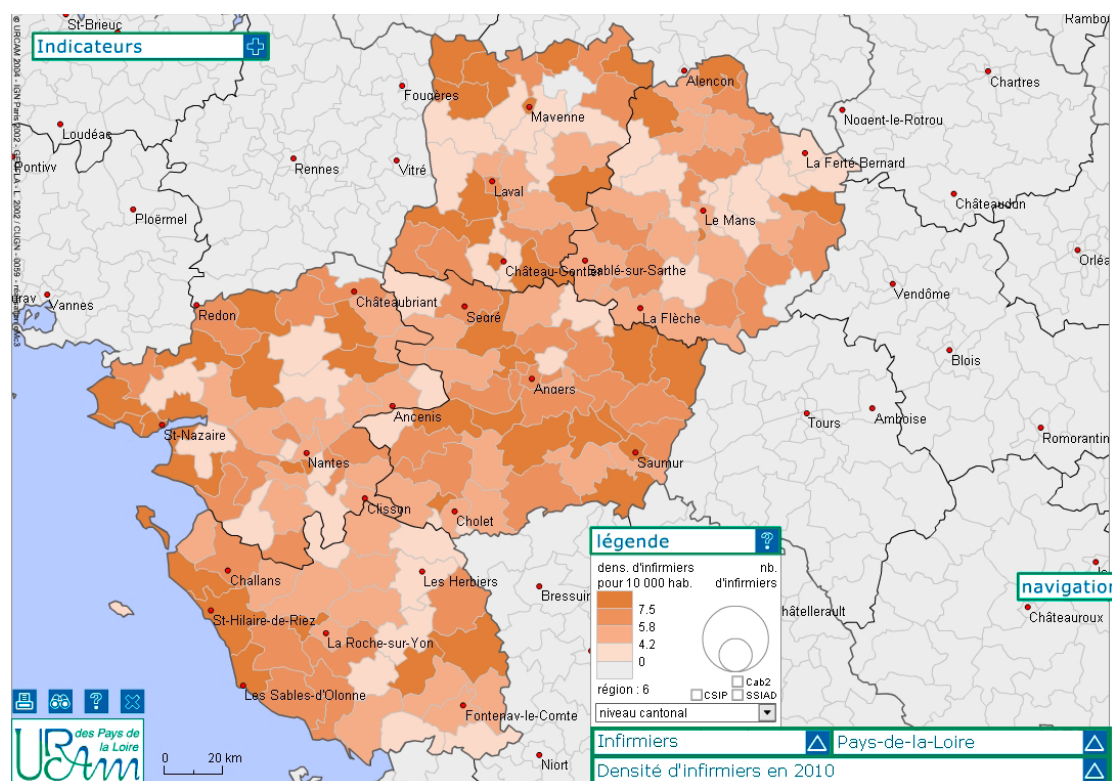
(9,9 et 9,8 médecins pour 10 000 habitants). De l'autre, la Mayenne et la Sarthe figurent parmi les départements les moins dotés en médecins généralistes.



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

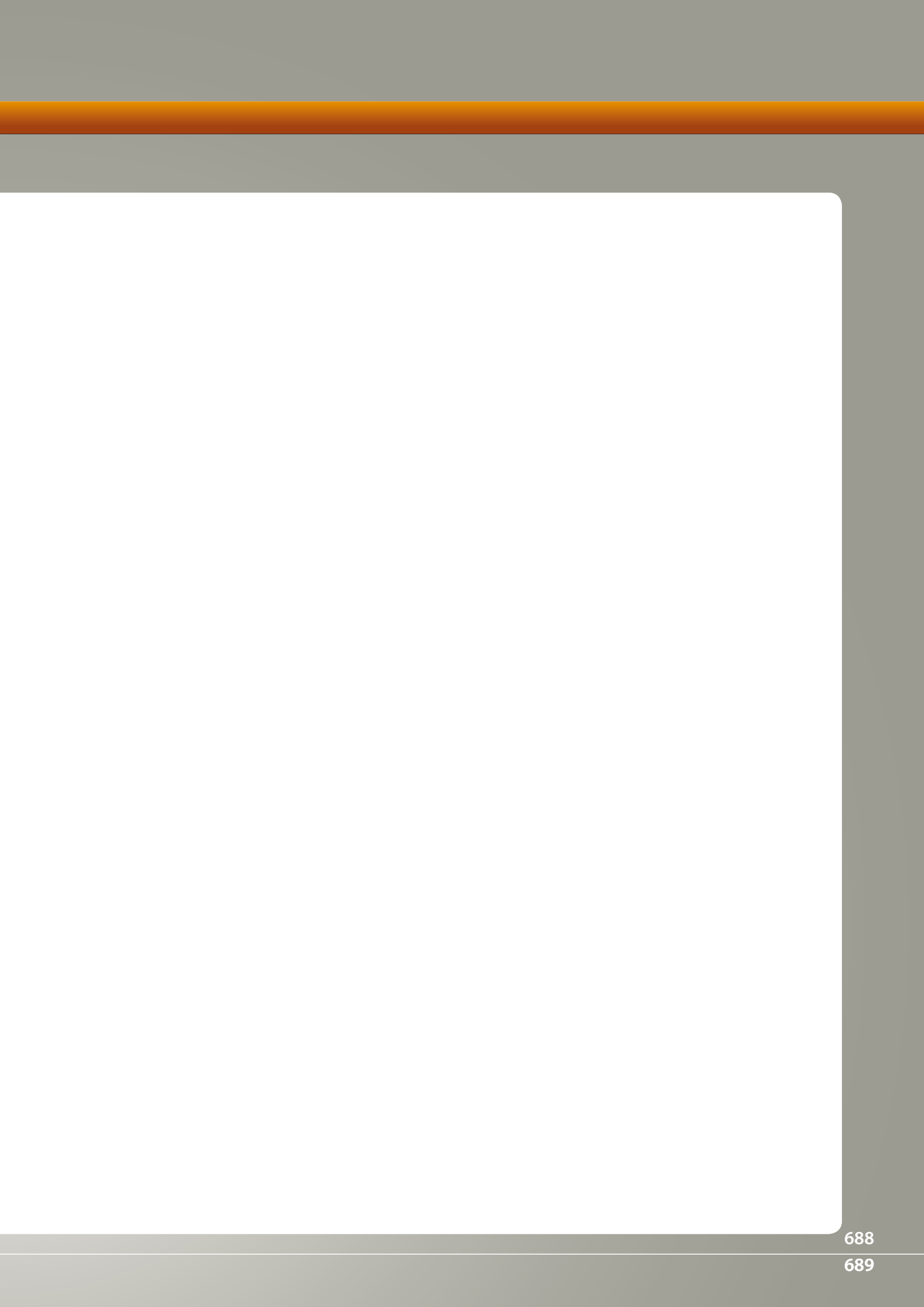
PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.2 ■ Les infirmiers libéraux



Globalement, les densités d'infirmiers libéraux des départements des Pays de la Loire sont parmi les plus bas de France métropolitaine. C'est particulièrement le cas en Sarthe où cette densité est plus de deux fois inférieure la

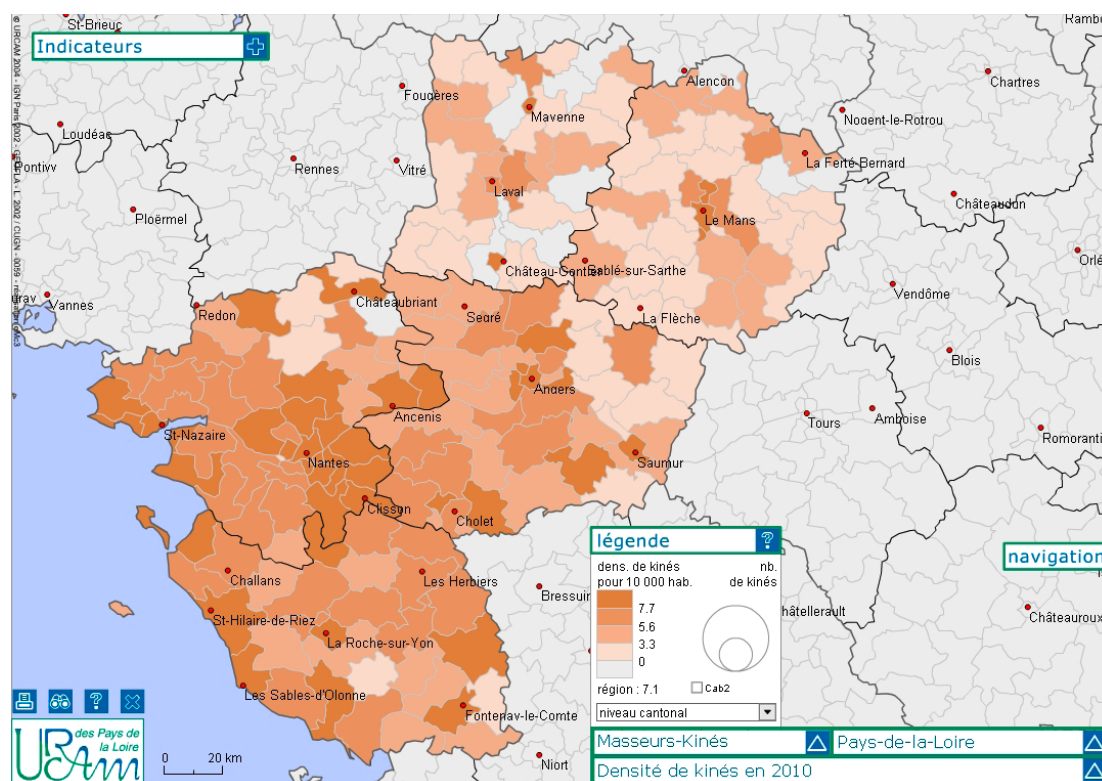
densité nationale. La Vendée doit sa situation légèrement meilleure à une présence accrue d'infirmiers libéraux sur la côte.



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.3 ■ Les kinésithérapeutes



En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, la Loire-Atlantique fait figure de bonne élève dans la région avec notamment une forte couverture sur la côte

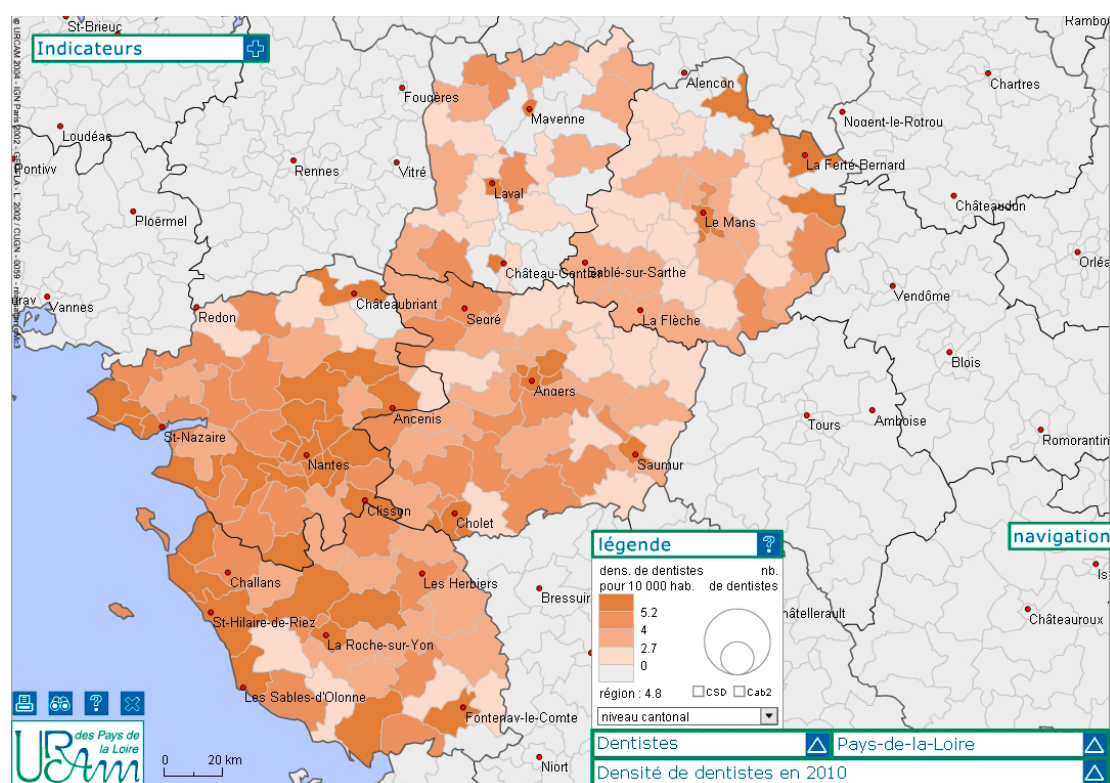
atlantique et autour de Nantes. À l'inverse, la Sarthe et la Mayenne sont peu dotées en masseurs-kinés. Certains cantons de Mayenne n'ont aucun kiné sur leur territoire.

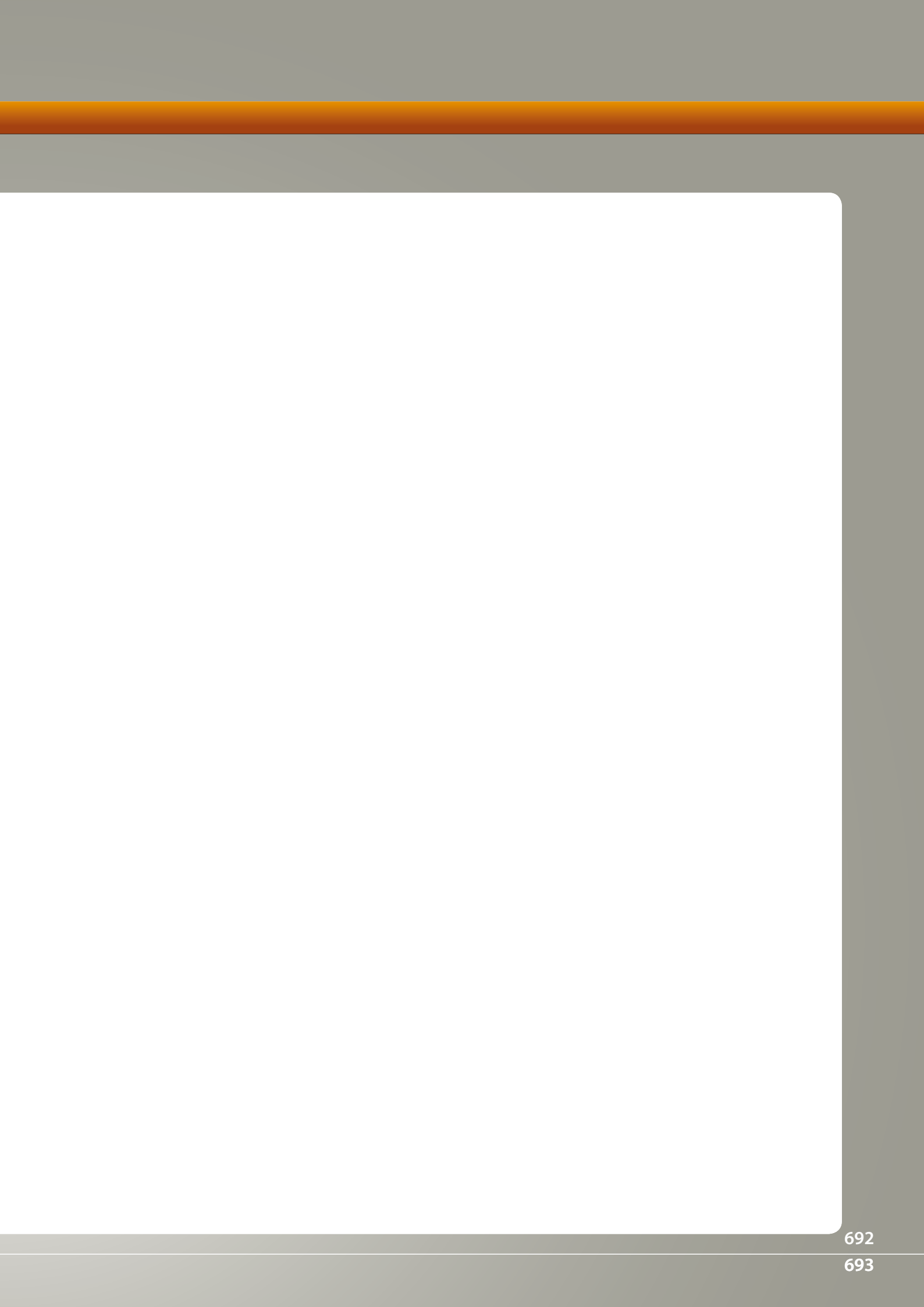


ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.4 ■ Les chirurgiens-dentistes





ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

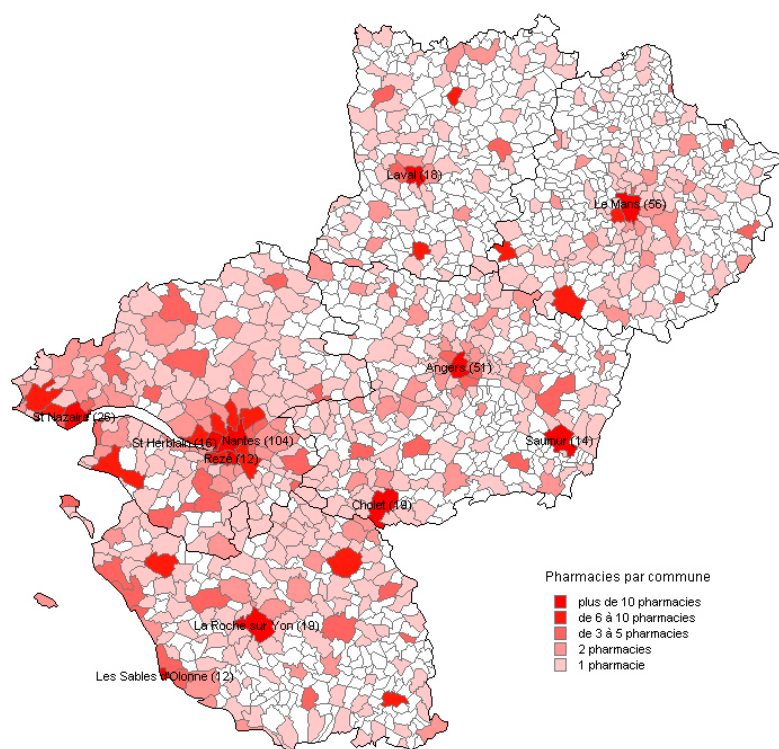
A.6.5 ■ Les pharmacies

C'est en Loire-Atlantique que le maillage des pharmacies est le plus homogène. Pratiquement chaque commune possède sa pharmacie.

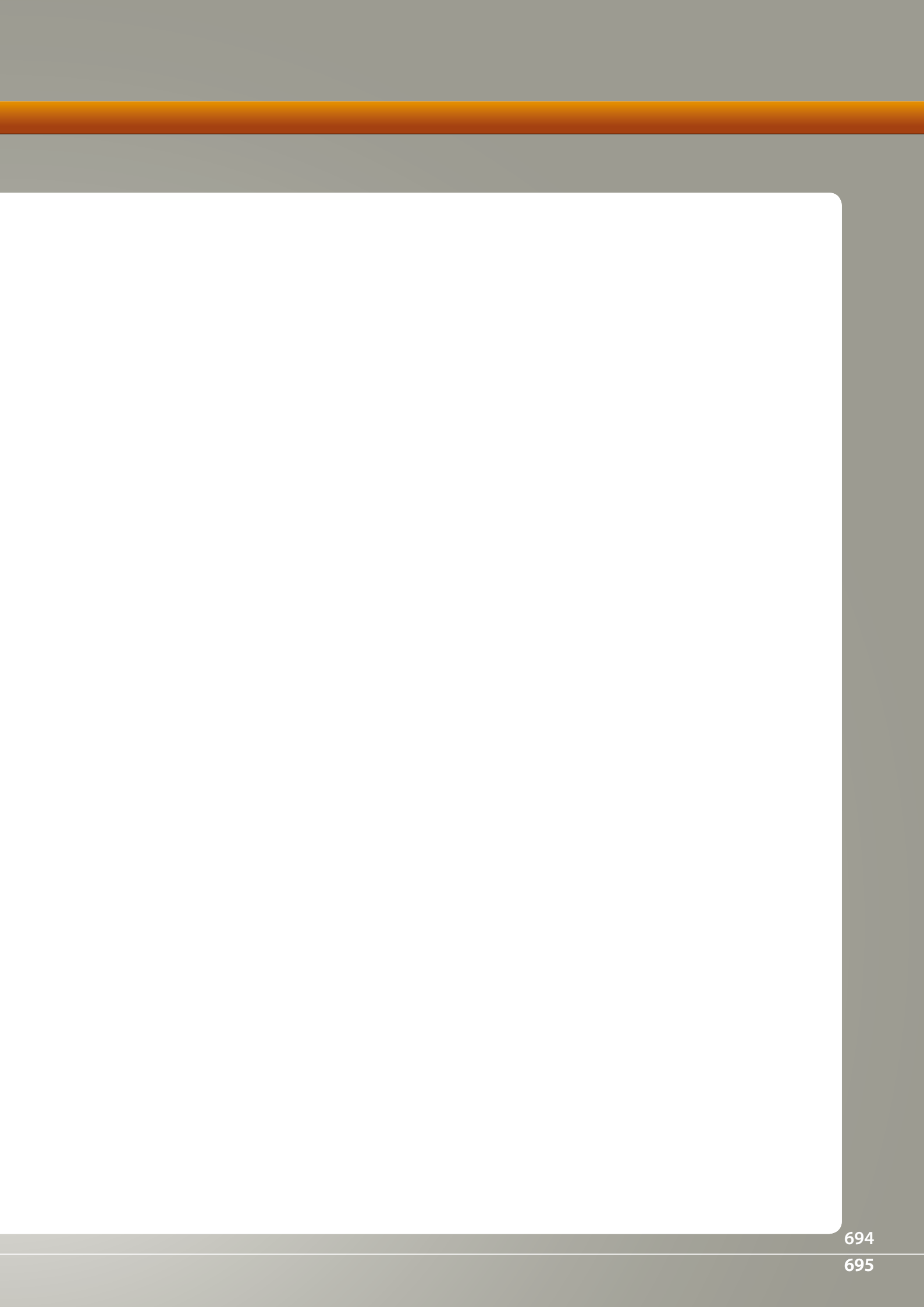
En Mayenne et en Sarthe, hormis les communes entourant Le Mans et Laval, le territoire est peu couvert en pharmacies. La densité de population s'y prête moins qu'en Loire-Atlantique.

Malgré une faible couverture en pharmacies en Mayenne, en Sarthe et dans le nord-est du Maine-et-Loire, aucune commune n'est située à plus de 10 km d'une pharmacie.

Les pharmacies d'officine en Pays de la Loire



© ARS Pays de la Loire, DOA - Sources : RPFS, IGN



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.6 ■ Les laboratoires

En 2011, l'ensemble des laboratoires de la région Pays de la Loire ont effectué 49 290 952 examens.

En 2012, l'ensemble des laboratoires de la région Pays de la Loire ont effectué 54 152 428 examens.

Départements	Activité 2011 (en nombre d'examens)	Population (en nb d'habitants)	Nb d'examens / habitants	Activité 2012 (en nombre d'examens)	Population (en nb d'habitants)	Nb d'examens par habitants
Loire-Atlantique	19 846 396	1 303 103	15	20 806 474	1 303 103	16
Maine et Loire	13 069 736	797 697	16	13 705 833	797 697	17
Mayenne	2 809 342	311 367	9	3 096 556	311 367	10
Sarthe	6 289 000	572 771	11	8 530 134	572 771	15
Vendée	7 276 478	645 201	11	8 013 431	645 201	13
Total / moyenne	49 290 952	3 630 139	13.5	54 152 428	3 630 139	14.2

Départements	% d'examens réalisés par les LBM publics	% d'examens réalisés par les LBM privés	% d'examens réalisés par les LBM autres	Total
Loire-Atlantique	8 305 905 (40 %)	11 936 445 (57 %)	564 124 (3 %)	20 806 474
Maine et Loire	6 413 443 (47 %)	7 112 890 (52 %)	179 500 (1 %)	13 705 833
Mayenne	1 142 052 (37 %)	1 936 503 (62.5 %)	18 001 (0.5 %)	3 096 556
Sarthe	3 149 348 (37 %)	5 338 184 (62.5 %)	42 602 (0.5 %)	8 530 134
Vendée	2 328 096 (29 %)	5 647 620 (70.5 %)	37 715 (0.5 %)	8 013 431
Total examens/ Moyenne	21 338 844 (38 %)	31 971 642 (60.9 %)	841 942 (1.1 %)	54 152 428 (100 %)

■ Actes de biologie consommés par les habitants de la région (hors laboratoires publics)

	Loire- Atlantique	Maine-et- Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de Loire	France entière
Nombre d'actes	10 737 668	6 283 323	2 113 526	5 080 945	5 516 616	29 732 078	790 931 476
dont + de 75 ans	2 277 234	1 371 662	403 779	1 132 516	1 207 951	6 393 142	192 492 621
Population	1 266 358	780 082	305 147	561 050	626 411	3 539 048	64 304 500
dont + de 75 ans	101 692	69 565	31 460	55 274	63 417	321 408	5 597 024
Actes par habitant	8,48	8,05	6,93	9,06	8,81	8,40	12,30
dont + de 75 ans	22,39	19,72	12,83	20,49	19,05	19,89	34,39
Indice de vieillissement*	0,59	0,62	0,71	0,73	0,82	0,67	0,67

Source : SNIIRAM, INSEE, données année 2012 pour les actes de biologie, population au 1^{er} janvier 2012

*L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

La population de + de 75 ans consomme 22 % des actes de biologie dans la région Pays de la Loire ce qui correspond à la moyenne nationale (24 %).

Si la région vieillit aussi vite que la population française (indice de vieillissement, IV=0.67), il n'en demeure pas moins que certains territoires de santé sont plus exposés au vieillissement de leur population. La Mayenne (IV=0.71), la Sarthe (IV=0.73) et surtout la Vendée (IV=0.82) ont un degré de vieillissement plus élevé que les autres territoires.

Ces données suggèrent des besoins croissants de la population liés au vieillissement de la population en Vendée, et dans une moindre mesure en Mayenne et dans la Sarthe.

Concernant la répartition par tranche d'âge, seules les données SNIIRAM (laboratoires privés) permettent ce type d'analyse. En l'absence d'argu-

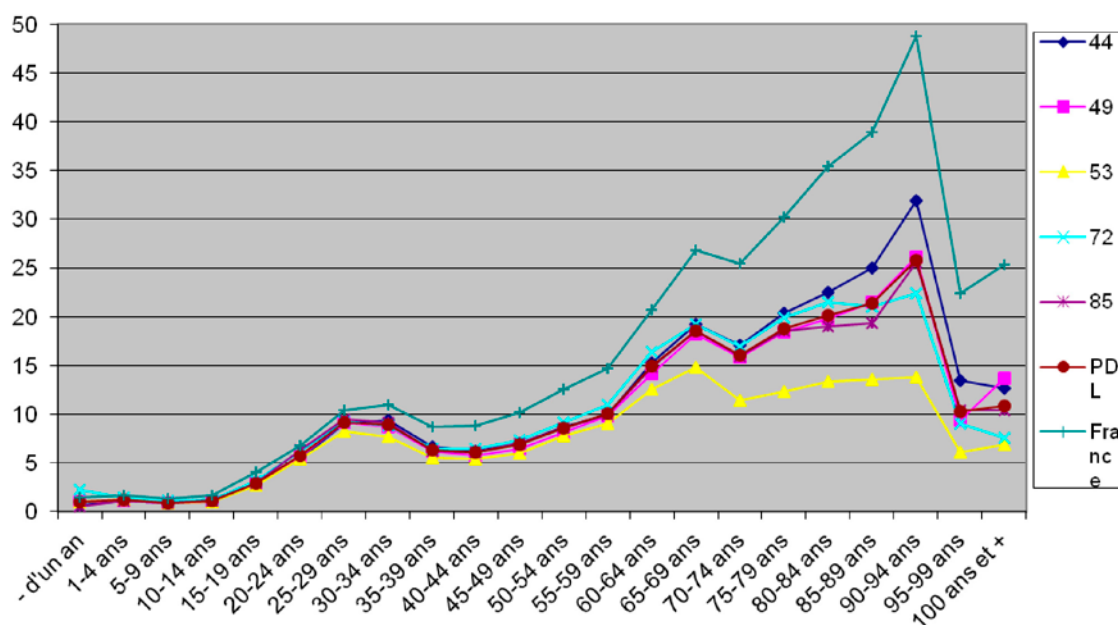
ment fort suggérant une hétérogénéité de consommation des examens de biologie chez les personnes de + de 75 ans entre les structures publiques et privées, les résultats de cette analyse donnent une tendance pouvant être pertinente.

Les données issues de l'activité des laboratoires privés montrent que dans la région, la consommation d'actes de biologie par habitant est en moyenne 31 % inférieure à la moyenne nationale (-43 % en Mayenne à -26 % dans la Sarthe).

Ces données ne suggèrent pas de surconsommation d'actes de biologie dans la région au niveau des laboratoires privés. Le niveau d'actes consommés semble, sous toute réserve liée à l'approche macroscopique utilisée, un reflet pertinent du niveau de la demande dans la région Pays de la Loire.

■ Actes de biologie par tranche d'âge (hors laboratoires publics)

Actes de biologie par habitant par tranche d'âge (2012)



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE OFFRE ET CONSOMMATION DE PREMIER RECOURS

A.6.7 ■ La consommation de soins

■ Évolution de l'activité libérale par département entre 2007 et 2008

		Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Consultations généralistes	2008	4 879 952	3 125 486	1 186 678	2 172 969	2 343 874	13 708 959
	2007	4 954 646	3 187 146	1 206 262	2 216 071	2 415 548	13 979 673
	évolution	-1,5%	-1,9%	-1,6%	-1,9%	-3,0%	-1,9%
Actes infirmiers	2008	5 139 879	3 653 818	1 617 822	2 495 502	2 993 580	15 900 601
	2007	4 895 957	3 490 923	1 516 289	2 431 002	2 895 996	15 230 167
	évolution	+5,0%	+4,7%	+6,7%	+2,7%	+3,4%	+4,4%
Actes de kiné	2008	3 444 218	1 976 097	584 656	1 052 702	1 667 392	8 725 065
	2007	3 353 605	1 942 129	569 393	1 033 242	1 656 996	8 555 365
	évolution	+2,7%	+1,7%	+2,7%	+1,9%	+0,6%	+2,0%
MSA et Régime général							

■ Nombre d'actes moyen par habitant et par an en 2008

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Population couverte	1 199 060	729 697	276 354	520 814	566 340	3 292 265
Consultations	4,1	4,3	4,3	4,2	4,1	4,2
Actes inf	4,3	5,0	5,9	4,8	5,3	4,8
Actes de kiné	2,9	2,7	2,1	2,0	2,9	2,7
chiffres MSA et Régime Général						Source : SNIRAM

■ Nombre d'actes moyen par professionnel de santé et par an en 2008

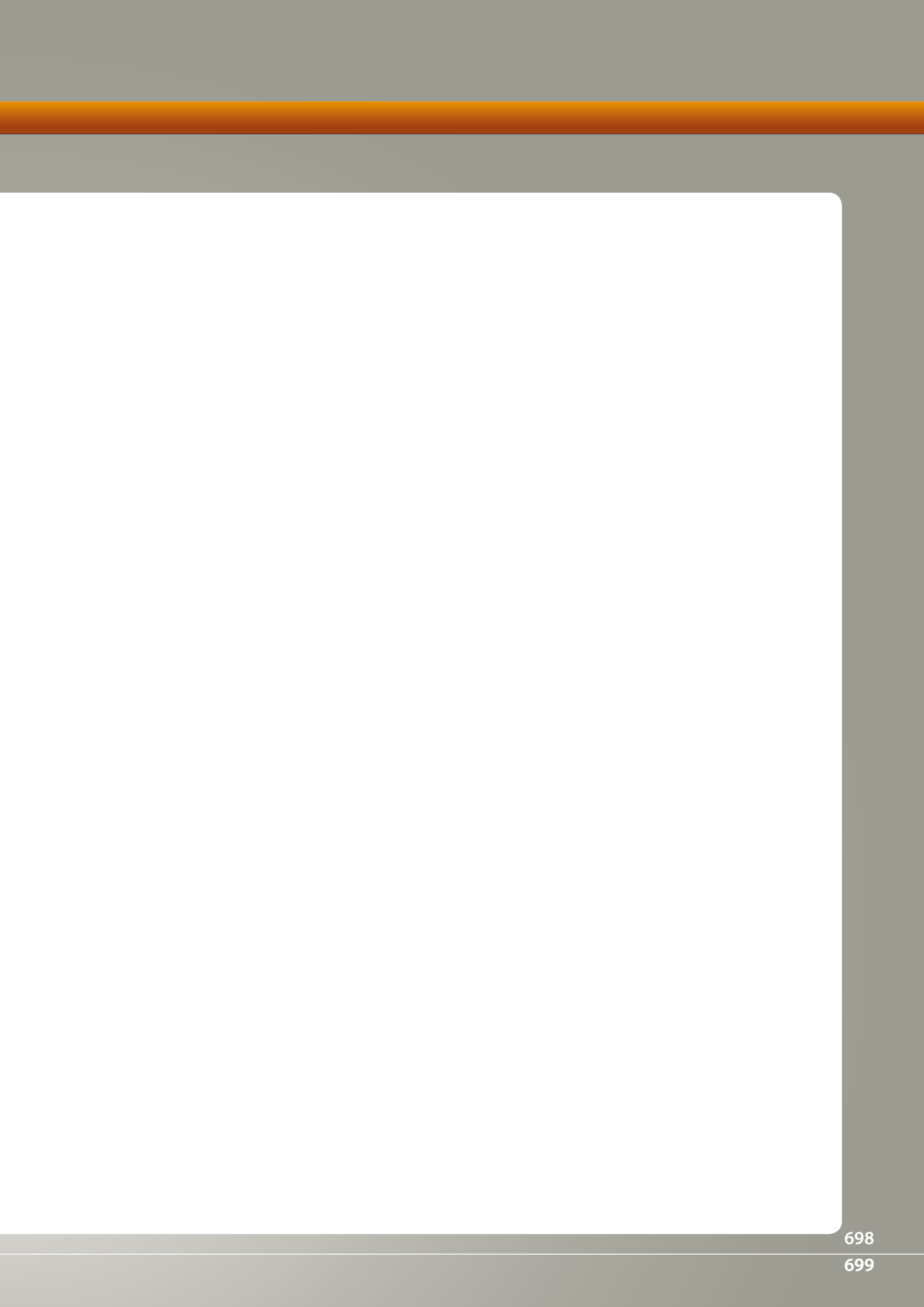
		Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Généralistes	Effectif	1 228	755	226	446	548	3 203
	Nb actes moyen	3 974	4 140	5 251	4 872	4 277	4 280
Infirmiers	Effectif	628	415	175	226	333	1 777
	Nb actes moyen	8 185	8 804	9 245	11 042	8 990	8 948
Kiné	Effectif	891	433	107	230	378	2 039
	Nb actes moyen	3 866	4 564	5 464	4 577	4 411	4 279
chiffres MSA et Régime Général						Source : SNIRAM	

Globalement, l'évolution de l'activité libérale entre 2007 et 2008 fait apparaître une diminution des consultations chez le généraliste (près de 2 % sur la région avec une baisse plus marquée en Vendée) et une hausse des actes infirmiers, de kiné et de biologie.

Le faible nombre d'infirmiers en Sarthe conduit naturellement à ce que ceux-ci exécutent plus d'actes qu'ailleurs (11 000 contre 9 000 en moyenne dans la région). De même, les kinés et les médecins généralistes de Mayenne font également plus d'actes que dans les autres départements.

Malgré la faible densité d'infirmiers en Mayenne, les habitants du département ont une forte consommation d'actes (5,9 contre 4,8 en moyenne dans la région).

En matière d'actes de kinés, c'est par contre en Loire-Atlantique et en Vendée qu'on trouve les plus fortes consommations d'actes (2,9 actes par habitant et par an).



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

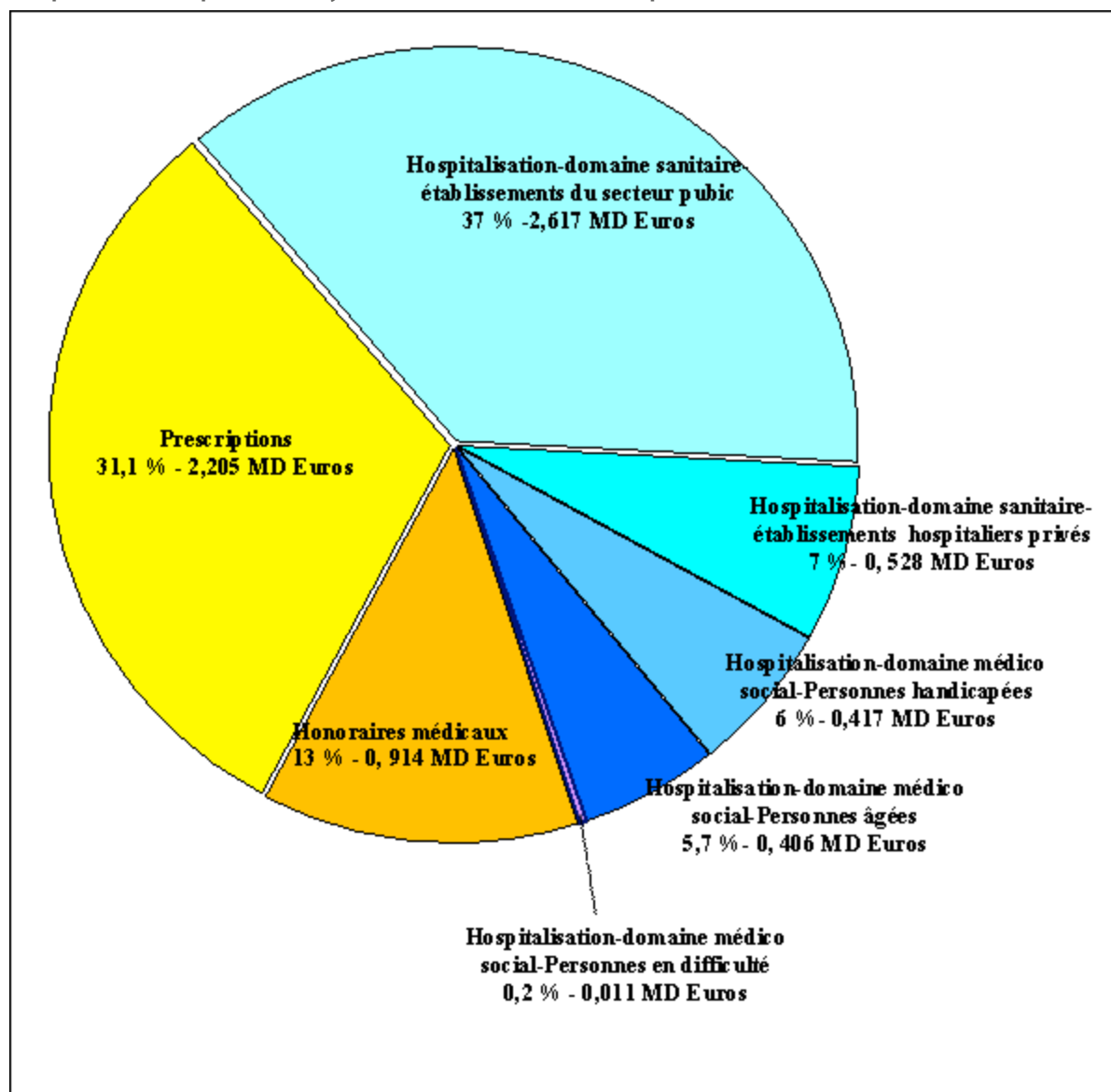
PANORAMA STATISTIQUE LES DÉPENSES DE SANTÉ

A.7.1 ■ Volume et répartition des dépenses AM

Les dépenses de santé financées par l'Assurance maladie atteignent pour la région des Pays de la Loire 7,1 Milliards d'Euros en 2008. La répartition de ces dépenses est représentée graphiquement ci-dessous. Elle varie assez peu dans le temps.

Domaine	Volume	%
Domaine hospitalier	3 144 616	44%
Domaine médico-social	834 050	12%
Domaine soins de ville	3 119 696	44%
Total	7 098 362	100%

■ Répartition des dépenses AM Pays de la Loire, en milliards d'Euros par domaine en 2008



Les deux CHU de Nantes et Angers cumulent à eux seuls 27 % des versements du domaine hospitalier.

Le tableau ci-après décrit la répartition des dépenses de soins de ville par postes en Pays de la Loire. La pharmacie constitue le poste le plus important avec 1 Milliard d'Euros. Ce montant est supérieur à la totalité des honoraires toutes catégories de professionnels confondus, le second

poste de dépenses est celui des indemnités journalières, qui atteignent 447 Millions d'Euros.

On trouve en troisième position les consultations des médecins et spécialistes libéraux avec 338 millions d'Euros

Répartition des dépenses de soins de ville	Dépenses remboursées 2008 (en millions d'euros)	%
Consultations	338	10,8 %
Visites	38	1,2 %
Actes techniques (K, KE, KC)	236	7,5 %
Actes de radiologie (Z)	89	2,9 %
Autres honoraires	65	2,1 %
Actes dentaires	149	4,8 %
Total honoraires des médecins	915	29,3 %
Actes et soins infirmiers	120	3,9 %
Actes de kinésithérapie	115	3,7 %
Biologie	131	4,2 %
Pharmacie	1 001	32,1 %
Articles de la LPP	207	6,6 %
Transport des malades	146	4,7 %
Indemnités journalières	447	14,3 %
Autres	37	1,2 %
Total Prescriptions	2 205	70,7 %
Total soins de ville	3 120	100 %

PANORAMA STATISTIQUE LES DÉPENSES DE SANTÉ

A.7.2 ■ Évolution des dépenses AM

Entre 2004 et 2008 les dépenses AM du domaine hospitalier ont augmenté en moyenne de 4,25 % par an, celles du domaine médico-social de 11,6 % par an, celles du domaine des soins de

ville de 3,9 % par an. Pour l'ensemble des trois domaines, la croissance moyenne annuelle est de 4,8 % sur la période.

■ En volume

	2004	2005	2006	2007	2008
Domaine hospitalier		4,0%	3,5%	3,3%	5,3%
Domaine médico-social		11,1%	5,9%	9,9%	13,5%
Domaine Soins de ville		3,8%	3,1%	5,1%	2,9%
Total		4,6%	3,5%	4,8%	5,1%

■ En évolution

En évolution

	2004	2005	2006	2007	2008
Domaine hospitalier	2 688	2 796	2 893	2 988	3 145
Domaine médico-social	569	632	669	735	834
Domaine Soins de ville	2 696	2 798	2 885	3 031	3 119
Total	5 953	6 226	6 447	6 754	7 098

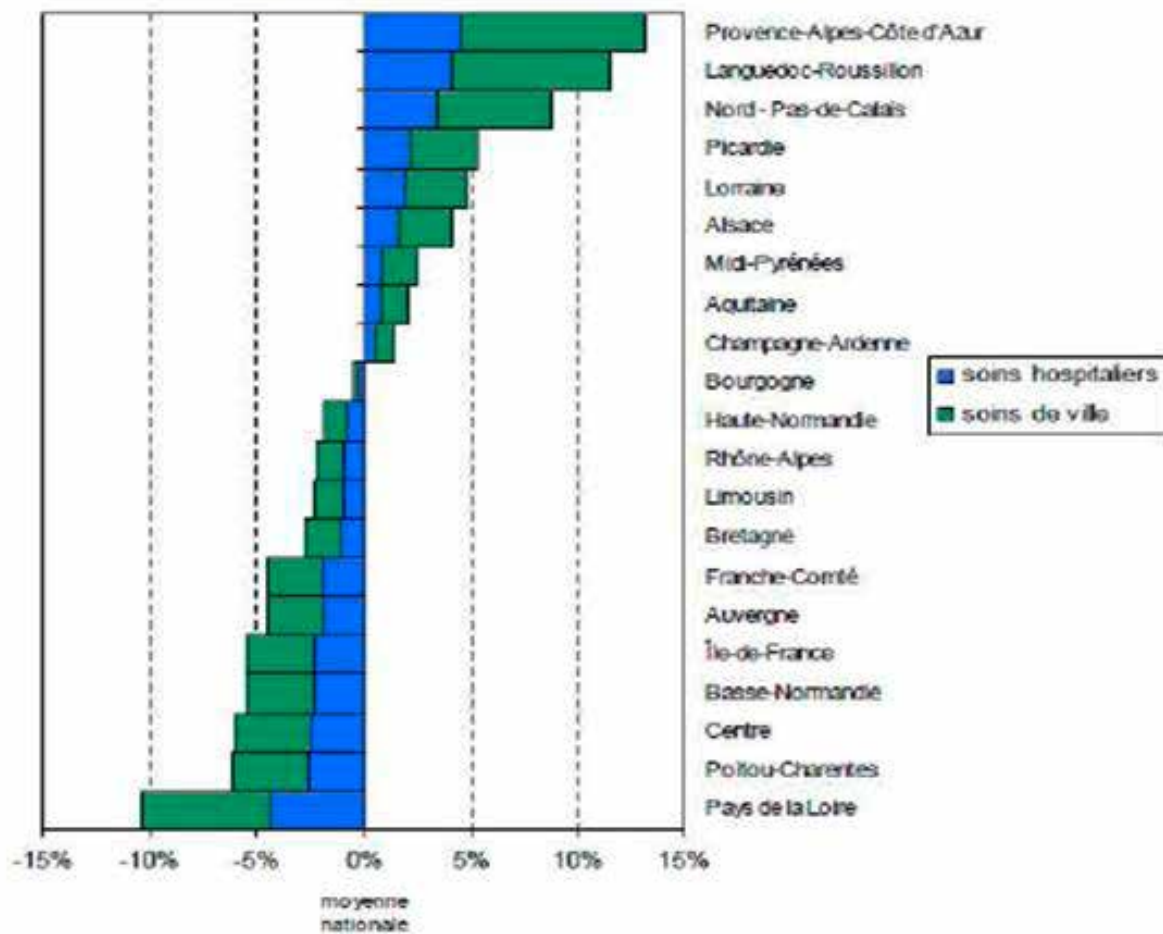
Le secteur médico-social connaît une croissance élevée depuis de nombreuses années. Les causes sont multiples, cependant il convient de souligner que ce secteur a connu de profondes réformes de son mode de tarification et de son périmètre de compétence. Parmi les modifications essentielles figurent l'essor des services de soins à domicile (personnes âgées et personnes handicapées), le mode de rémunération des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que le transfert d'une partie du périmètre des établissements sanitaires (les soins de longue durée) vers le médico-social.

Dans le domaine des soins de ville, les dépenses d'Assurance-Maladie ont connu une croissance modérée suite à la loi de 2004. En 2007, année

politique charnière, elles ont augmenté de plus de 5 %, une augmentation portée par les dépenses faisant l'objet de prescriptions : indemnités journalières, produits de santé et honoraires paramédicaux. C'est au cours de cette année 2007 que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'Assurance-Maladie, créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'AM, émettra pour la première fois un avis d'alerte. Le déclenchement de l'alerte a permis une remobilisation des acteurs qui, ajoutée à la mise en place des franchises médicales au 1^{er} janvier 2008 a permis de ralentir l'augmentation des dépenses à 2,9 % en 2008

Les Pays de la Loire ont le niveau de dépense par habitant le moins élevé des régions françaises (cf graphique).

Répartition des régions selon l'écart par rapport à la moyenne nationale du niveau de consommation de soins totale standardisée par personne



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÈMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.1 ■ La Loire Atlantique

■ Données démographiques

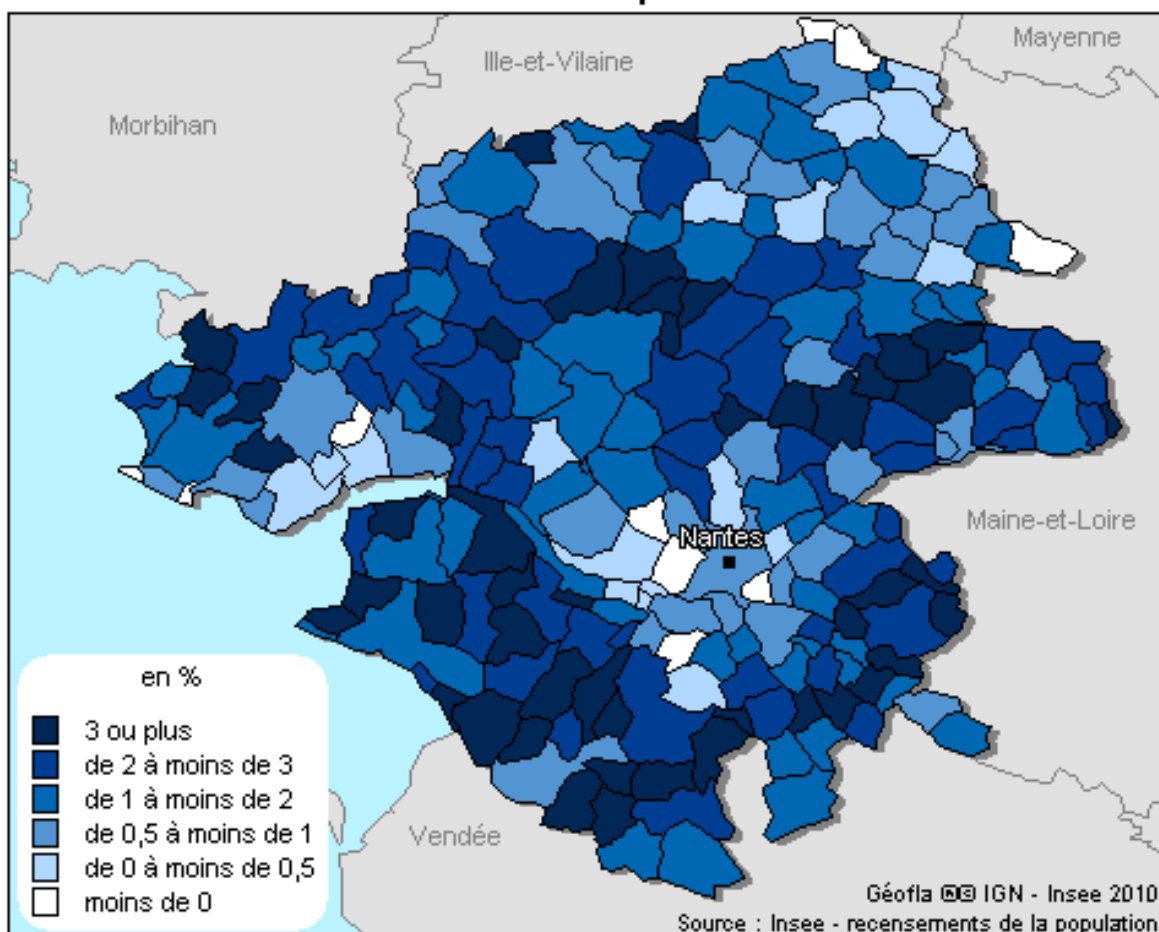
Au 1^{er} janvier 2007, la Loire-Atlantique compte 1 246 800 habitants, soit 36 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la Loire-Atlantique a gagné 113 000 habitants, soit environ 14 000 habitants supplémentaires chaque année.

Depuis 1999, la population de Loire-Atlantique progresse chaque année de 1,2 %, rythme nettement supérieur à celui enregistré dans les années

90. Cette croissance situe la Loire-Atlantique au deuxième rang des départements de la région, juste derrière la Vendée.

Elle s'explique pour moitié (55 %) par l'excédent des arrivants dans le département sur les partants et, pour l'autre moitié, par l'excédent des naissances sur les décès.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Loire-Atlantique entre 1999 et 2007



■ Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Loire Atlantique

Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007	Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Nantes	270 251	283 025	La Chapelle-sur-Erdre	16 391	16 816
Saint-Nazaire	65 874	68 522	La Baule-Escoublac	15 831	16 719
Saint-Herblain	43 726	43 516	Bouguenais	15 627	16 698
Rezé	35 478	37 846	Guérande	13 603	15 356
Saint-Sébastien-sur-Loire	25 223	24 724	Pornic	11 903	13 906
Orvault	235 54	24 564	Châteaubriant	12 065	12 466
Vertou	20 268	21 199	Saint-Brevin-les-Pins	9 594	12 055
Couëron	17 808	18 392	Sainte-Luce-sur-Loire	11 261	11 665
Carquefou	15 377	17 956	Pornichet	9 668	10 442

■ Répartition de la population de Loire Atlantique par sexe et âge

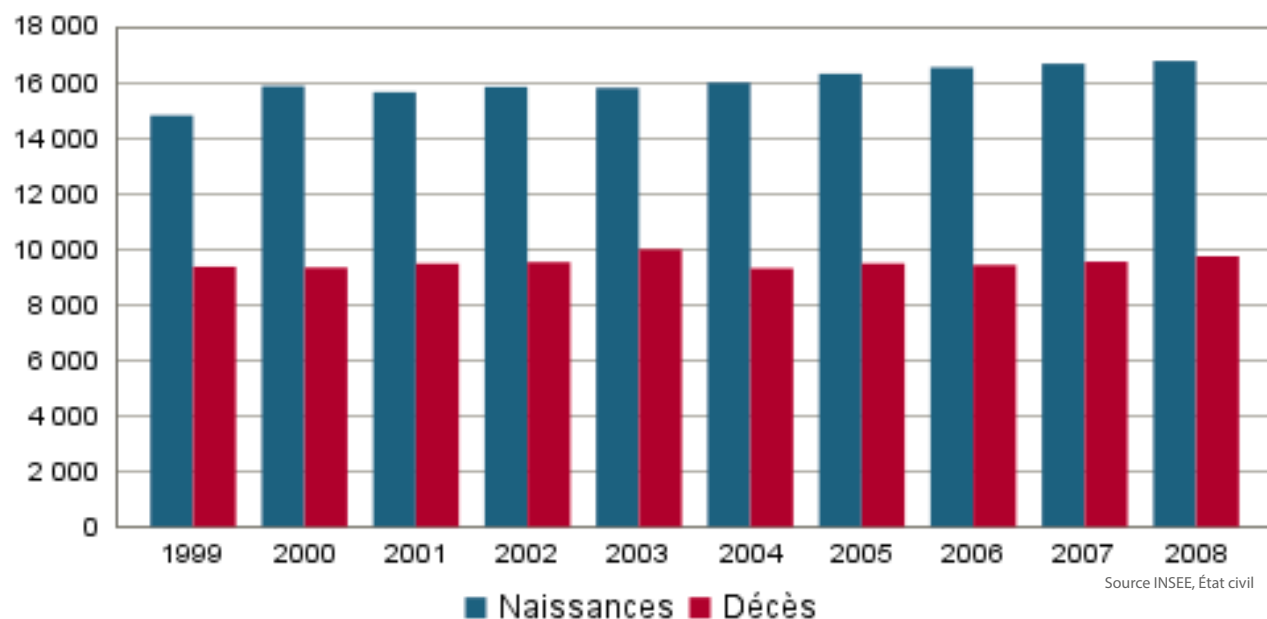
	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	604 892	100,0	641 912	100,0
0 à 14 ans	123 791	20,5	117 640	18,3
15 à 29 ans	124 411	20,6	120 912	18,8
30 à 44 ans	130 556	21,6	131 170	20,4
45 à 59 ans	123 090	20,3	127 407	19,8
60 à 74 ans	69 168	11,4	81 979	12,8
75 à 89 ans	32 121	5,3	56 101	8,7
90 ans ou plus	1 755	0,3	6 702	1,0
0 à 19 ans	166 099	27,5	158 403	24,7
20 à 64 ans	363 008	60,0	368 589	57,4
65 ans ou plus	75 784	12,5	114 920	17,9

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÈMENTS PAR DÉPARTEMENT

■ Naissances et décès en Loire Atlantique de 1999 à 2008



■ Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	dont + de 55 ans		équivalent temps plein
		effectif	part	
Médecins généralistes	1 227	420	34,2%	
Médecins spécialistes	1 422	440	30,9%	
Masseurs-kiné	1 198	206	17,2%	
Infirmiers libéraux	740	135	18,2%	
Infirmiers salariés de CSI	168			126,65
Dentistes	807	194	24,0%	

Source : Assurance-Maladie

■ Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

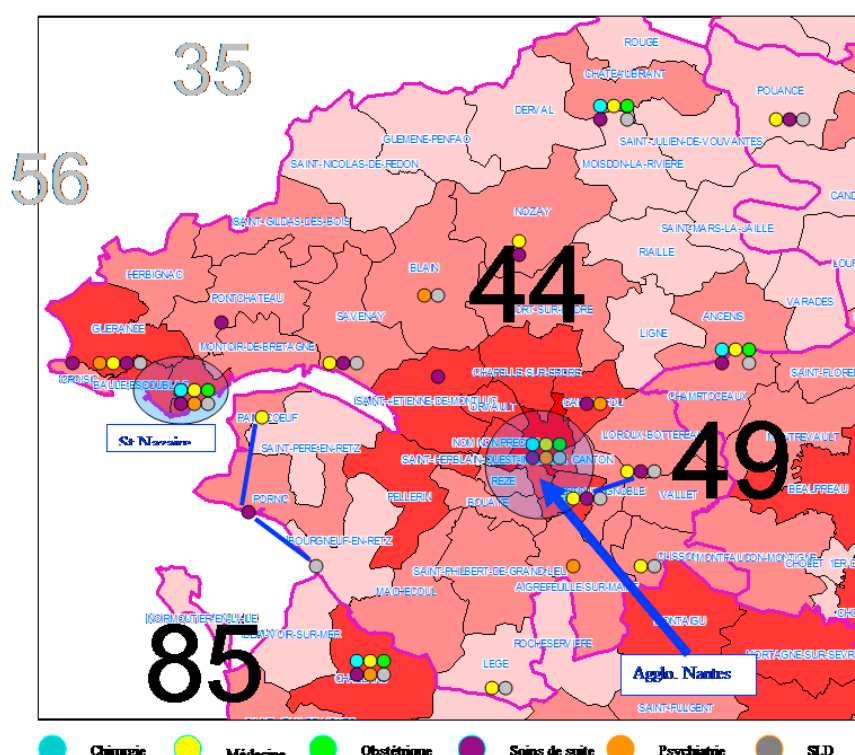
Département	LOIRE ATLANTIQUE										Année de collecte		2008	
Statut	TOUS STATUTS										Nombre d'EJ ou ET interrogés		71	
03/09/2009														
1 - ACTIVITE HOSPITALIERE														
Hospitalisation Complète					Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge	
	Lits installés	Entrées totales	Nbre de journées	C.O. (%)	Nbre de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées	
écdecine	1 802	91 595	577 985	90,66	164	42 313	230 153	42 607		330		6 175		
irurgie	1 658	111 956	429 008	71,87	-			-	390	89 719				
ostétrique	436	30 272	129 857	81,08	18	4 066				409		1 102		
otal s. courte durée	3 896	233 823	1 136 850	81,52	182	46 379	230 153	42 607	390	90 458	-	7 277		
ychiatrie générale	804	10 244	234 545	79,87	417	67 070						54 894	92 558	
ychiatrie infanto-juv.	16	751	3 569	68,69	196	27 111						40 977	11 405	
oins de suite et réadaptation	1 589	15 719	504 725	87,16	125	31 487								
dont réa. fonctionnelle	433	3 783	126 380	80,02	110	28 933								
oins longue durée	1 583	839	574 985	97,35										
autres disciplines					15									
OTAL	7 888	261 376	2 454 674	85,73	935	172 047	180 791	42 607	390	90 458	-	103 148	103 963	
- Suivi de POLITIQUES NATIONALES														
ésence d'une équ.mobilié ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui"				6										
mbre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé				5										
3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES														
FONCTION				Etf total		Dt Etf.		ETP		ETP Moy.				
						Tnp part.		Total		rému.				
Sages femmes				280		148		232,23		256,46				
Pers. encadrement du pers. soignant				527		54		514,42		488,47				
Infirmiers spécialisés				570		244		515,55		530,26				
Infirmiers non spécialisés				5 099		1 855		4 626,57		4 936,55				
Aides soignants				4 674		1 637		4 252,63		4 721,88				
ASH				1 849		442		1 690,33		2 082,00				
Psychologues				194		122		139,72		146,67				
Personnels de rééducation				415		225		339,10		360,51				
Total Services de Soins				13 608		4 727		12 310,55		13 522,80				
Personnel de direction				132		19		125,81		123,99				
Directeurs de soins infirmiers				25		1		23,50		25,16				
Autres pers. administratifs				2 051		768		1 837,28		1 993,29				
Pers. éducatifs et sociaux				292		128		248,80		252,10				
- dont assistants de service social				145		67		123,25		125,97				
Personnels pharmacie				141		56		118,95		126,49				
Personnels laboratoire				308		139		284,79		321,72				
Personnels radiologie				334		114		302,78		316,95				
Autres personnels médico-techniques				42		6		38,21		37,85				
Personnels techniques et ouvriers				2 066		324		1 950,87		2 265,43				
Total Hors Services de Soins				5 391		1 555		4 930,99		5 462,98				
Total personnel non médical salarié				18 999		6 282		17 241,54		18 985,78				
4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES														
FONCTION		Effect. total (*)	Dt Effect. tp part. (*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.								
écdecine Générale		288	152	195,54	2	84								
écialités médicales		747	264	516,39	175	211								
dt anesth. réanimateurs		159	31	141,69	82	9								
écialités chirurgicales		264	86	169,48	217	21								
dt Gynéco.-obstét.		61	14	46,40	27	0								
ychiatres		176	58	140,68	8	0								
odontologues		60	52	26,06		0								
armaciens		95	55	69,65		0								
autres		170	63	111,74	3	19								
OTAL (hors internes)		1 800	730	1 229,54	405	335								
ernes		468		468,00										
des salariés														
- Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES														
EQUIPEMENTS ET SALLES		Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit										
anner		8	63 494											
M		4	15 985	167										
iméra à scintillation		11	26 453											
mog./Cam. positons		1	2 536											
hotripteur		4	976											
hographes Doppler		20	49 889	40										
tal salles d'imagerie		57	329 461	41 157										
lle de coronarographie		6	5 193	21										
lles dest. aux actes sous anest		265	191 951											
tal salles d'interv. Chirurgicales		208	216 901	2 819										
es anesthésiques		42												
lles de surveillance postinterv.		57												
		-												
5 - Activités de SOINS AUTORISES														
Traitements des grands brûlés				Admissions		114		Nb. Interv.		679				
Chirurgie cardiaque				Admissions		3 391		Nb. CEC		1 655				
Neurochirurgie				Admissions		3 805		Nb. Interv.		1 282				
Structures des urgences (général et pédiatrique)				Passages		207 137		% hospit.		11,55				
SMUR (général et pédiatrique)				Nb sorties		7 360		dont primaires		4 886				
SAMU				Nb appels		466 085		Nb affaires		162 643				
Réanimation				Admissions		3 853		Nb pat ventilés		1 028				
Obstétrique				Accouc.		17 618		- dt césar		3 184				
Néonatalogie et soins (niv. 2)				Admissions		3 070		- dt transf.		221				
Réanimation néonatale (niv. 3)				Admissions		437		- dt transf.		103				
Radiothérapie - Accéler. et Cobalt				pass. mach.		116 819		Tot séan.		103 455				
Chimiothérapies				Venues HJ		40 997		Pré délivr.		93 479				
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)				séances		63 575		Patients		464				
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)				Semaines		5 017		Patients		100				
Réadaptation fonctionnelle				Admissions		4 221		Venues		35 395				
6 - Interruptions de Grossesse														
LABORATOIRES		Nbre de B ou P	PHARMACIES	Nbre.										
tes produits pour l'EtS		242 866 291	Lignes de com.	3 617 051										
tes produits pour l'extérieur		10 695 634	Lits avec DJN	3 002										
8 - Prélèvements d'Organes														
Nbre. de sujets prélevés		44												
Nbre. total d'IVG		3 503												
- dont IVG mode médicamenteux		1 234												
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)		160												

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÈMENTS PAR DÉPARTEMENT

>>>

Etablissement	C	M	O	P	S	L
CH Ancenis	X	X	X	X	X	X
CH Chateaubriant	X	X	X	X	X	X
CH Maubreuil Carquefou					X	
CH St Nazaire	X	X	X	X	X	X
CHS Montbert				X		
CHS Pont Pletin Blain				X	X	
CHU Nantes	X	X	X	X	X	X
CI AHD St Augustin Jeanne d'Arc Nantes	X	X	X			
CI bretonne Vieux Nantes	X	X	X		X	
CL Catherine de Sienne Nantes	X	X				
CI de l'Atlantique St Herblain	X	X				
CI Du Parc Nantes				X		
CL Jules Verne Nantes	X					
CL La Briere Guérande				X		
CL NCH Nantes	X	X				
CI Sourille Nantes	X					
CI Ste Marie Chateaubriant	X					
CI urol Atlantique St Herblain	X					
CP la Mainguais Carquefou				X		
CSS Confluent Nantes				X		
CSS Le briard Carquefou				X		
CSS Rez Arvor Nantes				X		
ESPC Centre hôlo marin Pen Bron La Turballe				X		
ESPC CIMPEA Nantes				X		
ESPC CRF La Tourmaline St Herblain				X		
ESPC CRF St Jean de Monta Nantes				X		
ESPC CRLC gaudicheau St herblain	X	X				
ESPC CSS La baronnais Bougenais				X		
ESPC CSS Vigneux de Bretagne				X		
ESPC ESEAN Nantes				X		
ESPC FT La Chicotière St herblain				X		
ESPC HAD Nantes		X		X		
ESPC Le Bodio Pontchâteau				X		
ESPC mutualiste St Sébastien sur Loire				X		
ESPC Pôie mutualiste St Nazaire La baule (CSSN)	X	X	X	X		
ESPC Pôie mutualiste Jules Verne Nantes	X	X				
HL Clisson		X				X
HL Corouze St Logne		X				X
HL Hôpital presqu'île (Guérande, le Croisic)	X	X		X	X	
HL Nozay		X		X		
HL Pays de retz (paimboeuf pomic, Bourgneuf)	X	X	X			
HL Pouancé		X		X	X	
HL Savenay		X		X	X	
HL Sevre et Loire (Vertou Loroux B)		X		X	X	
Les Océanides Pornichet				X		
SISMLA Blain				X		
SLD Cheveux Blancs Orvault						X





ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.2 ■ Le Maine et Loire

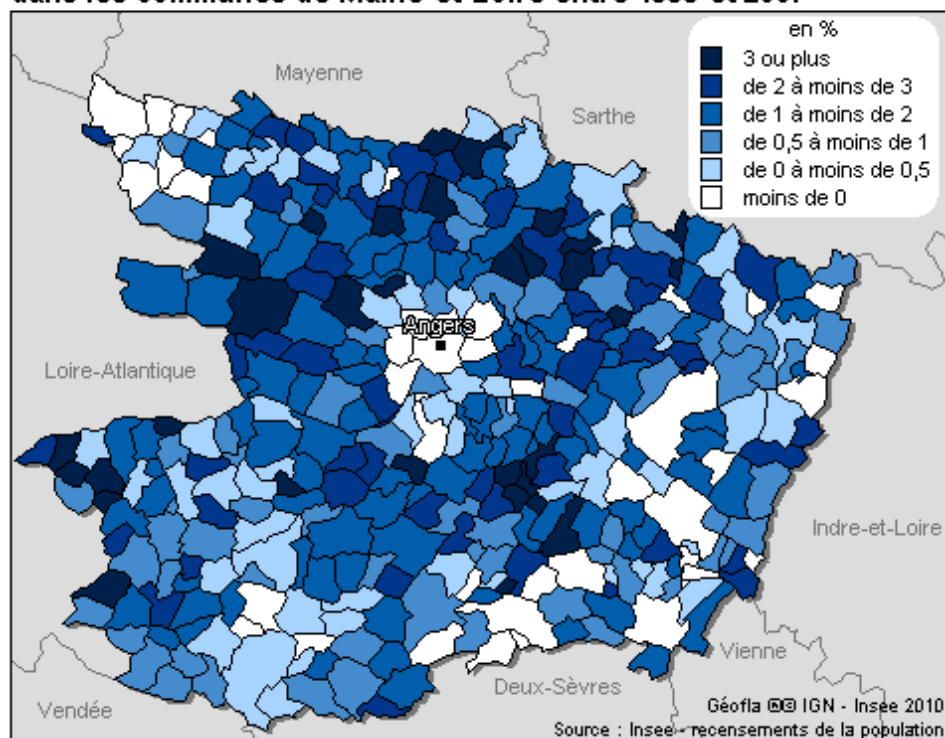
■ Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2007, le Maine-et-Loire compte 770 800 habitants, soit 22 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la population du Maine-et-Loire a augmenté de 38 000 habitants, soit environ 4 700 personnes chaque année.

Depuis 1999, la population du Maine-et-Loire progresse chaque année de 0,6 %. Cette croissance est proche de celle enregistrée dans les départements limitrophes.

Cette croissance s'explique pour 80 % par l'excédent des naissances sur les décès et pour 20 % par l'excédent des arrivées sur les départs en Maine-et-Loire. Au sein de la région, c'est le département pour lequel le solde migratoire contribue le moins à la croissance de la population.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Maine-et-Loire entre 1999 et 2007



■ Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Maine et Loire

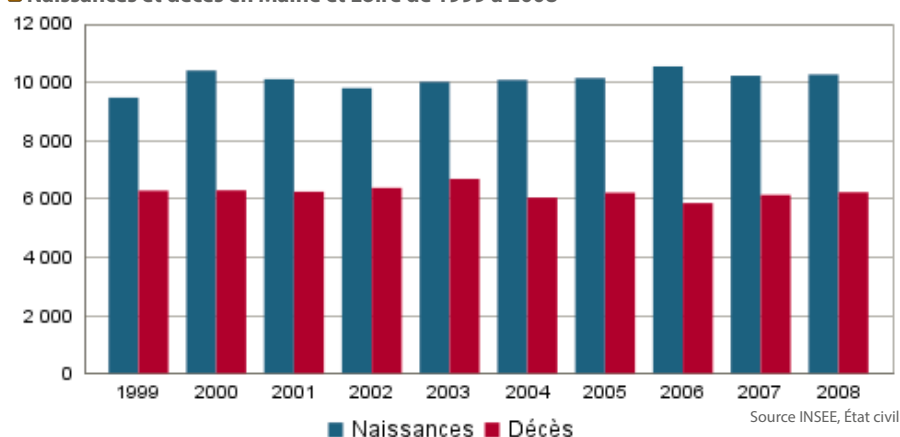
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2 007
Angers	151 279	151 108
Cholet	54 204	54 371
Saumur	29 857	28 113
Avrillé	12 991	12 538
Trélazé	11 025	12 030
Les Ponts-de-Cé	11 387	11 500

■ Répartition de la population en Maine et Loire par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	374 811	100,0	395 961	100,0
0 à 14 ans	77 282	20,6	73 813	18,6
15 à 29 ans	76 164	20,3	75 462	19,1
30 à 44 ans	77 387	20,6	77 400	19,5
45 à 59 ans	74 753	19,9	76 789	19,4
60 à 74 ans	44 188	11,8	51 349	13,0
75 à 89 ans	23 429	6,3	36 488	9,2
90 ans ou plus	1 608	0,4	4 659	1,2
0 à 19 ans	104 248	27,8	100 261	25,3
20 à 64 ans	218 348	58,3	221 614	56,0
65 ans ou plus	52 215	13,9	74 085	18,7

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

■ Naissances et décès en Maine et Loire de 1999 à 2008



■ Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	dont + de 55 ans		équivalent temps plein
		effectif	part	
Médecins généralistes	754	291	38,6%	
Médecins spécialistes	555	226	40,7%	
Masseurs-kiné	572	114	19,9%	
Infirmiers libéraux	465	95	20,4%	
Infirmiers salariés de CSI	140			104,4
Dentistes	380	128	33,7%	

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

Département	MAINE ET LOIRE						Année de collecte	2008	
Statut	TOUS STATUTS						Nombre d'EJ ou ET interrogés	49	

1 - ACTIVITE HOSPITALIERE

- Suivi de POLITIQUES NATIONALES

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

Sages femmes		178	82	153,97	163,51
Pers. encadrement du pers. soignant		332	30	324,35	323,14
Infirmiers spécialisés		311	135	279,05	279,09
Infirmiers non spécialisés		3 420	1 162	3 112,30	3 304,49
Aides soignants		3 427	1 190	3 071,06	3 375,35
ASH		1 114	312	999,53	1 383,42
Psychologues		109	59	79,36	96,44
Personnels de rééducation		248	133	190,63	209,59
Total Services de Soins		9 139	3 103	8 210,25	9 135,03
Personnel de direction		101	20	89,43	87,60
Directeurs de soins infirmiers		14	3	12,92	12,58
Autres pers. administratifs		1 251	441	1 127,38	1 266,92
Pers. éducatifs et sociaux		125	55	103,53	118,47
- dont assistants de service social		67	35	54,54	62,08
Personnels pharmacie		80	29	71,39	80,90
Personnels laboratoire		236	81	218,04	250,45
Personnels radiologie		182	45	171,99	180,40
Autres personnels médico-techniques		21	3	20,06	20,37
Personnels techniques et ouvriers		1 300	221	1 187,76	1 368,17
Total Hors Services de Soins		3 310	898	3 002,50	3 385,86
Total personnel non médical salarié		12 449	4 001	11 212,75	12 520,89

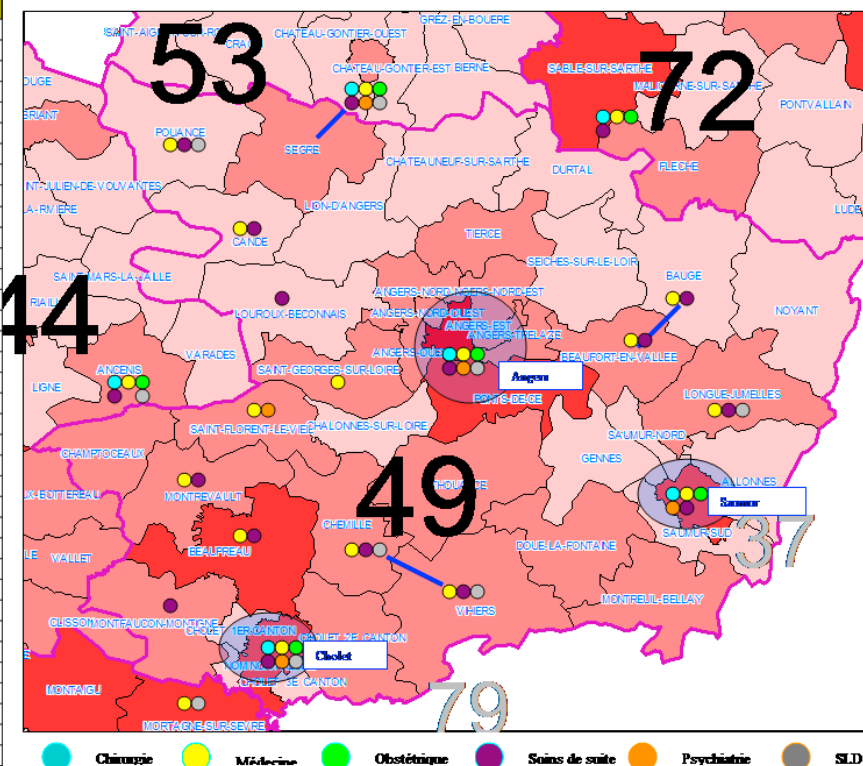
- Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

6 - Activités de SOINS AUTORISES- Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES8 - Prélèvements d'Organes

9 - Interruptions de Grossesse

Nbre. total d'IVG	1 909
- dont IVG mode médicamenteux	782
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	56

Etablissement	C	M	O	P	S	L
Centre Psy Le Pin en Mauges				X		
CH Cholet	X	X	X	X	X	
CH Saumur	X	X	X	X	X	
CHS CESAME Ste Gemmes sur Loire				X		
CHU Angers	X	X	X		X	X
CL Anjou Angers	X	X	X			
CI Centre de la main Angers	X					
CI chirurgicale Loire Saumur	X					
CL Le Parc Cholet	X	X	X			
CI St Didier Avrillé				X		
CI St Joseph Trelaze	X	X			X	
CI St Leonard Trelaze	X	X				
CSS Anjou					X	
CSS Jean Jaures Cholet					X	
CSS Montfaucon Montigné				X		
ESPIC basse vision Angers					X	
ESPIC CRLCC Paul Papin Angers	X	X				
ESPIC CRRRF Angers					X	X
ESPIC CSS St Claude Trelazé					X	
ESPIC Le Chillon Louroux beconnais					X	
ESPIC Recollets Doue La Fontaine					X	
ESPIC St Martin Beaufreuil	X				X	
HAD haut Bocage Cholet	X					
HAD Ouest Anjou Doue la fontaine	X			X		
HAD St Sauveur Angers	X					
HL beaugois Baugé	X			X		
HL Candé	X			X		
HL Chalonnais sur Loire	X			X		
HL Chaudron en mauges	X			X		
HL Chemille Vihiers	X			X	X	
HL Doue la Fontaine	X			X		
HL longue jumelles	X			X	X	
HL Martigné briand	X			X		
HL Mortagne sur Sevre	X				X	
HL St Georges sur Loire	X					
HL St Nicolas Angers						X



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.3 ■ La Mayenne

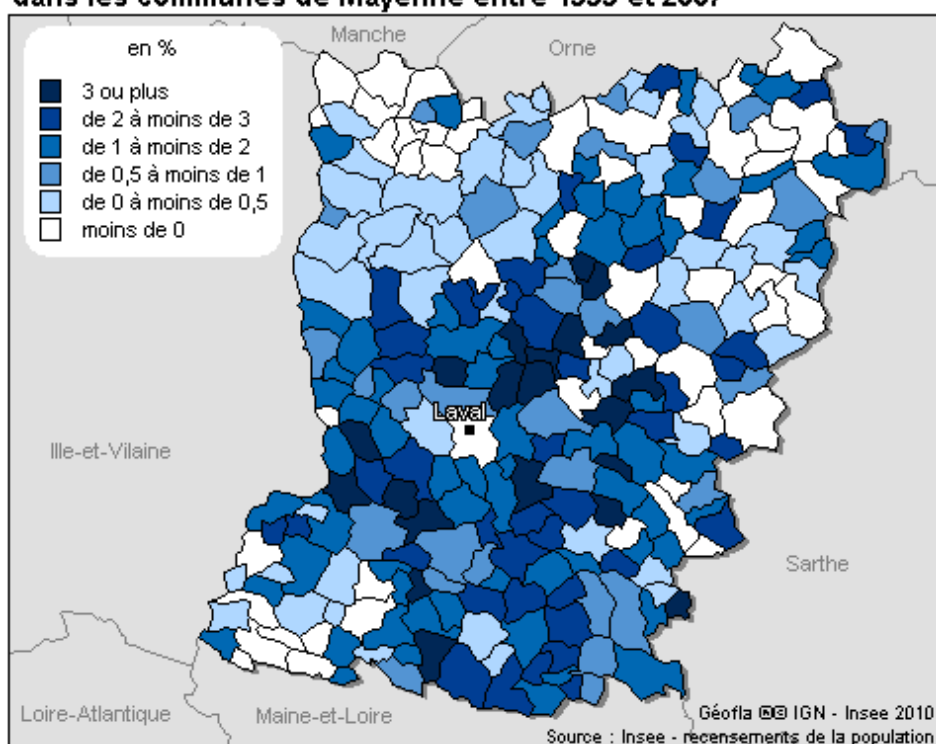
■ Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2007, la Mayenne compte 300 650 habitants, soit 9 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la population de la Mayenne a gagné 15 500 habitants, soit environ 1900 habitants supplémentaires chaque année.

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 s'explique pour 70 % par l'excédent des naissances sur les décès et pour 30 % par l'excédent des arrivées sur les départs.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Mayenne entre 1999 et 2007



■ Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Mayenne :

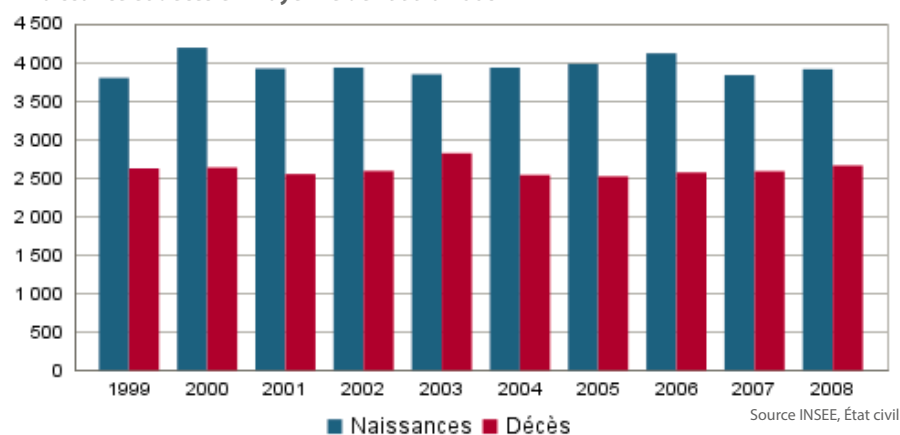
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Laval	50 947	50 613
Mayenne	13 724	13 555
Château-Gontier	11 137	11 181

■ Répartition de la population de Mayenne par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	148 137	100,0	152 504	100,0
0 à 14 ans	30 499	20,6	29 109	19,1
15 à 29 ans	26 603	18,0	24 536	16,1
30 à 44 ans	30 850	20,8	29 355	19,2
45 à 59 ans	30 076	20,3	30 067	19,7
60 à 74 ans	18 898	12,8	21 234	13,9
75 à 89 ans	10 606	7,2	15 976	10,5
90 ans ou plus	606	0,4	2 228	1,5
0 à 19 ans	40 182	27,1	37 807	24,8
20 à 64 ans	84 795	57,2	82 337	54,0
65 ans ou plus	23 161	15,6	32 360	21,2

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

■ Naissance et décès en Mayenne de 1999 à 2008



■ Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	dont + de 55 ans		équivalent temps plein
		effectif	part	
Médecins généralistes	227	101	44,5%	
Médecins spécialistes	157	81	51,6%	
Masseurs-kiné	140	33	23,6%	
Infirmiers libéraux	201	22	10,9%	
Infirmiers salariés de CSI	31			24,62
Dentistes	119	46	38,7%	

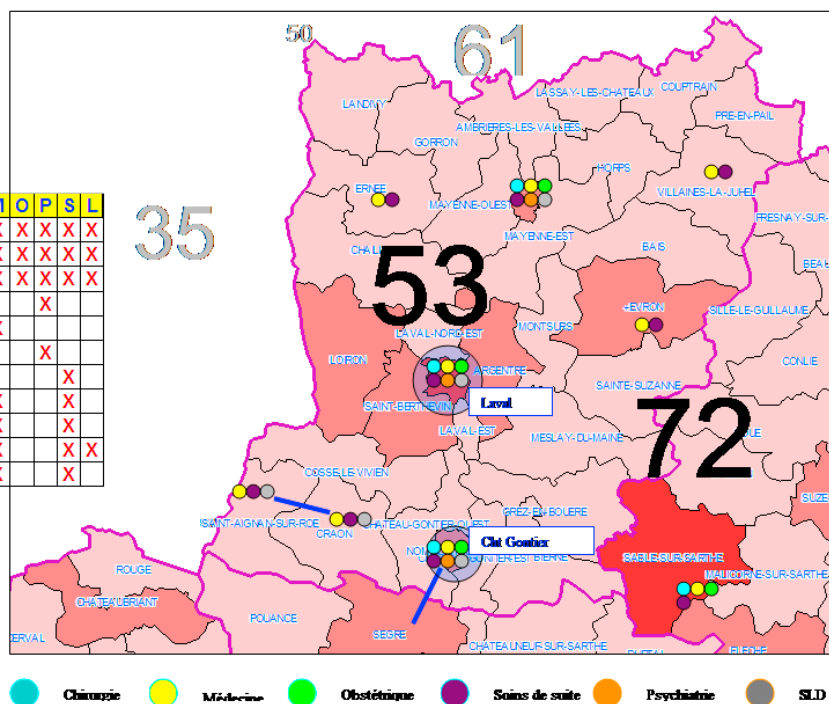
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÈMENTS PAR DÉPARTEMENT

■ Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département		MAYENNE				Année de collecte				2008			
Statut		TOUS STATUTS				Nombre de EJ ou ET interrogés				20			
01/09/2009													
1 - ACTIVITE HOSPITALIERE													

Etablissement	C	M	O	P	S	L
CH haut Anjou (Cht Gontier, Segré, St Gemmes)	X	X	X	X	X	X
CH Laval	X	X	X	X	X	X
CH Mayenne	X	X	X	X	X	X
CHS SIH Mayenne Laval				X		
CI Le Maine Laval	X	X				
CI ND de Pritz Changé				X		
CSS La Bréhonnière Astillé					X	
HL Ernée		X			X	
HL Evron		X			X	
HL Sud mayennais (Craon renazé)		X			X	X
HL Villaines la Juhel		X			X	



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

A.8.4 ■ La Sarthe

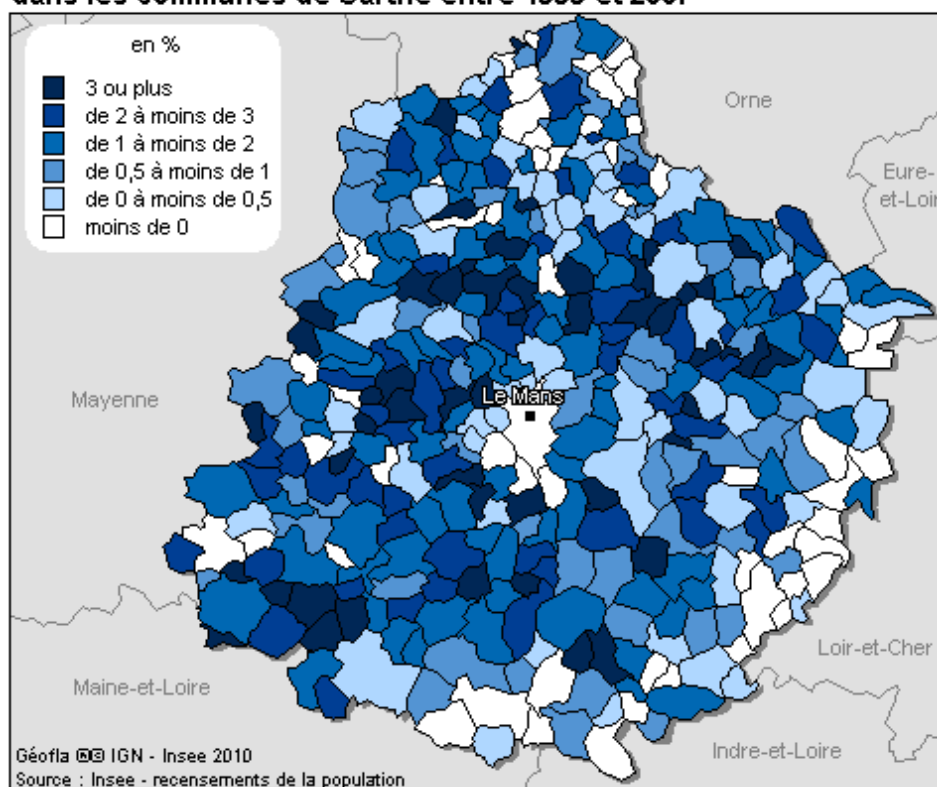
■ Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2007, la Sarthe compte 557 000 habitants, soit 16 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la population de la Sarthe a gagné 27 000 habitants, soit environ 3 400 personnes supplémentaires chaque année.

Depuis 1999, la population de la Sarthe progresse chaque année de 0,6 %, rythme proche de ceux des départements limitrophes.

Cette croissance s'explique pour 45 % par l'excédent des arrivées sur les départs et pour 55 % par l'excédent des naissances sur les décès.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Sarthe entre 1999 et 2007



■ Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Sarthe :

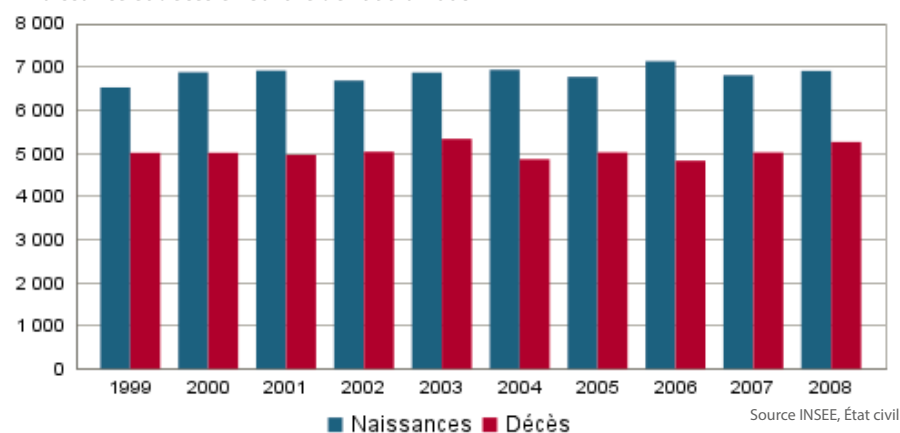
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
Le Mans	146 105	144 164
La Flèche	15 241	15 258
Sablé-sur-Sarthe	12 716	12 579
Allonnes	12 332	11 152

■ Répartition de la population de la Sarthe par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	271 872	100,0	285 074	100,0
0 à 14 ans	53 495	19,7	51 467	18,1
15 à 29 ans	50 392	18,5	47 869	16,8
30 à 44 ans	55 861	20,5	55 798	19,6
45 à 59 ans	56 504	20,8	56 861	19,9
60 à 74 ans	35 477	13,0	40 146	14,1
75 à 89 ans	18 955	7,0	29 025	10,2
90 ans ou plus	1 187	0,4	3 907	1,4
0 à 19 ans	71 540	26,3	68 642	24,1
20 à 64 ans	158 088	58,1	157 265	55,2
65 ans ou plus	42 244	15,5	59 167	20,8

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

■ Naissance et décès en Sarthe de 1999 à 2008



■ Effectifs de professionnels de santé

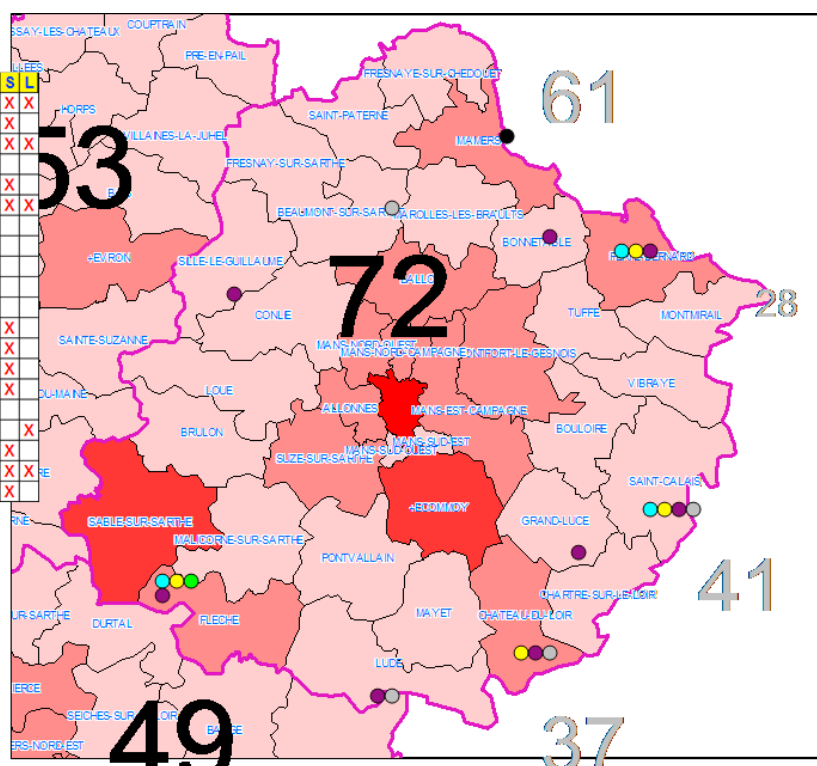
Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	dont + de 55 ans		équivalent temps plein
		effectif	part	
Médecins généralistes	443	230	51,9%	
Médecins spécialistes	489	202	41,3%	
Masseurs-kiné	277	61	22,0%	
Infirmiers libéraux	270	50	18,5%	
Infirmiers salariés de CSI	18			14
Dentistes	220	77	35,0%	

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

[illegible]

F. ACTIVITE HOSPITALIERE													
Hospitalisation Complète					Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
Médecine	1 132	54 471	342 232	84,51	70	6 112	114 218	8 587					
Chirurgie	658	41 329	171 953	72,02	-	34		-	101	25 435			
Obstétrique	191	10 926	48 579	68,97		1 319				4			
Total s. courte durée	1 981	106 726	562 764	78,63	70	7 465	114 218	8 587	101	25 439	-		
Psychiatrie générale	415	7 774	139 014	91,52	146	29 072						68 676	3 446
Psychiatrie infanto-juv.	10	218	2 064	56,39	48	2 553						17 919	85
Soins de suite et réadaptation	902	8 019	282 357	85,83	106	32 576							
- dont réa. fonctionnelle	184	1 204	54 983	81,64	106	32 573							
Soins longue durée	983	535	351 133	97,55									
Autres disciplines													
TOTAL	4 291	123 272	1 337 332	85,74	370	71 666	92 405	8 587	101	25 439	-	86 595	3 531

Etablissement	C	M	O	P	S	L
Ch Château du Loir		X			X	X
Ch La Ferté Bernard	X	X	X		X	X
CH Le Mans	X	X	X	X	X	X
Ch Mamers (dépend de Ch Alençon , Normandie)						
CH PSSL Sablé La Flèche Le Bailleuil	X	X	X	X	X	X
Ch St Calais	X	X			X	X
CHS Allonnes				X		
Cl Le Pré Pasteur Le Mans	X					
Cl Le Tertre Rouge	X		X			
Cl Pôle Santé Sud CIMCM Le Mans	X	X	X			
CL Victor Hugo		X				
CSS Rougemont Le Mans					X	
ESPIC CM Georges Coulon Le Grand Lucé Le mans	X				X	
ESPIC CSS Arche St Saturnin					X	
ESPIC Gallouedec Le Mans Paigné l'Ev.					X	
HAD Sarthe Le Mans		X				
HL Beaumont sur Sarthe						X
HL Bonnetable						X
HL Le Lude					X	X
HL Silly le Guillaume						X



● Chirurgie ● Médecine ● Obstétrique ● Soins de suite ● Psychiatrie ● SLD

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

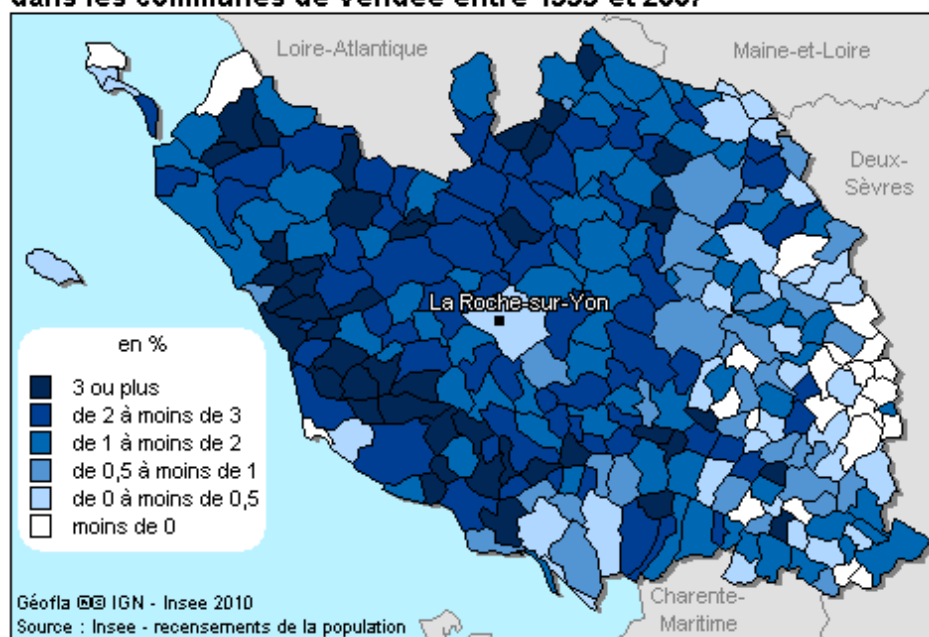
A.8.5 ■ La Vendée

■ Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2007, la Vendée compte 607 500 habitants, soit 18 % des résidents des Pays de la Loire. Au cours des huit dernières années, la Vendée a gagné 68 000 habitants, soit environ 8 500 personnes chaque année.

Depuis 1999, la population de la Vendée progresse chaque année de 1,5 %, rythme le plus élevé des cinq départements de la région. La croissance s'explique pour près de 85 % par l'excédent des arrivées sur les départs en Vendée, 15 % s'expliquant par l'excédent des naissances sur les décès.

Évolution annuelle moyenne de la population dans les communes de Vendée entre 1999 et 2007



Communes de plus de 10 000 habitants en 2007 en Vendée

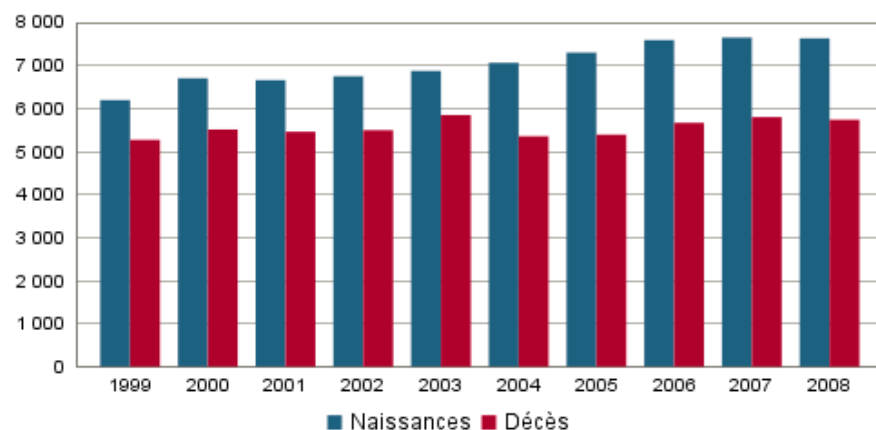
Libellé des communes	Population au RP99	Population municipale 2007
La Roche-sur-Yon	49 262	51 124
Challans	16 132	18 035
Les Sables-d'Olonne	15 532	15 433
Les Herbiers	13 932	14 893
Fontenay-le-Comte	13 792	14 464
Château-d'Olonne	12 908	13 319
Olonne-sur-Mer	10 060	12 510
Saint-Hilaire-de-Riez	8 761	10 248

■ Répartition de la population de Vendée par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	297 810	100,0	309 614	100,0
0 à 14 ans	56 144	18,9	54 001	17,4
15 à 29 ans	51 624	17,3	47 917	15,5
30 à 44 ans	60 641	20,4	59 797	19,3
45 à 59 ans	62 377	20,9	62 499	20,2
60 à 74 ans	44 239	14,9	48 755	15,7
75 à 89 ans	21 731	7,3	32 794	10,6
90 ans ou plus	1 053	0,4	3 851	1,2
0 à 19 ans	74 537	25,0	70 913	22,9
20 à 64 ans	172 416	57,9	170 478	55,1
65 ans ou plus	50 858	17,1	68 224	22,0

Source : Insee, RP2007 exploitation principale.

■ Naissance et décès en Vendée de 1999 à 2008



■ Effectifs de professionnels de santé

Professionnels de santé	Effectifs au 1er janvier 2010	dont + de 55 ans		équivalent temps plein
		effectif	part	
Médecins généralistes	549	243	44,3%	
Médecins spécialistes	381	137	36,0%	
Masseurs-kiné	523	92	17,6%	
Infirmiers libéraux	400	60	15,0%	
Infirmiers salariés de CSI	139			109,02
Dentistes	304	98	32,2%	

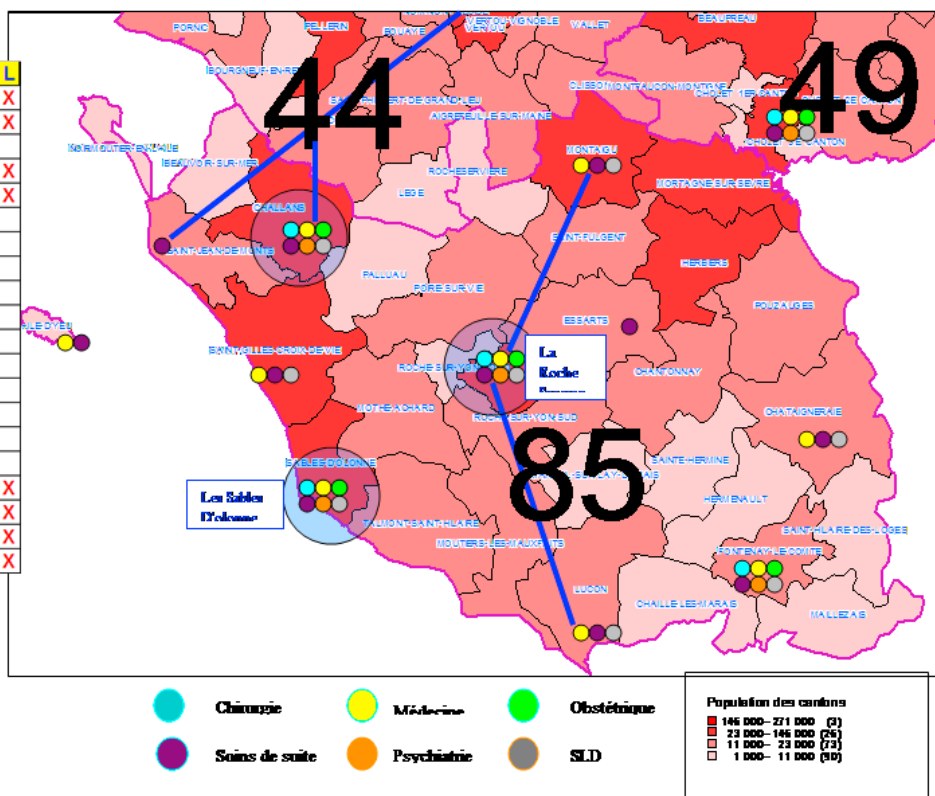
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

PANORAMA STATISTIQUE COMPLÉMENTS PAR DÉPARTEMENT

■ Domaine hospitalier, synthèse activité, équipement, personnel

Département	VENDEE									Année de collecte	2008		
Statut	TOUS STATUTS									Nombre d'EJ ou ET interrogés	36		
01/09/2009													
1 - ACTIVITE HOSPITALIERE													
	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Autres traitements et cures ambulatoires	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nbre. de Séances	Nbre. de journées
Médecine	794	48 070	253 666	89,31	48	5 731	58 960	25 860				1 246	
Chirurgie	458	31 605	128 027	76,82	-	1 053		-	79	20 160			
Obstétrique	160	10 842	40 781	72,83	8	1 194				262			
Total s. courte durée	1 412	90 517	422 474	83,38	56	7 978	58 960	25 860	79	20 422	-	1 246	
Psychiatrie générale	432	4 282	144 991	92,7	208	54 687						39 991	44 205
Psychiatrie infanto-juv.	38	283	6 857	49,3	113	20 347						24 508	2 551
Soins de suite et réadaptation	919	9 401	278 907	86,56	75	16 448							
- dont réa. fonctionnelle	347	3 151	96 197	77,79	68	15 730							
Soins longue durée	769	531	273 332	97,11									
Autres disciplines													
TOTAL	3 570	105 014	1 126 561	88	452	99 460	40 212	25 860	79	20 422	-	65 745	46 756
2 - Suivi de POLITIQUES NATIONALES													
Présence d'une équipe mobile ou unité de soins palliatifs (nbre de "oui")											5		
Nombre de Permanence(s) d'accès aux soins (PASS) (Public et privé)											6		
3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES													
FONCTION		Eff. total	Dt Eff. Tmp. part.	ETP Total	ETP Moy. rémun.								
Sages femmes		112	50	97,23	109,16								
Pers. encadrement du pers. soignant		235	15	231,11	219,07								
Infirmiers spécialisés		160	45	149,89	157,74								
Infirmiers non spécialisés		2 051	775	1 863,98	2 102,38								
Aides soignants		2 165	801	1 968,40	2 247,71								
ASH		829	279	759,68	909,29								
Psychologues		92	56	65,65	72,74								
Personnels de rééducation		177	77	145,76	154,60								
Total Services de Soins		5 821	2 098	5 281,70	5 972,69								
Personnel de direction		61	9	57,79	56,00								
Directeurs de soins infirmiers		7	0	7,00	5,82								
Autres pers. administratifs		751	297	670,80	768,42								
Pers. éducatifs et sociaux		126	48	113,11	117,70								
- dont assistants de service social		32	17	26,42	31,20								
Personnels pharmacie		59	23	53,83	63,50								
Personnels laboratoire		89	37	81,86	85,68								
Personnels radiologie		122	40	112,23	128,54								
Autres personnels médico-techniques					16,17								
Personnels techniques et ouvriers		869	141	824,17	933,81								
Total Hors Services de Soins		2 084	595	1 920,79	2 175,64								
Total personnel non médical salarié		7 905	2 693	7 202,49	8 148,33								
4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES													
FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effect. tp part. (*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.								
Médecine Générale	171	66	127,33	2	51								
Spécialités médicales	213	77	167,87	34	30								
- dt anesth. réanimateurs	31	2	30,50	16									
Spécialités chirurgicales	74	24	55,89	50	11								
- dt Gynéco-obstét.	36	15	24,09	6	4								
Psychiatres	51	9	44,06										
Odontologistes													
Pharmaciens	35	22	24,50										
Autres	44	19	32,64	3	3								
TOTAL (hors internes)	588	217	452,29	89	95								
Internes	114		114,00										
5 - Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES													
EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit										
Scanner	6	33 894											
IRM	2	4 388											
Caméra à scintillation	2	4 801											
Tomog./Cam. positons	0												
Lithotripleur	0												
Echographes Doppler	8	22 427	153										
Total salles d'imagerie	26	157 126	21 209										
Salle de coronarographie	1	1 090											
Salles dest. aux actes sous anest.	65	54 665											
- dt salles d'interv. Chirurgicales	51	49 807	813										
Sites anesthésiques	14												
Salles de surveillance postinterv.	18												
-	-												
6 - Activités de SOINS AUTORISES													
Traitements des grands brûlés	Admissions	Nb. Interv.											
Chirurgie cardiaque	Admissions	Nb. CEC											
Neurochirurgie	Admissions	Nb. Interv.											
Structures des urgences (général et pédiatrique)	Passages	% hospit.											
SMUR (général et pédiatrique)	Nb sorties	dont primaires											
SAMU	Nb appels	Nb affaires											
Réanimation	Admissions	Nb pat ventilés											
Obstétrique	Accouc.	- dt césar											
Néonatalogie et soins (niv. 2)	Admissions	- dt transf.											
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions	- dt transf.											
Radiothérapie - Accéléler. et Cobalt	pass. mach.	Tot séan.											
Chimiothérapies	Venues HJ	Pré délivr.											
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	séances	Patients											
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines	Patients											
Réadaptation fonctionnelle	Admissions	Venues											
7 - Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES													
LABORATOIRES	Nbre de b ou p	PHARMACIES	Nbre.										
Actes produits pour l'Ets	49 155 231	Lignes de com.	2 374 250										
Actes produits pour l'extérieur	4 532 705	Lits avec DJN	2 080										
8 - Prélèvements d'Organes													
Nbre. de sujets prélevés	10												
9 - Interruptions de Grossesse													
Nbre. total d'IVG	1 032												
- dont IVG mode médicamenteux	581												
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	19												

ement	C	M	O	P	S	L
igu	X	X	X		X	X
d'Olonne	X	X	X		X	X
		X	X	X	X	
ins)	X	X	X	X	X	X
Roche				X		X
ur mer	X					
	X	X	X		X	
Comte	X					
e, Les Sables)					X	
irts					X	
F Le Comote,)				X		
					X	
nts Nantes					X	
de Vie					X	
		X				
		X			X	
		X			X	
					X	
					X	
	X				X	X



SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

728

■ La mortalité générale en Loire-Atlantique	728
■ La mortalité prématurée en Loire-Atlantique	730
■ Les admissions en affection de longue durée en Loire-Atlantique	732
■ Les cancers en Loire-Atlantique	734
■ Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Loire-Atlantique	736
■ Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Loire-Atlantique	738
■ Les maladies de l'appareil circulatoire en Loire-Atlantique	740
■ Le diabète en Loire-Atlantique	741
■ La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool en Loire-Atlantique	742
■ Les suicides en Loire-Atlantique	744
■ Les décès par accident de la circulation en Loire-Atlantique	746
■ Les décès par chute après 65 ans en Loire-Atlantique	747
■ Méthodologie	748

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

750

■ La mortalité générale en Maine-et-Loire	750
■ La mortalité prématurée en Maine-et-Loire	752
■ Les admissions en affection de longue durée en Maine-et-Loire	754
■ Les cancers en Maine-et-Loire	756
■ Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Maine-et-Loire	758
■ Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Maine-et-Loire	760
■ Les maladies de l'appareil circulatoire en Maine-et-Loire	762
■ Le diabète en Maine-et-Loire	763
■ La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool en Maine-et-Loire	764
■ Les suicides en Maine-et-Loire	766
■ Les décès par accident de la circulation en Maine-et-Loire	768
■ Les décès par chute après 65 ans en Maine-et-Loire	769
■ Méthodologie	770

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

772

■ La mortalité générale en Mayenne	772
■ La mortalité prématurée en Mayenne	774
■ Les admissions en affection de longue durée en Mayenne	776
■ Les cancers en Mayenne	778
■ Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Mayenne	780
■ Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Mayenne	782

■ Les maladies de l'appareil circulatoire en Mayenne	784
■ Le diabète en Mayenne	785
■ La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool en Mayenne	786
■ Les suicides en Mayenne	788
■ Les décès par accident de la circulation en Mayenne	790
■ Les décès par chute après 65 ans en Mayenne	791
■ Méthodologie	792

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE 794

■ La mortalité générale en Sarthe	794
■ La mortalité prématurée en Sarthe	796
■ Les admissions en affection de longue durée en Sarthe	798
■ Les cancers en Sarthe	800
■ Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Sarthe	802
■ Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Sarthe	804
■ Les maladies de l'appareil circulatoire en Sarthe	806
■ Le diabète en Sarthe	807
■ La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool en Sarthe	808
■ Les suicides en Sarthe	810
■ Les décès par accident de la circulation en Sarthe	812
■ Les décès par chute après 65 ans en Sarthe	813
■ Méthodologie	814

SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE 816

■ La mortalité générale en Vendée	816
■ La mortalité prématurée en Vendée	818
■ Les admissions en affection de longue durée en Vendée	820
■ Les cancers en Vendée	822
■ Les cancers du poumon et cancers des voies aérodigestives supérieures en Vendée	824
■ Les cancers du sein et cancers du colon-rectum en Vendée	826
■ Les maladies de l'appareil circulatoire en Vendée	828
■ Le diabète en Vendée	829
■ La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool en Vendée	830
■ Les suicides en Vendée	832
■ Les décès par accident de la circulation en Vendée	834
■ Les décès par chute après 65 ans en Vendée	835
■ Méthodologie	836

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

La Loire-Atlantique présente une mortalité générale et une mortalité prématurée supérieures à la moyenne régionale chez les hommes, et proches de cette moyenne chez les femmes. Les admissions en ALD y sont également légèrement plus fréquentes chez les hommes.

Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment défavorable en matière de cancers (en particulier de cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures et du sein), de maladies cardiovasculaires avant l'âge de 65 ans, 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 Loire-Atlantique au sein de la région apparaît par contre plutôt favorable en matière de diabète, de suicide, de décès par accident de la circulation.

L'analyse de ces données au niveau des dix territoires met en évidence des situations particulièrement contrastées, avec de façon globale, une situation plus défavorable dans les territoires situés au Nord et à l'Ouest du département.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Loire-Atlantique, à partir d'une analyse des données de mortalité, d'admissions en affection de longue durée (ALD) et d'incidence des cancers.

La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territo-

riales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire.

Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité générale en baisse

■ En Loire-Atlantique comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 29 % chez les hommes (- 25 % en Pays de la Loire) et de 26 % chez les femmes (- 23 %) (fig1).

■ Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 36 %) et les cancers (- 22 %).

■ Une mortalité générale supérieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

■ La baisse de la mortalité a été plus marquée en Loire-Atlantique que dans l'ensemble des Pays de la Loire, permettant au département de réduire son écart avec la moyenne régionale. Ainsi, à structure d'âge comparable, la mortalité des hommes du département, qui était supérieure de 10 %

à la moyenne régionale au début des années 1990, ne la dépasse plus que de 4 % sur la période récente. La mortalité féminine, supérieure de 4 % à la moyenne régionale au début des années 1990, est désormais proche de cette moyenne (fig1).

■ Des disparités territoriales importantes

■ Dans huit des dix territoires du département, la mortalité générale est supérieure à la moyenne régionale (+31 % sur Redon-Pontchâteau-St Gildas). La métropole nantaise est le seul territoire qui présente une sous-mortalité.

Enfin, le territoire de Divatte-Sèvre-Clisson connaît une mortalité proche de la moyenne régionale (fig2).

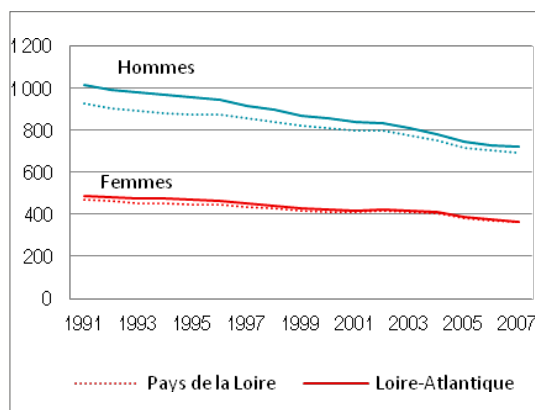
■ Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

■ Comme en France et dans la région, les cancers (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des habitants de la Loire-Atlantique.

■ Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

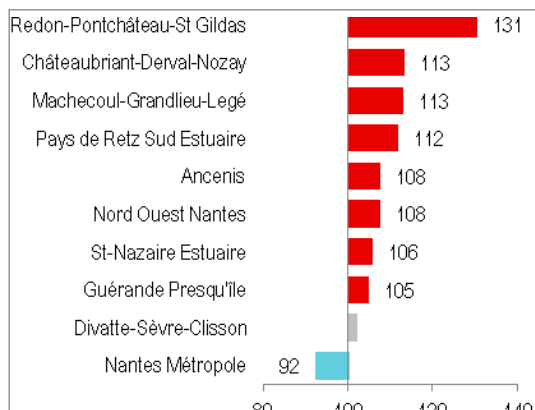
■ La mortalité due aux pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* occupe une place non négligeable dans la mortalité des habitants de la Loire-Atlantique. 3,9 % des décès masculins et 1,3 % des décès féminins sont en effet provoqués par ces affections (fig3).

■ Fig1. Évolution du taux standardisé de mortalité générale



Sources : Inserm CépiDc, Insee

■ Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Loire-Atlantique

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	1 724	34,9	1 123	24,6
dont : - poumon	358	7,2	107	2,3
- côlon - rectum	164	3,3	155	3,4
- VADS, œsophage	168	3,4	32	0,7
- sein	4	0,1	221	4,8
- prostate	166	3,4	-	-
Maladies appareil circulatoire	1 236	25,0	1 425	31,2
dont : - cardio. ischémiques	405	8,2	331	7,2
- mal. vascul. cérébrales	264	5,3	368	8,1
Traumatismes et empoisonnements	456	9,2	283	6,2
dont : - accidents vie courante	199	4,0	186	4,1
- suicides	171	3,5	58	1,3
- accidents circulation	63	1,3	21	0,5
Maladies appareil respiratoire	269	5,4	264	5,8
Pathologies liées à l'alcool*	193	3,9	59	1,3
Sida	6	0,1	2	0,1
Autres causes	1 054	21,5	1 416	30,8
Toutes causes	4 938	100,0	4 572	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de

la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

■ Une mortalité prématurée supérieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

■ 2 140 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire-Atlantique, entre 2004 et 2008 (fig4).

■ Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (31 %) que chez les femmes (14 %).

■ Comme la mortalité générale, la mortalité prématurée en Loire-Atlantique est supérieure à la moyenne régionale pour les hommes (+ 5 %), et est proche de cette moyenne pour les femmes.

Cette surmortalité masculine résulte principalement d'une surmortalité par cancer et maladies cardiovasculaires chez les hommes de moins de 65 ans du département.

■ Une mortalité prématurée évitable proche de la moyenne régionale

■ Environ 750 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et près de 80 % concernent des hommes..

■ En Loire-Atlantique, la mortalité prématurée évitable est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

■ Des écarts très importants entre les territoires

Des territoires avec une mortalité prématurée inférieure à la moyenne...

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée est significativement inférieure dans les territoires Divatte-Sèvre-Clisson (- 17 %), Nord Ouest Nantes (- 11 %), et Nantes Métropole (- 4 %) (fig5).

... peu différente de cette moyenne...

La mortalité prématurée des habitants des territoires d'An-cenis et de Machecoul-Grandlieu-Légé est proche de la moyenne régionale.

... et supérieure

■ En revanche, la mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne régionale dans les territoires de St Nazaire Estuaire (+ 29 %), Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 28 %), Châteaubriant-Derval-Nozay (+ 24 %), Pays de Retz Sud Estuaire (+ 18 %),Guérande Presqu'île (+ 16 %).

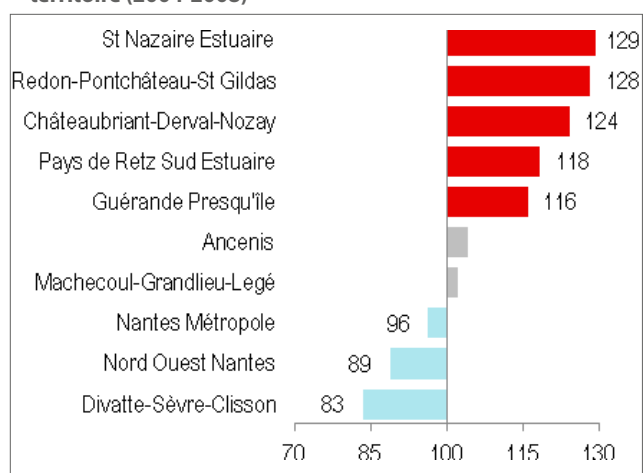
■ Ces territoires sont également ceux où la mortalité prématurée évitable est significativement supérieure à la moyenne régionale (fig6).

■ Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Ancenis	93	356	449	21 %
Châteaubriant-Derval-Nozay	112	401	513	22 %
Divatte Sèvre Clisson	119	463	582	20 %
Guérande Presqu'île	141	588	729	19 %
Machecoul Grandlieu-Légé	98	378	476	21 %
Nantes Métropole	917	2 919	3 836	24 %
Nord Ouest Nantes	142	507	649	22 %
Pays de Retz Sud Estuaire	149	554	703	21 %
Redon-Pontchâteau-St Gildas	105	417	522	20 %
St Nazaire Estuaire	265	786	1 051	25 %
Loire-Atlantique	2 142	7 368	9 510	23 %

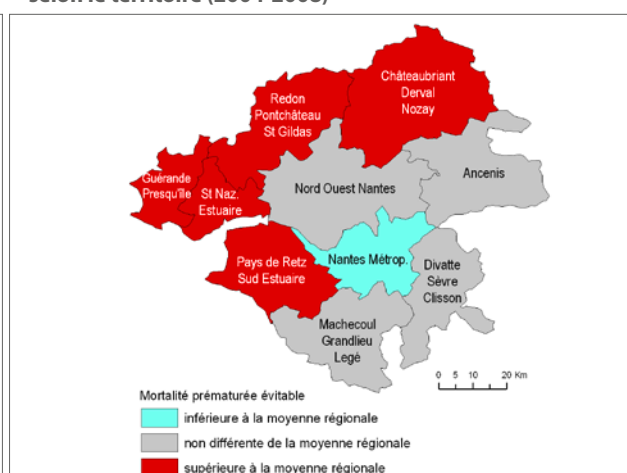
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

■ Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

■ Environ 22 900 personnes résidant en Loire-Atlantique ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale (fig7).

■ Les maladies cardiovasculaires (33 %), les cancers (27 %) et le diabète (13 %) sont à l'origine de 73 % des admissions en ALD30 dans la population de la Loire-Atlantique (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

■ Une fréquence des admissions en ALD légèrement supérieure à la moyenne régionale

■ Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 est légèrement supérieure en Loire-Atlantique (+ 1 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.

■ Ce constat est lié notamment à une fréquence plus élevée des admissions pour cancers (+ 3 %), affections psychiatriques (+ 3 %), maladie d'Alzheimer et autres démences (+ 8 %),

maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (+ 9 %), insuffisance respiratoire chronique grave (+14 %). Par contre, la fréquence des admissions pour diabète est inférieure de 6 % à la moyenne régionale. Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est proche de cette moyenne.

■ Des écarts très importants entre les territoires

Des territoires avec une fréquence d'admission supérieure à la moyenne régionale...

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement supérieure dans les territoires de St Nazaire Estuaire (+ 22 %), Pays de Retz Sud Estuaire (+ 13 %), Châteaubriant-Derval-Nozay (+ 8 %), Machecoul-GrandLieu-Légé (+ 7 %), et Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 7 %) (fig8).

... peu différente de cette moyenne...

La fréquence des admissions en ALD30 des habitants des territoires de Guérande Presqu'île et du Nord Ouest Nantes est proche de la moyenne régionale.

... et inférieure à moyenne

En revanche, la fréquence de ces admissions est significativement inférieure à la moyenne régionale dans les territoires de Divatte-Sèvre-Clisson (- 9 %), Ancenis (- 5 %) et Nantes Métropole (- 4 %).

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 12 de ce document.

■ Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Loire-Atlantique (2007-2009)

n°ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	7	53	333	359	752
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	2	4	20	27	54
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiques	1	31	580	380	992
5 - Insuffisance cardiaque, troubles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	50	79	731	1 145	2005
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1	84	275	39	400
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	21	67	39	1	128
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	36	268	2 214	571	3 088
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	68	125	158	56	407
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8	6	3	1	18
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	8	19	31	8	67
12 - Hypertension artérielle sévère	2	53	1 061	764	1 880
13 - Maladie coronaire	1	111	1 259	627	1 998
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	45	52	298	198	592
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	144	937	1 081
16 - Maladie de Parkinson	0	2	107	158	267
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	18	38	73	9	138
18 - Mucoviscidose	5	2	0	0	7
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	13	33	104	111	261
20 - Paraplégie	3	15	22	8	47
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	3	24	35	13	74
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12	62	185	50	309
23 - Affections psychiatriques de longue durée	185	677	664	153	1 679
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	6	109	50	7	172
25 - Sclérose en plaques	0	58	35	1	94
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	33	13	1	0	46
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	74	47	3	124
28 - Suites de transplantation d'organe	1	1	6	0	7
29 - Tuberculose active, lèpre	4	34	22	9	69
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	36	492	4 077	1 571	6 176
Total	568	2 587	12 572	7 207	22 934

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

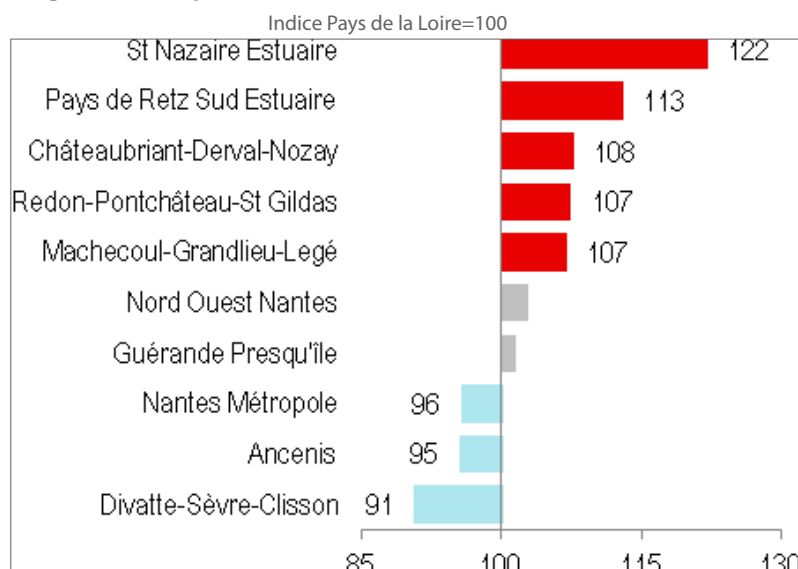
>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

>>>

■ Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)



LES CANCERS EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans

le contexte national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

■ 7 000 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année

■ 7 050 nouveaux cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Loire-Atlantique entre 2006 et 2008, selon le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée.

Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (6 000 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (2 850 décès annuels) (fig9).

■ Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (360 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (220 décès annuels) (fig9).

■ Les cancers, plus fréquents en Loire-Atlantique qu'au niveau régional

■ Globalement, la fréquence des cancers en Loire-Atlantique et la mortalité liée à ces affections sont supérieures à la moyenne régionale.

Chez les hommes, les taux d'incidence mesurés par le Registre des cancers, les taux d'admissions en ALD et les taux de mortalité sont ainsi supérieurs à la moyenne régionale de respectivement 14 %, 5 % et 5 %.

Chez les femmes, les taux d'incidence et d'admissions en ALD sont également supérieurs à la moyenne de respectivement 13 % et 3 %. La mortalité par cancer des femmes du département n'est par contre pas différente de la moyenne régionale.

■ Les données du Registre des cancers montrent que cette situation défavorable du département par rapport à la région est notamment liée à une incidence plus élevée des cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures, du rein, de la vessie et du système nerveux central, du mélanome de la peau et de certaines hémopathies malignes pour les deux sexes, ainsi que du cancer du sein et du côlon-rectum chez les femmes.

■ Une situation épidémiologique défavorable à l'Ouest du département

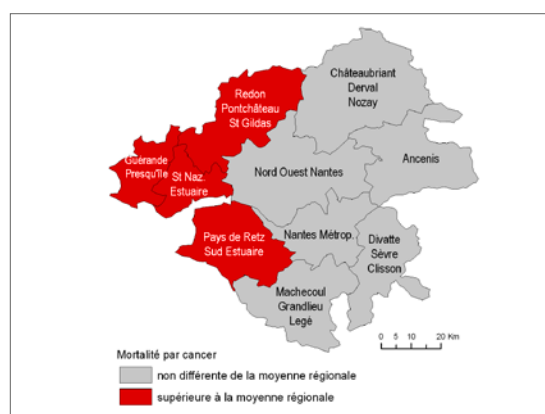
- La mortalité par cancer est supérieure à la moyenne régionale dans les quatre territoires de l'Ouest du département : Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 18 %), Guérande Presqu'île (+ 10 %), Pays de Retz Sud Estuaire (+ 8 %) et St Nazaire Estuaire (+ 6 %) (fig10).
- L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans les trois derniers de ces territoires (fig11).

■ **Fig9. Nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués, d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Loire-Atlantique**

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	1 169	-	1 067	-	166	-
Sein	14	1 110	13	1 201	4	221
Côlon-rectum	415	355	346	292	164	155
Poumon	445	136	321	102	358	107
VADS, œsophage	403	79	330	62	168	32
Lymphome malin non hodgkinien	147	105	116	91	48	43
Mélanome de la peau	113	138	84	106	20	19
Foie	184	31	125	24	175	39
Rein	131	70	106	62	47	22
Vessie	142	37	166	40	49	20
Leucémie	83	62	100	76	56	41
Pancréas	76	65	59	50	72	67
Thyroïde	36	103	28	90	2	4
Estomac	83	41	59	36	60	34
Corps utérus	-	97	-	145	-	49
Col utérus	-	48				
Ovaire	-	91	-	79	-	63
Autres	645	400	354	324	335	207
Total	4 086	2 968	3 274	2 780	1 724	1 123

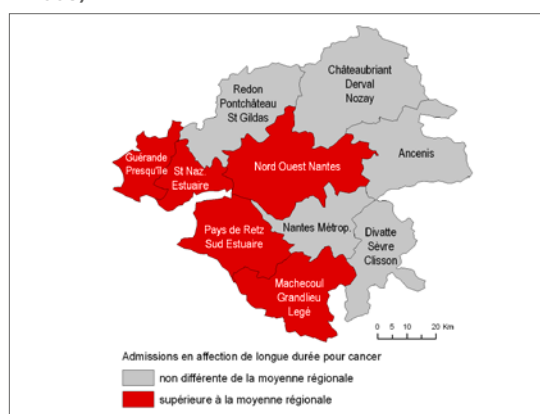
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée ; Cnamts, CCMSA, RSI ; Inserm CépiDc ; exploitation ORS

■ **Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ **Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La

mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Le cancer du poumon, plus fréquent en Loire-Atlantique...

■ Les taux d'incidence du cancer du poumon mesurés par le Registre des cancers, sont nettement supérieurs à la moyenne régionale, avec des écarts qui atteignent 15 % chez les hommes et 33 % chez les femmes sur la période 2006-2008.

■ Enfin, la mortalité par cancer du poumon n'est significativement pas différente de la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes.

■ ... et en particulier dans les territoires les plus urbanisés

■ À structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du poumon est significativement supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : St Nazaire Estuaire et Nantes Métropole (fig12).

■ L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans les deux territoires de St Nazaire Estuaire et Nantes Métropole

■ À l'inverse, une sous-mortalité par cancer du poumon est observée dans trois territoires :
- Châteaubriant-Derval-Nozay,
- Machecoul-Grandlieu-Légé,
- et Ancenis.

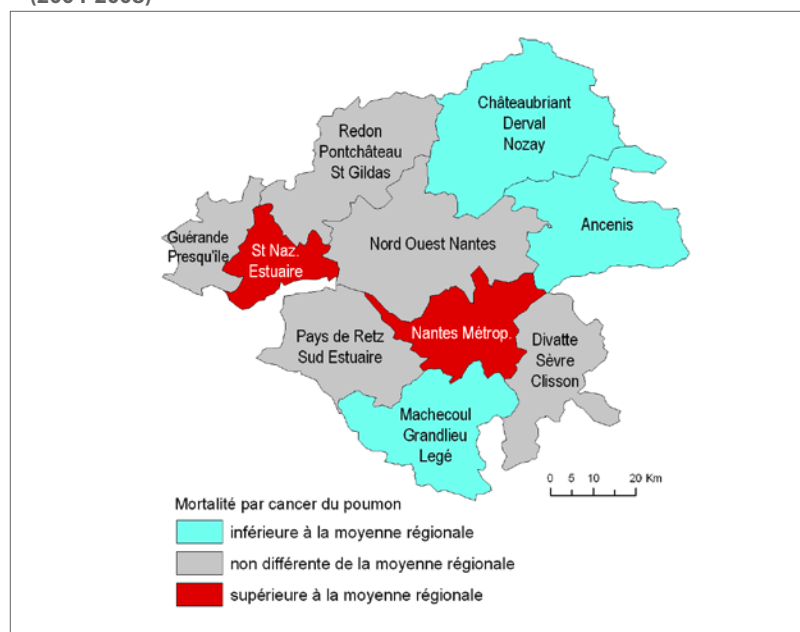
■ Une fréquence également élevée des cancers des voies aérodigestives supérieures

■ Les taux d'admissions en ALD ainsi que les taux de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des habitants de la Loire-Atlantique sont significativement supérieurs à la moyenne régionale, de respectivement 11 % et 9 %. Ce constat défavorable est confirmé par les données du Registre des cancers.

■ Mais la situation apparaît également défavorable dans quatre autres territoires, qui présentent des taux d'admissions en ALD et de mortalité élevés bien que ces taux soient non statistiquement différents de la moyenne régionale. Il s'agit des territoires de :
- Redon-Pontchâteau-St Gildas,
- Châteaubriant-Derval-Nozay,
- Guérande Presqu'île,
- et Pays de Retz Sud Estuaire.

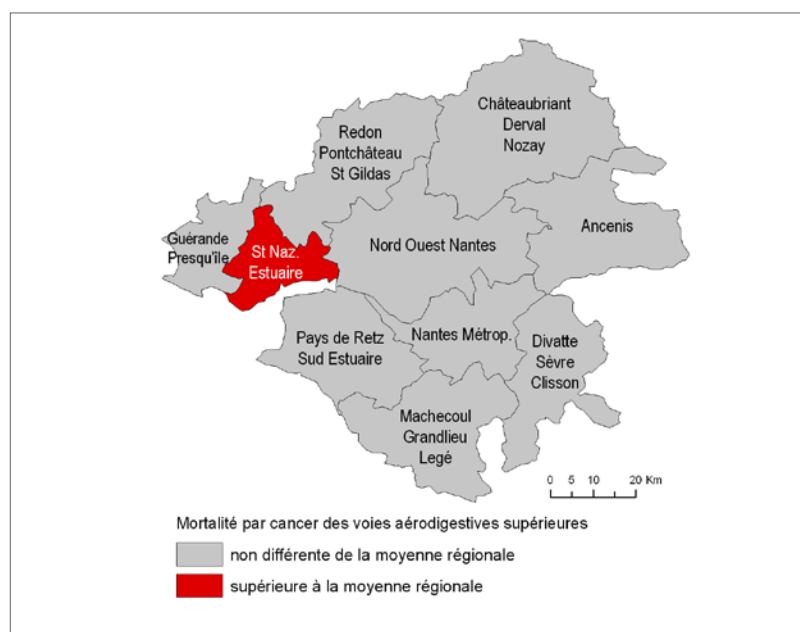
■ L'analyse infra-départementale montre qu'un seul territoire, celui de St Nazaire Estuaire, présente un taux d'admissions en ALD et un taux de mortalité pour les cancers des VADS significativement supérieurs à la moyenne régionale (respectivement + 58 % et + 41 %) (fig13).

■ Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national.

Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale.

Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

■ Une incidence du cancer du sein supérieure à la moyenne régionale en Loire-Atlantique...

■ Le taux d'incidence du cancer du sein, mesuré par le Registre des cancers, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cette affection, sont supérieurs de respectivement 8 % et 6 % à la moyenne régionale.

■ Par contre, la mortalité n'est pas différente de cette moyenne sur la période 2004-2008.

■ ... et deux territoires avec une forte surmortalité

■ La mortalité par cancer du sein est nettement supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires : Divatte-Sèvre-Clisson (+ 31 %) et Châteaubriant-Derval- Nozay (+ 27 %) (fig14).

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1996 en Loire-Atlantique. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 65 % sur la pé-

riode 2009-2010. Ce taux est proche à la moyenne régionale (64 %), et supérieur à la moyenne nationale (52 %).

■ Cancer du côlon-rectum : une situation assez proche de la moyenne régionale dans le département...

■ Globalement, la fréquence des admissions en ALD et la mortalité pour les cancers colorectaux parmi les habitants de la Loire-Atlantique ne sont pas statistiquement différentes de la moyenne régionale.

Il convient de noter, toutefois, que le taux féminin d'incidence de ce cancer, mesuré par le Registre des tumeurs, est supérieur à la moyenne régionale sur la période 2006-2008 (+ 8 %).

■ ... et dans la plupart des territoires

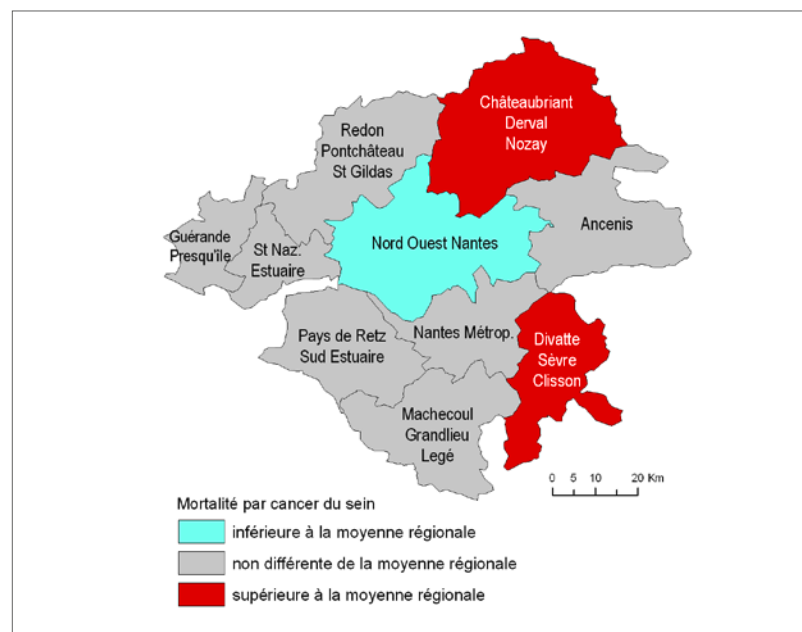
■ Dans les territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale, à l'exception de celui de Nantes Métropole où une sous-mortalité pour ce cancer est observée (- 10 %) (fig15).

■ L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD ne montre aucune différence entre les territoires du département et la région.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1996 en Loire-Atlantique. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépisLe dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2008 en Loire-

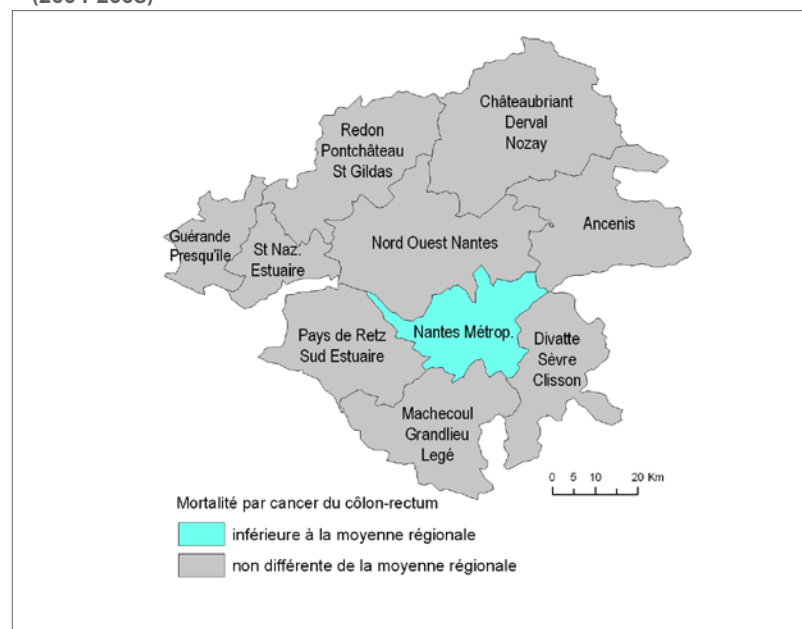
Atlantique. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 46 % sur la période 2009-2010. Ce taux est supérieur à la moyenne régionale (43 %) et nationale (34 %).

■ Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008))



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi infé-

rieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

■ Une mortalité cardiovasculaire en Loire-Atlantique légèrement supérieure à la moyenne régionale

■ Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (7 350 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (2 660 décès annuels, dont 255 avant 65 ans).

■ La mortalité cardiovasculaire dans le département dépasse de 3 % la moyenne régionale. Cet écart est un peu plus marqué (+ 6 %) pour la mortalité cardiovasculaire prématurée, c'est-à-dire pour les décès qui surviennent avant 65 ans.

■ La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans le département est, par contre, très proche de la moyenne régionale.

■ Une mortalité cardiovasculaire avant 65 ans élevée dans certains territoires

■ Trois territoires du département connaissent une forte mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires : St Nazaire Estuaire (+ 37 %), Redon-Pontchâteau-St Gildas (+ 35 %), et Châteaubriant-Derval-Nozay (+ 30 %) (fig17). Ces résultats sont cohérents avec les données d'ALD30 qui montrent une plus grande fréquence de ces admissions dans ces territoires.

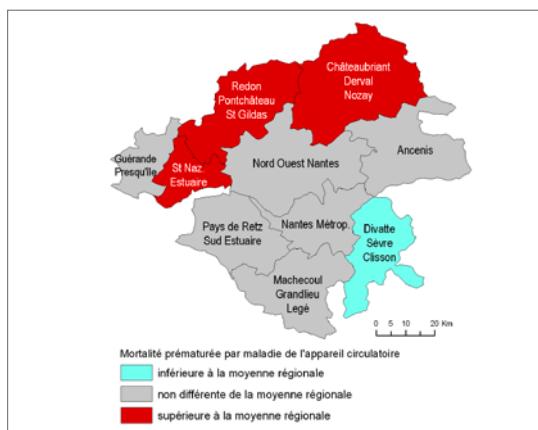
■ Par ailleurs, les deux territoires de Pays de Retz Sud Estuaire et de Machecoul-Grandlieu-Légé présentent un taux élevé d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires.

■ Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN LOIRE-ATLANTIQUE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

■ Des admissions en ALD pour diabète moins fréquentes qu'au niveau régional

- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 3 100 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 13 % du nombre total d'admissions en ALD30.
- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est inférieur de 6 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.

- Cette moindre fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvée dans deux territoires du département : Guérande Presqu'île et Nantes Métropole. En revanche, le territoire de Pays de Retz Sud Estuaire présente un taux d'admissions en ALD pour diabète supérieur à la moyenne régionale.

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN LOIRE - ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée directement à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

■ Une mortalité supérieure de 10 % à la moyenne régionale 250 décès

■ 250 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire-Atlantique entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (77 %) concernent des hommes (fig18).

■ La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Loire-Atlantique est supérieure de 10 % à la moyenne régionale (+ 10 % pour les hommes ; + 14 % pour les femmes).

■ Trois territoires particulièrement touchés

■ Trois territoires présentent une mortalité significativement supérieure à la moyenne régionale (fig19) :

- St Nazaire Estuaire (+ 51 %),
- Pays de Retz Estuaire (+ 45 %),
- Machecoul-Grandlieu-Légé (+ 32 %).

■ Dans deux autres territoires (Châteaubriant-Derval-Nozay et Guérande Presqu'île), on constate également une mortalité supérieure d'environ 20 % à la moyenne régionale. Mais ces écarts ne sont pas suffisants pour être statistiquement significatifs.

La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route

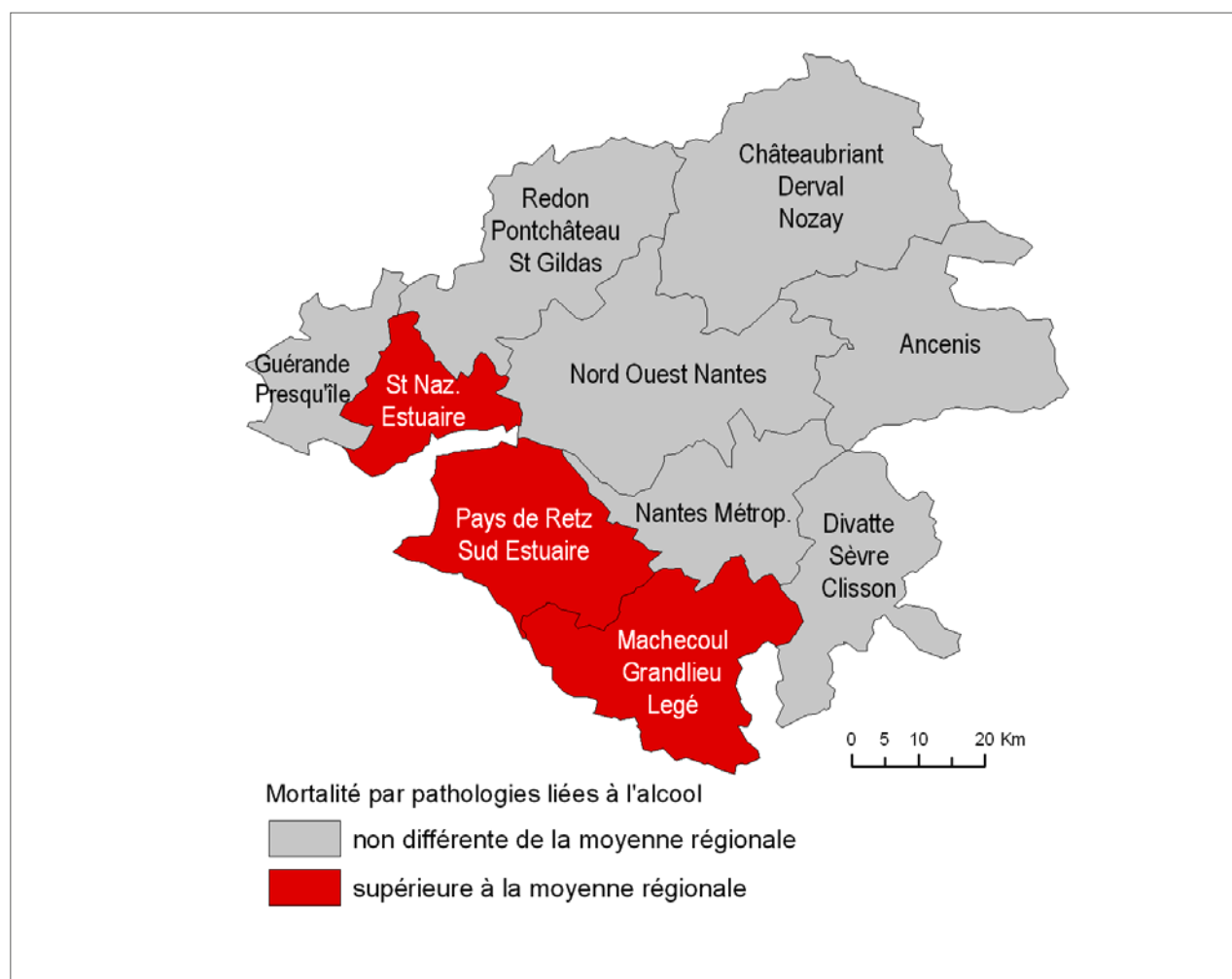
notamment. L'alcool est ainsi en cause dans 39 % des accidents mortels survenus en Loire-Atlantique entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Loire-Atlantique (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	15	3
45-54 ans	46	12
55-64 ans	59	17
65-74 ans	43	16
75 ans et +	29	11
Total	193	59

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES SUICIDES EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la

région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par suicide inférieure de 11 % à la moyenne régionale...

■ 230 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Loire-Atlantique entre 2004 et 2008. 75 % de ces décès concernent des hommes (fig20).

■ La mortalité par suicide en Loire-Atlantique est inférieure de 10 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 11 % pour les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif.

■ ... mais un territoire avec une « forte » surmortalité

■ Cette sous-mortalité dans le département est liée à la forte sous-mortalité par suicide dans la métropole nantaise. La population de ce territoire présente en effet une mortalité inférieure de 32 % à la moyenne régionale (fig21).

■ Par contre, le territoire de Châteaubriant-Derval- Nozay se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 37 %).

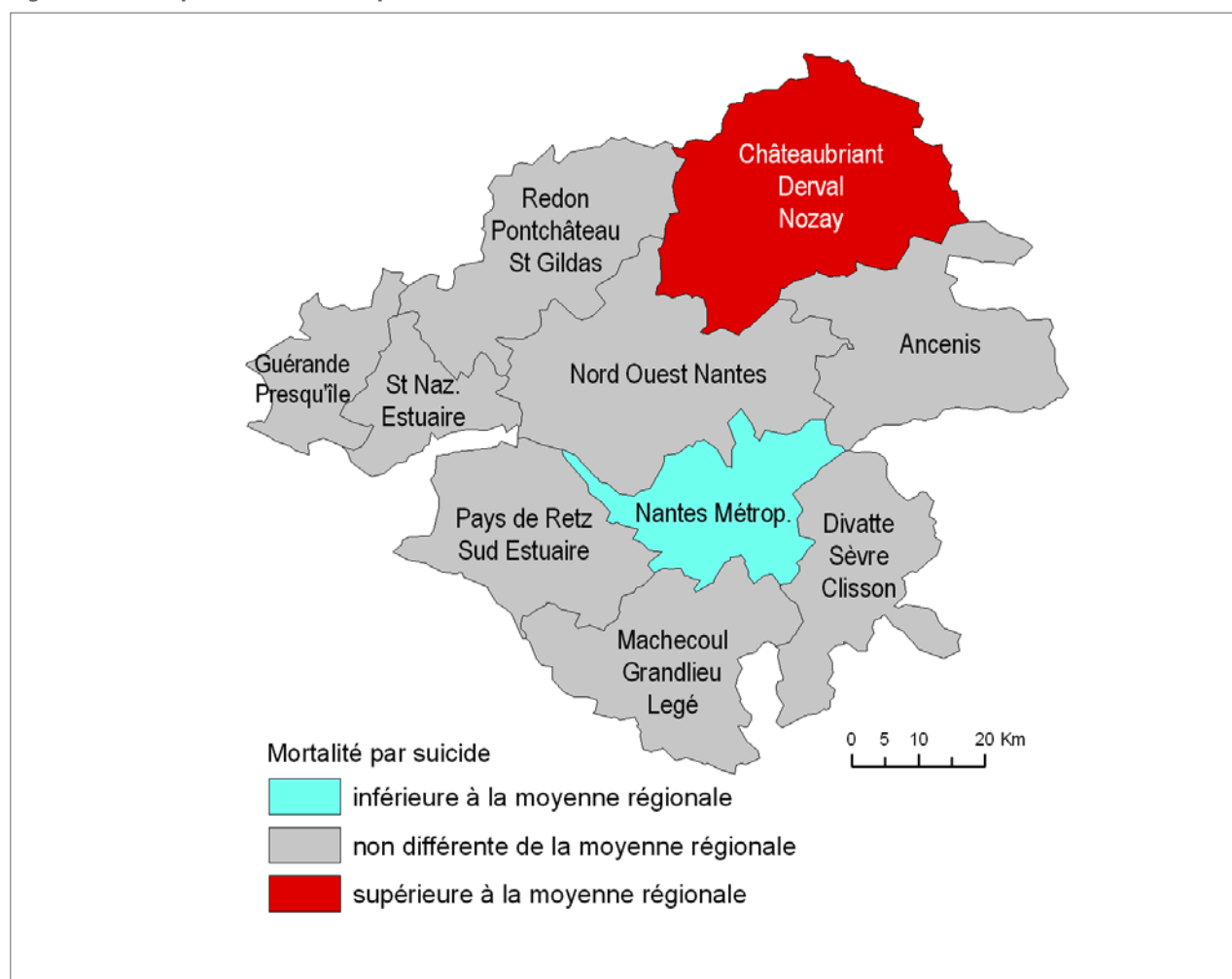
■ Enfin, les taux de mortalité par suicide apparaissent également élevés dans les territoires d'Ancenis, de Redon- Pontchâteau-St Gildas et de Pays de Retz Sud Estuaire.

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Loire-Atlantique (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	9	3
25-34 ans	22	5
35-44 ans	43	9
45-54 ans	37	12
55-64 ans	22	12
65-74 ans	16	7
75 ans et +	21	10
Total	171	58

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le

contexte national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité par accident de la circulation inférieure à la moyenne régionale...

■ 84 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Loire-Atlantique entre 2004 et 2008. 75 % de ces décès concernent des hommes

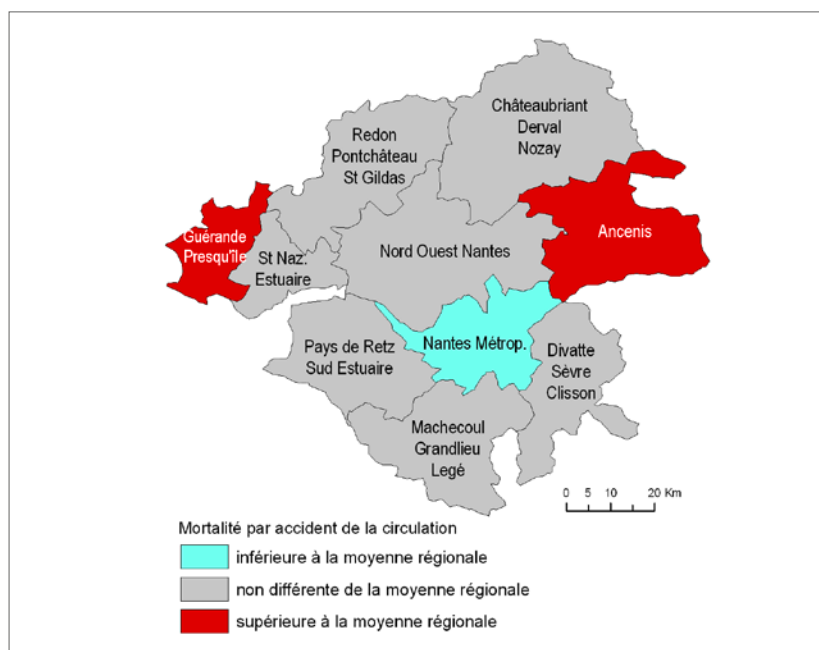
■ La mortalité par accident de la circulation en Loire-Atlantique est inférieure de 17 % à la moyenne régionale (- 15 % pour les hommes, - 19 % pour les femmes).

■ ... mais deux territoires présentent une surmortalité

■ Cette sous-mortalité des habitants du département est liée à la forte sous-mortalité par accident de la circulation dans la métropole nantaise (- 52 %) (fig22). Par contre, deux

territoires du département se distinguent par une mortalité par accident de la circulation supérieure à la moyenne régionale : Ancenis et Guérande Presqu'île.

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN LOIRE-ATLANTIQUE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Loire-Atlantique dans le

contexte national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans supérieure à la moyenne régionale...

■ Entre 2004 et 2008, 149 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Loire-Atlantique. 64 % de ces décès concernent des femmes.

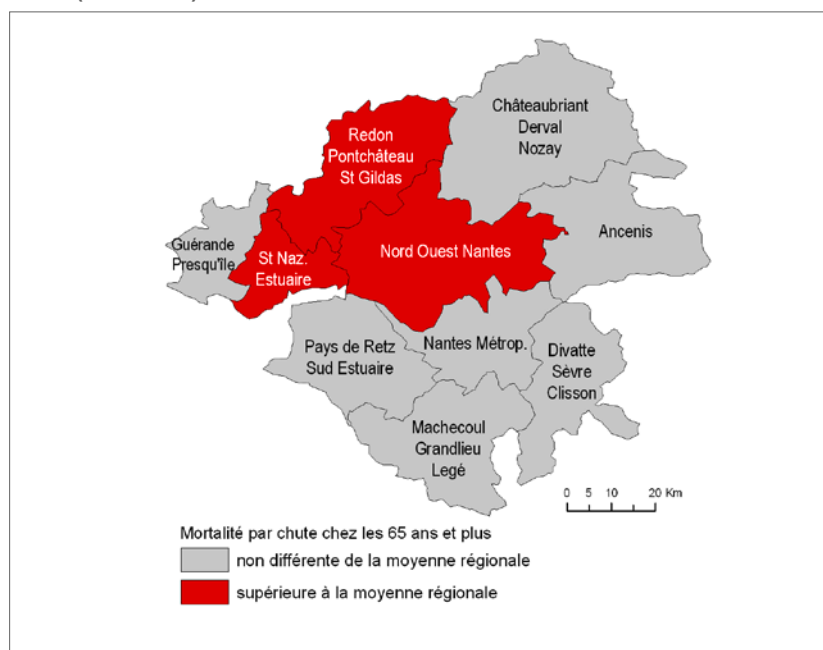
■ En Loire-Atlantique, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est supérieure de 8 % à la moyenne régionale.

■ ... trois territoires concernés

■ La mortalité par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus est supérieure à la moyenne régionale dans trois territoires du département (fig23) :

- St Nazaire Estuaire,
- Redon/Pontchâteau/St Gildas,
- et Nord Ouest Nantes.

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN LOIRE-ATLANTIQUE

MÉTHODOLOGIE Trois sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

■ Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 98 % de la population de la Loire-Atlantique. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des marins/Enim plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Loire-Atlantique, dans les territoires littoraux. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ces territoires. Toutefois, selon les données obtenues auprès de l'Enim, cette sous-estimation apparaît très faible.

■ Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

■ Incidence des cancers Les données d'incidence des cancers

Les données d'incidence des cancers présentées dans ce document ont été mises à disposition par le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. Elles concernent les nouveaux cas de cancers diagnostiqués parmi les habitants du département sur la période 2006-2008. Les comparaisons à la moyenne régionale reposent sur des indices comparatifs, calculés à partir des dernières estimations d'incidence régionales établies par le réseau des Registres des cancers français, Francim, pour l'année 2005. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %.

■ Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10.

Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %.

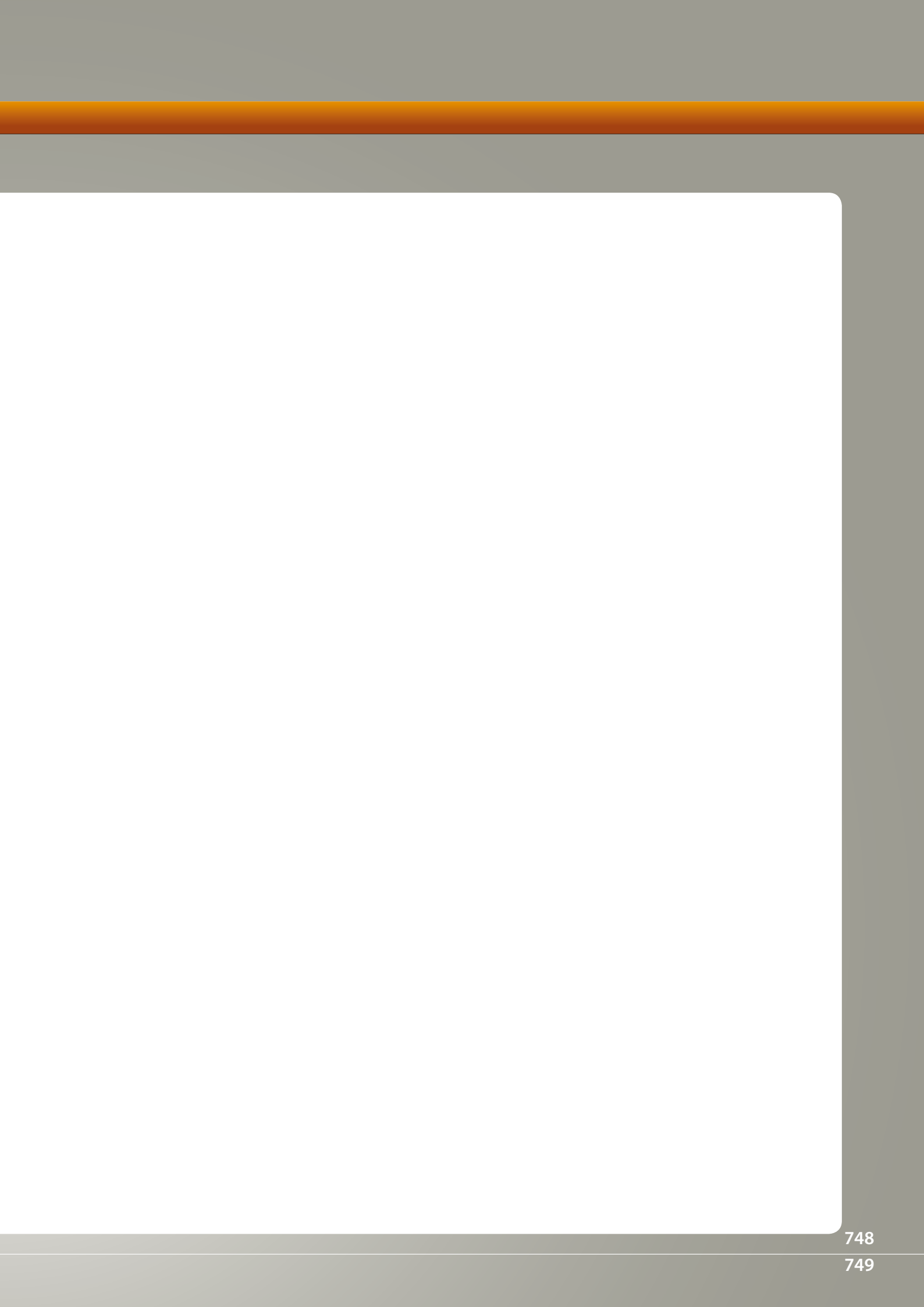
■ Éléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Loire-Atlantique. Bilan 2011. 2 p. - ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p. - Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée (à paraître). Épidémiologie du cancer en Loire-Atlantique. Période 2006-2008. - ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p. - ORS Pays de la Loire. (2006). Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Résultats de l'enquête Baromètre Santé Jeunes Loire-Atlantique 2005. 24 p. - ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Châteaubriant. 75 p. - ORS Pays de la Loire (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Nantes. 75 p. - ORS Pays de la Loire (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Saint-Nazaire. 75 p. - InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.santé.fr - Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.

Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.

Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

Le Maine-et-Loire présente une mortalité générale inférieure à la moyenne régionale pour les hommes et proche de cette moyenne pour les femmes. La mortalité prématurée est inférieure à la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes. Les admissions en ALD y sont également légèrement moins fréquentes.

Cette situation globalement favorable se retrouve pour les cancers et les pathologies liées à la consommation excessive d'alcool.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population du Maine-et-Loire, à partir d'une analyse des données de mortalité et d'admissions en affection de longue durée (ALD).

La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territo-

riales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire.

Au niveau des territoires, les situations sont en général peu contrastées. Les situations globalement les moins favorables s'observent dans les territoires du Nord et de l'Est du département.

Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité générale en baisse

■ En Maine-et-Loire comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 24 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes (respectivement - 25 % et - 23 % en Pays de la Loire) (fig1).

■ Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (- 35 %) et par cancers (- 14 %).

■ Une mortalité générale inférieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

■ Entre 1991 et 2007, la mortalité générale des hommes résidant en Maine-et-Loire est restée inférieure à la moyenne régionale. Sur la période récente 2004-2008, cette sous-mortalité s'élève à 5 %.

Par contre, la mortalité féminine, qui était inférieure de 5 % à la moyenne régionale au début des années 1990, est désormais proche de cette moyenne (fig1).

■ Des situations différentes selon les territoires

■ Dans deux des sept territoires du département, la mortalité générale est significativement supérieure à la moyenne régionale : Segré-Pouancé-Candé-Ouest Anjou- Lion d'Angers (+ 4 %) et Sud Ouest Maine-et-Loire (+ 3 %).

Trois territoires connaissent une mortalité proche de la moyenne régionale : Nord Maine-et-Loire, Sud Maine-et-Loire et Saumur Loire Développement.

Enfin, deux territoires présentent une sous-mortalité par rapport à la moyenne régionale : Angers Loire Métropole (- 10 %) et Choletais (- 11 %) (fig2).

■ Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

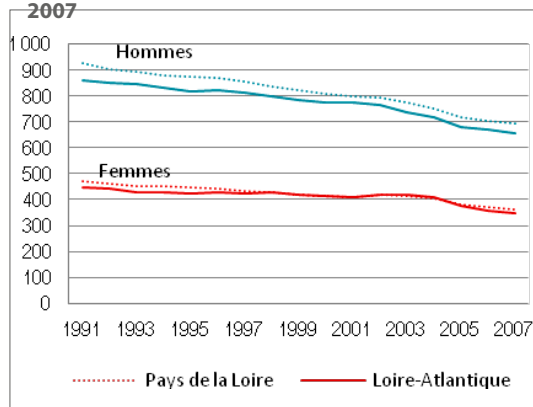
■ Comme en France et dans la région, les cancers (29 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (29 %) sont les deux principales causes de décès des habitants du Maine-et-Loire.

■ Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* représentent 3,1 % des décès masculins et 0,9 % des décès féminins (fig3).

* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée,

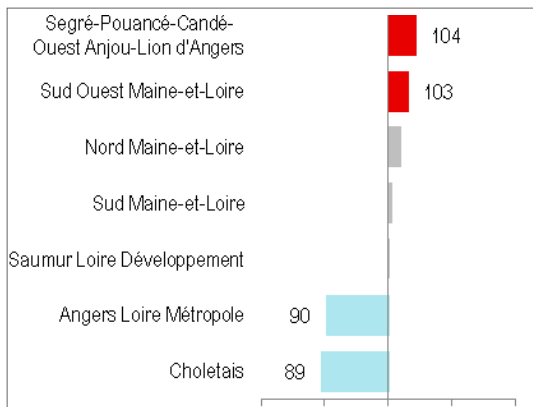
■ Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

■ Fig1. Évolution du taux standardisé de mortalité générale Maine-et-Loire, Pays de la Loire 1991-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee

■ Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Loire-Atlantique

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	1 060	33,7	714	24,1
dont : - poumon	222	7,1	60	2,0
- côlon - rectum	112	3,6	100	3,4
- VADS, œsophage	87	2,8	17	0,6
- sein	3	0,1	136	4,6
- prostate	114	3,6	-	0,0
Maladies appareil circulatoire	804	25,6	960	32,5
dont : - cardio. ischémiques	231	7,4	194	6,6
- mal. vascul. cérébrales	172	5,5	235	7,9
Traumatismes et empoisonnements	296	9,4	174	5,9
dont : - accidents vie courante	112	3,6	105	3,6
- suicides	119	3,8	38	1,3
- accidents circulation	46	1,5	16	0,5
Maladies appareil respiratoire	191	6,1	178	6,0
Pathologies liées à l'alcool*	97	3,1	26	0,9
Sida	2	0,1	1	0,0
Autres causes	691	22,0	904	30,6
Toutes causes	3 141	100,0	2 957	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

■ Une mortalité prématurée inférieure de 6 % à la moyenne régionale

■ 1 180 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Maine-et-Loire, entre 2004 et 2008 (fig4).

■ Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (26 %) que chez les femmes (12 %).

■ La mortalité prématurée en Maine-et-Loire est inférieure à la moyenne régionale, de 5 % pour les hommes et de 8 % pour les femmes.

Cette sous-mortalité s'explique notamment par une faible mortalité prématurée par maladies liées à la consommation excessive d'alcool, chez les hommes comme chez les femmes du département, et une faible mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes.

■ Une mortalité prématurée évitable inférieure de 5 % à la moyenne régionale

■ Environ 430 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et 80 % concernent des hommes.

■ En Maine-et-Loire, la mortalité prématurée évitable est inférieure de 5 % à la moyenne régionale.

■ Une situation plus favorable dans certains territoires

■ La mortalité prématurée est significativement inférieure à la moyenne régionale dans trois territoires du département : Sud Maine-et-Loire (- 15 %), Choletais (- 12 %) et Angers Loire Métropole (- 8 %).

Pour les habitants des autres territoires, la mortalité prématurée n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig5).

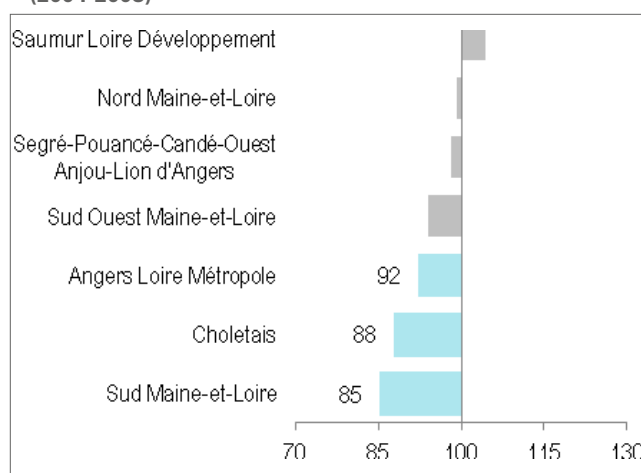
■ Deux des trois territoires en situation de sous-mortalité prématurée présentent une mortalité prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale : Choletais (- 13 %) et Angers Loire Métropole (- 8 %) (fig6).

■ Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Angers Loire Métropole	395	1 436	1 831	22 %
Choletais	137	470	607	23 %
Nord Maine-et-Loire	150	690	840	18 %
Saumur Loire Développement	129	555	684	19 %
Segré-Pouancé-Candé Ouest Anjou-Lion d'Angers	101	502	603	17 %
Sud Maine-et-Loire	95	465	560	17 %
Sud Ouest Maine-et-Loire	173	799	972	18 %
Maine-et-Loire	1 180	4 918	6 098	19 %

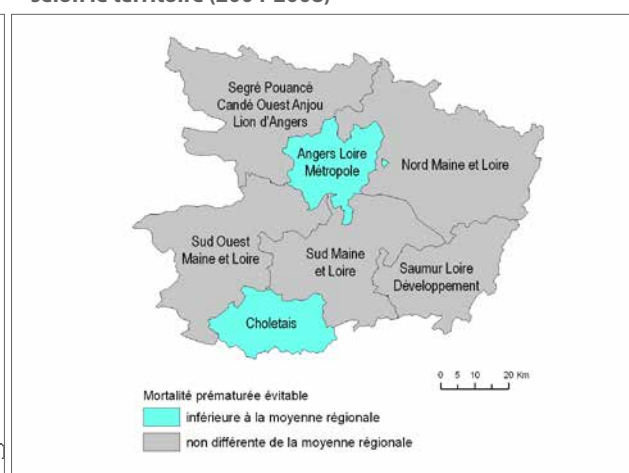
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

■ Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

■ Environ 14 300 personnes résidant en Maine-et-Loire ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale (fig7).

■ Les maladies cardiovasculaires (35 %), les cancers (26 %) et le diabète (15 %) sont à l'origine de 76 % des admissions en ALD30 dans la population du Maine-et-Loire (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

■ Une fréquence des admissions en ALD légèrement inférieure à la moyenne régionale

■ À structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 en Maine-et-Loire est légèrement inférieure à la moyenne régionale (- 1 %) sur la période 2007-2009.

■ Ce constat masque cependant des situations différentes selon les affections. La fréquence des admissions en ALD des habitants du Maine-et-Loire est inférieure à la moyenne régionale notamment pour les cancers (- 4 %)

et les affections psychiatriques de longue durée (- 11 %). Elle est par contre supérieure pour le diabète (+ 6 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (+ 3 %).

■ Des disparités selon les territoires

Des territoires avec une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne régionale...

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement inférieure à la moyenne régionale dans les territoires de Sud Maine-et-Loire (- 8 %) et Choletais (- 6 %) (fig8).

... peu différente de cette moyenne...

En revanche, la fréquence des admissions en ALD est significativement supérieure dans les territoires de Nord Maine-et-Loire (+ 7 %) et de Saumur Loire Développement (+ 3 %)

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 12 de ce document.

■ Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Maine-et-Loire (2007-2009)

n°ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	5	25	203	263	497
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	0	2	12	21	36
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiques	1	22	401	340	765
5 - Insuffisance cardiaque, troubles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	25	44	463	891	1 424
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	2	32	156	22	212
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	6	30	14	0	50
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	24	178	1 499	497	2 198
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	40	69	106	44	259
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	3	2	0	1	5
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	2	5	11	2	20
12 - Hypertension artérielle sévère	0	29	661	574	1 264
13 - Maladie coronaire	0	46	590	399	1 035
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	18	23	142	127	311
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	80	576	657
16 - Maladie de Parkinson	0	1	72	112	185
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	14	19	36	6	75
18 - Mucoviscidose	2	1	0	0	4
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	8	20	57	86	170
20 - Paraplégie	3	7	6	3	19
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	1	13	22	8	44
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	6	47	110	46	209
23 - Affections psychiatriques de longue durée	80	347	351	119	897
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	4	80	28	3	114
25 - Sclérose en plaques	0	40	18	0	59
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	15	7	0	0	23
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	1	54	21	1	77
28 - Suites de transplantation d'organe	1	2	5	0	7
29 - Tuberculose active, lèpre	1	17	11	6	35
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	24	279	2 267	1 081	3 651
Total	287	1 444	7 343	5 228	14 302

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

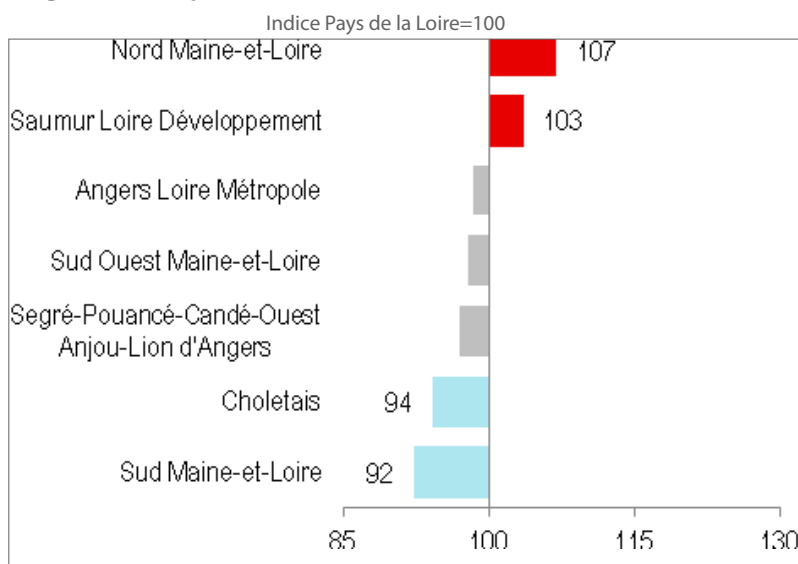


ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

>>>

■ **Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)**



LES CANCERS EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale.

La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national.

La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

■ **Cancers : 3 600 admissions en ALD et 1 800 décès chaque année**

■ Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (3 570 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (1 770 décès annuels) (fig9).

■ Le cancer du sein et le cancer de la prostate sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (220 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (140 décès annuels).

■ **Une situation plus favorable qu'au niveau régional...**

■ Globalement, la mortalité par cancer des habitants du Maine-et-Loire est inférieure de 3 % à la moyenne régionale. Ce constat est toutefois différent selon le sexe :

la mortalité masculine est inférieure de 5 % à la moyenne régionale alors que la mortalité féminine est proche de cette moyenne.

■ La fréquence des admissions en ALD pour cancer, parmi les habitants du Maine-et-Loire, est inférieure de 3 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 4 % pour les femmes.

■ et en particulier au Nord-Ouest du département

■ Deux des sept territoires du département présentent une mortalité par cancer significativement inférieure à la moyenne régionale : Segré-Pouancé-Candé-Ouest Anjou-Lion d'Angers (- 7 %) et Angers Loire Métropole (- 5 %) (fig10).

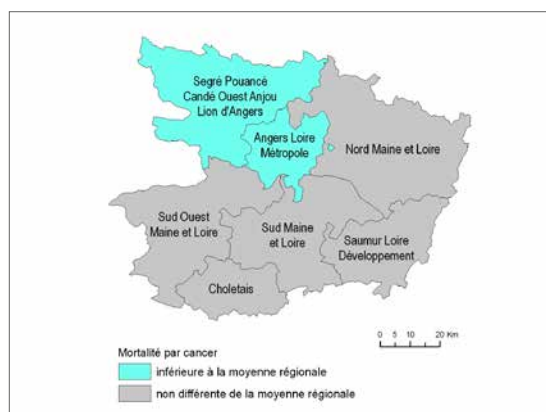
■ L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation favorable de ces deux territoires par rapport à la moyenne régionale. Elle met par ailleurs en évidence une moindre fréquence des admissions en ALD pour cancers pour les habitants du territoire Sud Maine-et-Loire (fig11).

■ **Fig9. Nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués, d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Maine-et-Loire**

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Sein	9	675	3	136	166	-
Prostate	676	-	114	-	4	221
Côlon-rectum	227	181	112	100	164	155
Poumon	190	58	222	60	358	107
VADS, œsophage	169	31	88	17	168	32
Lymphome malin non hodgkinien	69	55	31	28	48	43
Vessie	95	25	39	13	20	19
Leucémies	65	41	35	31	175	39
Rein	65	39	31	16	47	22
Corps et col de l'utérus	-	92	-	33	49	20
Thyroïde	22	64	1	4	56	41
Mélanome de la peau	34	47	12	8	72	67
Pancréas	40	40	50	47	2	4
Foie	49	16	92	25	60	34
Estomac	32	25	39	18	-	49
Encéphale	27	21	21	17	-	63
Ovaire	-	44	-	37	-	63
Autres	204	139	170	124	335	207
Total	1 973	1 593	1 060	714	1 724	1 123

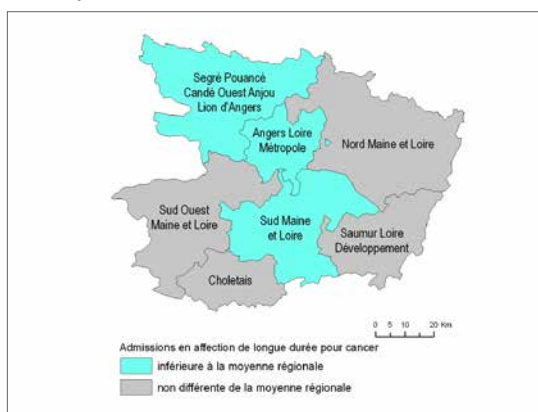
Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée ; Cnamts, CCMSA, RSI ; Inserm CépiDc ; exploitation ORS

■ **Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ **Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale.

La mortalité régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Cancer du poumon : une situation départementale proche de la moyenne régionale...

■ Globalement, la mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancer du poumon parmi les habitants du

Maine-et-Loire ne sont pas statistiquement différentes de la moyenne régionale.

■ ... mais des différences entre les territoires

■ Dans la plupart des territoires du département, la mortalité par cancer du poumon n'est pas différente de la moyenne régionale. Le territoire d'Angers-Loire-Métropole se distingue toutefois par une mortalité significativement supé-

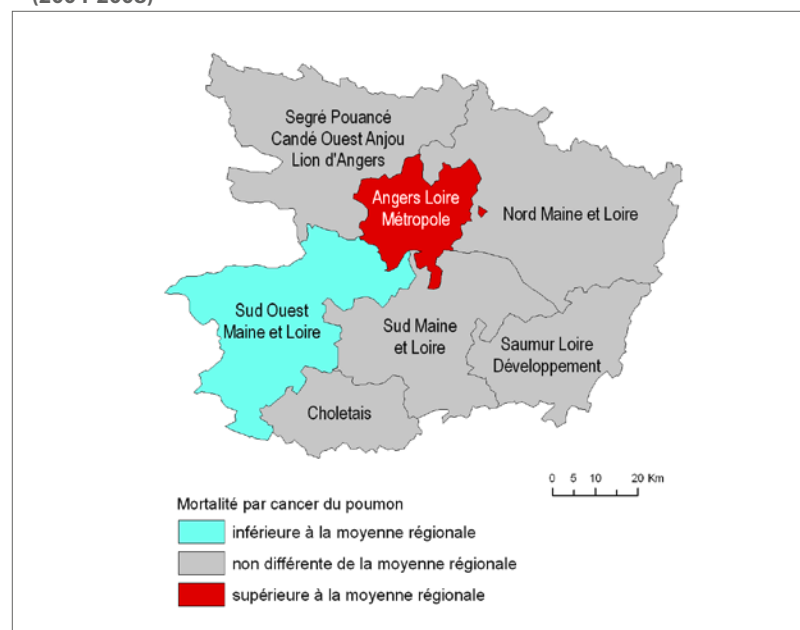
rieure à la moyenne régionale (+ 10 %). Et à l'inverse, une sous-mortalité par cancer du poumon est observée dans le territoire Sud Ouest Maine-et-Loire (- 22 %) (fig12).

■ Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures inférieure à la moyenne régionale

■ La mortalité ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des habitants du Maine-et-Loire sont significativement inférieures à la moyenne régionale (- 11 % pour ces deux indicateurs).

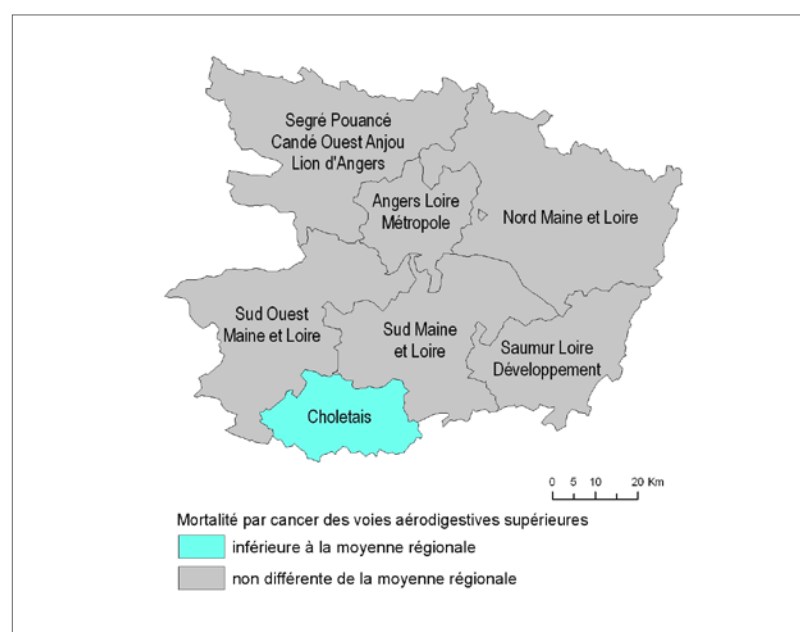
■ Dans les territoires du département, ces indicateurs ne sont pas significativement différents de la moyenne régionale, à l'exception de la mortalité dans le Choletais (- 32 %, fig13) et des admissions en ALD pour le Sud Ouest Maine-et-Loire (- 20 %).

■ Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD

sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

■ Cancer du sein : une situation proche de la moyenne régionale...

- La mortalité, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein chez les femmes du département, sont proches de la moyenne régionale.

■ ... dans l'ensemble des territoires du département

- Dans l'ensemble des territoires du département, la mortalité par cancer du sein n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig14).

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 2003 en Maine-et-Loire. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 66 % sur la période 2009-2010. Ce taux est supérieur à la moyenne régionale (64 %) et nationale (52 %).

■ Cancer du côlon-rectum : une situation proche de la moyenne régionale dans le département...

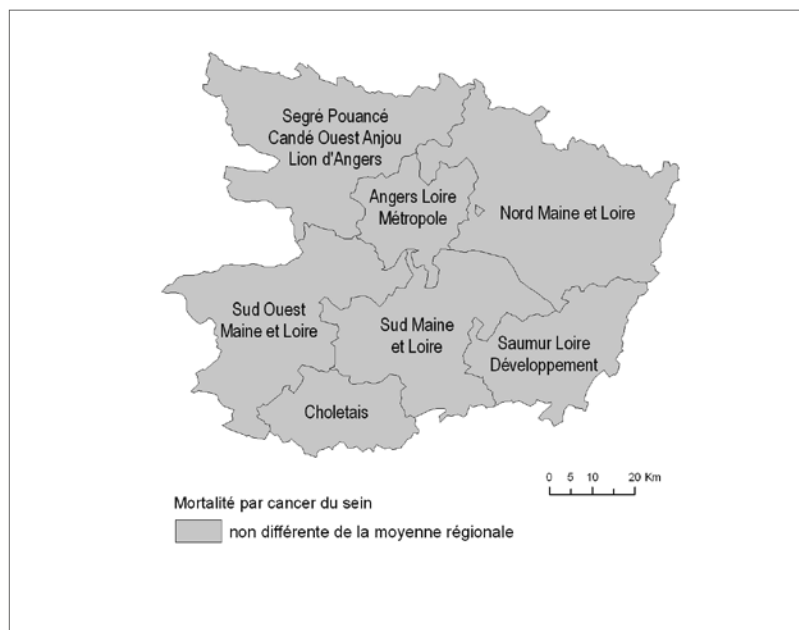
- La mortalité par cancer du côlon-rectum des habitants du Maine-et-Loire, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cette affection, sont proches de la moyenne régionale

■ ... et dans la plupart des territoires

- Dans les territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale, à l'exception de celui du Choletais où une surmortalité est observée pour ce cancer (+ 25 %) (fig15).

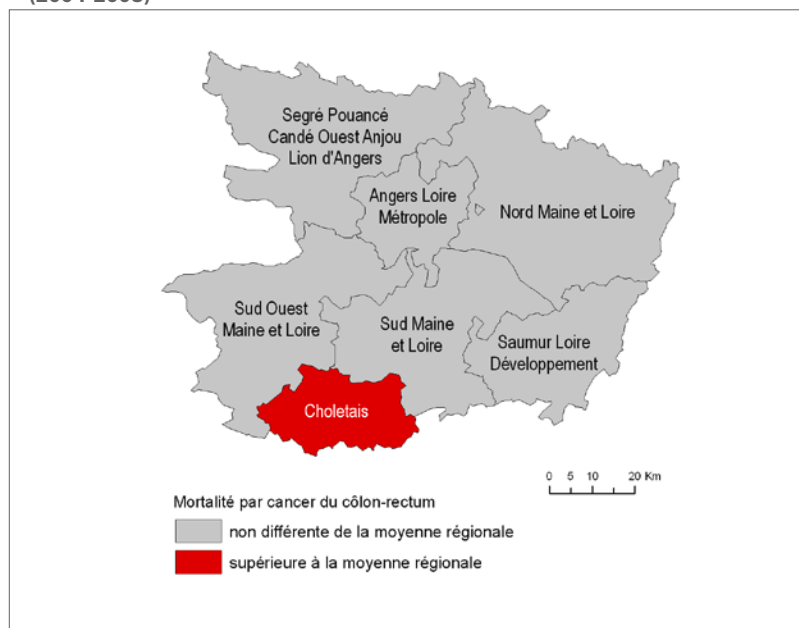
Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2008 en Maine-et-Loire. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 44 % sur la période 2009-2010. Ce taux est proche de la moyenne régionale (43 %), mais supérieur à la moyenne nationale (34 %).

■ Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi infé-

rieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

■ Une situation complexe à interpréter à l'échelle départementale...

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (4 900 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (1 800 décès annuels, dont 130 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département est proche de la moyenne régionale, alors que la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, pour ces affections est significativement inférieure de 9 % à la moyenne régionale.

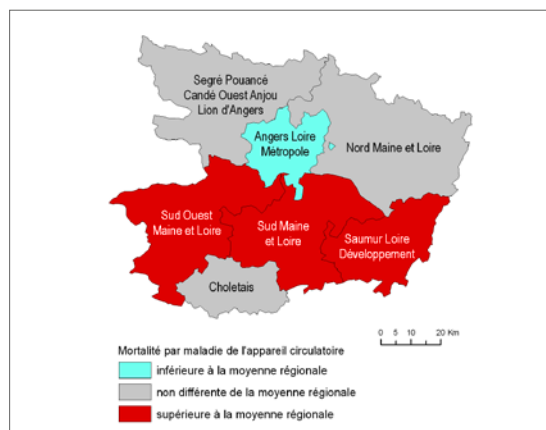
- Par contre, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire, dans le département est significativement supérieure de 3 % à la moyenne régionale.

■ ... et infra-départementale

- Trois territoires du département connaissent une mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges) supérieure à la moyenne régionale : Sud Maine-et-Loire (+ 12 %), Sud Ouest Maine-et-Loire (+ 10 %) et Saumur Loire Développement (+ 9 %) (fig16). L'agglomération angevine présente par contre une mortalité inférieure à la moyenne régionale (- 17 %).
- Concernant la mortalité cardiovasculaire prématurée, l'analyse territoriale montre une sous-mortalité statistiquement significative pour les habitants du Sud Ouest Maine-et-Loire (- 23 %) (fig17).

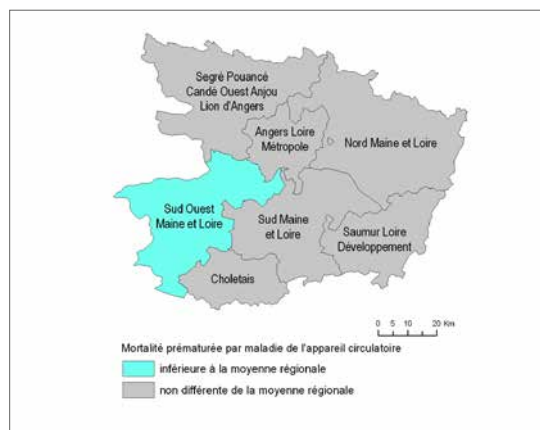
- Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires : Nord Maine-et-Loire et Saumur Loire Développement. Elle est par contre inférieure dans le Choletais.

■ Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN MAINE-ET-LOIRE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

■ Des admissions en ALD pour diabète plus fréquentes qu'au niveau régional

- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est supérieur de 6 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.
- Cette plus grande fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvée dans trois territoires du département : Saumur Loire Développement, Nord Maine-et-Loire, et Choletais.

- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 2 200 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 15 % du nombre total d'admissions en ALD30.

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LA MORTALITÉ LIÉE À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes

(+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

■ Une mortalité inférieure de 14 % à la moyenne régionale

■ Environ 120 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Maine-et-Loire entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (79 %) concernent des hommes (fig18).

■ La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Maine-et-Loire est inférieure de 14 % à la moyenne régionale (- 13 % pour les hommes, - 19 % pour les femmes).

■ Une situation plus favorable dans trois territoires

■ Trois territoires du département présentent une mortalité significativement inférieure à la moyenne régionale : Choletais (- 40 %), Sud Maine-et-Loire (- 37 %) et Angers Loire Métropole (- 16 %).

■ Pour les quatre autres territoires, la mortalité par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig19).

La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route no-

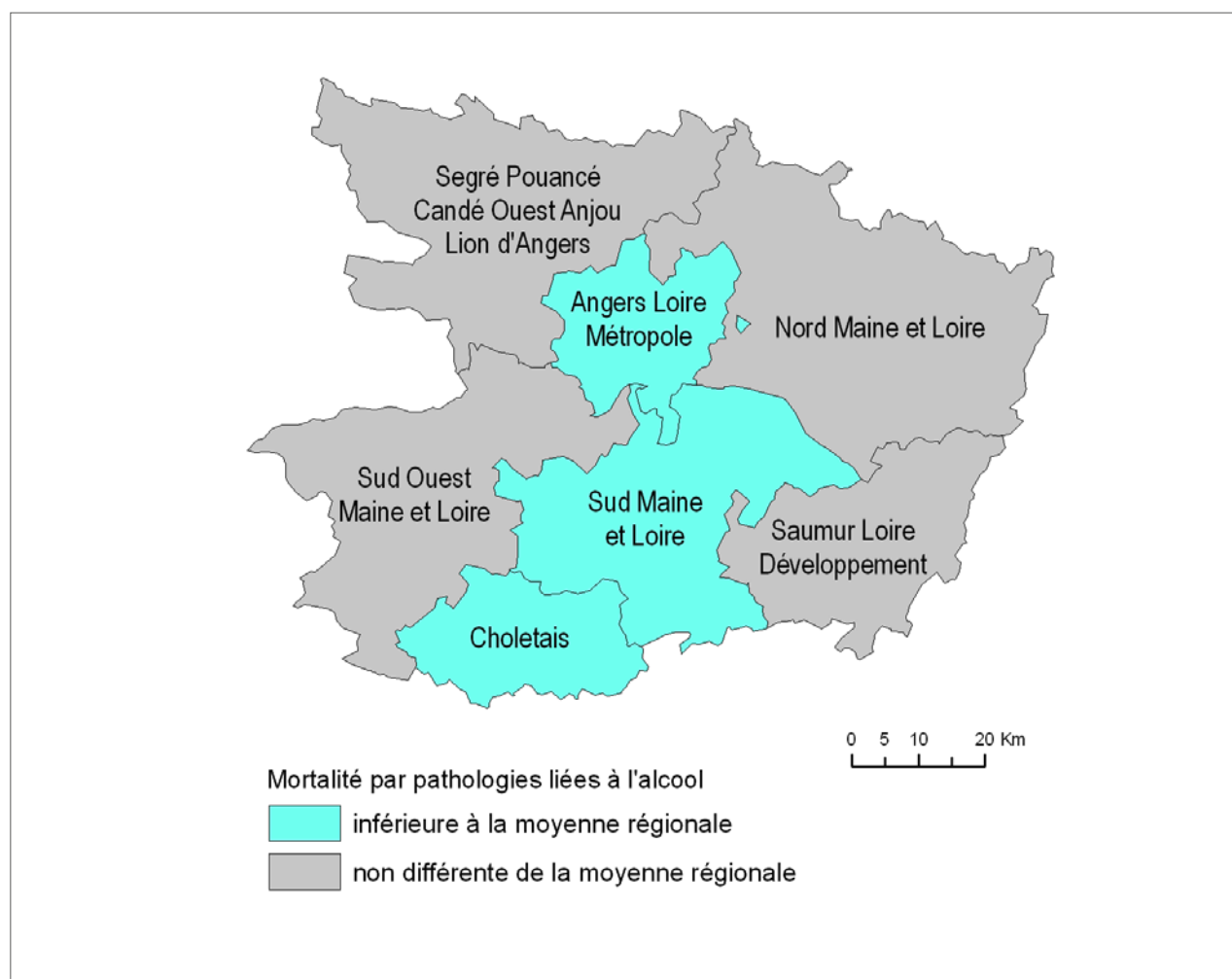
tamment. L'alcool est ainsi en cause dans 35 % des accidents mortels survenus en Maine-et-Loire entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Maine-et-Loire (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	6	2
45-54 ans	24	5
55-64 ans	29	7
65-74 ans	23	6
75 ans et +	15	6
Total	97	26

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES SUICIDES EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans

le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par suicide proche de la moyenne régionale...

■ 157 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Maine-et-Loire entre 2004 et 2008. 76 % de ces décès concernent des hommes (fig20).

■ La mortalité par suicide en Maine-et-Loire est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

■ ... dans la plupart des territoires du département

■ Pour l'ensemble des territoires, la mortalité par suicide n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig21). Cependant, bien que l'écart avec la moyenne régionale ne soit pas suffisant pour être statistiquement

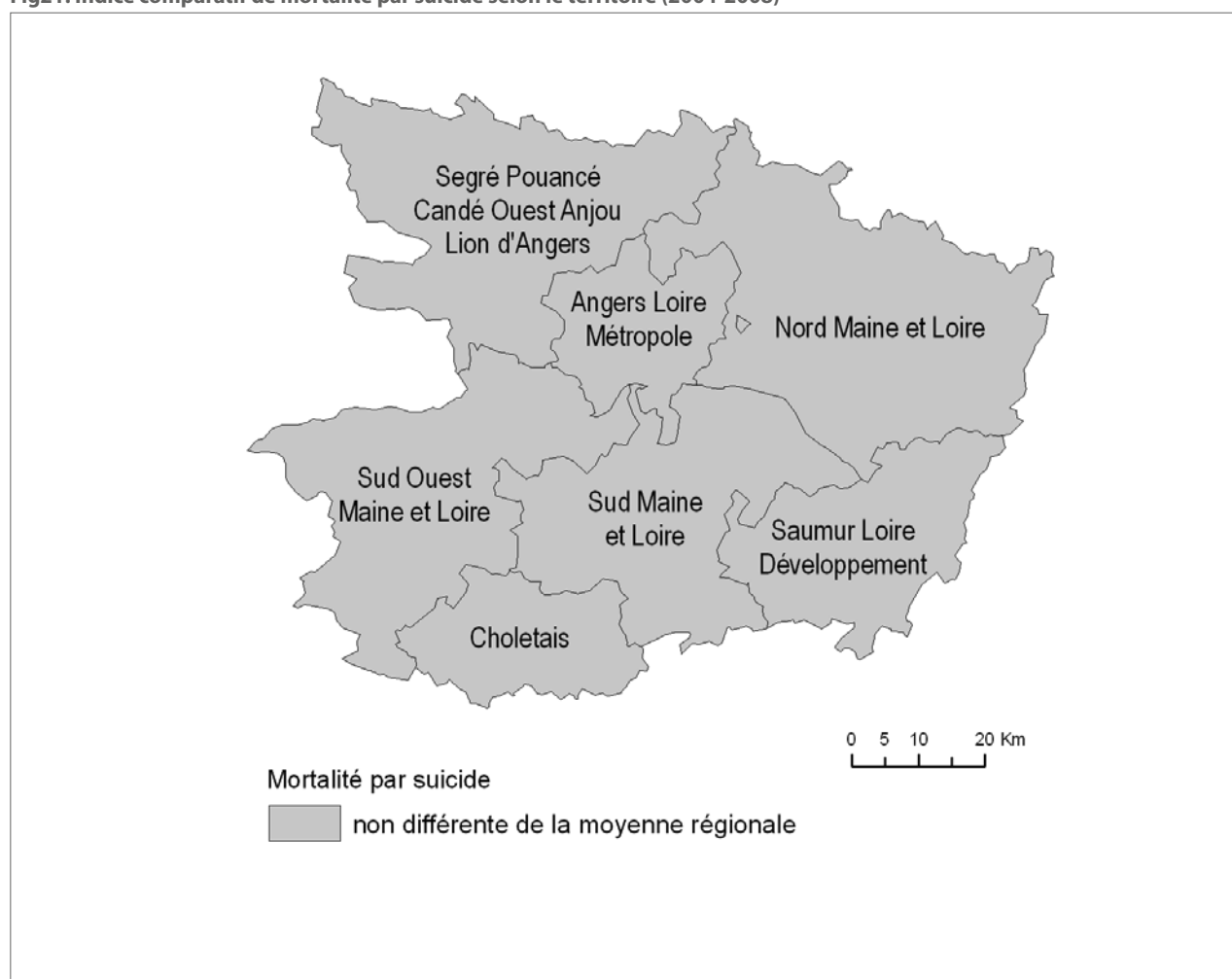
significatif, la mortalité par suicide apparaît élevée dans le territoire de Segré-Pouancé-Candé-Ouest Anjou-Lion d'Angers (+ 23 %).

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe, Maine-et-Loire (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	7	1
25-34 ans	16	3
35-44 ans	25	5
45-54 ans	22	9
55-64 ans	17	9
65-74 ans	12	5
75 ans et +	20	6
Total	119	38

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par accident de la circula-

tion est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité par accident de la circulation proche de la moyenne régionale...

■ 62 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants du Maine-et-Loire entre 2004 et 2008. 74 % de ces décès concernent des hommes.

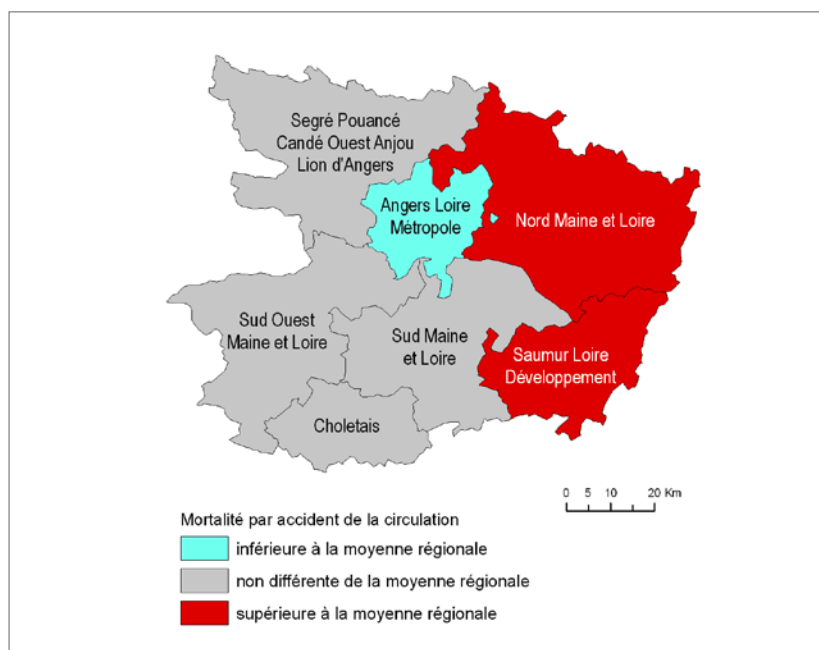
■ La mortalité par accident de la circulation en Maine-et-Loire n'est pas différente de la moyenne régionale.

■ ... mais des écarts importants entre les territoires

■ Par rapport à la moyenne régionale, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accident de la circulation est significativement inférieure dans le territoire d'Angers Loire Métropole (- 35 %).

■ Par contre, deux territoires du département se distinguent par une mortalité par accident de la circulation nettement supérieure à la moyenne régionale : Nord Maine-et-Loire (+ 76 %) et Saumur Loire Développement (+ 42 %) (fig22).

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN MAINE-ET-LOIRE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer le Maine-et-Loire dans le contexte national. La mortalité par chute accidentelle

chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans proche de la moyenne régionale...

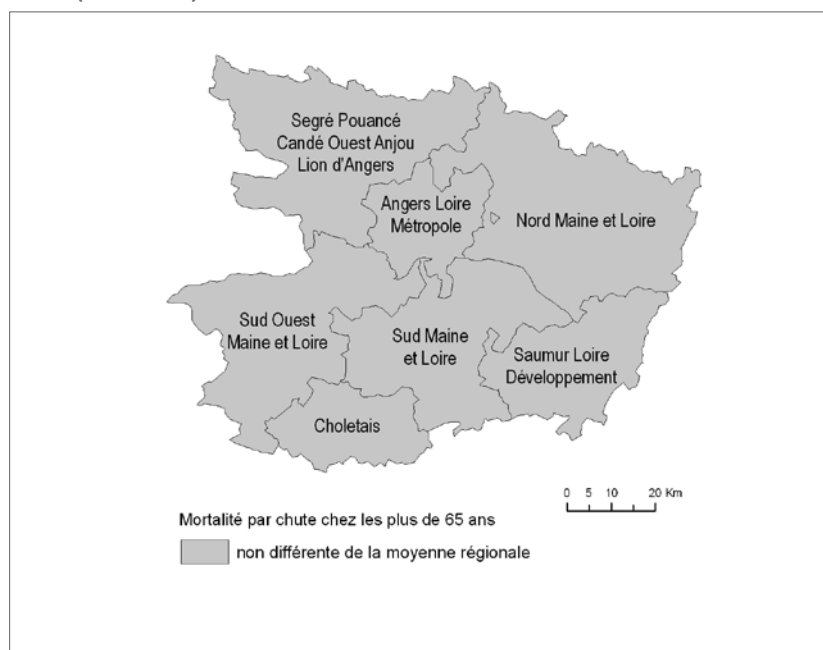
■ Entre 2004 et 2008, 92 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Maine-et-Loire. 61 % de ces décès concernent des femmes.

■ En Maine-et-Loire, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est proche de la moyenne régionale.

■ ... dans l'ensemble des territoires du département

■ Pour les sept territoires du département, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig23).

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAINE-ET-LOIRE

MÉTHODOLOGIE Deux sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

■ Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 98 % de la population du Maine-et-Loire. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des Mines plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Maine-et-Loire, dans les territoires d'Angers Métropole et Segré- Pouancé-Candé-Ouest Anjou-Lion d'Angers. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ces territoires. Toutefois, selon les données obtenues auprès du régime des Mines, cette sous-estimation apparaît très faible.

■ Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

■ Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %.

■ Éléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Maine-et-Loire. Bilan 2011. 2 p.
- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.
- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.
- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé d'Angers. 75 p.
- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Cholet. 75 p.
- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Saumur. 75 p.
- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.santé.fr
- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN 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. 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.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Mayenne, à partir d'une analyse des données de mortalité et d'admissions en affection de longue durée (ALD). La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territo-

riales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire. Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte

pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité générale en baisse

■ En Mayenne comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 26 % chez les hommes comme chez les femmes (respectivement - 25 % et - 23 % en Pays de la Loire) (fig1).

■ Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 38 %) et les cancers (- 19 %).

■ Une mortalité générale qui reste inférieure à la moyenne régionale

■ Entre 1991 et 2007, la mortalité générale des Mayennais est restée inférieure à celle des habitants des Pays de la Loire (fig1). Sur la période 2004-2008 et à structure d'âge compa-

nable, la mortalité générale en Mayenne est ainsi inférieure de 6 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 5 % pour les femmes.

■ Un seul territoire en sous-mortalité

■ Parmi les trois territoires du département, seul le territoire Centre Mayenne présente une mortalité inférieure à la moyenne régionale (- 12 %). Les deux autres territoires,

Nord Mayenne et Sud Mayenne, connaissent une mortalité proche de la moyenne régionale (fig2).

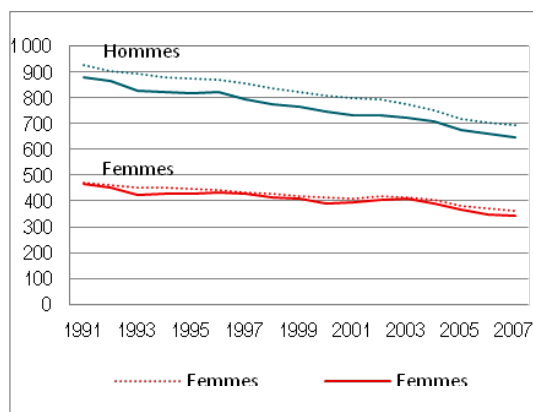
■ Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

■ Comme en France et dans la région, les maladies de l'appareil circulatoire (30 %) et les cancers (28 %) sont les deux principales causes de décès des Mayennais.

■ Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* représentent 2,8 % des décès masculins et 0,8 % des décès féminins (fig3).

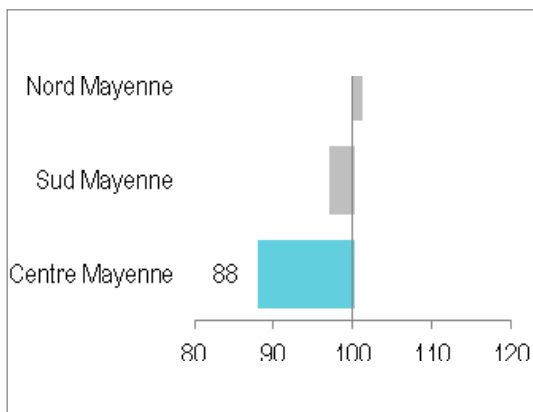
■ Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

■ Fig1. Évolution du taux standardisé de mortalité générale Mayenne, Pays de la Loire (1991-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

■ Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Mayenne

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	425	32,0	284	22,8
dont : - poumon	74	5,6	20	1,6
- côlon - rectum	49	3,7	42	3,4
- VADS, œsophage	40	3,0	5	0,4
- sein	1	0,1	46	3,7
- prostate	56	4,2	-	0,0
Maladies appareil circulatoire	357	26,8	408	32,7
dont : - cardio. ischémiques	110	8,3	89	7,1
- mal. vascul. cérébrales	80	6,0	95	7,6
Traumatismes et empoisonnements	118	8,9	76	6,1
dont : - accidents vie courante	44	3,3	44	3,6
- suicides	52	3,9	18	1,4
- accidents circulation	17	1,3	9	0,7
Maladies appareil respiratoire	87	6,5	77	6,2
Pathologies liées à l'alcool*	38	2,8	9	0,8
Sida	1	0,0	1	0,1
Autres causes	304	22,9	392	31,3
Toutes causes	1 330	100,0	1 247	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et

inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

■ Une mortalité prématurée inférieure à la moyenne régionale

■ 440 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les Mayennais, entre 2004 et 2008 (fig4).

■ Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les hommes (23 %) que chez les femmes (11 %).

■ Comme pour la mortalité générale, la mortalité prématurée en Mayenne est inférieure à la moyenne régionale chez les hommes (- 14 %), comme chez les femmes

(- 7 %). Mais, l'écart est moins marqué chez les femmes. Cette sous-mortalité résulte principalement d'une moindre fréquence des décès par cancers chez les hommes et les femmes de moins de 65 ans du département.

■ Une mortalité prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale pour les hommes, proche pour les femmes

■ Environ 160 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et 78 % concernent des hommes.

■ En Mayenne, la mortalité prématurée évitable est inférieure de 14 % à la moyenne régionale chez les hommes. Par contre, elle est proche de cette moyenne chez les femmes.

■ Une mortalité prématurée inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires

■ La mortalité prématurée des habitants du Nord Mayenne n'est pas significativement différente de la moyenne régionale, à structure d'âge comparable (fig5). Pour les deux autres territoires, la mortalité prématurée est par contre significativement inférieure à cette moyenne

- Sud Mayenne (- 8 %),

- Centre Mayenne (- 17 %).

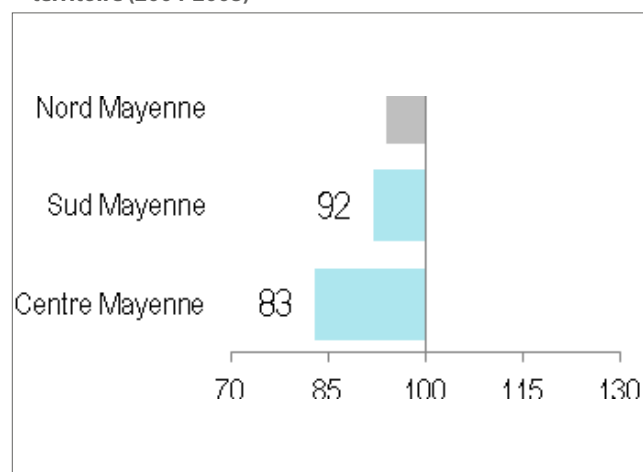
■ Dans ce dernier territoire, on observe également une mortalité prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale (- 18 %) (fig6).

Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Nord Mayenne	152	877	1 029	15 %
Centre Mayenne	184	737	921	20 %
Sud Mayenne	102	525	627	16 %
Mayenne	438	2 139	2 577	17 %

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale

entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

■ Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

■ Environ 5 900 personnes résidant en Mayenne ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 98 % de la population départementale (fig7).

■ Les maladies cardiovasculaires (36 %), les cancers (25 %) et le diabète (13 %) sont à l'origine de 74 % des admissions en ALD30 dans la population de la Mayenne (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

■ Une fréquence des admissions en ALD inférieure de 2 % à la moyenne régionale

■ Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 est légèrement inférieure en Mayenne (- 2 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.

■ Ce constat est lié notamment à une moindre fréquence des admissions pour cancers (- 9 %) et diabète (- 8 %).

Par contre, la fréquence des admissions pour affections psychiatriques de longue durée est supérieure de 11 % à la moyenne régionale. Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est proche de la moyenne régionale.

■ Des disparités territoriales

■ Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement inférieure dans les territoires de Sud Mayenne (- 6 %) et Centre Mayenne (- 4 %). En revanche, le

territoire Nord Mayenne présente une fréquence de ces admissions supérieure de 3 % à la moyenne régionale (fig8).

Les limites de l'utilisation des données d'admissions en affection de longue durée à des fins d'épidémiologie descriptive sont présentées à la page 12 de ce document.

■ Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Mayenne (2007-2009)

n°ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	3	13	85	127	228
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	1	1	2	6	11
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiques	0	7	157	173	337
5 - Insuffisance cardiaque, troubles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	17	17	204	381	619
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1	16	44	8	69
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	2	10	4	0	16
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	9	75	523	183	790
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	16	29	47	13	105
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	1	2	0	0	3
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	1	3	6	1	10
12 - Hypertension artérielle sévère	0	11	268	250	529
13 - Maladie coronaire	0	19	224	166	409
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	6	7	55	57	125
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	0	40	266	306
16 - Maladie de Parkinson	0	0	29	51	81
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	3	6	14	0	23
18 - Mucoviscidose	0	0	0	0	0
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	3	7	22	22	54
20 - Paraplégie	0	3	2	0	6
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	0	8	12	5	26
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	3	20	77	25	125
23 - Affections psychiatriques de longue durée	40	144	195	61	440
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	1	29	17	4	51
25 - Sclérose en plaques	0	9	9	0	18
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	15	7	0	0	22
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	21	19	1	41
28 - Suites de transplantation d'organe	0	0	2	0	2
29 - Tuberculose active, lèpre	1	4	3	3	12
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	9	115	879	466	1 470
Total	134	584	2 940	2 268	5 927

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

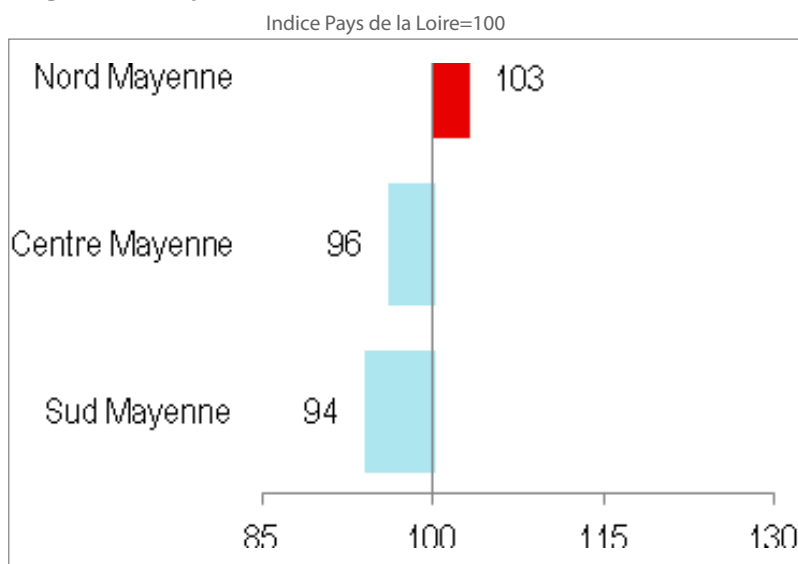
>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

>>>

■ **Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)**



LES CANCERS EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte

national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

■ **Cancers : 1 400 admissions en ALD et 700 décès chaque année**

■ Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (1 400 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (710 décès annuels) (fig9).

■ Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal

et le cancer du poumon. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (74 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du côlon-rectum arrivent aux premiers rangs (respectivement 46 et 42 décès annuels) (fig9).

■ **Une situation plus favorable qu'au niveau régional...**

■ La mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancers dans le département de la Mayenne sont inférieures à la moyenne régionale. Les taux de mortalité et des admissions en ALD sont ainsi inférieurs respectivement de 11 % et 7 % à cette moyenne chez les hommes, et de 7 % et 8 % chez les femmes.

■ Les données de mortalité et d'admissions en ALD mettent en évidence que cette situation favorable du département est liée notamment à une moindre fréquence du cancer du sein, cancer du poumon, et des cancers des voies aérodigestives supérieures.

■ ... et en particulier au Sud et au Centre du département

- La mortalité par cancer est inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires :
- Centre Mayenne (- 15 %),
 - Sud Mayenne (- 9 %) (fig10).
- L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme cette situation favorable par rapport à la moyenne régionale dans ces deux territoires (fig11).

■ Fig9. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Mayenne

	Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	265	-	56	-
Sein	2	241	1	46
Côlon-rectum	94	73	49	42
Poumon	59	25	74	20
VADS, œsophage	69	6	40	5
Vessie	41	8	12	5
Lymphome malin non hodgkinien	25	19	14	11
Leucémie	28	18	12	11
Rein	29	15	11	8
Mélanome de la peau	15	25	4	3
Thyroïde	8	30	1	2
Estomac	21	12	24	17
Corps et col utérus	-	31	-	13
Pancréas	17	13	23	16
Foie	16	6	27	9
Ovaire	-	20	-	17
Autres	105	83	77	59
Total	809	625	425	284

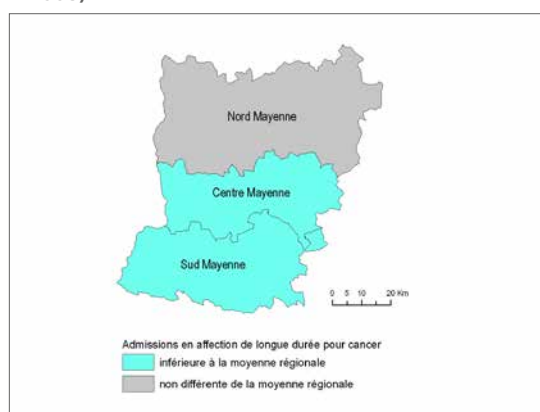
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité

régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Le cancer du poumon, moins fréquent en Mayenne...

■ Globalement, la mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancer du poumon parmi les habitants de la Mayenne sont inférieures à la moyenne régionale. Chez les hommes, le taux de mortalité et le taux d'admissions en

ALD sont ainsi respectivement inférieurs de 24 % et 26 % à la moyenne régionale. Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon est inférieure de 25 % à la moyenne régionale.

■ ... et dans l'ensemble des territoires

À structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du poumon est nettement inférieure à la moyenne régionale dans les trois territoires du département (fig12) : Nord Mayenne (- 23 %), Centre Mayenne (- 25 %), Sud Mayenne (- 20 %)

■ L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation favorable par rapport à la moyenne régionale dans deux de ces territoires : Centre Mayenne et Sud Mayenne.

■ Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures plutôt inférieure à la moyenne régionale

■ Chez les femmes mayennaises, le taux de mortalité ainsi que le taux d'admissions en ALD pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) sont nettement inférieurs à la moyenne régionale (respectivement - 36 % et - 57 %). Chez les hommes, la fréquence des admissions en ALD pour ces cancers est également inférieure à la moyenne régionale, mais l'écart est moins marqué (- 14 %). Enfin, la mortalité masculine liée à ces cancers n'est pas significativement différente de cette moyenne.

■ À structure d'âge comparable, la mortalité par cancers des VADS est significativement inférieure à la moyenne régionale dans le territoire de Centre Mayenne (- 20 %). La situation apparaît également plutôt favorable dans le territoire Sud Mayenne, où la mortalité est inférieure d'environ 20 %, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

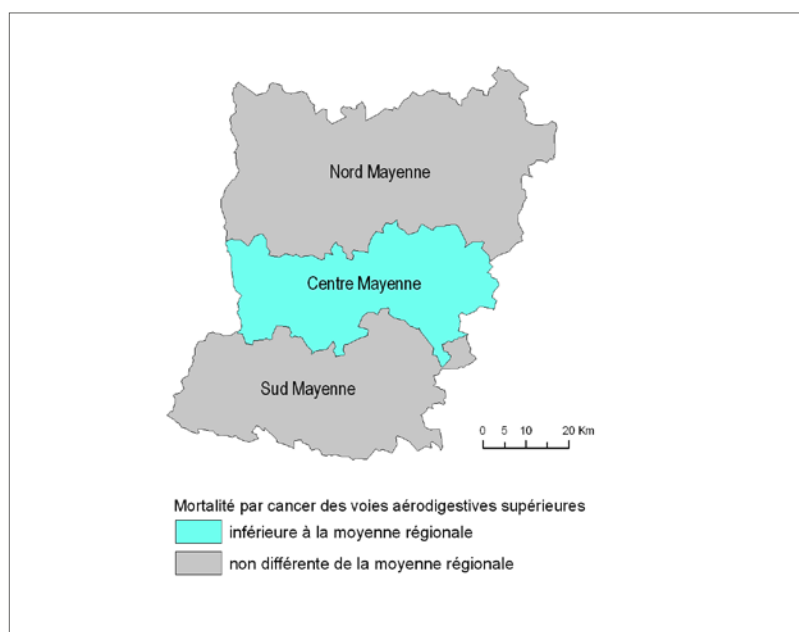
■ L'analyse territoriale des données d'admission en ALD confirme la situation favorable par rapport à la moyenne régionale dans ces deux territoires.

■ Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi lé-

gèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

■ Cancer du sein, moins fréquent en Mayenne...

■ La mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein parmi les Mayennaises sont inférieures à la moyenne régionale, de respectivement 21 % et 15 %.

■ ... et dans deux territoires

■ La mortalité par cancer du sein est significativement inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département :
- Sud Mayenne (- 39 %)
- et Centre Mayenne (- 20 %) (fig14).

■ Ce constat favorable est également retrouvé par l'analyse des données d'admissions en ALD.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1994 en Mayenne. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 60 % sur la période 2009-

2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (64 %), mais est supérieur à la moyenne nationale (52 %).

■ Cancer du côlon-rectum : une situation proche de la moyenne régionale dans le département...

■ La mortalité et la fréquence des admissions en ALD pour les cancers colorectaux parmi les habitants de la Mayenne sont proches de la moyenne régionale, chez les hommes

comme chez les femmes. l'analyse des données d'admissions en ALD.

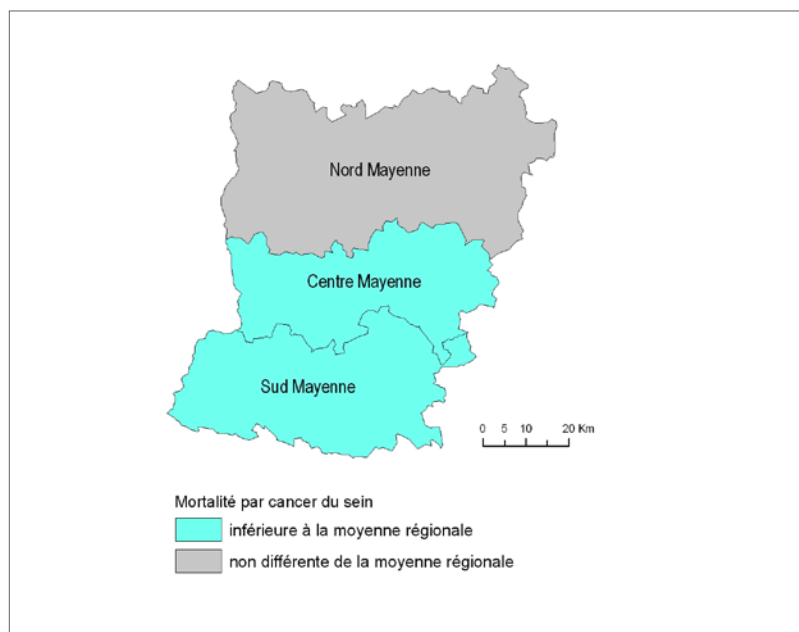
■ ... et dans l'ensemble des territoires

■ Dans les trois territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale (fig15).

Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2003 en Mayenne. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 40 % sur la période 2009-

2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (43 %), mais est supérieur à la moyenne nationale (34 %)

■ Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la morta-

lité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

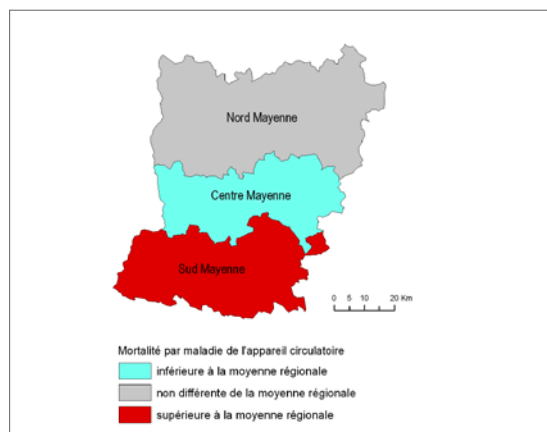
■ Une situation départementale proche de la moyenne régionale

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (2060 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (765 décès annuels, dont 53 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département est proche de la moyenne régionale. Ce constat est également observé pour la mortalité cardiovasculaire prématurée, c'est-à-dire pour les décès qui surviennent avant 65 ans.
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire, dans le département est aussi proche de la moyenne régionale.

■ Dans les territoires, des résultats complexes à interpréter

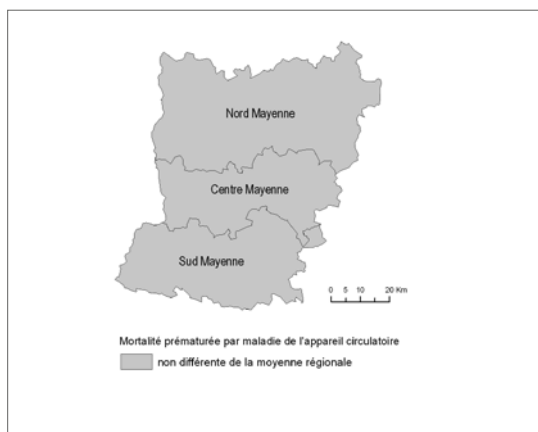
- Dans les trois territoires du département, la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig17).
- Par contre, des disparités territoriales sont observées pour la mortalité par maladies cardiovasculaires tous âges. Cette mortalité est ainsi significativement supérieure à la moyenne régionale dans le territoire Sud Mayenne, et inférieure dans le Centre Mayenne (fig16).
- Enfin, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est supérieure à la moyenne régionale dans le territoire Nord Mayenne.

■ Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN MAYENNE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

■ Des admissions en ALD pour diabète moins fréquentes qu'au niveau régional

- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 790 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 13 % du nombre total d'admissions en ALD30.
- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est inférieur de 8 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.

- Cette moindre fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvée dans deux territoires du département : Sud Mayenne et Centre Mayenne.

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la

consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non

précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

■ Une mortalité inférieure de 20 % à la moyenne régionale dans le département...

■ 47 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Mayenne entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (81 %) concernent des hommes (fig18).

■ La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Mayenne est inférieure de 20 % à la moyenne régionale (- 19 % pour les hommes, - 28 % pour les femmes).

■ ... et dans deux territoires

■ Deux territoires présentent une mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool significativement inférieure à la moyenne régionale (fig19) :

- Sud Mayenne (- 28 %),
- Centre Mayenne (- 23 %).

La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route no-

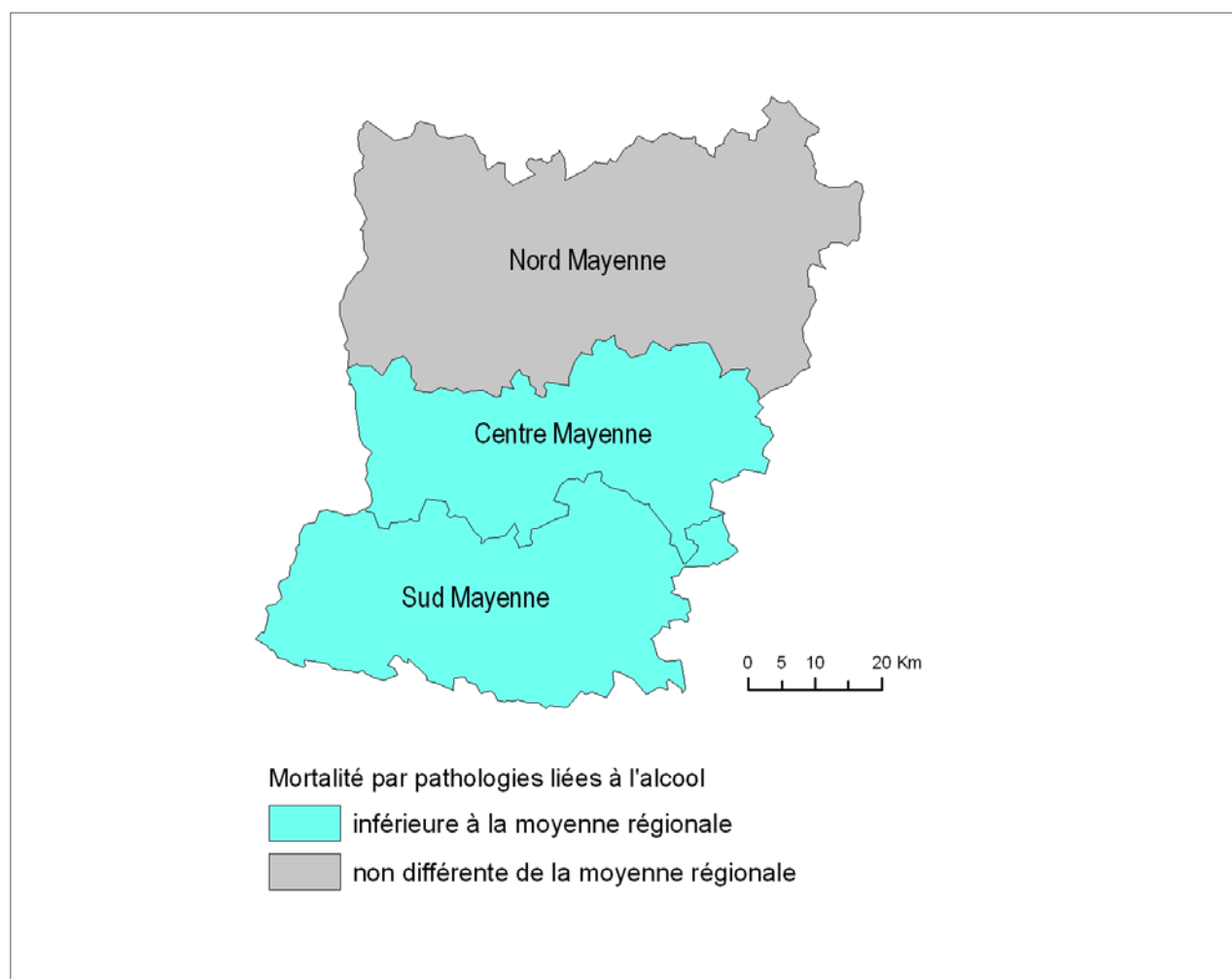
tamment. L'alcool est ainsi en cause dans 30 % des accidents mortels survenus en Mayenne entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Mayenne (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	4	0
45-54 ans	9	2
55-64 ans	11	4
65-74 ans	8	2
75 ans et +	5	1
Total	38	9

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES SUICIDES EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte

national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par suicide plutôt élevée...

■ 70 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Mayenne entre 2004 et 2008. 74 % de ces décès concernent des hommes (fig20).

■ La mortalité par suicide en Mayenne est supérieure de 6 % à la moyenne régionale pour les hommes et de 12 % pour les femmes, mais ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs.

■ ... et un territoire avec une forte surmortalité

■ Le territoire de Sud Mayenne se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 30 %) (fig21).

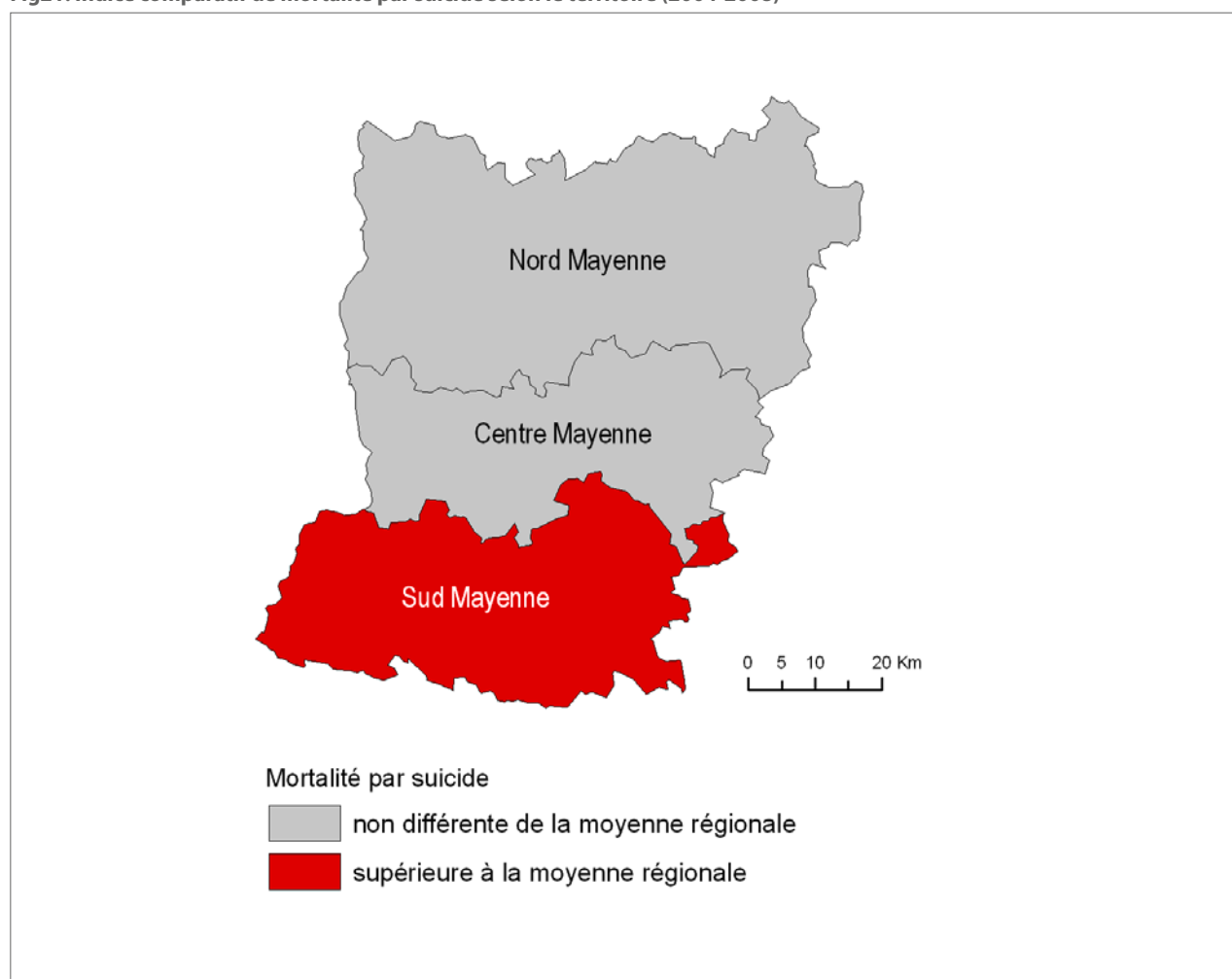
■ Pour les deux autres territoires, la mortalité par suicide n'est pas significativement différente de la moyenne régionale.

Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Mayenne (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<35 ans	6	1
35-44 ans	9	1
45-54 ans	12	5
55-64 ans	7	3
65-74 ans	7	5
75 ans et +	11	3
Total	52	18

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte

national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité par accident de la circulation supérieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes

■ 26 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Mayenne entre 2004 et 2008. 61 % de ces décès concernent des hommes

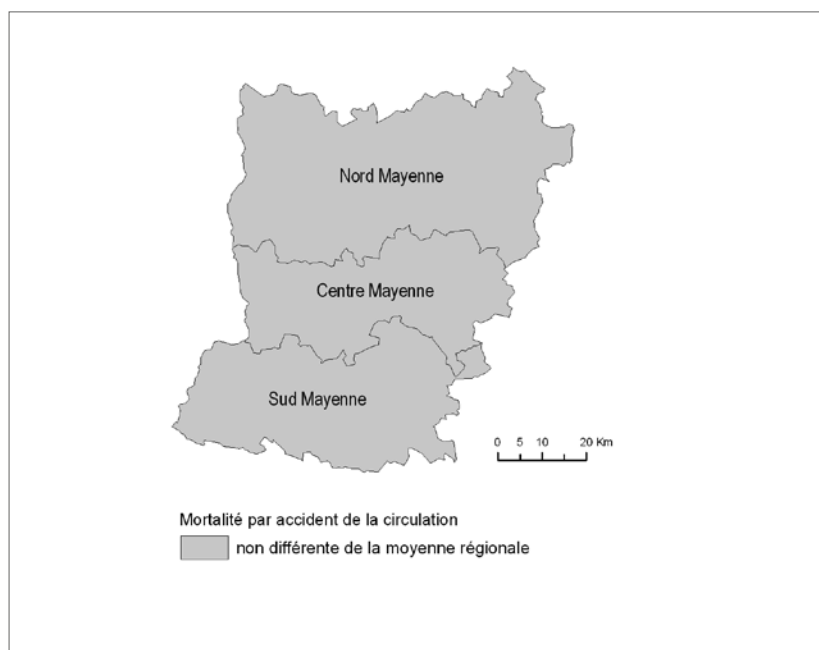
■ La mortalité par accident de la circulation en Mayenne est proche de la moyenne régionale pour les deux sexes. Mais

ce constat masque des disparités entre les hommes et les femmes du département. La mortalité par accident de la circulation est en effet supérieure de 42 % à la moyenne régionale chez les femmes, alors qu'elle est proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Une situation qui semble moins favorable dans le Nord et le Sud du département

■ La mortalité par accident de la circulation est supérieure d'environ 20 % à la moyenne régionale dans les territoires de Nord Mayenne et Sud Mayenne, mais ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs (fig22)

Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN MAYENNE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Mayenne dans le contexte

national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans inférieure à la moyenne régionale dans le département...

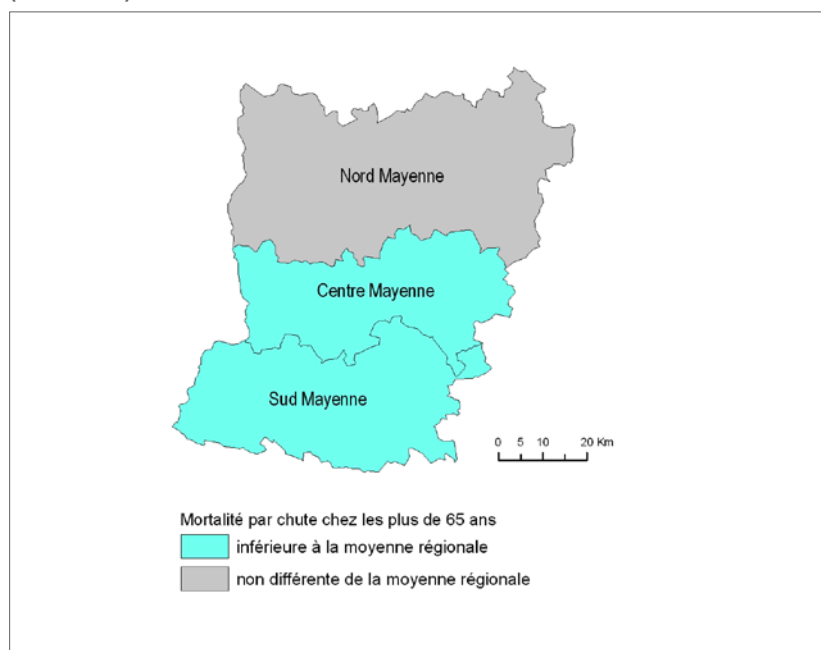
■ Entre 2004 et 2008, 33 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Mayenne. 64 % de ces décès concernent des femmes.

■ En Mayenne, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est inférieure de 23 % à la moyenne régionale.

■ ... et dans deux territoires

■ La mortalité par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus est significativement inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : Sud Mayenne et Centre Mayenne (fig23).

Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN MAYENNE

MÉTHODOLOGIE Deux sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

■ Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 98 % de la population de la Mayenne. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des Mines plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Mayenne, dans le territoire Sud Mayenne. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ce territoire. Toutefois, selon les données obtenues auprès du régime des Mines, cette sous-estimation apparaît très faible.

■ Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

■ Causes médicales de décès

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire. Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans. Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

■ Éléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Mayenne. Bilan 2011. 2 p.
- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.
- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.
- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Château-Gontier. 75 p.
- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Laval. 75 p.
- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Mayenne. 75 p.
- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.santé.fr
- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

La Sarthe présente une mortalité générale proche de la moyenne régionale. Par contre, la mortalité prématurée est supérieure à la moyenne régionale chez les hommes, comme chez les femmes. Les admissions en ALD y sont également plus fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation apparaît notamment défavorable en matière de suicide et de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool pour l'ensemble de la population du département, et de cancers du poumon chez les hommes. La fréquence

des admissions en ALD pour diabète et pour maladies cardiovasculaires est également supérieure à la moyenne régionale. L'analyse de ces données au niveau des cinq territoires met en évidence des situations contrastées. Deux territoires, Vallée du Loir et Alençon Haute Sarthe, cumulent des indicateurs défavorables pour la mortalité générale, la mortalité prématurée, la mortalité prématurée évitable et la fréquence des admissions en ALD.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Sarthe, à partir d'une analyse des données de mortalité et d'admissions en affection de longue durée (ALD). La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territo-

riales et à l'identification de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire. Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte

pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité générale en baisse

■ En Sarthe comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 22 % chez les hommes comme chez les femmes (respectivement - 25 % et - 23 % en Pays de la Loire) (fig1).

■ Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (- 33 %) et par cancers (- 14 %).

■ Une mortalité générale proche de la moyenne régionale

■ La baisse de la mortalité masculine a été moins marquée en Sarthe que dans l'ensemble des Pays de la Loire. Ainsi, à structure d'âge comparable, la mortalité des hommes du département, qui était inférieure de 5 % à la moyenne régionale au début des années 1990, est désormais proche de cette moyenne.

■ La mortalité féminine est restée proche de la moyenne régionale depuis le début des années 1990 (fig1).

■ Des disparités territoriales importantes

■ Dans trois des cinq territoires du département la mortalité générale est supérieure à la moyenne régionale : Vallée du Loir (+ 10 %), Alençon Haute Sarthe (+ 7 %) et Perche Sarthois (+ 4 %). Le territoire de la Vallée de la Sarthe connaît

une mortalité proche de la moyenne régionale. Par contre, l'agglomération mancelle présente une sousmortalité significative (- 6 %) (fig2).

■ Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

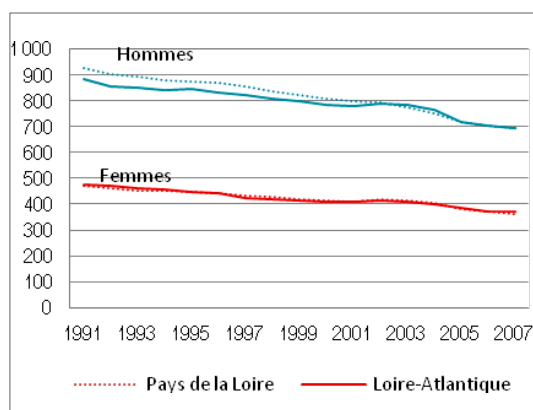
■ Comme en France et dans la région, les cancers (28 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des Sarthois.

■ Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 8 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

■ La mortalité due aux pathologies directement liées à une

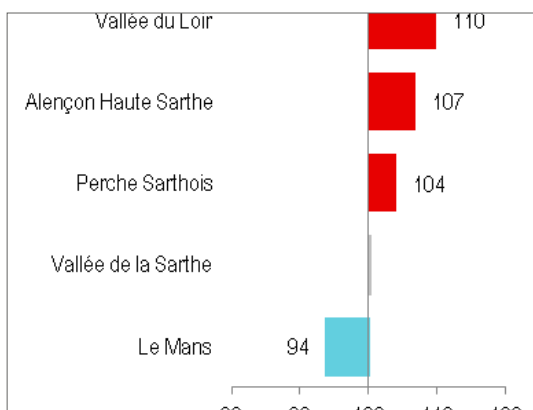
consommation excessive d'alcool* occupe une place non négligeable dans la mortalité des habitants de la Sarthe. 3,6 % des décès masculins et 1,3 % des décès féminins sont en effet provoqués par ces affections (fig3).

■ Fig1. Évolution du taux standardisé de mortalité générale Sarthe, Pays de la Loire (1991- 2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

■ Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Sarthe

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	860	32,9	553	23,2
dont : - poumon	191	7,3	44	1,8
- côlon - rectum	88	3,4	68	2,9
- VADS, œsophage	79	3,0	15	0,6
- sein	2	0,1	112	4,7
- prostate	99	3,8	-	-
Maladies appareil circulatoire	679	25,9	733	30,7
dont : - cardio. ischémiques	223	8,5	178	7,4
- mal. vascul. cérébrales	125	4,8	158	6,6
Traumatismes et empoisonnements	246	9,4	154	6,5
dont : - accidents vie courante	90	3,4	89	3,7
- suicides	109	4,2	43	1,8
- accidents circulation	38	1,4	11	0,5
Maladies appareil respiratoire	149	5,7	140	5,9
Pathologies liées à l'alcool*	94	3,6	31	1,3
Sida	5	0,2	1	0,0
Autres causes	584	22,3	775	32,4
Toutes causes	2 617	100,0	2 387	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et

inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

■ Une mortalité prématurée supérieure de 6 % à la moyenne régionale

■ Près de 1 000 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les Sarthois, entre 2004 et 2008 (fig4).

■ Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (26 %) que chez les femmes (13 %).

■ La mortalité prématurée en Sarthe est supérieure à la moyenne régionale, de 4 % pour les hommes et de 9 % pour les femmes. Cette surmortalité résulte principalement de la forte mortalité par suicide et par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool chez les hommes et chez les femmes de moins de 65 ans du département.

■ Une mortalité prématurée évitable supérieure de 10 % à la moyenne régionale

■ Environ 370 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et près de 80 % concernent des hommes.

■ En Sarthe, la mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne régionale chez les hommes et de 12 % chez les femmes.

■ Une situation défavorable au Nord et au Sud du département

■ La mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne régionale dans deux des cinq territoires du département : Vallée du Loir (+ 12 %) et Alençon Haute Sarthe (+ 8 %) (fig5).

■ Ces territoires sont également ceux où la mortalité prématurée évitable est significativement supérieure à la moyenne régionale (fig6).

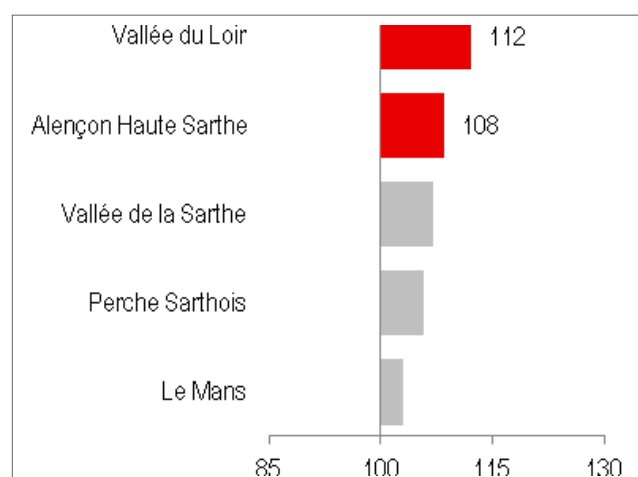
■ Pour les trois autres territoires, la mortalité prématurée et la mortalité prématurée évitable, ne sont pas différentes de la moyenne régionale (fig5 et fig6).

■ Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Alençon Haute Sarthe	123	551	674	18 %
Le Mans	452	1 629	2 081	22 %
Perche Sarthois	142	670	812	17 %
Vallée de la Sarthe	118	439	557	21 %
Vallée du Loir	145	733	878	17 %
Sarthe	980	4 023	5 003	20 %

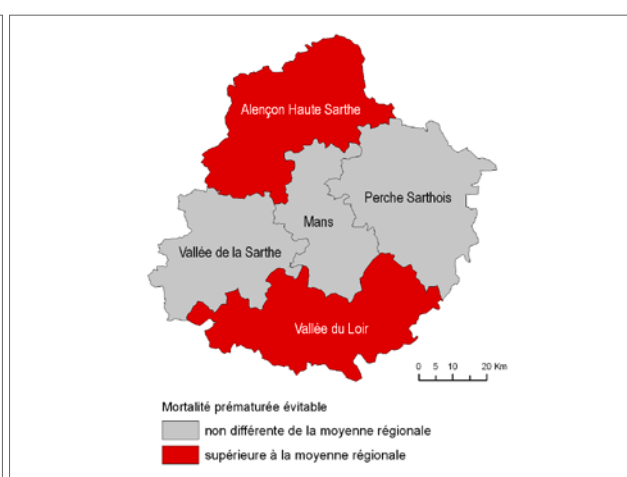
Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN SARTHE

■ Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

■ Environ 11 900 personnes résidant en Sarthe ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97 % de la population départementale.

■ Les maladies cardiovasculaires (35 %), les cancers (24 %) et le diabète (15 %) sont à l'origine de 74 % des admissions en ALD30 dans la population sarthoise (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

■ Une fréquence des admissions en ALD supérieure à la moyenne régionale...

■ Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 est supérieure en Sarthe (+ 6 %) sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.

■ Ce constat est lié notamment à une fréquence plus élevée des admissions pour maladies cardiovasculaires (+ 8 %), et plus particulièrement l'hypertension artérielle (+ 45 %),

pour diabète (+ 11 %), affections psychiatriques de longue durée (+ 13 %), maladie d'Alzheimer et autres démences (+ 7 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est inférieure de 4 % à la moyenne régionale.

■ ... et dans la plupart des territoires

■ Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD30 est significativement supérieure dans les territoires de :

- Alençon Haute Sarthe (+ 9 %),
- Le Mans (+ 7 %),
- Vallée du Loir (+ 5 %),
- Perche Sarthois (+ 3 %).

■ Par contre, la fréquence des admissions en ALD30 des habitants de la Vallée de la Sarthe est proche de la moyenne régionale (fig8).

■ Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Sarthe (2007-2009)

n°ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	7	53	333	359	752
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	2	4	20	27	54
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiques	1	31	580	380	992
5 - Insuffisance cardiaque, troubles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	50	79	731	1 145	2005
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	1	84	275	39	400
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	21	67	39	1	128
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	36	268	2 214	571	3 088
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	68	125	158	56	407
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8	6	3	1	18
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	8	19	31	8	67
12 - Hypertension artérielle sévère	2	53	1 061	764	1 880
13 - Maladie coronaire	1	111	1 259	627	1 998
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	45	52	298	198	592
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	1	144	937	1 081
16 - Maladie de Parkinson	0	2	107	158	267
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	18	38	73	9	138
18 - Mucoviscidose	5	2	0	0	7
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	13	33	104	111	261
20 - Paraplégie	3	15	22	8	47
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	3	24	35	13	74
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12	62	185	50	309
23 - Affections psychiatriques de longue durée	185	677	664	153	1 679
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	6	109	50	7	172
25 - Sclérose en plaques	0	58	35	1	94
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	33	13	1	0	46
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	74	47	3	124
28 - Suites de transplantation d'organe	1	1	6	0	7
29 - Tuberculose active, lèpre	4	34	22	9	69
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	36	492	4 077	1 571	6 176
Total	568	2 587	12 572	7 207	22 934

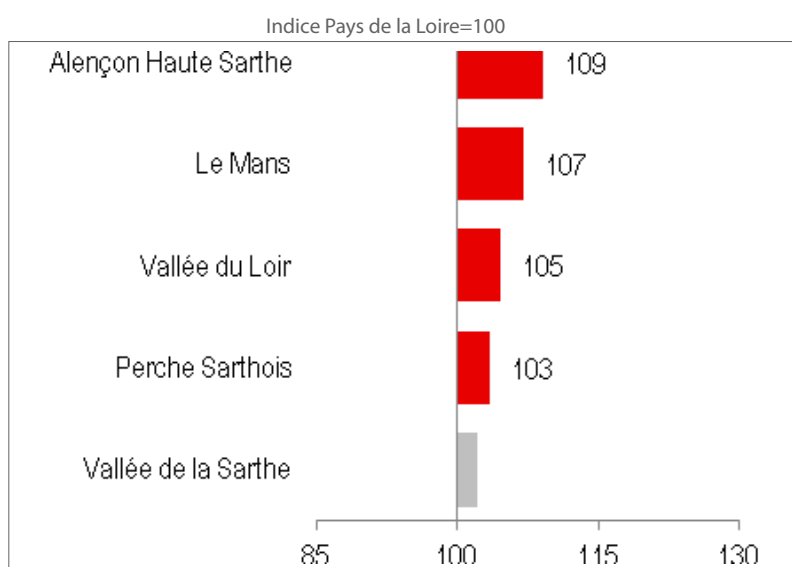
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

>>>

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

>>>

■ **Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)**



LES CANCERS EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte na-

tional. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007.

■ **Cancers : 2 800 admissions en ALD et 1 400 décès chaque année**

■ Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (2 760 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la première cause de décès (1 410 décès annuels) (fig9).

■ Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal, le cancer du poumon et les cancers des voies aérodiges-

tives supérieures. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (191 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (112 décès annuels).

■ **Une mortalité par cancer proche de la moyenne régionale**

■ La mortalité par cancer des habitants du département est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes..

■ **Les admissions en ALD pour cancer plutôt moins fréquentes en Sarthe qu'au niveau régional**

■ Globalement, la fréquence des admissions en ALD pour cancer en Sarthe est inférieure de 4 % à la moyenne régionale. Le taux d'admissions en ALD est inférieur de 5 % à la

moyenne régionale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

■ Deux territoires se distinguent par des indicateurs plus favorables que la moyenne régionale

■ Dans les territoires du département, la mortalité par cancer est proche de la moyenne régionale, à l'exception de celui du Perche Sarthois où une sous-mortalité est observée (- 7 %) (fig10).

■ L'analyse des données d'admissions en ALD met en évidence une moindre fréquence des admissions en ALD pour cancers dans le territoire d'Alençon Haute Sarthe (fig11).

■ Fig9. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Sarthe

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	1 169	-	1 067	-	166	-
Sein	14	1 110	13	1 201	4	221
Côlon-rectum	415	355	346	292	164	155
Poumon	445	136	321	102	358	107
VADS, œsophage	403	79	330	62	168	32
Lymphome malin non hodgkinien	147	105	116	91	48	43
Mélanome de la peau	113	138	84	106	20	19
Foie	184	31	125	24	175	39
Rein	131	70	106	62	47	22
Vessie	142	37	166	40	49	20
Leucémie	83	62	100	76	56	41
Pancréas	76	65	59	50	72	67
Thyroïde	36	103	28	90	2	4
Estomac	83	41	59	36	60	34
Corps utérus	-	97	-	145	-	49
Col utérus	-	48	-	-	-	-
Ovaire	-	91	-	79	-	63
Autres	645	400	354	324	335	207
Total	4 086	2 968	3 274	2 780	1 724	1 123

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité

régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Une mortalité par cancer du poumon supérieure chez les hommes

■ Chez les hommes, la mortalité par cancer du poumon est supérieure de 7 % à la moyenne régionale. Chez les femmes, elle n'est pas significativement différente de cette moyenne.

■ Une mortalité par cancer du poumon supérieure chez les hommes

■ L'analyse territoriale des données de mortalité montre une surmortalité par cancer du poumon pour les habitants du territoire du Mans (+ 9 %). Pour les autres territoires du département, la mortalité est proche de la moyenne régionale (fig12) : Centre Sarthe et Sud Sarthe.

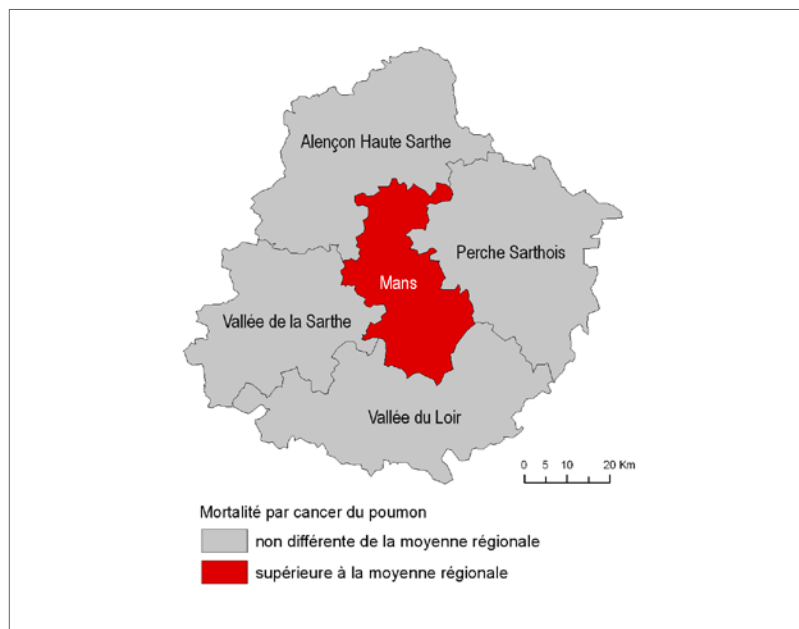
■ La situation défavorable de l'agglomération mancelle, observée pour la mortalité, n'est toutefois pas retrouvée par l'analyse des données d'admissions en ALD.

■ Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures proche de la moyenne régionale

■ La mortalité ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des Sarthois ne sont pas significativement différentes de la moyenne régionale.

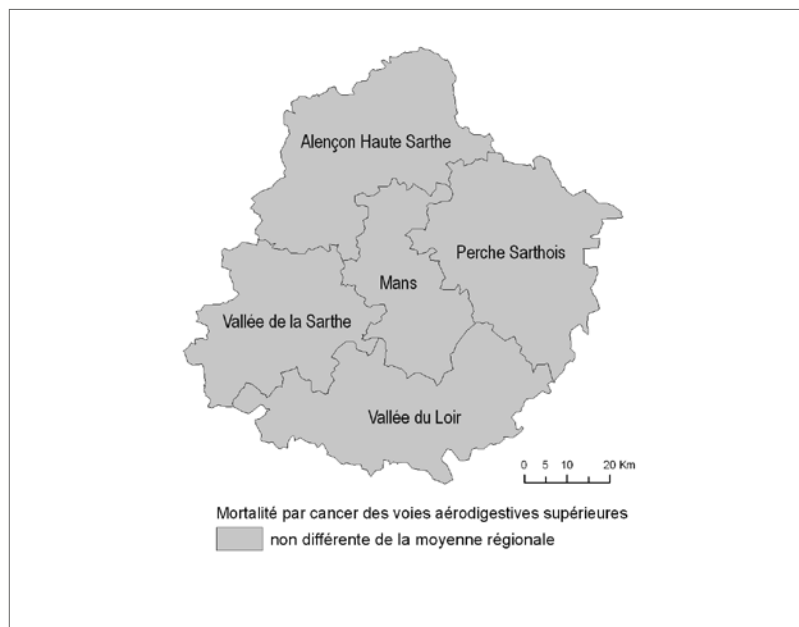
■ L'analyse infra-départementale des données de mortalité et d'admissions en ALD pour ces cancers ne montre également aucune différence significative entre les territoires du département et la région (fig13).

■ Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légè-

rement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes.

■ Cancer du sein : une situation départementale proche de la moyenne régionale...

- La mortalité, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour cancer du sein chez les femmes du département, sont proches de la moyenne régionale.

■ ... mais un territoire avec une forte surmortalité

- L'analyse territoriale des données de mortalité par cancer du sein montre par contre une surmortalité liée à cette affection pour les habitantes de la Vallée du Loir (+ 26 %) (fig14).

- Cette situation défavorable n'est toutefois pas retrouvée par l'analyse territoriale des données d'admissions en ALD pour ce cancer.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 1989 en Sarthe. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 65 % sur la période 2009-

2010. Ce taux est proche à la moyenne régionale (64 %), et supérieur à la moyenne nationale (52 %).

■ Cancer du côlon-rectum : une situation plutôt favorable dans le département...

- La mortalité par cancer du côlon-rectum des habitants de Sarthe, ainsi que la fréquence des admissions en ALD pour

ce cancer, sont inférieurs à la moyenne régionale (respectivement - 7 % et - 13 %).

■ ... en particulier dans l'agglomération mancelle

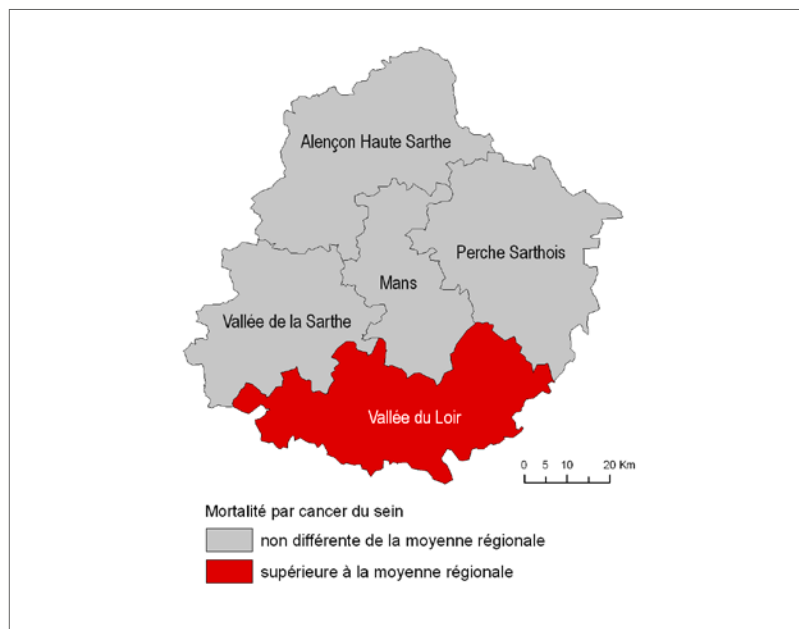
- Dans les territoires du département, la mortalité par cancer colorectal n'est pas différente de la moyenne régionale, à

l'exception de celui du Mans où une sousmortalité pour ce cancer est observée (- 15 %) (fig15).

Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2008 en Sarthe. Le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint 39 % sur la période 2009-2010.

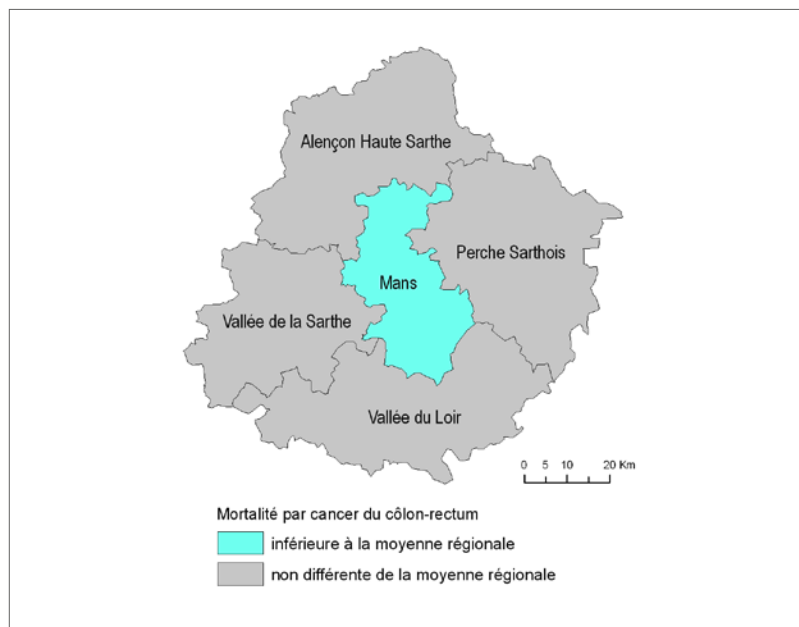
Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (43 %) mais supérieur à la moyenne nationale (34 %).

■ Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure

à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

■ Une situation qui semble plutôt moins favorable qu'au niveau régional

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (4 040 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie) et la seconde cause de décès (1 400 décès annuels, dont 120 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire dans le département est proche de la moyenne régionale. La mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, pour ces affections est par contre

supérieure de 8 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

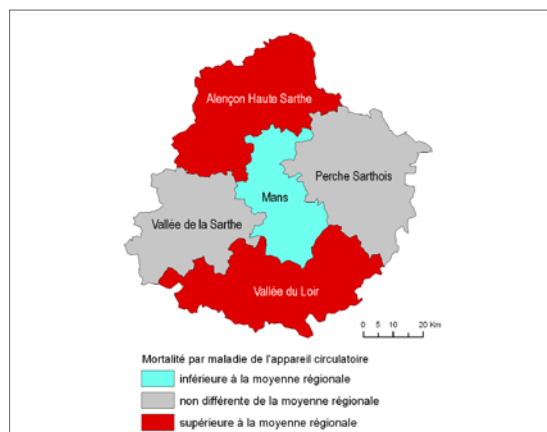
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire, dans le département est significativement supérieure de 8 % à la moyenne régionale.

■ Des situations contrastées dans les territoires

- Deux territoires du département connaissent une mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges) supérieure à la moyenne régionale : Vallée du Loir (+ 11 %) et Alençon Haute Sarthe (+ 8 %). Le territoire de l'agglomération mancelle présente par contre une mortalité inférieure à la moyenne régionale (- 11 %) (fig16).
- Pour la mortalité cardiovasculaire prématurée, l'analyse territoriale ne montre aucune différence significative avec la moyenne régionale (fig17).

- Enfin, les taux d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires sont significativement supérieurs à la moyenne régionale dans l'ensemble des territoires du département, à l'exception de la Vallée de la Sarthe. Pour le territoire d'Alençon Haute Sarthe, l'écart avec la moyenne régionale est particulièrement marqué (+ 25 %).

■ Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN SARTHE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

■ Des admissions en ALD pour diabète plus fréquentes qu'au niveau régional

- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est supérieur de 11 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.
- Cette plus grande fréquence des admissions en ALD pour diabète est retrouvée de façon significative dans quatre des cinq territoires du département : Alençon Haute Sarthe, Perche Sarthois, Vallée du Loir et Le Mans.

- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 1 800 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 15 % du nombre total d'admissions en ALD30

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte

national. La mortalité par pathologies liées directement à la consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non

précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

■ Une mortalité supérieure de 13 % à la moyenne régionale

■ Environ 120 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Sarthe entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (75 %) concernent des hommes (fig18).

■ La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Sarthe est supérieure de 13 % à la moyenne régionale. Cette surmortalité se retrouve chez les femmes (+ 26 %) et chez les hommes (+ 9 %), ce dernier écart n'étant toutefois pas statistiquement significatif.

■ Un territoire particulièrement touché

■ Un des cinq territoires du département présente une mortalité significativement supérieure à la moyenne régionale : la Vallée du Loir (+ 27 %) (fig19)

La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route no-

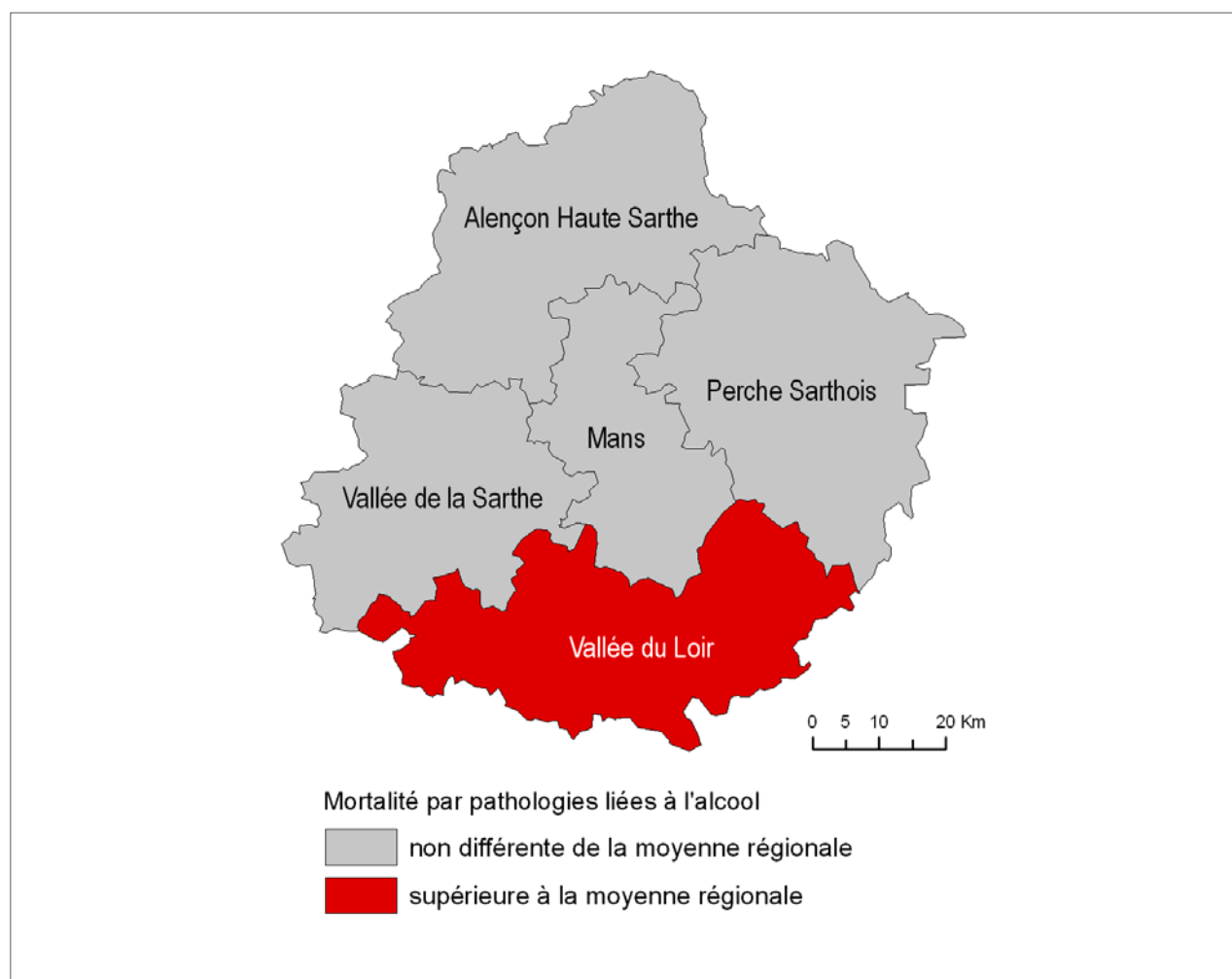
tamment. L'alcool est ainsi en cause dans 31 % des accidents mortels survenus en Sarthe entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

■ Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Sarthe (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	10	3
45-54 ans	24	8
55-64 ans	25	8
65-74 ans	18	7
75 ans et +	15	5
Total	94	31

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES SUICIDES EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région su-

périeure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par suicide supérieure de 26 % à la moyenne régionale

■ 150 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Sarthe entre 2004 et 2008. 72 % de ces décès concernent des hommes (fig20).

■ La mortalité par suicide en Sarthe est supérieure de 26 % à la moyenne régionale (+ 20 % pour les hommes, + 42 % pour les femmes).

■ Une situation défavorable dans tous les territoires

■ Cette surmortalité par suicide se retrouve de façon significative dans quatre territoires du département. Elle est particulièrement marquée pour trois d'entre eux :

- Perche Sarthois (+ 60 %),
- Alençon Haute Sarthe (+ 39 %),
- Vallée du Loir (+ 34 %),
- Mans (+ 12 %).

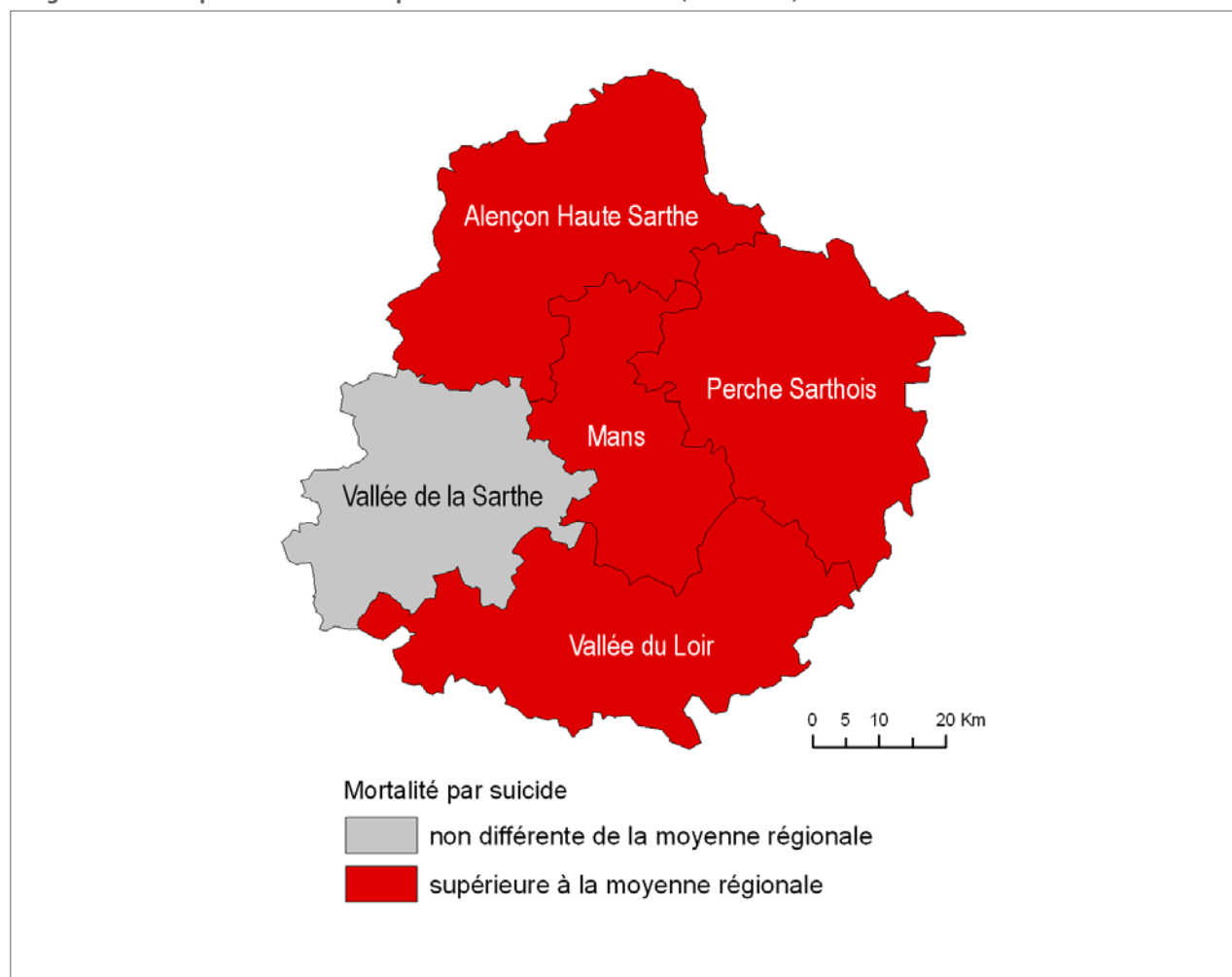
■ Le territoire de la Vallée de la Sarthe présente également une mortalité par suicide supérieure à la moyenne régionale (+ 13 %), mais cet écart n'est pas statistiquement significatif (fig21).

■ Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Sarthe (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	3	1
25-34 ans	11	3
35-44 ans	19	4
45-54 ans	25	9
55-64 ans	13	7
65-74 ans	13	7
75 ans et +	25	12
Total	109	43

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte

national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité par accident de la circulation plutôt supérieure à la moyenne régionale

■ 49 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les habitants de la Sarthe entre 2004 et 2008. 78 % de ces décès concernent des hommes.

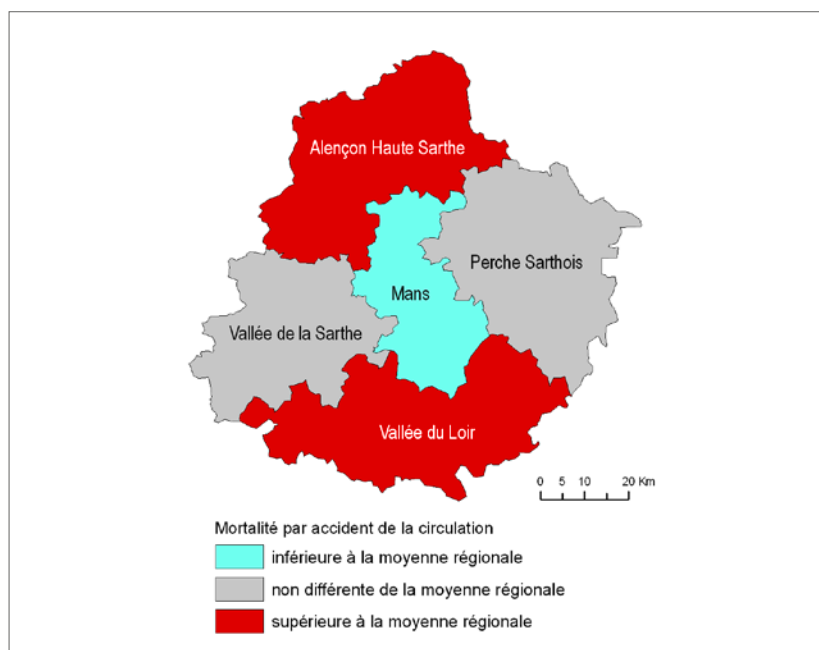
■ La mortalité par accident de la circulation en Sarthe est supérieure de 9 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif.

■ Seul le territoire du Mans semble épargné

■ Par rapport à la moyenne régionale, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accident de la circulation est significativement inférieure dans l'agglomération mancelle (- 24 %).

■ Par contre, deux territoires du département se distinguent par une mortalité par accident de la circulation nettement supérieure à la moyenne régionale : Alençon Haute Sarthe (+ 44 %) et Vallée du Loir (+ 46 %)

■ Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN SARTHE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Sarthe dans le contexte

national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par chute chez les plus de 65 ans proche de la moyenne régionale...

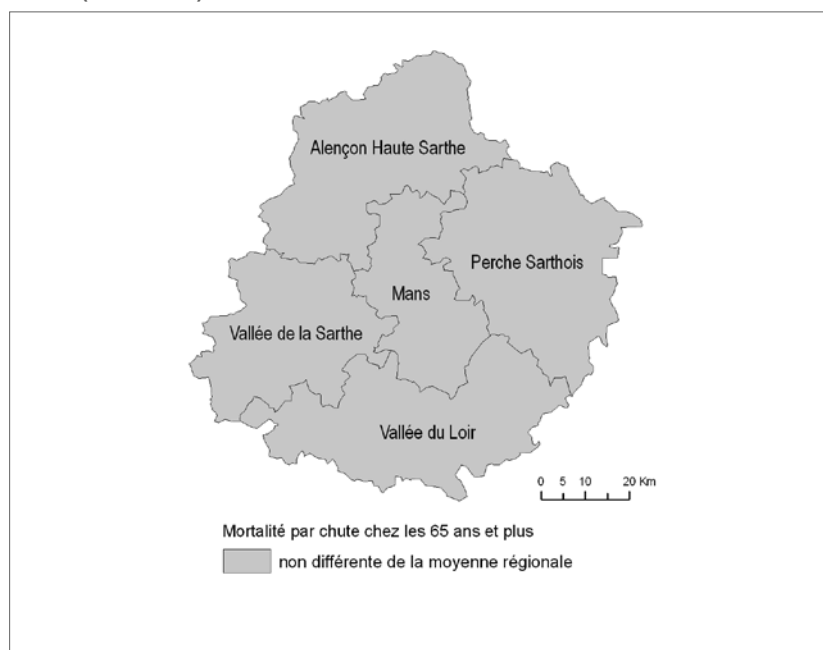
■ Entre 2004 et 2008, 78 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Sarthe. 62 % de ces décès concernent des femmes

■ En Sarthe, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est proche de la moyenne régionale.

■ ... dans l'ensemble des territoires du département

■ Pour les cinq territoires du département, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus n'est pas significativement différente de la moyenne régionale (fig23).

■ Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN SARTHE

MÉTHODOLOGIE Deux sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

■ Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 97 % de la population de la Sarthe. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité.

■ Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida.

Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

■ Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %.

■ Éléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Sarthe. Bilan 2011. 2 p.

- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.

- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé du Mans. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Sablé/La Flèche. 75 p.

- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.santé.fr

- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

**Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.
Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.
Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).**



ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

La Vendée présente une mortalité générale proche de la moyenne régionale chez les hommes, et supérieure à cette moyenne chez les femmes. La mortalité prématurée est proche de la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes. Les admissions en ALD y sont par contre moins fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment défavorable en matière de cancers, et en particulier de cancers du poumon chez

les femmes, et de décès par accident de la circulation. L'analyse de ces données au niveau de huit territoires infra départementaux met en évidence des situations contrastées. Les territoires de Challans-Beauvoir-Monts et du Littoral-St Gilles-Oronnes se distinguent par une mortalité prématurée et une mortalité prématurée évitable significativement supérieures à la moyenne régionale.

Ce document a pour but de présenter les principales caractéristiques d'état de santé de la population de la Vendée, à partir d'une analyse des données de mortalité, d'admissions en affection de longue durée (ALD) et d'incidence des cancers. La comparaison des données du département et de ses différents territoires à la moyenne régionale, contribue à la mise en lumière de disparités territoriales et à l'identification

de zones particulièrement concernées par certains problèmes de santé au sein des Pays de la Loire. Une attention particulière quant à l'interprétation de ces résultats est rappelée au lecteur en redonnant la situation de la région par rapport à la France en en-tête de chacun des chapitres.

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte

pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité générale des habitants de la région est ainsi inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes (- 3 %) comme chez les femmes (- 5 %), sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité générale en baisse

■ En Vendée comme dans la région, la mortalité a connu un recul important au cours des quinze dernières années. Entre les périodes 1990-1992 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a diminué de 23 % chez les hommes (- 25 % en Pays de la Loire) et de 18 % seulement chez les femmes (- 23 %) (fig1).

■ Ce recul résulte principalement d'une baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 34 %) et les cancers (- 15 %).

■ Une mortalité générale supérieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes

■ La baisse de la mortalité a été un peu moins marquée en Vendée que dans l'ensemble des Pays de la Loire. Ainsi, à structure d'âge comparable, la mortalité des femmes et des hommes du département qui était légèrement inférieure à la moyenne régionale au début des années 1990 est désor-

mais, sur la période récente 2004-2008, supérieure de 3 % à cette moyenne chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes (fig1) 1990 (fig1).

■ Quatre territoires présentent une surmortalité

■ Dans quatre des huit territoires du département, la mortalité générale est supérieure à la moyenne régionale : Sud Vendée-Fontenay (+ 8 %), Montaigu (+ 7 %), Challans-Beauvoir-Monts (+ 6 %), Sud Vendée-Luçon (+ 5 %). Les

quatre autres territoires présentent une mortalité proche de la moyenne régionale (fig2).

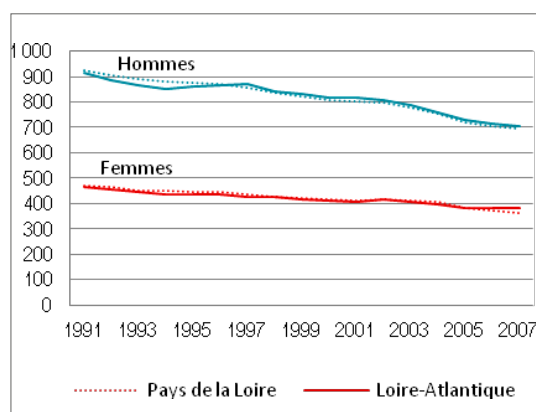
■ Cancers et affections cardiovasculaires, principales causes de décès

■ Comme en France et dans la région, les cancers (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %) sont les deux principales causes de décès des habitants de la Vendée.

■ Les accidents et les autres morts violentes sont à l'origine de 7 % des décès. Il s'agit le plus souvent de décès par accident de la vie courante (chute notamment) ou suicide.

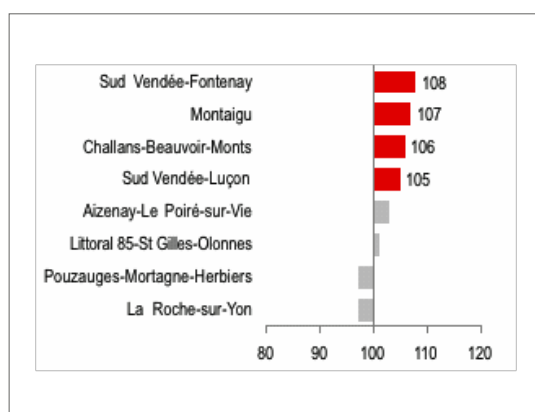
■ Les pathologies directement liées à une consommation excessive d'alcool* représentent 3,3 % des décès masculins et 0,9 % des décès féminins (fig3).

■ Fig1. Évolution du taux standardisé de mortalité générale Vendée, Pays de la Loire (1991 - 2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

■ Fig2. Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig3. Effectif annuel moyen de décès selon le sexe et la cause de décès (2004-2008) Vendée

	Hommes		Femmes	
	Eff.	%	Eff.	%
Cancers	1 050	35,5	650	24,6
dont : - poumon	214	7,2	62	2,3
- côlon - rectum	111	3,8	87	3,3
- VADS, œsophage	88	3,0	16	0,6
- sein	3	0,1	128	4,8
- prostate	116	3,9	-	-
Maladies appareil circulatoire	731	24,7	819	31,0
dont : - cardio. ischémiques	228	7,7	185	7,0
- mal. vascul. cérébrales	165	5,6	210	8,0
Traumatismes et empoisonnements	258	8,7	156	5,9
dont : - accidents vie courante	102	3,5	103	3,9
- suicides	100	3,4	27	1,0
- accidents circulation	43	1,5	16	0,6
Maladies appareil respiratoire	172	5,8	173	6,6
Pathologies liées à l'alcool*	96	3,3	24	0,9
Sida	3	0,1	1	0,0
Autres causes	645	21,8	816	30,9
Toutes causes	2 955	100,0	2 639	100,0

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

* maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'origine non précisée, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité prématurée dans la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les hommes, et

inférieure de 8 % pour les femmes sur la période 2005-2007. La mortalité prématurée évitable est supérieure de 10 % à la moyenne nationale pour les hommes, et proche de cette moyenne pour les femmes.

■ Une mortalité prématurée proche de la moyenne régionale

■ 1 040 décès prématurés (survenus avant 65 ans) ont été dénombrés en moyenne chaque année en Vendée, entre 2004 et 2008 (fig4).

■ Comme en France et dans la région, la part des décès prématurés parmi l'ensemble des décès est nettement plus élevée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (12 %).

■ Une mortalité prématurée évitable proche de la moyenne régionale

■ Environ 380 décès prématurés par an peuvent être considérés comme évitables (cf. définition p.12), et 79 % concernent des hommes.

■ Comme la mortalité prématurée, la mortalité prématurée évitable dans le département est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

■ Des écarts très importants entre les territoires

Des territoires avec une mortalité prématurée inférieure à la moyenne...

Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée est significativement inférieure dans les territoires de Pouzauges-Mortagne-Herbiers (- 17 %) et Aizenay-Le Poiré-sur-Vie (- 10 %) (fig5).

... peu différente de cette moyenne...

La mortalité prématurée est proche de la moyenne régionale pour les habitants des territoires de :

- Sud Vendée-Fontenay,
- La Roche-sur-Yon,
- Montaigu,
- et Sud Vendée-Luçon.

... et supérieure à la moyenne

■ En revanche, la mortalité prématurée est significativement supérieure à la moyenne régionale dans les territoires de Challans-Beauvoir-Monts (+ 19 %), et Littoral -St Gilles-Olonnes (+ 8 %).

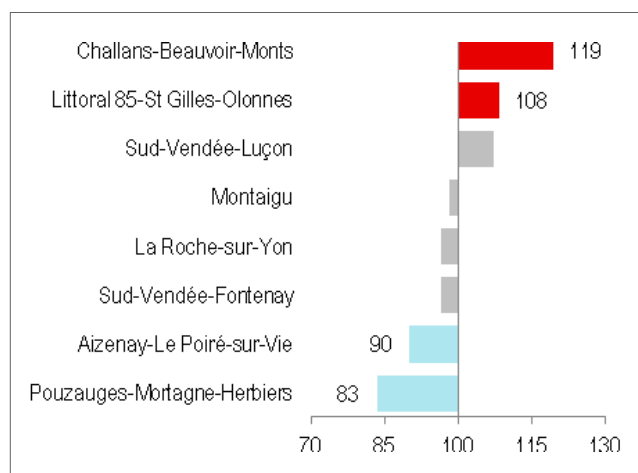
■ Ces territoires sont également ceux où la mortalité prématurée évitable est significativement supérieure à la moyenne régionale (fig6).

■ Fig4. Effectif annuel moyen de décès selon l'âge et le territoire (2004-2008)

	Décès <65 ans	Décès ≥ 65 ans	Total Décès	% décès < 65 ans
Aizenay-Le Poiré-sur-Vie	79	324	403	20 %
Challans-Beauvoir-Monts	148	595	743	20 %
La Roche-sur-Yon	188	621	809	23 %
Littoral 85-St Gilles-Olonnes	209	1 049	1 258	17 %
Montaigu	87	347	434	20 %
Pouzauges-Mortagne-Herbiers	102	436	538	19 %
Sud Vendée-Fontenay	109	603	712	15 %
Sud Vendée-Luçon	115	581	696	17 %
Vendée	1 037	4 557	5 594	19 %

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig5. Indice comparatif de mortalité prématurée selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig6. Indice comparatif de mortalité prématurée évitable selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La fréquence des admissions en ALD30 en Pays de la Loire est ainsi inférieure de 11 % à la moyenne nationale

entre 2007 et 2009. Cette moindre fréquence se retrouve de façon significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

■ Affections cardiovasculaires, cancers, et diabète au premier rang des admissions en ALD

■ Environ 12000 personnes résidant en Vendée ont été admises en moyenne chaque année en ALD30, entre 2007 et 2009, par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97 % de la population départementale (fig7).

■ Les maladies cardiovasculaires (32 %), les cancers (30 %) et le diabète (15 %) sont à l'origine de 77 % des admissions en ALD30 dans la population de la Vendée (75 % en Pays de la Loire) (fig7).

■ Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne régionale...

■ Par rapport à la moyenne régionale, la fréquence des admissions en ALD30 en Vendée est inférieure (- 6 %), sur la période 2007-2009 à structure d'âge comparable.

■ Ce constat est lié notamment à une moindre fréquence des admissions pour maladies cardiovasculaires (- 13 %), affections psychiatriques de longue durée (- 10 %), mala-

die d'Alzheimer et autres démences (- 16 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne régionale.

■ ... et dans la plupart des territoires

■ Seul le territoire de Challans-Beauvoir-Monts présente une fréquence d'admissions en ALD30 supérieure à la moyenne régionale (+ 3 %). Dans les autres territoires du département, la fréquence de ces admissions est inférieure à la moyenne régionale.

■ Fig7. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD selon l'âge et le motif d'admission, Vendée (2007-2009)

n°ALD	0-14 ans	15-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	6	22	199	192	420
2 - Insuffis. médullaires et autres cytopénies chroniq.	1	2	13	13	29
3 - Artériopathies chroniq. avec manifestations ischémiques	0	16	294	191	502
5 - Insuffisance cardiaque, troubles rythme, cardiopath. valvulaires, cardiopath. congénitales graves	25	34	433	661	1 153
6 - Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	3	38	147	14	201
7 - Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection VIH	2	23	12	0	36
8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	17	122	1 259	399	1 797
9 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	28	44	79	25	176
10 - Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	2	2	1	0	4
11 - Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	2	7	9	2	20
12 - Hypertension artérielle sévère	0	13	410	359	781
13 - Maladie coronaire	0	44	624	328	997
14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	12	14	124	107	257
15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences	0	0	76	439	515
16 - Maladie de Parkinson	0	0	61	71	133
17 - Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	12	19	38	3	72
18 - Mucoviscidose	2	0	0	0	2
19 - Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	4	13	37	53	106
20 - Paraplégie	2	8	9	5	24
21 - Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	0	11	25	9	44
22 - Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	3	39	106	28	176
23 - Affections psychiatriques de longue durée	60	280	302	85	728
24 - Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	3	58	34	3	98
25 - Sclérose en plaques	0	21	16	0	38
26 - Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	24	7	0	0	32
27 - Spondylarthrite ankylosante grave	0	41	23	0	64
28 - Suites de transplantation d'organe	0	1	2	0	3
29 - Tuberculose active, lèpre	1	4	9	3	18
30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	21	236	2 296	1 036	3 589
Total	231	1 120	6 637	4 028	12016

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee, exploitation ORS

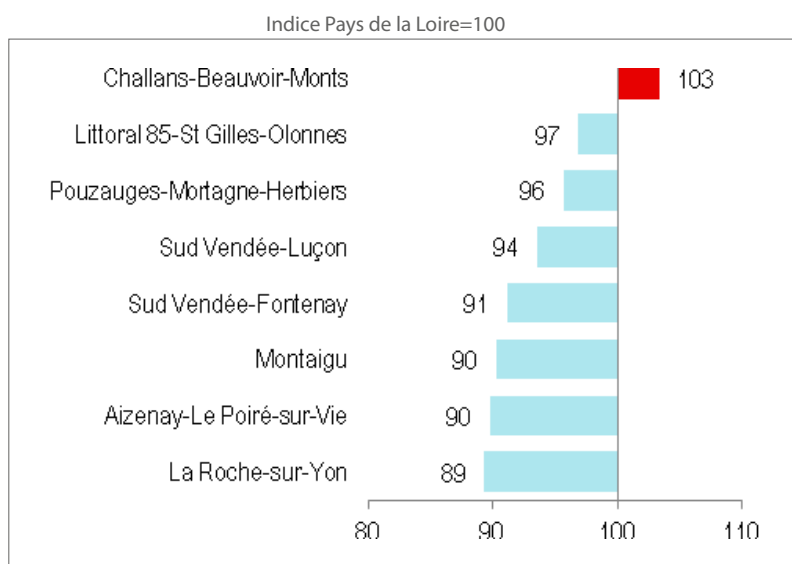
>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

>>>

■ **Fig8. Indice comparatif d'admission en ALD30 selon le territoire (2007-2009)**



LES CANCERS EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par cancer des habitants de la région est ainsi proche de la moyenne nationale pour les

hommes, et inférieure de 4 % pour les femmes sur la période 2005-2007, significative pour les affections cardiovasculaires (- 14 %), psychiatriques (- 23 %) et le diabète (- 17 %). Par contre, la fréquence des admissions pour cancers est supérieure de 5 % à la moyenne nationale.

■ 3 600 nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année

■ 3 610 nouveaux cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués en moyenne chaque année parmi les habitants de la Vendée entre 2006 et 2008, selon le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. Les cancers constituent le deuxième motif d'admission en ALD (3 400 admissions annuelles pour les trois principaux régimes) et la première cause de décès (1 700 décès annuels) (fig9)

■ Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer (210 décès annuels). Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang (130 décès annuels) (fig9).

■ Cancers : une situation qui semble moins favorable qu'au niveau régional...

■ Chez les femmes du département, le taux d'incidence des cancers mesuré par le Registre des cancers, ainsi que le taux de mortalité sont supérieurs de 4 % à la moyenne régionale.

■ Chez les hommes, le taux de mortalité pour les cancers est également supérieur à la moyenne régionale de 4 %. Mais, le taux masculin d'incidence des cancers, mesuré par le Registre des tumeurs, est inférieur à la moyenne régionale sur la période 2006-2008 (- 4 %).

■ ... et dans certains territoires

■ La mortalité par cancer est supérieure à la moyenne régionale dans quatre territoires du département :

- Montaigu (+ 14 %),
- Challans-Beauvoir-Monts (+ 10 %),
- Sud Vendée-Luçon (+ 9 %),
- Littoral85-St Gilles-Olonnes (+ 7 %) (fig10).

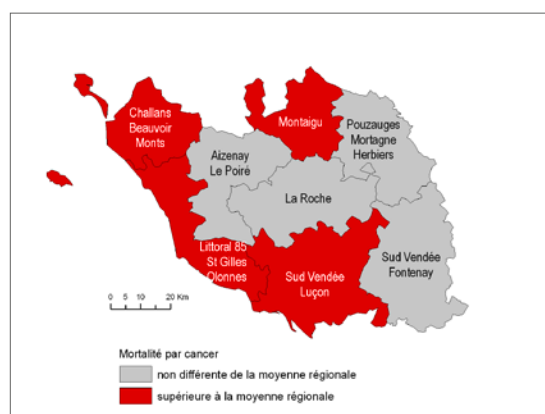
■ L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans les territoires de Challans-Beauvoir-Monts et Littoral85-St Gilles-Olonnes (fig11).

■ Fig9. Nombre annuel moyen d'admissions en ALD et de décès selon le sexe et la localisation du cancer, Vendée

	Incidence (2006-2008)		Admissions en ALD (2007-2009)		Décès (2004-2008)	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Prostate	587	-	659	-	116	-
Sein	5	531	7	602	3	128
Côlon-rectum	244	190	224	163	111	87
Poumon	211	59	182	54	214	62
VADS, œsophage	190	31	168	30	88	16
Lymphome malin non hodgkinien	73	63	67	55	29	23
Mélanome de la peau	45	47	35	55	11	10
Thyroïde	22	65	17	76	2	3
Foie	74	8	59	8	97	21
Rein	57	23	70	34	33	14
Vessie	62	14	113	27	30	13
Pancréas	40	31	35	31	52	42
Estomac	45	19	36	20	44	20
Leucémies	37	22	56	47	34	25
Corps utérus	-	57	-	95	-	25
Col utérus	-	19	-	-	-	-
Ovaire	-	42	-	33	-	38
Autres	420	276	212	174	186	123
Total	2 112	1 497	1 940	1 504	1 050	650

Sources : Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée ; Cnamts, CCMSA, RSI ; Inserm CépiDc ; exploitation ORS

■ Fig10. Indice comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig11. Indice comparatif d'admission en ALD pour cancer (toutes localisations) selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES CANCERS DU POUMON ET CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. Pour le cancer du poumon, les taux régionaux d'incidence estimée, d'admissions en ALD et de mortalité sont ainsi très inférieurs à la moyenne nationale. La mortalité

régionale est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, entre 2005 et 2007. Pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, la situation régionale est globalement plus favorable que la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Une mortalité par cancer du poumon supérieure à la moyenne régionale chez les femmes

■ Chez les hommes de Vendée, le taux d'incidence du cancer du poumon, mesuré par le Registre des cancers sur la période 2006-2008, est inférieur de 9 % à la moyenne régionale.

■ Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon, mesuré par le Registre des cancers, est par contre

supérieur de 5 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif. La mortalité est significativement supérieure à la moyenne régionale de 13 % sur la période 2004-2008.

■ Les territoires littoraux les plus touchés

■ À structure d'âge comparable, la mortalité par cancer du poumon est significativement supérieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : Littoral-St Gilles-Ornnes (+ 30 %) et Challans-Beauvoir- Monts (+ 18 %) (fig12).

■ À l'inverse, une sous-mortalité par cancer du poumon est observée dans le territoire Pouzauges-Mortagne- Herbiers (- 24 %).

■ L'analyse territoriale des données d'admissions en ALD confirme la situation défavorable par rapport à la moyenne régionale dans le territoire Littoral-St Gilles-Ornnes.

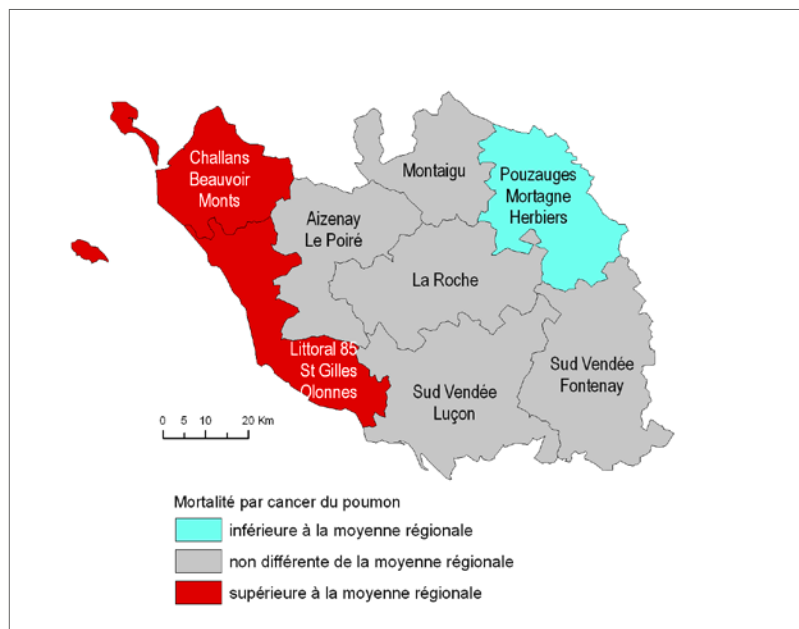
■ Une fréquence des cancers des voies aérodigestives supérieures proche de la moyenne régionale

■ La fréquence des admissions en ALD ainsi que la mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) des habitants de la Vendée sont proches de la moyenne régionale. Les données du Registre confirment ce constat.

■ L'analyse infra-départementale montre que les taux d'admissions en ALD et de mortalité pour ces cancers ne sont pas statistiquement différents de la moyenne régionale (fig13).

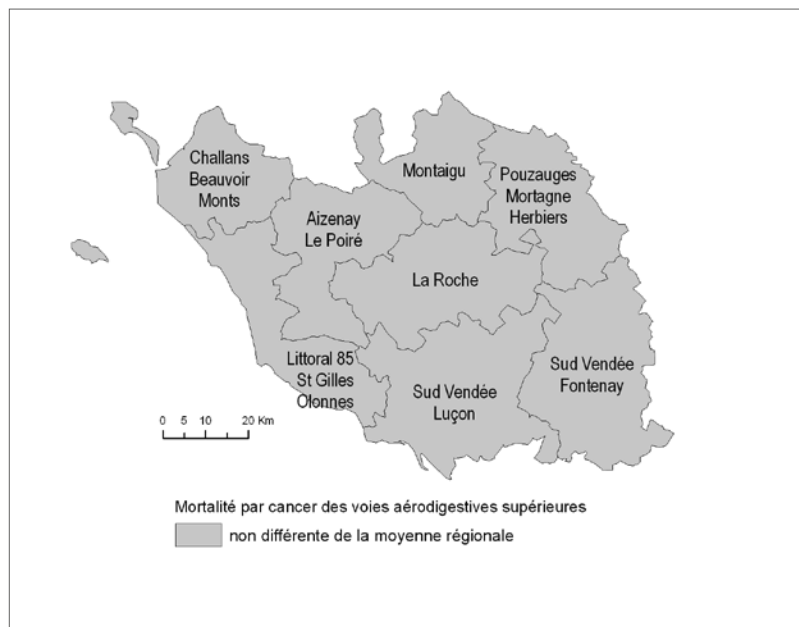
■ Toutefois, la situation apparaît moins favorable dans le territoire de Challans-Beauvoir-Monts qui présente des taux d'admissions en ALD et de mortalité pour les cancers des VADS supérieurs de plus de 15 % à la moyenne régionale (bien que ces écarts ne soient pas statistiquement significatifs).

■ Fig12. Indice comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig13. Indice comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures* selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS * lèvres, bouche, pharynx, larynx, oesophage

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES CANCERS DU SEIN ET CANCERS DU COLON-RECTUM EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. Pour le cancer du sein, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD sont ainsi légèrement supérieurs à la moyenne nationale. Pour le cancer du

côlon-rectum, les taux régionaux de mortalité, d'incidence estimée et d'admissions en ALD, sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes. moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Cancer du sein : une situation assez proche de la moyenne régionale...

■ La fréquence des admissions en ALD et la mortalité pour le cancer du sein, parmi les femmes de la Vendée, ne sont pas significativement différentes de la moyenne régionale. Il convient toutefois de noter que le taux d'incidence, me-

suré par la Registre des cancers sur la période 2006- 2008, est inférieur à la moyenne régionale (- 6 %).

■ ... mais un territoire avec une forte surmortalité

■ La mortalité par cancer du sein est nettement supérieure à la moyenne régionale dans le territoire de Montaigu (+ 33 %) (fig14).

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en 2002 en Vendée. Le taux de participation des femmes de 50-74 ans à ce dépistage atteint 60 % sur la période 2009-

2010. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale (64 %), mais supérieur à la moyenne nationale (52 %).

■ Cancer du côlon-rectum : une situation assez proche de la moyenne régionale...

■ Le taux d'incidence des cancers colorectaux, mesuré par le Registre des tumeurs sur la période 2006-2008, est proche de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

■ La fréquence des admissions en ALD pour ces cancers est significativement supérieure à la moyenne régionale sur la période 2007-2009 (+ 6 %).

■ Enfin, la mortalité liée à ces affections n'est pas significativement différente de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes, sur la période 2004-2008.

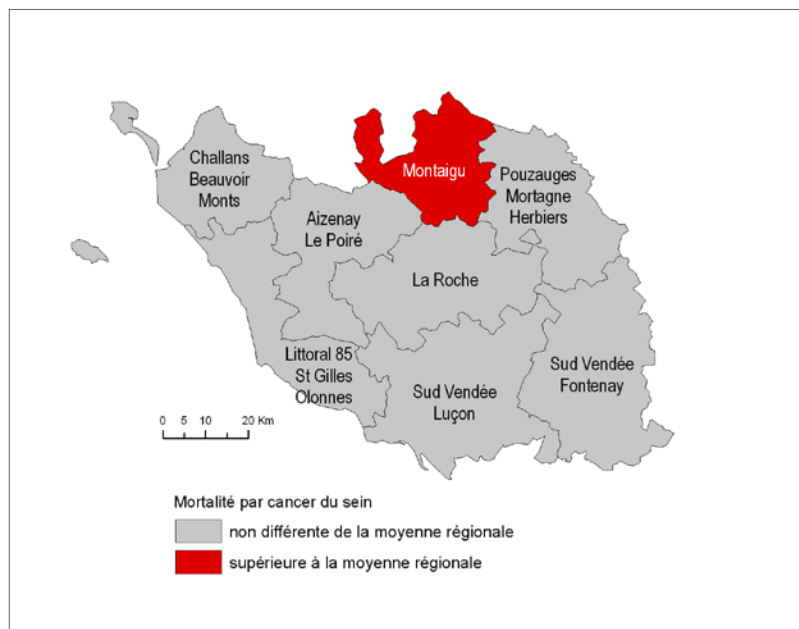
■ ... mais une forte surmortalité au Nord-Est du département

■ La mortalité par cancer du côlon-rectum est nettement supérieure à la moyenne régionale dans les deux territoires situés au Nord-Est du département : - Montaigu (+ 29 %), - et Pouzauges-Mortagne-Herbiers (+ 25 %) (fig15).

Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum a été mis en place en 2007 en Vendée. Comme dans les Pays de la Loire, le taux de participation des 50-74 ans à ce dépistage atteint

43 % en Vendée sur la période 2009-2010. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (34 %).

■ Fig14. Indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig15. Indice comparatif de mortalité par cancer colorectal selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. Pour les affections cardiovasculaires, la mortalité régionale tous âges et avant 65 ans est ainsi inférieure

à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans la région est plus faible qu'en France.

■ Une fréquence des admissions en ALD inférieure à la moyenne régionale

- Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD30 (3 700 admissions annuelles pour les trois principaux régimes d'assurance maladie).
- La fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est inférieure de 13 % à la moyenne régionale.

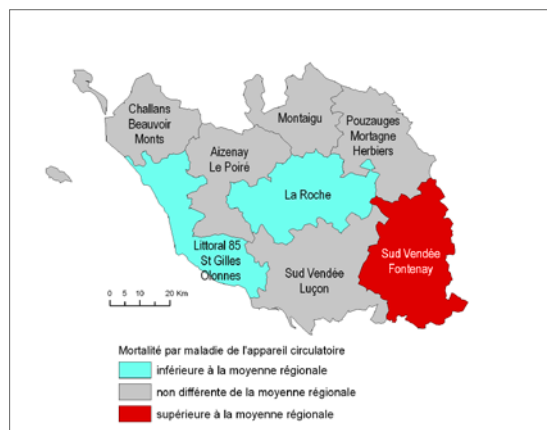
■ Ce constat se retrouve dans l'ensemble des territoires du département, à l'exception du territoire de Challans - Beauvoir-Monts qui présente un taux proche de cette moyenne.

■ Mais une mortalité prématurée et une mortalité globale proches de cette moyenne

- Les maladies cardiovasculaires constituent la seconde cause de décès dans la population vendéenne (1 550 décès annuels, dont 120 avant 65 ans).
- La mortalité cardiovasculaire, ainsi que la mortalité cardiovasculaire avant 65 ans sont, dans le département, proches de la moyenne régionale.

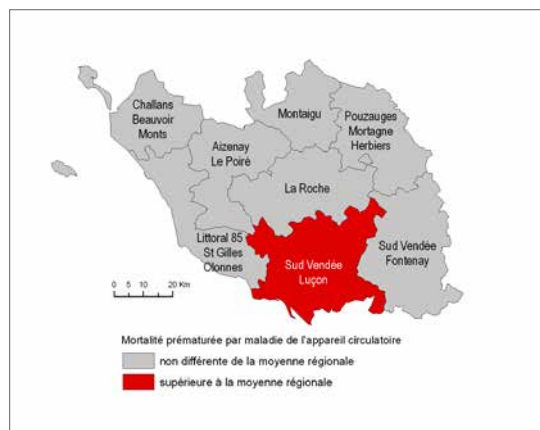
■ L'analyse territoriale met en évidence une surmortalité prématurée dans le territoire Sud Vendée-Luçon (+ 37 %, fig17) et une surmortalité tous âges dans le territoire Sud Vendée-Fontenay (+ 10 %, fig16). Deux territoires connaissent par contre une mortalité cardiovasculaire tous âges inférieure à la moyenne régionale : La Roche-sur-Yon (- 11 %) et Littoral-St Gilles- Olonnes (- 5 %).

■ Fig16. Indice comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

■ Fig17. Indice comparatif de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

DIABÈTE EN VENDÉE

La fréquence des admissions en ALD pour diabète en Pays de la Loire est inférieure de 17 % à la moyenne nationale sur la période 2007-2009.

■ Une fréquence des admissions en ALD pour diabète proche de la moyenne régionale

- Le diabète a été à l'origine en moyenne de 1 800 admissions annuelles en ALD sur la période 2007-2009 parmi les habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Cela représente 15 % du nombre total d'admissions en ALD30.
- Le taux d'admissions en ALD pour diabète dans le département est proche de la moyenne régionale, à structure d'âge comparable.

- La fréquence des admissions en ALD pour diabète est inférieure à la moyenne régionale dans deux territoires du département : La Roche-sur-Yon et Littoral-St Gilles-Clonnes. En revanche, le territoire de Challans-Beauvoir-Monts présente un taux d'admissions en ALD pour diabète supérieur à la moyenne régionale.

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LA MORTALITÉ LIÉE A LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte national. La mortalité par pathologies liées directement à la

consommation excessive d'alcool est ainsi dans la région supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 21 %), et proche de cette moyenne pour les femmes sur la période 2006-2008.

La mortalité liée directement à la consommation excessive d'alcool est étudiée à partir d'une analyse cumulée des décès par maladie alcoolique du foie ou par cirrhose du foie d'ori-

gine non précisée, et des décès par troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool.

■ Une mortalité proche de la moyenne régionale

■ 120 décès par pathologies liées directement à une consommation excessive d'alcool ont été dénombrés en moyenne chaque année en Vendée entre 2004 et 2008. La grande majorité de ces décès (80 %) concernent des hommes (fig18).

■ La mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool en Vendée n'est pas significativement différente de la moyenne régionale, chez les hommes comme chez les femmes.

■ Un territoire en sous-mortalité

■ Le territoire de Sud Vendée-Fontenay présente une mortalité par affections liées directement à la consommation excessive d'alcool significativement inférieure à la moyenne régionale (- 26 %) (fig19). Dans les territoires de Challans-

Beauvoir-Monts et Littoral 85-St Gilles-Olonnes, cette mortalité est supérieure d'environ 15 % à la moyenne régionale, mais cet écart n'est pas statistiquement significatif

La mortalité par cancers des voies aérodigestives supérieures qui sont liés à une consommation associée d'alcool et de tabac est présentée page 6. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est aussi à l'origine d'une part importante des morts violentes, par suicide ou accident de la route no-

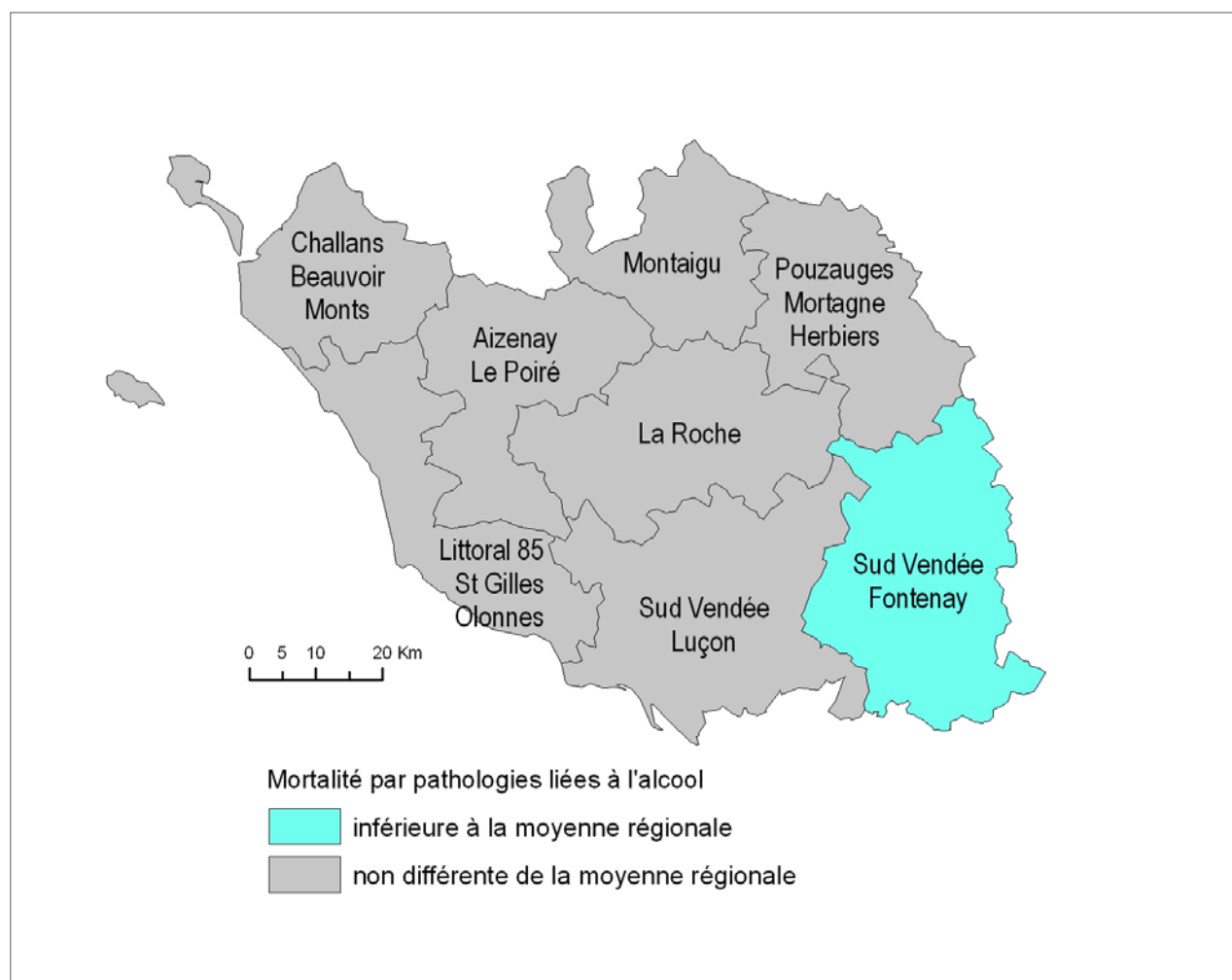
tamment. L'alcool est ainsi en cause dans 34 % des accidents mortels survenus en Vendée entre 2005 et 2009 (35 % en Pays de la Loire, 29 % en France).

■ Fig18. Effectif annuel moyen de décès par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon l'âge et le sexe Vendée (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<45 ans	7	2
45-54 ans	21	6
55-64 ans	27	7
65-74 ans	25	6
75 ans et +	16	3
Total	96	24

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig19. Indice comparatif de mortalité par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES SUICIDES EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte

national. La mortalité par suicide est ainsi dans la région supérieure de 26 % à la moyenne nationale chez les hommes et de 13 % chez les femmes, mais ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale pour les femmes, proche pour les hommes

■ 130 décès par suicide ont été dénombrés en moyenne chaque année en Vendée entre 2004 et 2008. 79 % de ces décès concernent des hommes (fig20).

cide est inférieure de 18 % à la moyenne régionale chez les femmes du département, et est proche de cette moyenne chez les hommes.

■ Globalement, la mortalité par suicide en Vendée n'est pas significativement différente de la moyenne régionale. Mais ce constat est différent selon le sexe. La mortalité par sui-

■ ... mais un territoire avec une « forte » surmortalité

■ Par rapport à la moyenne régionale et à structure d'âge comparable, la mortalité par suicide est significativement inférieure dans les territoires de la Roche-sur-Yon (- 35 %) et Pouzauges-Mortagne-Herbiers (- 25 %) (fig21).

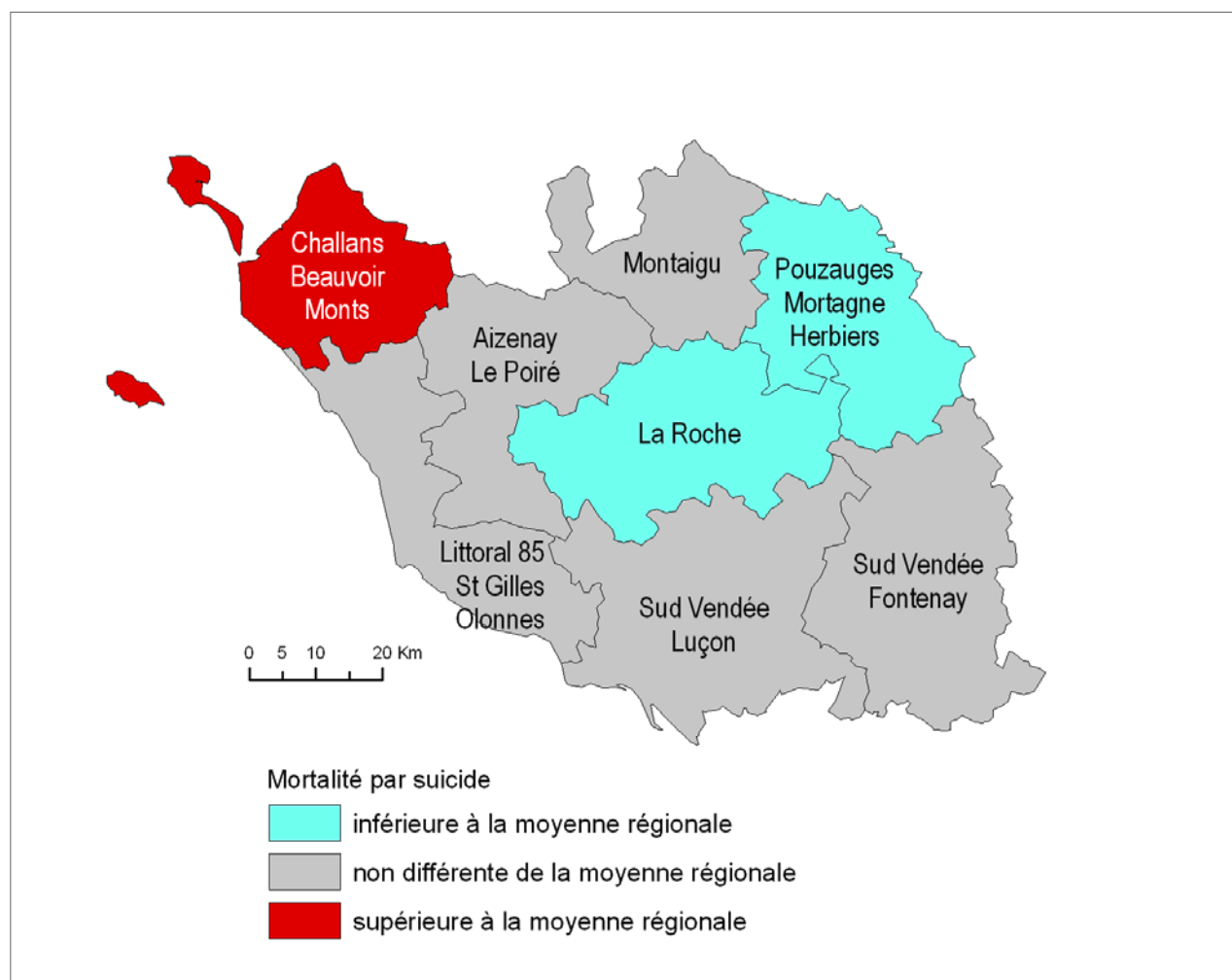
■ Par contre, le territoire de Challans-Beauvoir-Monts se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 33 %).

■ Fig20. Effectif annuel moyen de décès par suicide selon l'âge et le sexe Vendée (2004-2008)

	Hommes	Femmes
<25 ans	9	1
25-34 ans	13	1
35-44 ans	21	4
45-54 ans	17	7
55-64 ans	11	5
65-74 ans	11	6
75 ans et +	17	3
Total	100	27

Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS

■ Fig21. Indice comparatif de mortalité par suicide selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

LES DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte

national. La mortalité par accident de la circulation est ainsi dans la région supérieure de 19 % à la moyenne nationale chez les femmes, et est proche de cette moyenne chez les hommes sur la période 2005-2007.

■ Une mortalité par accident de la circulation supérieure de 25 % à la moyenne régionale...

■ 59 décès par accident de la circulation ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les Vendéens entre 2004 et 2008. 73 % de ces décès concernent des hommes.

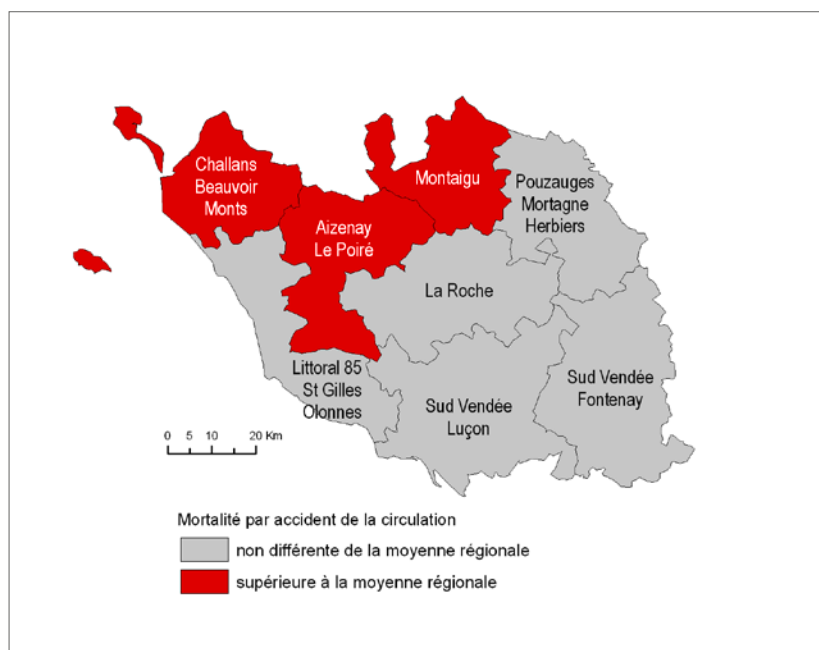
■ La mortalité par accident de la circulation en Vendée est supérieure de 25 % à la moyenne régionale (+ 23 % pour les hommes, + 27 % pour les femmes).

■ ... le Nord du département particulièrement touché

■ Cette surmortalité des habitants du département est liée à la forte mortalité par accident de la circulation dans les trois territoires du nord du département :

- Challans-Beauvoir-Monts,
- Montaigu,
- Aizenay-Le Poiré-sur-Vie (fig22).46 %)

■ Fig22. Indice comparatif de mortalité par accident de la circulation selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

LES DÉCÈS PAR CHUTE APRÈS 65 ANS EN VENDÉE

NOTA BENE Dans ce document, la situation du département et de ses territoires est systématiquement comparée à la moyenne régionale, et non à la moyenne nationale. La situation des Pays de la Loire par rapport à la France doit donc être prise en compte pour replacer la Vendée dans le contexte

national. La mortalité par chute accidentelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi dans la région proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 11 % à cette moyenne pour les femmes, sur la période 2006-2008.

■ Une mortalité par chute proche de la moyenne régionale

■ Entre 2004 et 2008, 88 décès par chute accidentelle ont été dénombrés en moyenne chaque année parmi les personnes âgées de 65 ans et plus habitant en Vendée.

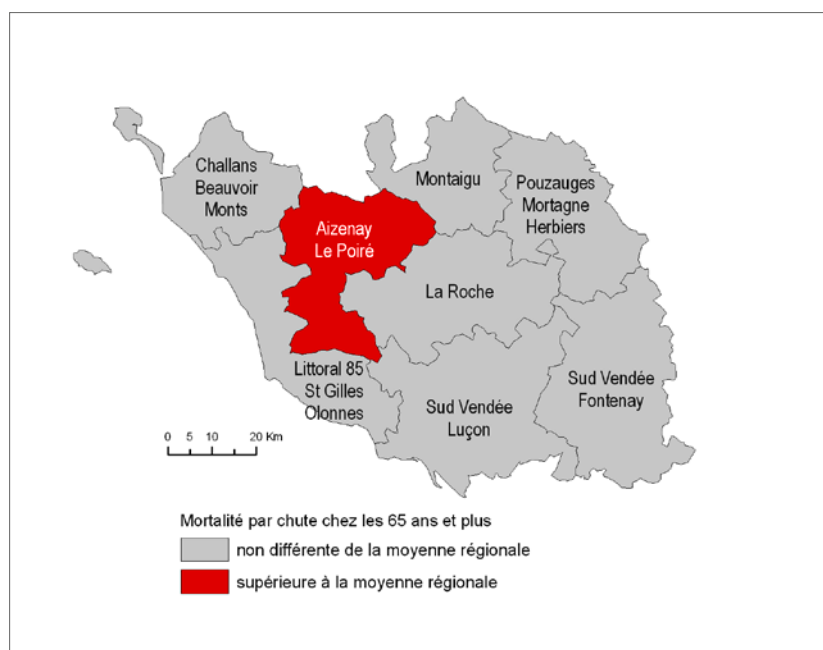
■ En Vendée, la mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus est proche de la moyenne régionale.

■ ... mais un territoire avec une mortalité élevée

■ La mortalité par chute accidentelle chez les personnes de 65 ans et plus est significativement supérieure à la moyenne régionale dans le territoire d'Aizenay-Le Poiré-sur-Vie (fig23).

■ Dans les autres territoires, cette mortalité n'est pas statistiquement différente de la moyenne régionale.

■ Fig23. Indice comparatif de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans et plus selon le territoire (2004-2008)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

INDICATEURS DE SANTÉ SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES EN VENDÉE

MÉTHODOLOGIE

Trois sources de données ont été mobilisées pour cette analyse :

■ Affections de longue durée

Les données d'affections de longue durée présentées dans ce document concernent les admissions en ALD30 des habitants du département relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2007-2009, soit d'environ 97 % de la population de la Vendée. L'analyse de ces données a été réalisée à partir du numéro d'ALD pour le diabète, à partir du numéro d'ALD ou du code CIM10 pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Pour ces deux groupes d'affections, l'existence de ces deux modalités de dénombrement explique certains écarts en matière d'effectifs. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. Les populations de référence utilisées pour ces calculs sont issues du recensement de population 2007, car la population couverte par les trois principaux régimes n'est pas disponible par âge détaillé. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %. Les écarts de fréquence d'admissions en ALD mis en évidence doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être liés à des différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives, et non à la morbidité. Une autre limite est liée à la représentation des régimes spéciaux tels que le régime des marins/Enim plus importante que la moyenne dans certains territoires et notamment, en Vendée, dans les territoires littoraux. Cette situation peut induire une sous-estimation des indices comparatifs d'admissions en ALD dans ces territoires. Toutefois, selon les données obtenues auprès de l'Enim, cette sous-estimation apparaît très faible.

■ Définitions

Indice comparatif de mortalité (ou d'admissions en ALD) : rapport en base 100 du nombre de décès (ou d'admissions en ALD) observé dans une zone géographique au nombre de décès (ou d'admissions en ALD) qui serait obtenu si les taux de mortalité (ou d'admissions en ALD) pour chaque classe d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux des Pays de la Loire.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable : décès survenus avant 65 ans qui pourraient être évités par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Cet indicateur regroupe les causes médicales de décès suivantes : cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'oesophage, du poumon, psychoses alcooliques, cirrhoses, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida.

Taux standardisé (sur l'âge) de mortalité (fig1) : taux de mortalité que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici population Europe IARC 1976).

■ Incidence des cancers

Les données d'incidence des cancers présentées dans ce document ont été mises à disposition par le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée. Elles concernent les nouveaux cas de cancers diagnostiqués parmi les habitants du département sur la période 2006-2008. Les comparaisons à la moyenne régionale reposent sur des indices comparatifs, calculés à partir des dernières estimations d'incidence régionales établies par le réseau des Registres des cancers français, Francim, pour l'année 2005. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %.

■ Causes médicales de décès

Les données de mortalité présentées dans ce document concernent les décès survenus entre 2004 et 2008 parmi les habitants du département. Ces données sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée. Elles sont étudiées à partir de la cause initiale du décès, codée selon la CIM10. Les comparaisons réalisées entre le département, ou ses territoires, et la région reposent sur des indices comparatifs, qui permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure par âge des populations. La significativité des indices comparatifs a été testée à partir d'un test du χ^2 au seuil de 5 %.

■ Éléments bibliographiques

- ORS Pays de la Loire. (2011). La mortalité par suicide en Vendée. Bilan 2011. 2 p.

- ORS Pays de la Loire. (2010). VIH et sida : situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2009. 4 p.

- ORS Pays de la Loire. (2011). Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juin 2011. 56 p.

- Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée (à paraître). Épidémiologie du cancer en Vendée. Période 2006-2008.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Challans. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de Fontenay-le-Comte. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé de La Roche-sur-Yon. 75 p.

- ORS Pays de la Loire. (2005). La santé observée dans le territoire de santé des Sables-d'Olonne. 75 p.

- InVS. Site de l'Institut de veille sanitaire. www.invs.santé.fr

- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

Responsable de la publication : ARS Pays de la Loire, Département Observation et Analyses.

Traitement et analyse des données : Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.

Auteurs : Sandrine David, Françoise Lelièvre, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec (ORS).



UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT	840
UNE BONNE ESPÉRANCE DE VIE MAIS UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE PRÉOCCUPANTE	840
■ Une espérance de vie qui continue d'augmenter.	840
■ Une mortalité prématurée, avant 65 ans qui reste préoccupante	841
■ Des décès prématurés évitables	841
■ Une espérance de vie sans incapacité inférieure à celle des pays européens les mieux classés	842
LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ	842
■ Des avancées, mais aussi des marges de progrès	842
■ Des maladies qui pèsent sur le système de santé	843
DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR LES COMPORTEMENTS ET LES HABITUDES DE VIES	844
■ Consommation de produits psycho actifs et conduites addictives	844
■ Alimentation et activité physique	846
■ Santé et vie au travail	846
AU-DELÀ DES INDICATEURS DE MORBI-MORTALITÉ, D'AUTRES INDICATEURS MÉRITENT D'ÊTRE CONSIDÉRÉS DANS LA MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ	847

DES MENACES DE RISQUES SANITAIRES QUI S'INTENSIFIENT DANS UN UNIVERS MONDIALISÉ	847
DES INÉGALITÉS SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES	848
■ La santé, marqueur des inégalités sociales	848
■ Un système de soins, performant mais qui peut aggraver les inégalités.	849
■ Des disparités territoriales	850
■ L'environnement physique un déterminant majeur de l'état de santé	851
CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SUR L'OFFRE EN SANTÉ	852
■ L'augmentation attendue du nombre de personnes atteintes de maladie chronique	852
■ Une évolution marquante de la société avec, vis-à-vis du système de soins, des demandes et des attentes nouvelles de la population	852

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE QUI VIEILLIT

Au cinquième rang des régions françaises les plus peuplées avec 3 584 848 habitants au 1^{er} 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 1 ^{er} janvier 2010	1 281 031 35 %	794 497 22 %	310 698 9 %	572 034 16 %	626 588 18 %	3 584 848 100 %

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. Ils suivent presque les mêmes tendances en Pays de la Loire^{ii, iii} 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 5^{ème} 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.

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 dia-

agnostiqués. 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

■ 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'autres 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.

■ 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.

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.

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 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. lité régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

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.

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE



- 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.^{iv}

Les incapacités sont récemment documentées grâce à l'enquête en population générale « Handicap, incapacités, dépendance » (HID)^v. 13 % de la population souffre de déficiences motrices, 11 % de déficiences organiques (cardiovasculaires, respiratoires...) et plus de 6 % de défi-

ciences 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 cardiovasculaires.

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 3^{ème} 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 de 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 de 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 identifiés¹ : 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 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.

¹ La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus octobre 2000

■ 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 (1^{er} rang, par ordre croissant en 2000, 7^{ème} 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 (12^{ème} rang national^{vi}). 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)^{vii}, 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 (9^{ème} rang) pour la fréquence de la découverte de la séropositivité au VIH^{viii} 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 professionnel), 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.

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE



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, certaines de ces attitudes sont classiquement qualifiées de « comportements à risque »

■ 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 a 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 surmortalité 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

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).

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 taba-

gisme 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 où la situation régionale est défavorable².

Ainsi, en 2005 :

- (se reporter aux cartes du panorama statistique)
- De façon globale, le problème est essentiellement un problème de répartition géographique des professionnels, notamment des médecins, sur le territoire.
- Pour les médecins généralistes en Pays de la Loire, la problématique démographique se pose surtout en Mayenne et en Sarthe, avec des densités très faibles sur certains territoires, ainsi que sur certains territoires de Vendée.
- 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 poly-consommation, 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 nationale³. 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 ceux mesurés 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 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).



² Rapport régional 2009 de l'ORS sur la santé des jeunes

³ Enquête baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 2005, ORS Pays de la Loire 2006

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE



■ 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 considérés 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 1^{er} motif de consultation dans les services dédiés aux pathologies professionnelles en France et dans la région* (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 ses 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).

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^{xiii xiv} 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'empower-

ment » dans la maladie chronique^{xv}. 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 conceptuel plus récent^{xvi} et plus complexe 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 soin.

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

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

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^{xvii} 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 (IN-SEE 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.

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

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 %

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^{xviii}.

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 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^{xix} 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^{xx}.

Tout comme l'étude « HIDi^{xxi} » 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^{xxii}.

■ 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

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.

de complémentaire santé qui reste le principal facteur de renoncement.

Trois états^{xxiii} 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 des populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;

- l'état de relégation qui concerne notamment des 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^{xxiv}.

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

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE

>>>

■ Des disparités territoriales

Des disparités persistent entre les territoires. Ainsi, depuis le début des années 2000, la mortalité prématurée évi-

table est constamment inférieure à la moyenne nationale en Maine-et-Loire et en Mayenne, et supérieure en Loire-Atlantique, Sarthe et Vendée.

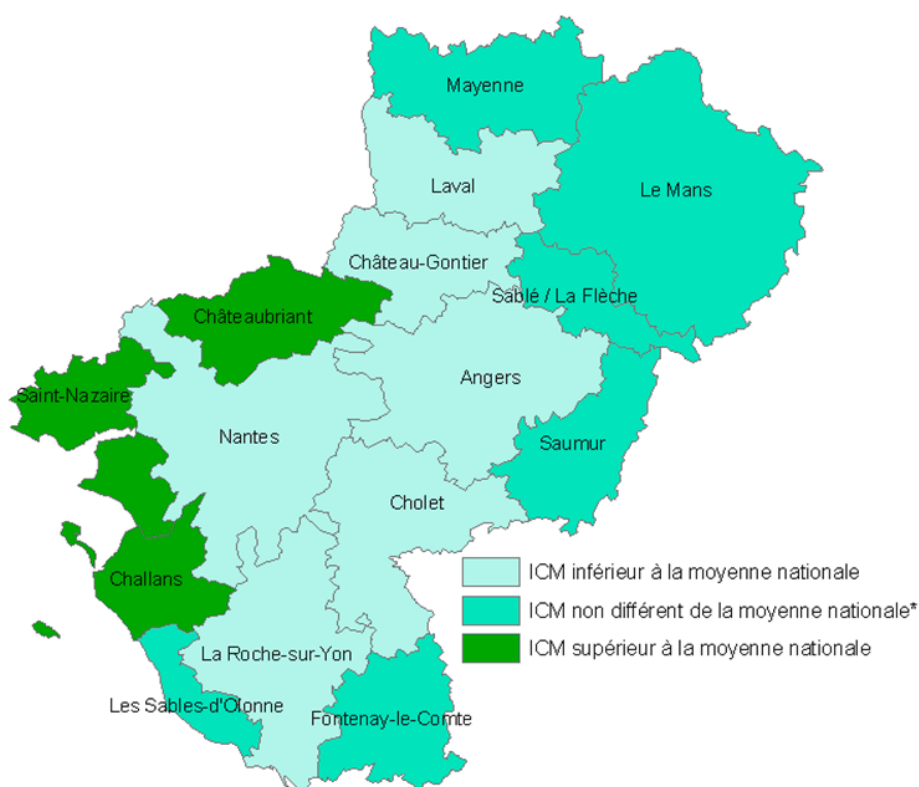


Figure 1 Indice comparatif de mortalité prématurée dans les territoires de santé - Pays de la Loire (moyenne 1996-2000) (Source : ORS Pays de la Loire)

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

	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

Tableau 1 : Évolution du taux comparatif de mortalité prématurée évitable par actions sur les comportements (pour 100 000 habitants)

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.

■ 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 liée 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 faibles doses : pollution atmosphérique dont l'impact non négligeable sur les pathologies cardio-pulmonaires a été démontré^{xxv}, contamination des eaux par les nitrates et pesticide 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 quatrième pour l'industrie, est maillée 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),

4^{ème} 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 soufre, 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^{xxvi}. La région est caractérisée dans chacun des départements par des zones géologiques favorables à l'émission de radon, résultant de la radioactivité naturelle (2^{ème} cancérigène 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

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE



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^{xxvii}. En Pays de la Loire, 25 % des ouvriers sont expo-

sés à des produits cancérogènes contre seulement 4,4 % des salariés des autres catégories socioprofessionnelles (cadres, professions intermédiaires, employés).^{xxviii}

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.^{xxix} 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.^{xxx} 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.

- 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

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 atteintes de maladies chroniques. Or la prise en charge des maladies chroniques nécessitent, au-delà des soins, de nouvelles pratiques plus transversales et intersectorielles^{xxxi} de tous les acteurs de la santé. Ceci d'autant que les maladies chroniques se traduisent fréquemment sous forme de polyopathologies notamment chez les personnes âgées.

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 influencer 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, chez les personnes âgées.

NOTES DE FIN - BIBLIOGRAPHIE

- ⁱ 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.
- ⁱⁱ Communication publique : éléments d'états des lieux et principaux enjeux en Pays de la Loire, décembre 2009. ORS Pays de la Loire.
- ⁱⁱⁱ Santé observée 2007, ORS Pays de la Loire
- ^{iv} Jagger C et al. Inequalities in healthy life year in the EU in 2005 : a cross-national meta-regression analysis. *Lancet* (2008) 372 : 2124-2 131
- ^v Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.
- ^{vi} Santé observée 2010, ORS Pays de la Loire
- ^{vii} Infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthi-cilline dans les établissements de santé, France 2005-2008, Invs, décembre 2009
- ^{viii} VIH et sida. Situation épidémiologique dans les Pays de la Loire en 2008. ORS. http://www.sante-pays-de-laloire.com/fileadmin/telechargements/sida/2008vihsidabilan_nov2009.pdf
- ^{ix} Lang T. La santé se construit dans un environnement social. *Questions de santé publique* 2009, 7, 1-4.
- ^x Dr JY Dubré, Les facteurs de risques psychosociaux liés au travail, CRS 27 novembre 2009
- ^{xi} Pascal J, Sambuc R, Lombrail P. État de santé des Français. In : Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D. *Traité de Santé Publique*, Paris 2007, Flammarion- Médecine science, 203-208.
- ^{xii} Beck F, Guibert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint Denis, INPES, 2007.
- ^{xiii} Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes, Bien être et qualité de vie*. Paris : Dunod, 2002
- ^{xiv} Life skills for psychosocial competence. In : *Life skills éducation in schools*. Genève : OMS, 1993.
- ^{xv} Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : autodétermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain 2007.
- ^{xvi} 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 :
- ^{xvii} Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F. *Traité de Prévention* Paris 2009, Flammarion-Médecine science, 14-19.
- ^{xviii} Lombrail, Lang
- ^{xix} 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.
- ^{xx} 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.
- ^{xxi} Morniche Pierre. Le Handicap se conjugue au pluriel. INSEE, 2000, 742 p4.
- ^{xxii} 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.
- ^{xxiii} 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.
- ^{xxiv} Lang T. Journées de Santé Publique, Québec, Nov. 2008.
- ^{xxv} 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>
- ^{xxvi} O Catelinois et al. Lung cancer attributable to indoor radon exposure in France, *Environ. Health Perspect.* 114(9): 1361-6, 2006
- ^{xxvii} Imbernon E. Quelle place pour les risques professionnels dans la santé publique ? *Santé Publique*, 2008, Suppl.3 : S9-S17.
- ^{xxviii} Guignon N. Enquête « SUMER 2001-2002 » (surveillance médicale des risques professionnels). Documents pour le médecin du travail 2001 ; 86 :161-5
- ^{xxix} Questionnements et propositions sur la politique de santé en France, Société française de santé publique, février 2002
- ^{xxx} INSEE
- ^{xxxi} Huard P, Shaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010, 41, 237-247.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

854

Partie 1 ■ État des lieux de l'offre de soins ambulatoires	856
■ Introduction	856
■ La formation des professionnels de santé	856
■ La démographie des professionnels de santé	857
■ La biologie	857
■ L'offre de proximité	868
■ L'exercice coordonné des professionnels de santé et les coopérations	874
■ Les systèmes d'information partagés	878
Partie 2 ■ État des lieux de l'offre de soins hospitaliers	880
■ Introduction	880
■ La prise en compte de la personne	881
■ L'organisation de l'accès aux soins et des parcours de santé	881
■ La réduction des inégalités de santé	886
■ Conclusions	886
■ Permanence des soins en établissement de santé en 2012	888
■ Lignes de garde et d'astreinte : établissements publics et ESPIC	888
■ Lignes de garde et d'astreinte rémunérées : établissements privés	896

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

898

■ Introduction	898
Partie 1 ■ Prévention et promotion de la santé	898
■ Promotion et éducation pour la santé	898
■ Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques	904
■ Prévention au bénéfice des patients	907
Partie 2 ■ Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires	908
■ Le cadre régional de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires	908
■ Les acteurs régionaux et départementaux	908
■ État des lieux des risques régionaux	912
■ Les différents plans de défense	917
■ Le rôle de l'ARS des Pays de la Loire dans le dispositif de gestion de crise	918
■ Sensibilisation, information et formation des acteurs à la veille	919

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

920

Partie 1 ■ Les schémas départementaux relatifs aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie	920
■ Un secteur aux compétences partagées	920
■ Une articulation entre SROMS et schémas départementaux posée par la loi	920
■ Un objectif commun	921
■ Des problématiques communes identifiées sur le secteur médico-social	921

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

920

■ Convergence des priorités d'action définies dans les schémas départementaux	921
■ Les objectifs propres à chacun des secteurs	922
■ Les champs moins explorés	922
Partie 2 ■ L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap en région Pays de la Loire	923
■ Introduction	923
■ Modalités d'accueil	923
■ Typologie des troubles	924
■ Accompagnement des élèves en milieu ordinaire	924
■ La scolarisation des élèves handicapés en milieu médico-social et hospitalier	926
Partie 3 ■ Accompagnement des personnes en situation de handicap en région Pays de la Loire aux trois périodes de la vie : enfants, adultes, personnes âgées	927
■ Introduction	927
■ Les moins de 20 ans en région pays de la Loire	927
■ Établissements et services pour enfants handicapés	928
■ La patientèle en établissements et services pour enfants handicapés	930
■ FOCUS : CAMSP et CMPP	931
■ FOCUS : Plan autisme et TED	933
■ FOCUS : Éducation nationale	933
■ Les 20-59 ans en région pays de la Loire	935
■ L'offre médicalisée pour adultes handicapés	935
■ L'offre non médicalisée pour adultes handicapés	936
■ L'insertion professionnelle	937
■ Les personnes âgées de 60 ans et plus en pays de la Loire	938
■ Hébergement médicalisé pour personnes âgées	940
■ La patientèle en EHPAD	941
■ Les services de soins infirmiers a domicile	942
■ La patientèle en SSIAD	944
■ Complémentarité de l'hébergement médicalisé et des soins à domicile	945
■ Dispositifs de répit pour les aidants : Hébergement temporaire	947
■ Dispositifs de répit pour les aidants : Accueil de jour	948
■ Hébergement non médicalisé pour personnes âgées	950
■ FOCUS : Plan Alzheimer	950
■ FOCUS : Structures de coopération entre ESMS	951
■ Taux d'équipement infra départementaux	952
■ Territoires infra départementaux d'observation	953

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

L'état des lieux de l'offre en santé des Pays de la Loire consacré au secteur de l'offre de soins comprend deux parties :

La première partie est consacrée à l'offre ambulatoire.

La seconde partie est consacrée à l'offre hospitalière. Elle fait le bilan des SROS et particulier du SROS III dans la perspective du SROS PRS. Elle offre une double perspective. D'une part la perspective de l'évolution de l'offre hospitalière. D'autre part la perspective de l'évolution des offres en d'amont et d'aval des établissements hospitaliers.

Partie 1 ■ État des lieux de l'offre de soins ambulatoires

Introduction

■ Le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

Il n'existait pas jusqu'à présent de volet ambulatoire au sein des précédents SROS.

L'objectif d'intégrer pleinement le secteur ambulatoire dans le schéma est de créer une dynamique de concertation avec l'ensemble des acteurs, autour de deux objectifs :

- Définir les objectifs prioritaires pour la région, en matière d'organisation de l'offre de soins ambulatoires ;
- Mobiliser les professionnels de santé libéraux autour de ces priorités régionales et les impliquer dans la mise en oeuvre des projets correspondants.

■ L'état des lieux

Le présent état des lieux a pour vocation de présenter, pour chaque thématique, la synthèse des principaux points relevés par le groupe de travail au travers :

- des entretiens réalisés avec les acteurs concernés,
- de l'analyse de la littérature existante sur le sujet,
- et des éléments plus quantitatifs disponibles sur l'offre de soins et l'organisation régionale.

Il a été réalisé en mars 2011 et, sauf mention contraire, les données présentées sont arrêtées à cette date.

Il vise à faire le point, au début du Projet Régional de Santé (PRS), sur la situation des aspects les plus structurants du secteur des soins ambulatoires, afin d'orienter la construction des schémas et la définition d'objectifs.

Il ne prétend pas à l'exhaustivité.

La région est riche des nombreuses initiatives de ses acteurs. Ce sont des lignes de forces qui sont dessinées dans cet état des lieux.

La formation des professionnels de santé

■ La formation des médecins généralistes

Les lieux de stage des médecins en formation ont un impact important sur leur déroulement de carrière professionnelle et, en particulier, sur leur lieu et leur modalité d'exercice.

La formation des médecins généralistes a évolué de façon importante au cours des vingt dernières années. Un enseignement spécifique a été progressivement mis en place, la formation en stage chez des médecins généralistes a été développée.

Cependant, actuellement, la formation au Diplôme d'État Spécialisé (DES) de médecine générale comporte encore une majorité des stages qui se déroulent dans des services hospitaliers. Par ailleurs, les stages extra-hospitaliers au cours des études de médecine ne sont pas développés. Cette situation ne permet pas aux étudiants en médecine d'être suffisamment exposés avec la spécialité de médecine générale en secteur ambulatoire.

Il est donc nécessaire d'intensifier les stages en cabinet de médecine générale, pour les internes en médecine générale.

En Pays de la Loire, l'Agence régionale de santé (ARS) a mis en place un Comité régional de concertation sur les soins de 1^{er} recours (CORECS), lieu de concertation et de dialogue avec les professionnels et les partenaires intervenant dans le secteur ambulatoire.

Ce comité pourrait notamment jouer un rôle important pour proposer une stratégie et mobiliser les étudiants et les internes pour :

- la promotion des contrats d'engagement de service public (CESP),
- le développement des stages d'internat dans les hôpitaux « périphériques » (Le Mans, Laval, etc.), les cabinets libéraux et les maisons de santé pluri-professionnelles.

Un projet d'intervention à la faculté de médecine est également en réflexion, dans le but de sensibiliser les étudiants aux problématiques de la démographie médicale.

■ La formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique

En Pays de la Loire, les structures autorisées à réaliser des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) disposent toutes de personnels formés, y compris pour les structures ambulatoires. On constate même souvent des niveaux de formation allant au-delà des exigences réglementaires.

La démographie des professionnels de santé

■ La densité des professionnels de santé

(se reporter aux cartes du panorama statistique)

- De façon globale, le problème est essentiellement un problème de répartition géographique des professionnels, notamment des médecins, sur le territoire.
- Pour les médecins généralistes en Pays de la Loire, la problématique démographique se pose surtout en Mayenne et en Sarthe, avec des densités très faibles sur certains territoires, ainsi que sur certains territoires de Vendée.
- Le taux de médecins généralistes remplaçants en Pays de la Loire est de 9,7 %. Ce taux, bien qu'étant inférieur à la moyenne nationale (estimée entre 10 et 15 % du nombre total de médecins exerçant en médecine générale), représente néanmoins une proportion non négligeable d'acteurs du système de soins.
- Le problème démographique doit cependant être relativisé : sur l'ensemble des Pays de la Loire, personne n'est à plus de 15 km d'un médecin.
- Pour les infirmiers libéraux, les Pays de la Loire se

caractérisent par une densité en infirmiers libéraux très nettement inférieure à la moyenne nationale. En revanche, la région est plutôt bien pourvue en centres de santé infirmiers, notamment en Loire-Atlantique, Maine et Loire et Vendée.

- Pour les masseurs kinésithérapeutes, les densités sont très hétérogènes sur le territoire ligérien, avec une forte concentration de professionnels en Loire-Atlantique, et une couverture très faible en Mayenne et en Sarthe.
- Pour les pharmacies, le maillage territorial est hétérogène sur le territoire, mais aucune commune n'est située à plus de 10 km d'une officine. Leur répartition est régulée. Médecins généralistes et pharmacies d'officine sont très liés. Le regroupement des médecins généralistes ne sera pas sans effet sur le fonctionnement des pharmacies d'officine en milieu rural.
- Pour les chirurgiens dentistes, les densités sont hétérogènes sur le territoire ligérien, avec en particulier une couverture très faible en Mayenne.

La biologie

(se reporter à la carte du panorama statistique)

Le SROS sur la dimension biologie médicale consiste à définir une méthodologie de stabilisation et de consolidation de l'offre de biologie médicale dans les territoires. Il vise à établir une feuille de route pour les 5 ans à venir.

La réforme de la biologie médicale engagée par l'ordonnance de janvier 2010 implique la montée en charge de l'accréditation des laboratoires de biologie médicale (LBM) et en conséquence le déploiement de restructurations, qui sont actuellement en cours pour permettre aux laboratoires d'atteindre des tailles critiques suffisantes.

Cette réforme de la biologie présente des enjeux en

termes de qualité et de maîtrise des risques (accréditation), d'organisation (regroupements, contractualisation des professionnels et des établissements) et d'accessibilité.

La redistribution spatiale de l'offre de biologie médicale dans les territoires de santé appelle une réflexion sur l'organisation territoriale de l'offre en biologie médicale. Il s'agit d'éviter que des concentrations laissent des territoires mal desservis. Un autre enjeu est également d'éviter de fragiliser des territoires en cas de défaillance ou de départ d'un laboratoire, qui serait seul à couvrir un territoire important.

À partir de 2012 les LBM déclareront annuellement à l'ARS le nombre total des examens de biologie médicale, permettant d'apprécier l'activité des LBM.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

■ L'évaluation des besoins en biologie

Au 1^{er} novembre 2013, la région Pays de la Loire compte 197 sites de laboratoires de biologie médicale pour 3 630 139 habitants (INSEE, 2012), soit un site pour 18 427 habitants.

Départements	laboratoires privés (en sites)	laboratoires publics (en sites)	LBM participant au service public (en sites)	EFS (en sites)	total
Loire-Atlantique	77	3	3	4	87
Maine et Loire	44	3	1	2	50
Mayenne	8	2		1	11
Sarthe	16	2		1	19
Vendée	25	4		1	30
Total	170	14	4	9	197

Départements	laboratoires privés (en EJ)	laboratoires publics (en EJ)	LBM participant au service public (en EJ)	EFS (en EJ)	total
Loire-Atlantique	17	2	2	2	23
Maine et Loire	10	3	1	1	15
Mayenne	3 *	1			4
Sarthe	2 *	2			4
Vendée	9	3			12
Total	41	11	3	3	58

Départements	LBM (en nombre de sites)	Population (en nb d'habitants)	Nb d'habitants / 1 site
Loire-Atlantique	87	1 303 103	14978
Maine et Loire	50	797 697	15 954
Mayenne	11	311 367	28 306
Sarthe	19	572 771	30 146
Vendée	30	645 201	21507
Total / moyenne	197	3 630 139	18 427

Évolution du nombre de laboratoire de biologie médicale privés en EJ et en sites

Départements	2011		2013	
	EJ	sites	EJ	sites
Loire-Atlantique	27*	82	17	77
Maine et Loire	15	44	10	44
Mayenne	4*	8	3*	8
Sarthe	5*	17	2*	16
Vendée	9	25	9	25
Total	60	176	41	170

Évolution du nombre de laboratoire de biologie médicale publics en EJ et en sites

Départements	2011		2013	
	EJ	sites	EJ	sites
Loire-Atlantique	2	3	2	3
Maine et Loire	3	3	3	3
Mayenne	2	2	1	2
Sarthe	2	2	2	2
Vendée	3	4	3	4
Total	12	14	11	14

L'évaluation des besoins de biologie médicale est déterminante pour la régulation des opérations de création de nouveaux laboratoires ou sites de biologie médicale puisque l'ARS dispose d'un droit d'opposition à ces opérations, lorsqu'elles auraient pour effet de porter sur le territoire de santé l'offre d'examen de biologie à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins définis dans le SROS.

À cet égard, le niveau global de production d'examen de biologie médicale en Pays de la Loire correspond aux besoins de la population compte tenu des données épidémiologiques régionales. Pour autant il est constaté une forte hétérogénéité dans la répartition de l'offre de biologie, qui rend nécessaire la mise en œuvre d'une péréquation interdépartementale dans la perspective de la création de nouveaux sites.

Cette démarche permettrait d'améliorer les conditions d'accessibilité à l'offre de biologie notamment en Mayenne et Vendée. En revanche il n'est pas souhaitable de créer des nouveaux laboratoires (sites de prélèvement ou plateaux techniques) sur les territoires de santé de la

Sarthe et du Maine et Loire.

Mode de calcul de l'évaluation des besoins :

$B \text{ (Territoire de santé)} = (\text{Nb d'examen prélevés en labo public sur la région} / \text{Nb d'habitants en PDL}) * \text{population du TS concerné} + (\text{Nb d'examen prélevés en labo privé sur la région} / \text{Nb d'habitants en PDL}) * \text{population du TS concerné}$

Ce calcul théorique ne tient pas compte des effets de structure, notamment le taux d'attractivité des établissements publics et donc les taux de fuites des patients pris en charge en MCO.

Il est ainsi proposé d'appliquer le coefficient $(1 + \text{taux d'attractivité}) / (1 + \text{taux de fuite})$ au nombre d'examen théoriques réalisés en labo public par territoire de santé

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Départements	Population	Nb examens prélevés théoriques privé	Nb examens prélevés théoriques public	Taux d'attractivité constaté	Taux de fuites constaté	Besoin en examens de biologie du TS	Production constatée
Loire-Atlantique	1 282 052	1 098 731	7 567 531	20,4 %	3,9 %	20 202 209	19 655 285
Maine-et-Loire	784 810	6 725 902	4 632 475	19,3 %	11,4 %	11 799 159	13 395 387
Mayenne	306 337	2 625 340	1 808 206	7,0 %	29,6 %	4 115 945	3 038 723
Sarthe	563 518	4 829 407	3 326 261	12,2 %	15,2 %	8 069 879	8 468 199
Vendée	634 778	5 440 113	3 746 886	5,4 %	36,9 %	8 321 242	7 950 840
Pays de la Loire	3 571 495	30 608 079	21 081 359			52 508 434	52 508 434

■ Recomposition de l'offre de biologie

La régulation des opérations de fusion vise à garantir la diversité de l'offre et éviter la constitution de position dominante tout en maintenant l'accessibilité de prélèvement et des délais satisfaisants de rendu des résultats.

Un processus important de fusion des laboratoires privés de biologie a été mené depuis plusieurs années. Ceci a permis de regrouper les plateaux techniques.

Sur le secteur public, les opérations de recomposition de l'offre de biologie se sont traduites par la création du GCS de Mayenne ; elles doivent être poursuivies. Des travaux de la FHF permettront d'alimenter la réflexion.

Dans la région Pays de la Loire, plusieurs laboratoires sont limités dans leur expansion car ils réalisent déjà plus de 25 % ou plus de 33 % du total des examens de biologie médicales effectués sur un territoire de santé (Mayenne et Sarthe).

Une trop forte concentration des laboratoires peut générer un allongement des délais de rendu du résultat aux patients même si les laboratoires sont organisés notamment pour la phase de prélèvement et le ramassage des échantillons.

Il conviendra que ces opérations de fusion ne dégradent pas les délais de rendu des résultats. À cet égard l'examen de ces délais apparaît comme un critère essentiel dans l'évaluation de l'organisation des laboratoires. L'accréditation des laboratoires devrait permettre de suivre ces éléments.

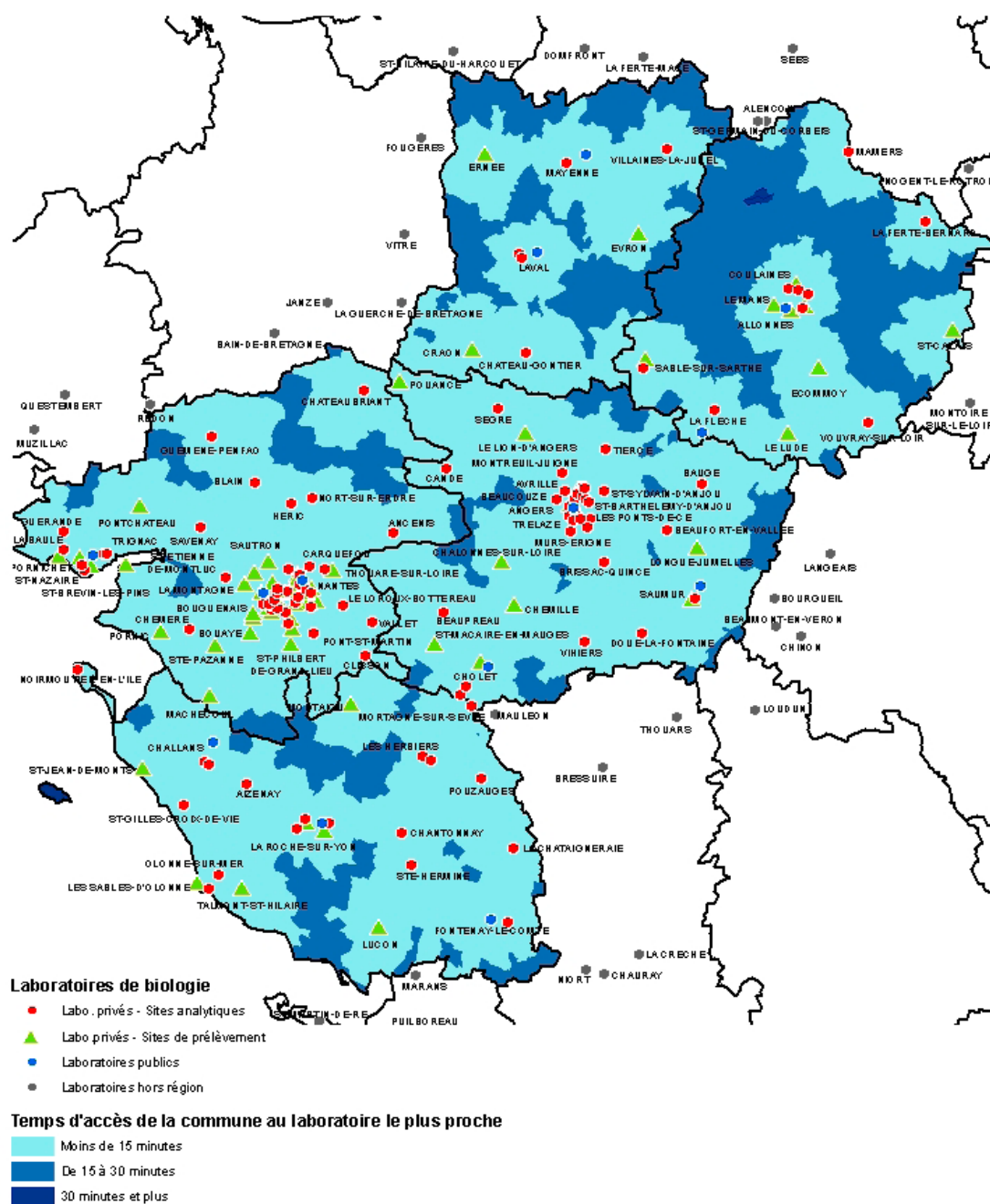
En outre il conviendra de veiller au maintien de l'accessibilité à l'offre de biologie dans le cadre des opérations de fusion ou de transfert de sites de prélèvement. L'accès aux prélèvements pourra également s'organiser autour des maisons de santé et doit prendre en compte l'offre de prélèvement des IDE libérale.

En tout état de cause le risque principal des situations de monopole résulte de l'impact sur le territoire d'une éventuelle défaillance de la société gestionnaire du laboratoire, voire d'une cessation de paiement.

Vu la situation régionale (cf carte des laboratoires de biologie de la région) il ne semble pas pertinent d'autoriser deux structures à fusionner lorsque celles-ci réaliseraient plus de 25 % des examens d'un territoire de santé.

Les sites du laboratoire de biologie médicale sont localisés soit sur le même territoire de santé, et au maximum sur trois territoires de santé limitrophes, à l'exception des établissements de l'EFS. Une dérogation peut être accordée si la demande présente un intérêt pour le maintien d'une offre de biologie médicale de proximité et sur un territoire de santé fragile.

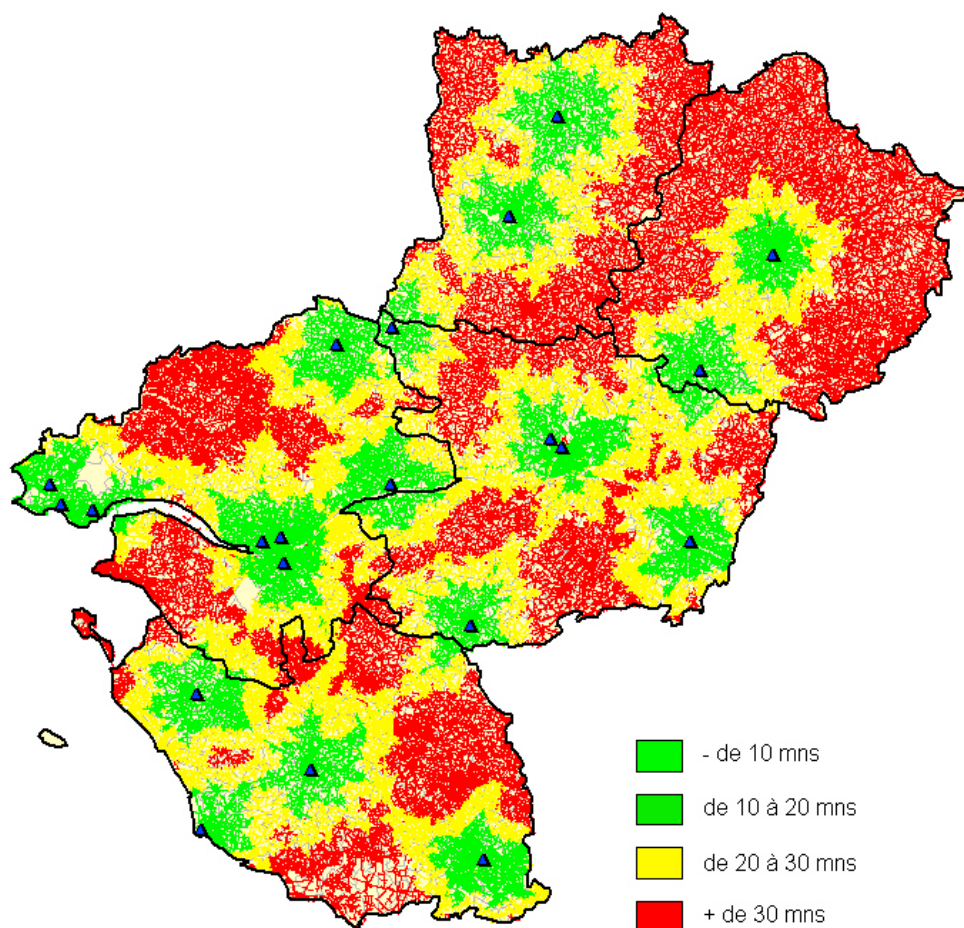
Temps d'accès de la population au laboratoire le plus proche



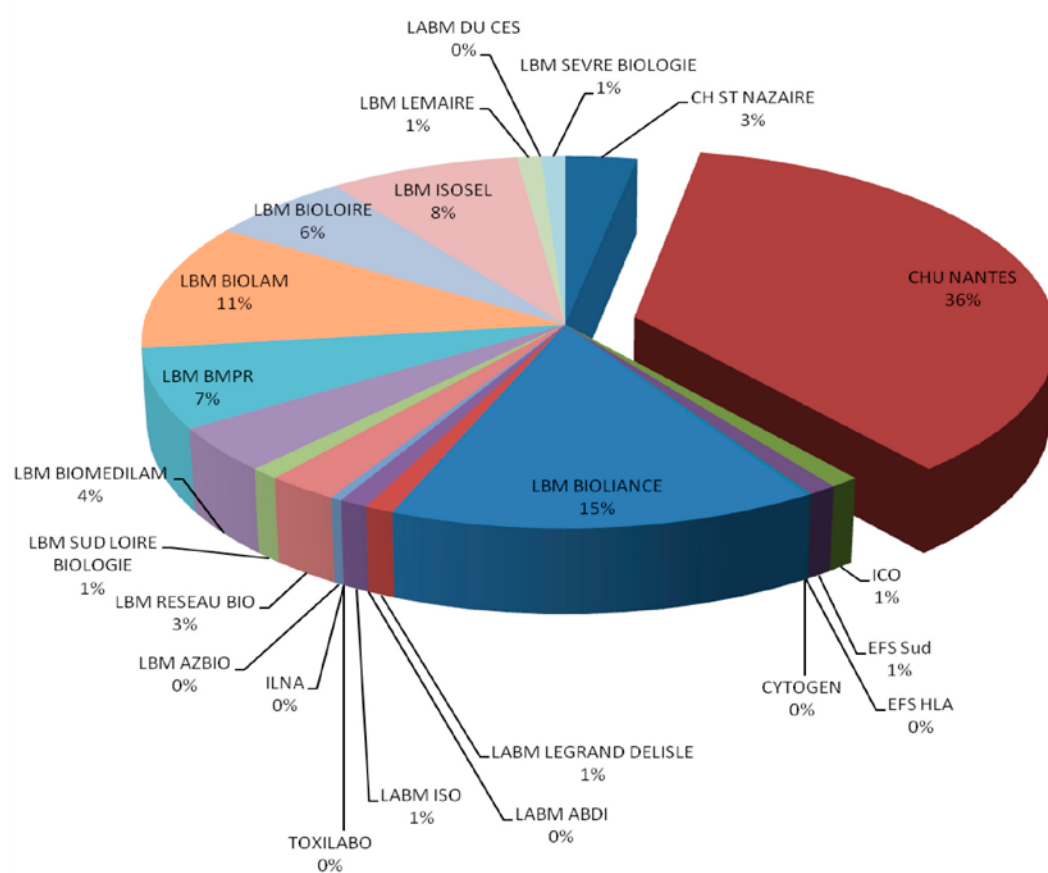
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

**Temps d'accès au laboratoire de la région le plus proche
en période de permanence des soins**

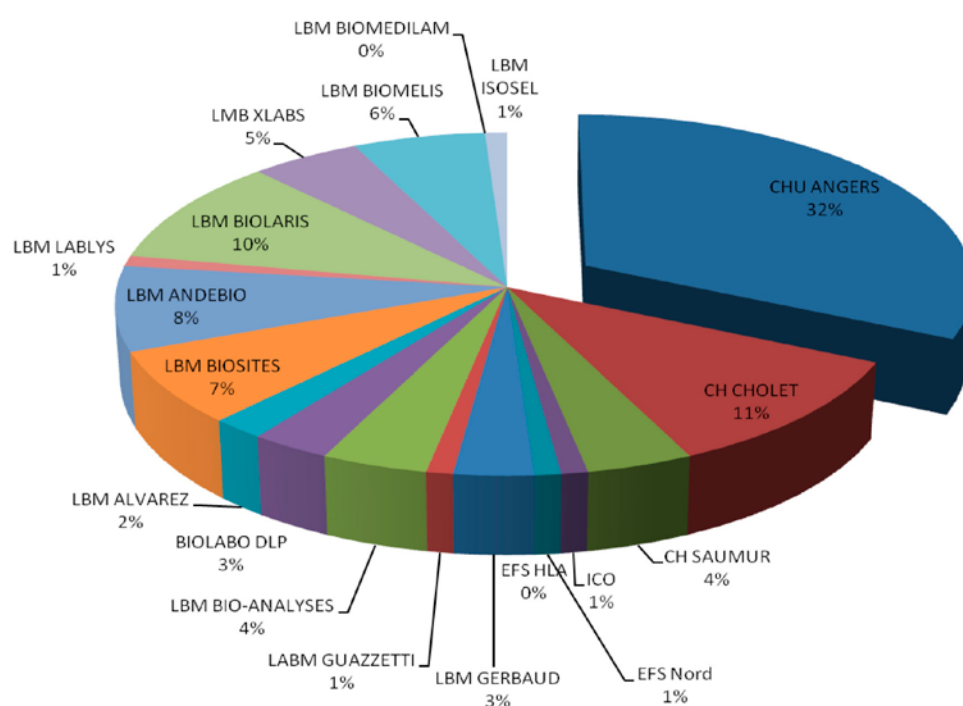


Nombre d'examens (en %) réalisé par chaque laboratoire pour le département de Loire-Atlantique

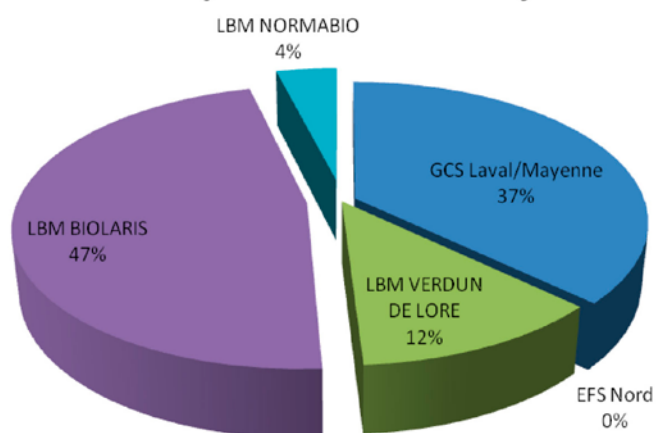


ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

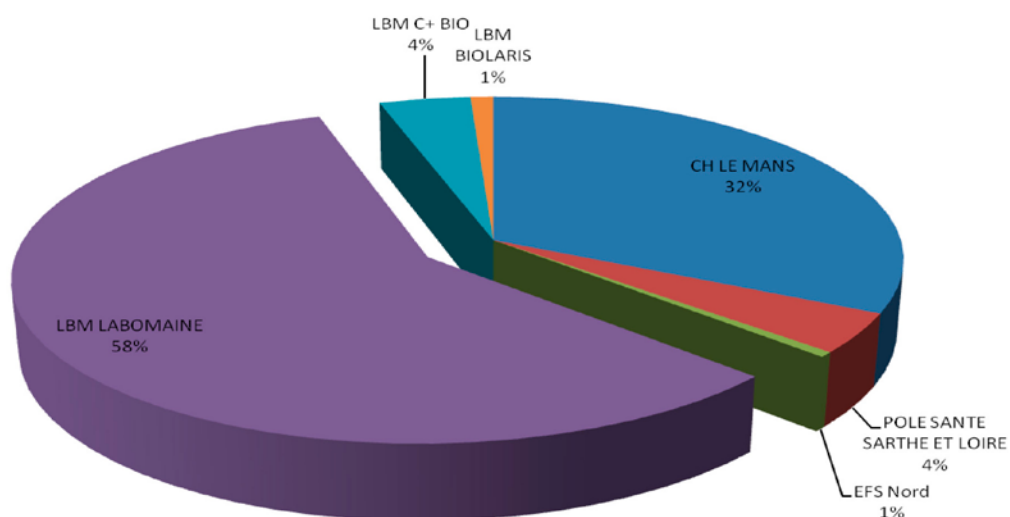
Nombre d'examens (en%) réalisé par chaque laboratoire pour le département du Maine et Loire



Nombre d'examens (en%) réalisé par les laboratoires sur le département de la Mayenne

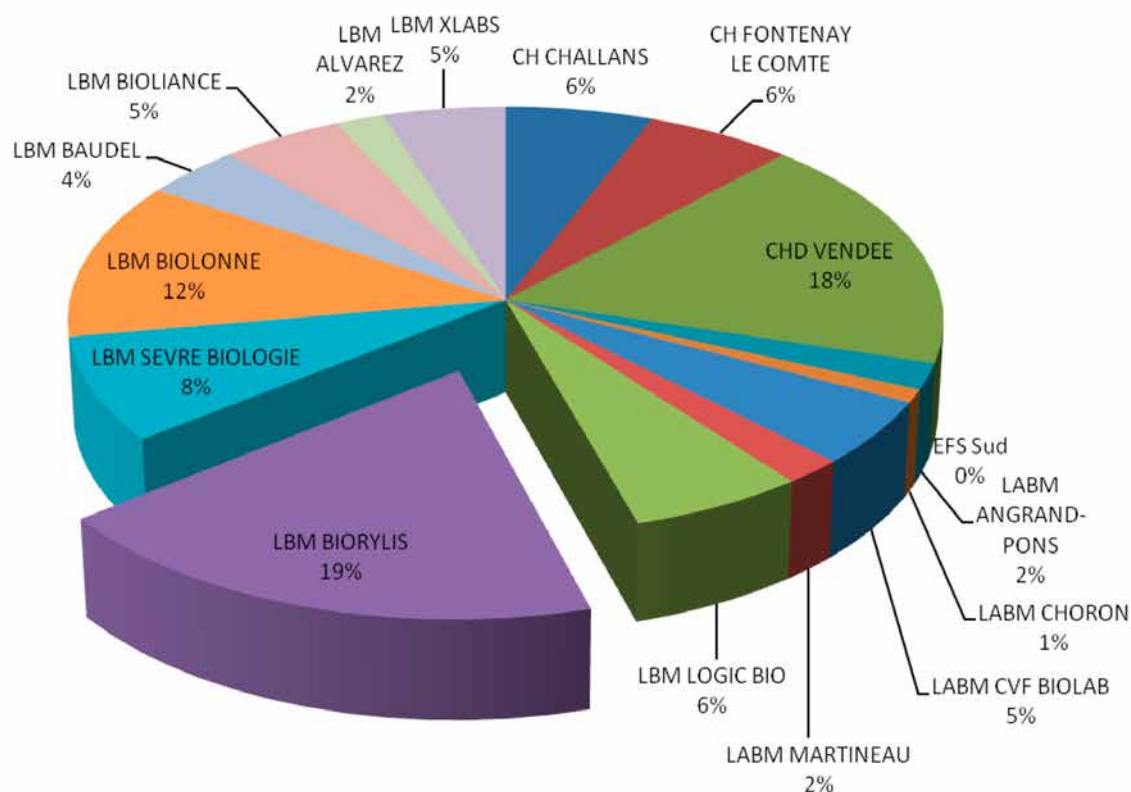


Nombre d'examens (en%) réalisé par les laboratoires sur le département de la Sarthe

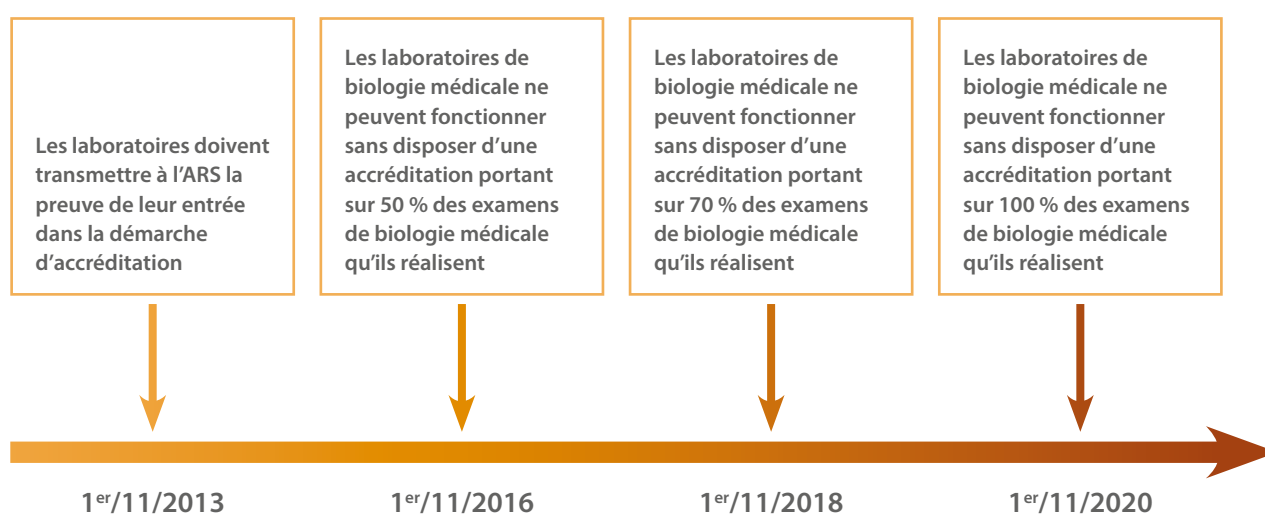


ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Nombre d'examens (en %) réalisé par les laboratoires du département de la Vendée



Processus d'accréditation des laboratoires



100 % des laboratoires de biologie médicale (privés, publics ou autres) des Pays de la Loire sont entrés dans la démarche d'accréditation. Aucune fermeture de laboratoire n'a eu lieu au 1^{er} novembre 2013.

À ce jour, 12 laboratoires (entité juridique) sont accrédités partiellement par le COFRAC.

L'accréditation porte sur chaque famille d'examens mais les examens innovants en sont exclus. De même, ne sont pas concernés par l'accréditation les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

L'offre de proximité

■ Premier recours et guichet unique

À sa création, l'ARS Pays de la Loire s'est engagée sur deux objectifs majeurs concernant le 1^{er} recours :

- L'animation d'une réelle concertation avec les professionnels et les partenaires,
- La mise à disposition de ressources et outils nécessaires à la mise en mouvement des projets.

Elle s'est pour cela dotée d'une organisation régionale spécifique, en particulier avec la mise en place au niveau de chaque territoire de santé, qui correspond au département, d'un guichet unique, pour aider les professionnels de santé sur l'organisation du premier recours : projets de maisons de santé pluri-professionnelles, ...

■ Les territoires de santé de proximité

La définition des « territoires de santé de proximité » est utile :

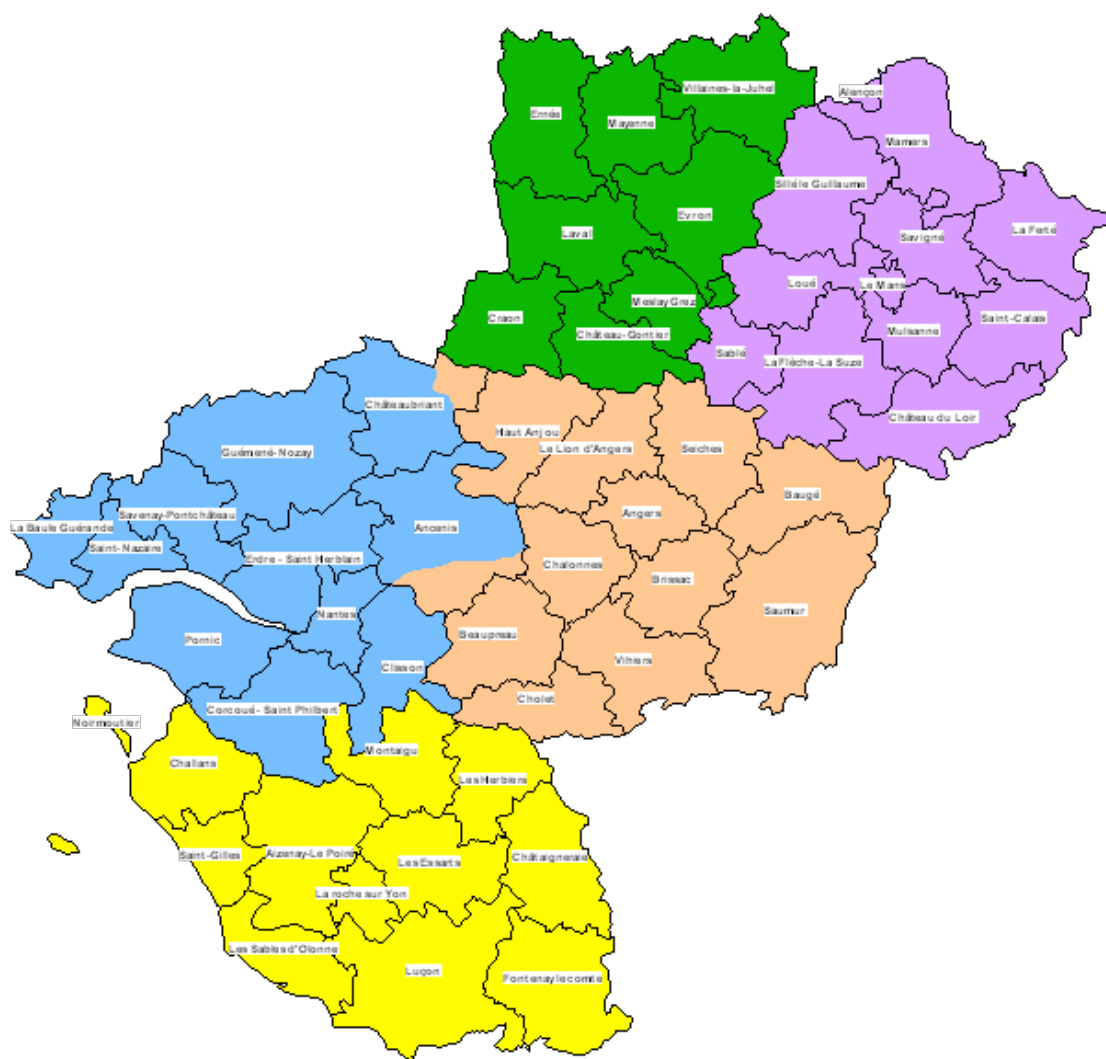
- à l'organisation des soins de premiers recours (maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé, réseaux de santé de proximité, ...),
- à l'organisation de l'accès aux soins de second recours
- à une articulation plus grande entre les secteurs sanitaires et sociaux ou médico-sociaux,
- ainsi qu'à une meilleure implication des usagers (prévention, éducation thérapeutique).

Ils constituent donc à la fois :

- un espace de construction et de partage de projets pour les acteurs locaux intervenant dans le champ de la santé : professionnels de santé, élus, représentants des usagers...
- une représentation locale pour un dialogue régulier et pragmatique entre les acteurs du terrain et l'ARS.

La taille de ces territoires doit être suffisamment grande pour bâtir des projets d'envergure, tout en restant dans des limites géographiques acceptables pour rendre possible un travail en commun des acteurs locaux autour d'enjeux de réponse de proximité aux besoins de santé.

>>>



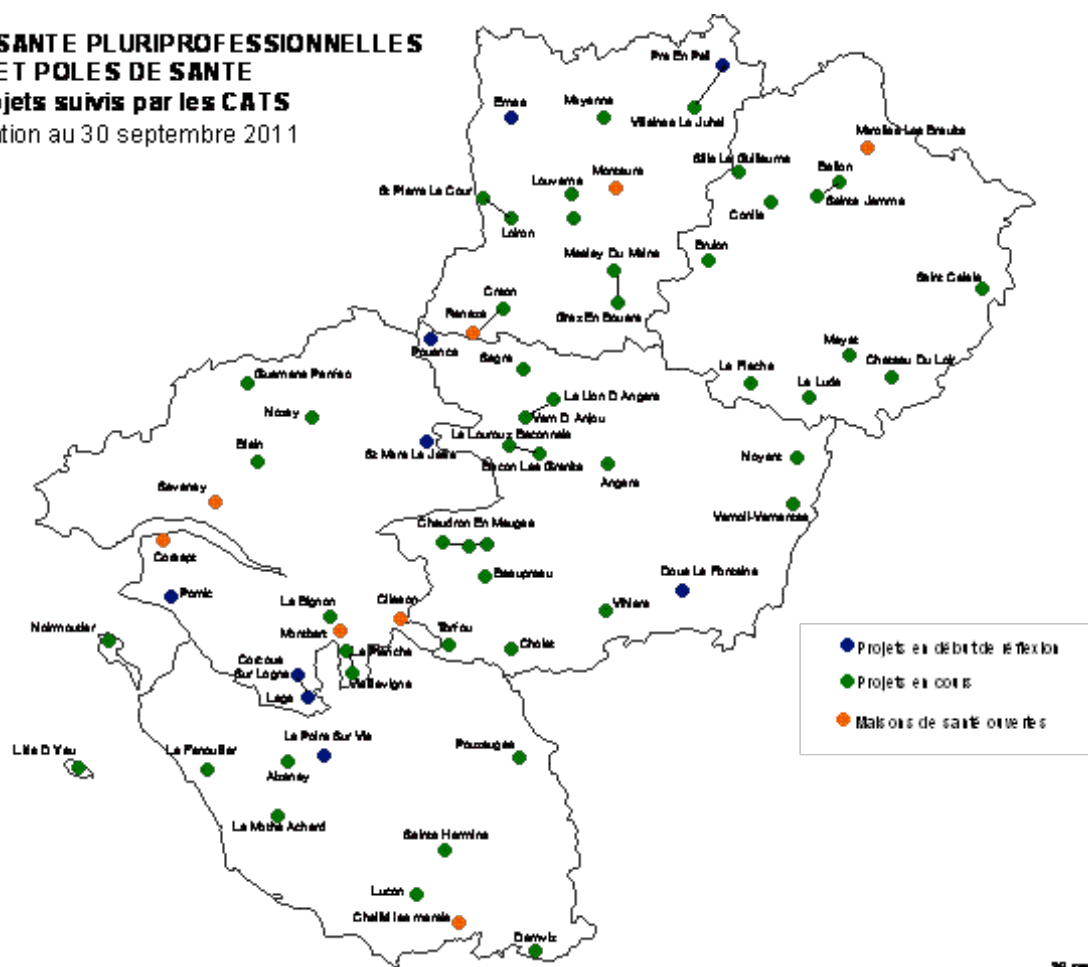
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

■ Les maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé

En Pays de la Loire, on compte actuellement entre 50 et 70 projets de maisons de santé pluri-professionnelles et pôles de santé :

MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES ET POLES DE SANTE Projets suivis par les CATS Situation au 30 septembre 2011



39 sept

(Source : DASPR - Septembre 2011)

Ces projets peuvent être très disparates :

- en termes de nombres de professionnels de santé (certains à moins de 10 et d'autres plus de 40) ;
- certaines maisons de santé pluri-professionnelles sont indépendantes, d'autres accolées à un hôpital local ;
- certaines ont un financement de l'ARS et d'autres non ;
- le niveau d'avancement des projets est également très variable d'un site à l'autre.

L'aide financière de l'ARS aux maisons de santé pluri-professionnelles est attribuée par le biais du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

■ La permanence des soins en médecine générale

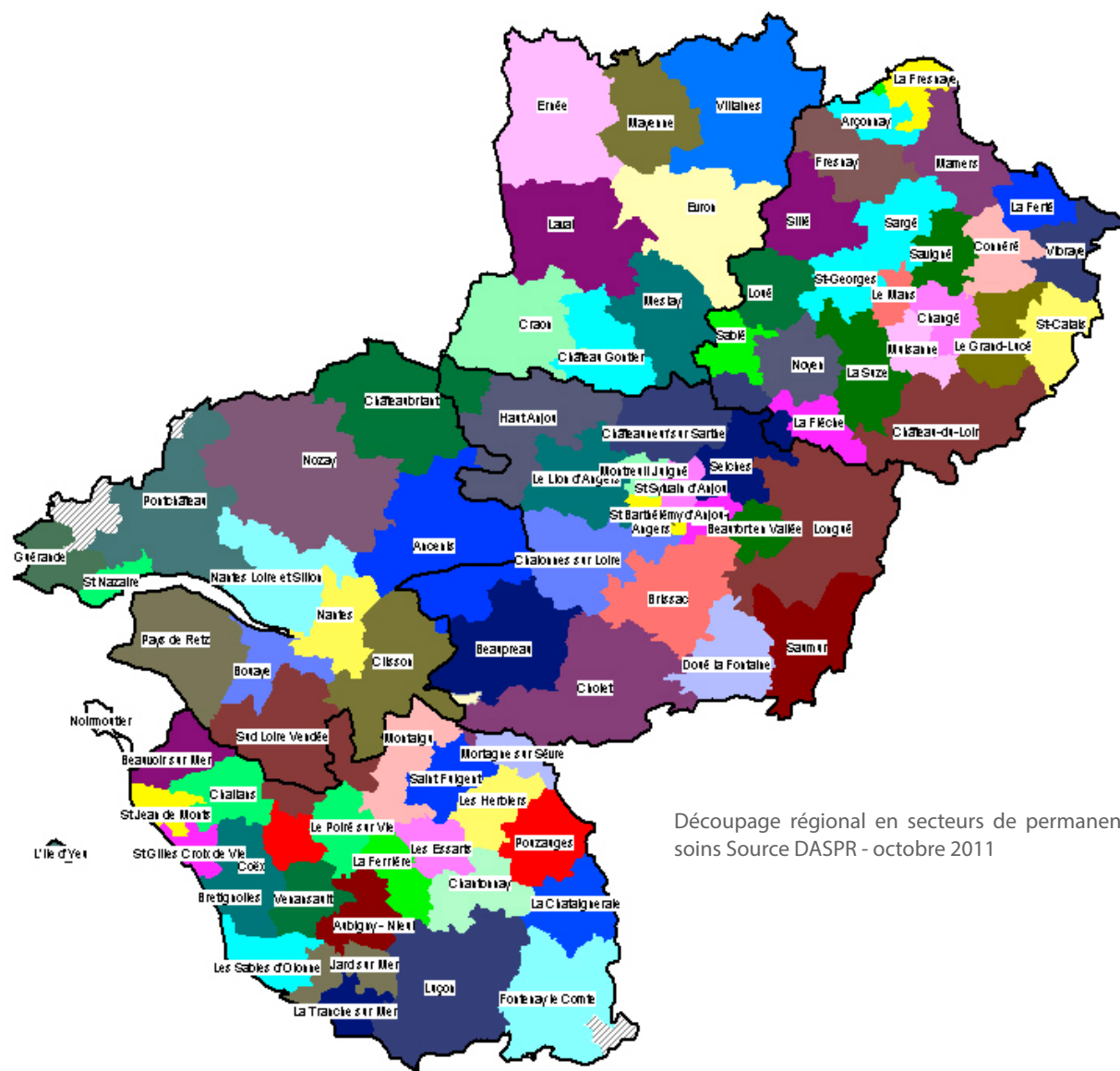
L'enjeu est très fort en ambulatoire sur la permanence des soins. Son organisation est indispensable pour accéder à une réponse médicale aux demandes de soins non programmés et éviter les reports inutiles sur l'hôpital. Elle amène également les professionnels à travailler ensemble, créant ainsi les conditions d'un exercice en coordination.

L'organisation de la permanence des soins est assez hétérogène dans la région.

Par exemple en Mayenne, les territoires de permanence des soins correspondent aux territoires de

premier recours. Le département est dynamique et la situation démographique tend plutôt à s'améliorer. Le système de permanence des soins reste à optimiser en termes d'efficience, mais il présente l'avantage d'être très organisé et de donner satisfaction aux médecins.

À contrario, dans la Sarthe, qui présente également un important problème de démographie, la permanence des soins a encore besoin d'être travaillée en termes d'organisation.



Découpage régional en secteurs de permanence des soins Source DASPR - octobre 2011

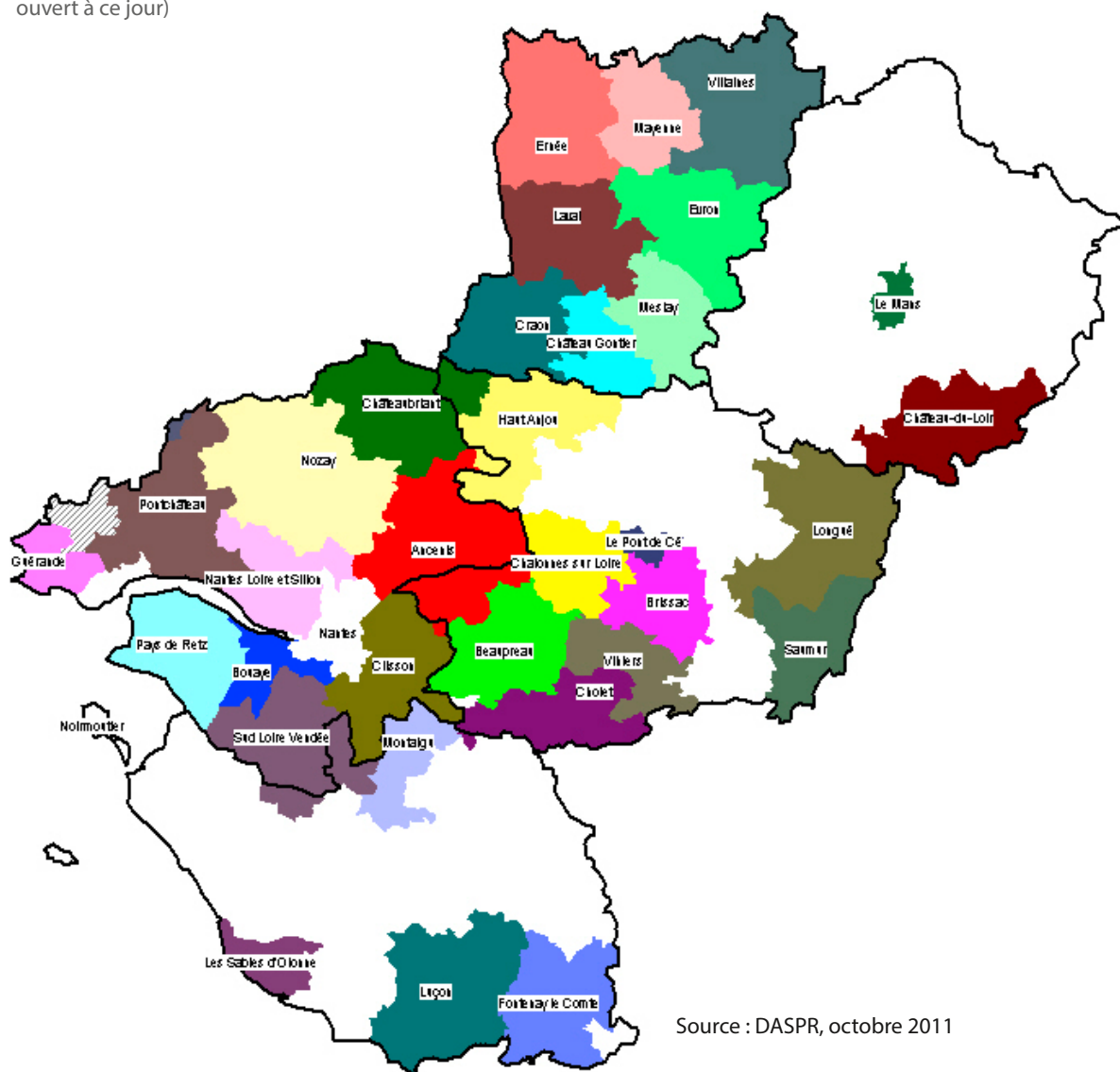
ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Les CAPS (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) sont des maisons médicales de garde financées par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). Ils assurent sur des lieux dédiés, une permanence de consultation pour les soins non programmés, aux heures de permanence des soins.

En octobre 2011, 34 CAPS étaient financés dans la région :

- 12 en Loire-Atlantique : Ancenis, Bouaye, Châteaubriant, Clisson, Guérande, La Roche-Bernard, Nantes, Nantes Loire et Sillon, Nozay, Pays de Retz, Pontchâteau, Sud Loire-Vendée
- 10 en Maine-et-Loire : Beaupréau, Chalonnes, Cholet, Haut-Anjou, Longué, Saumur, Les Ponts de Cé, Brissac, Vihiers, Seiches-sur-le-Loir (CAPS ayant reçu un financement, mais le centre n'est pas encore ouvert à ce jour)
- 8 en Mayenne : Château-Gontier, Craon, Ernée, Evron, Laval, Mayenne, Meslay-du-Maine, Villaines-la-Juhel
- 1 en Sarthe : Le Mans (Il existe également un CAPS à Château du Loir, mais qui n'est pas financé par le FIQCS)
- 5 en Vendée : Fontenay-le-Comte, Les Sables d'Olonne, Luçon, Montaigu, Noirmoutier



Source : DASPR, octobre 2011

Le coût de la permanence des soins dans la région en 2009 :

		Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	TOTAL
REGULATION							
Rémunération des régulateurs libéraux soirs+nuits+week-ends et jours fériés		852 555 €	279 576 €	382 536 €	121 902 €	823 152 €	2 459 721 €
Logiciel régul. déportée				46 700 €			46 700 €
EFFECTEION							
Astreintes		1 521 200 €	1 470 450 €	854 150 €	1 372 150 €	1 861 850 €	7 079 800 €
Actes soirs, nuits , week-ends et jours fériés	Montants remboursables	6 970 652 €	1 737 132 €	561 280 €	1 295 149 €	1 024 828 €	11 589 041 €
Fonctionnement des CAPS		284 513 €	91 827 €		53 750 €	57 790 €	487 880 €
Gestion ADOPS + matériel structures mayennaises		46 333 €	74 365 €	75 566 €	9 000 €	38 120 €	243 384 €
TOTAL PDS libérale	Montants remboursables	9 675 253 €	3 653 350 €	1 920 232 €	2 851 951 €	3 805 740 €	21 906 526 €
Coût PDS libérale /habitant	Montants remboursables	7,6 €	4,6 €	6,2 €	5,0 €	6,2 €	6,2 €

La permanence des soins comprend des coûts de régulation et des coûts d'effectif. En incluant les rémunérations, les coûts de fonctionnement, le financement des CAPS et les actes, le coût moyen par habi-

tant est de 6,2 €, variant de 7,6 € par habitant en Loire Atlantique, à 4,6 € par habitant en Maine-et-Loire, pour un budget total de près de 22 millions d'euros.

■ La permanence des soins pour les autres professions de santé

Permanence des soins pour les pharmaciens :

Un système de gardes et d'urgences est mis en place par les instances représentatives de la profession pour couvrir tout le territoire ligérien. Chaque pharmacie est tenue de participer à ce service, par rotation.

Permanence des soins pour les masseurs-kinésithérapeutes :

La permanence des soins n'est pas inscrite dans la convention des masseurs-kinésithérapeutes. Une expérimentation est menée en Pays de la Loire sur un maillage régional pour la kinésithérapie respiratoire en période hivernale. Un secteur de garde de kinésithérapie couvre environ deux secteurs médecins, et les masseurs-kinésithérapeutes n'interviennent que sur certains actes précis.

Permanence des soins pour les chirurgiens-dentistes :

La permanence des soins n'est pas inscrite dans la convention des chirurgiens-dentistes, mais une structuration se révèle indispensable. La participation de l'URPS (Union Régionale des Professions de Santé) dentiste au CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires) relève de cette démarche.

Permanence des soins ambulancière :

Il faut trouver les territoires pertinents pour la garde ambulancière, afin qu'il n'y ait pas de carence (tout en sachant que 90 % des transports sont programmés et 10 % sont de l'urgence sur la permanence des soins)

Permanence des soins des biologistes :

Aujourd'hui 32 laboratoires (dont 15 laboratoires publics) assurent une permanence en dehors des heures d'ouvertures au public pour les urgences. La répartition par territoire est la suivante :

Loire Atlantique : 12
Maine et Loire : 9
Mayenne : 3
Sarthe : 3
Vendée : 5

Les laboratoires publics disposant d'une autorisation pour accueillir les urgences réalisent cette permanence des soins.

Certains laboratoires privés, principalement ceux liés aux cliniques privées assurant un service d'urgence, réalisent également une permanence des soins.

Les examens sont réalisés dans des délais compatibles avec l'état de l'art, conformément aux informations dont dispose le biologiste sur l'état de santé du patient.

>>>

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

■ L'exercice coordonné des professionnels de santé et les coopérations

■ Les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

L'article 44 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, qui complètent ou se substituent au paiement à l'acte.

2 modules sont proposés actuellement :

- Module 1 : missions coordonnées
- Module 2 : nouveaux services aux patients (dont l'Éducation Thérapeutique du Patient [ETP])

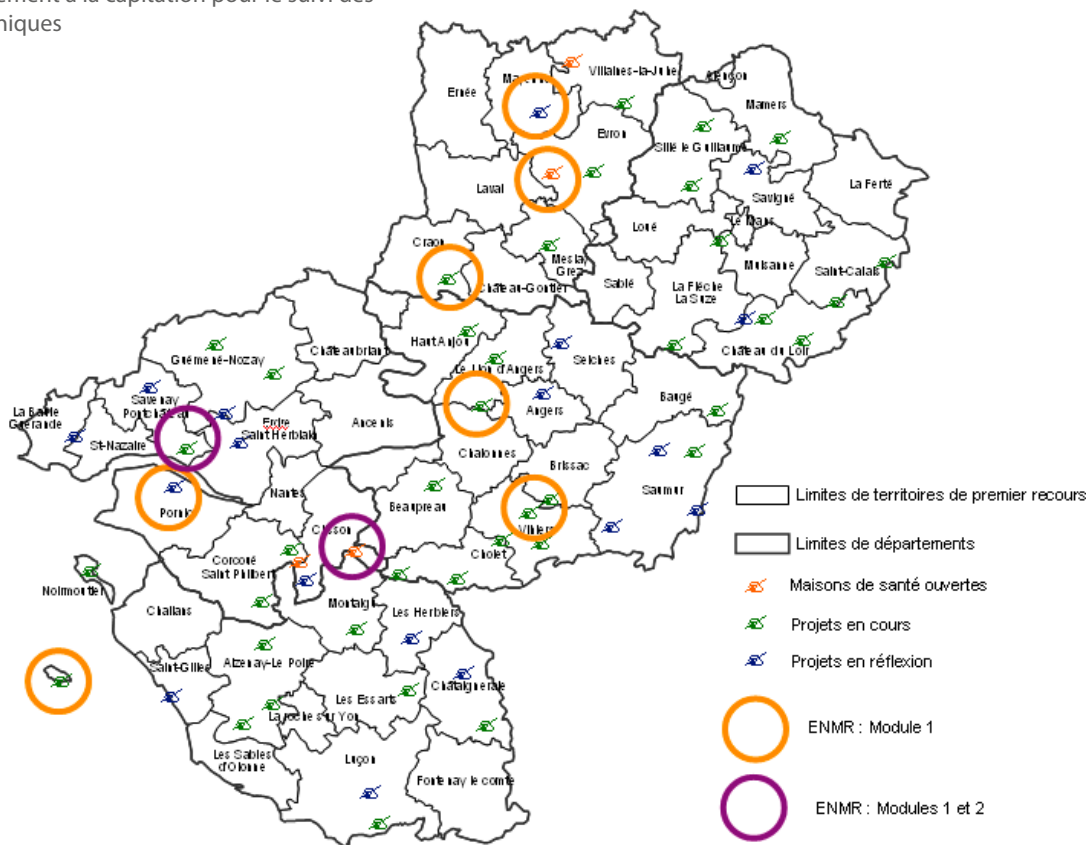
Deux autres modules sont encore en phase de réflexion :

- Module 3 : Coopérations interprofessionnels
- Module 4 : Paiement à la capitation pour le suivi des maladies chroniques

En région Pays de la Loire, l'appel à projet pour les modules 1 et 2 a été ciblé sur les maisons de santé pluri-professionnelles connues de l'ARS et ayant déjà un projet de santé viable.

Sur les 26 sites identifiés comme potentiellement éligibles, 9 ont été retenus pour l'expérimentation :

- Savenay, Corsept et Clisson pour la Loire Atlantique
- Bécon les Granits et Vihiers pour le Maine et Loire
- Mayenne, Montsurs et Craon-Renazé pour la Mayenne
- L'Île d'Yeu pour la Vendée



Les 9 conventions ont été signées entre mars et avril 2011.

Environ 230 professionnels de santé sont investis dans l'expérimentation en Pays de la Loire.

■ L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Un comité technique régional de l'ETP a été constitué par l'ARS le 14 décembre 2010.

Il est composé des différents intervenants en ETP dans la région : des opérateurs, des financeurs, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), une structure support, des représentants du secteur médico-social et des usagers issus de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), ainsi que des représentants des différentes directions de l'ARS.

3 groupes de travail sont issus de ce comité technique. Ils portent sur :

- la détermination d'une organisation territoriale de l'ETP
- l'évaluation des programmes en lien avec les réflexions engagées au niveau national
- les autorisations au fil de l'eau.

Au 30 septembre 2011, 37 structures sont autorisées par l'ARS pour réaliser de l'ETP en Pays de la Loire :

- 8 réseaux
- 27 établissements de santé
- 3 professionnels libéraux
- 126 programmes sont mis en œuvre par ces structures.

Ces programmes portent principalement sur

- le diabète (29 %),
- les maladies cardio-vasculaires (14 %)
- les maladies respiratoires (11 %).

Actuellement, le principal levier financier pour l'éducation thérapeutique reste la mission d'intérêt général (MIG) « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » (2 240 000 € en 2010). Toutefois, les enveloppes MIG ne concernent que les établissements hospitaliers, publics ou privés.

Le FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) finance également une partie de l'éducation thérapeutique, à savoir les actions réalisées par les réseaux de santé. Le montant de ce financement est difficilement évaluable, car il n'y a pas de budget spécifique « éducation thérapeutique » dans les réseaux, et ces derniers n'ont généralement pas de comptabilité analytique.

Dans les Pays de la Loire, 8 réseaux ont pour activité principale l'éducation thérapeutique :

- 5 réseaux départementaux diabète,
- 1 réseau régional diabète enfant,
- 1 réseau asthme enfant en Loire-Atlantique,
- 1 réseau cardio-vasculaire en Loire-Atlantique (Respecticoeur).

Ces réseaux sont structurés à partir de l'hôpital, même si, par définition, ils mobilisent au-delà.

Les actions menées en ambulatoire sont principalement financées par :

- le Fonds National pour la Prévention, l'Éducation et l'Information en Santé (FNPEIS) pour les actions de l'Assurance Maladie.
- l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) pour les maisons de santé pluri-professionnelles participant à l'expérimentation (article 44 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2008).

Les actions d'ETP ne sont pas suffisamment développées en secteur libéral.

En outre, aujourd'hui, environ 20 000 patients bénéficient de séances d'ETP, alors que 400 000 patients sont en Affection de Longue Durée (ALD). L'engagement du premier recours dans l'ETP est donc un enjeu fort.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

■ Coopération entre les professionnels de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) note que la démarche de coopération entre les professionnels de santé participe à la promotion et au déploiement de la culture du bon usage des soins et qu'il y a urgence à créer les conditions favorables pour faire émerger des protocoles de coopération à partir d'initiatives locales et territoriales.

En Pays de la Loire, les infirmiers sont plutôt partants pour expérimenter cette démarche.

Des dossiers ont d'ailleurs été transmis à la HAS, qui a en charge d'octroyer, après avis conforme, l'autorisation pour les protocoles de coopération régionaux.

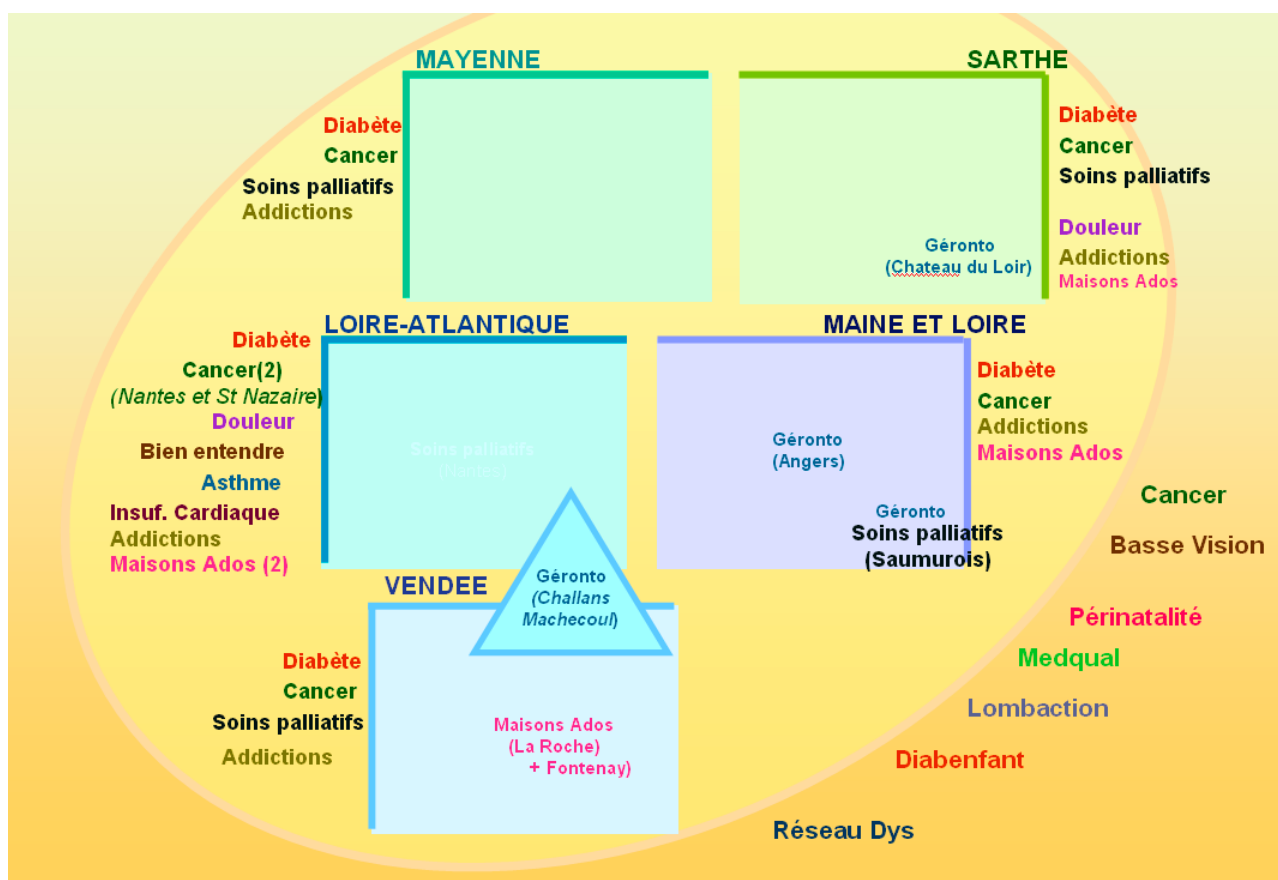
Il s'agit pour l'instant uniquement de protocoles hospitaliers, mais on pourrait envisager d'en étendre certains au secteur libéral ou de développer des protocoles spécifiques à l'exercice de premier recours.

Les domaines à privilégier pour démarrer les expérimentations dans le secteur libéral pourraient porter sur les dialyses ou l'éducation thérapeutique, qui sont des thématiques intéressant les infirmiers libéraux.

Mais il faut probablement attendre qu'il y ait des maisons de santé pluri professionnelles qui fonctionnent bien avant de lancer des expérimentations dans le secteur libéral.

■ Les réseaux

Sur la période 2007 – 2010, une quarantaine de réseaux ont été financés dans la région Pays de la Loire :

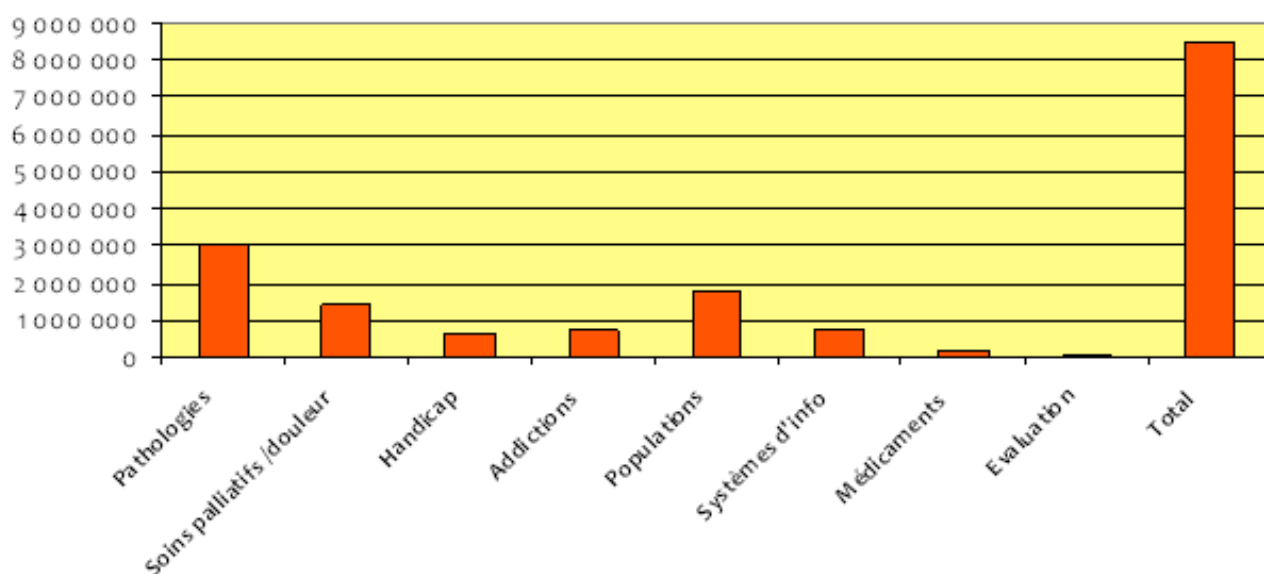


Les réseaux sont financés sur le FIQCS pour une durée de 3 ans, période à l'issue de laquelle ils sont évalués.

En Pays de la Loire l'enveloppe FIQCS s'élève à environ 10 millions d'euros par an, dont 80 % sert au financement des réseaux (le reste est utilisé pour le finance-

ment des expérimentations soins de ville, des maisons de santé pluri-professionnelles, de la permanence des soins, etc.).

Financements 2010



Les réseaux sont des dispositifs très disparates, qui recouvrent des finalités très différentes :

- certains réseaux ont un champ d'action très orienté sur la coordination d'activités hospitalières ou d'établissements. On peut citer par exemple le réseau sécurité naissance (organisé entre les maternités) ou le réseau ONCO-PL ;
- d'autres sont à l'inverse plutôt orientés hors établissement de soins. C'est l'exemple des réseaux gérontologiques, qui interviennent essentiellement au domicile des patients (évaluations gériatriques, articulations entre les intervenants, bilan médico-social, etc.) ;
- d'autres sont portés par l'hôpital, mais ont vocation à prendre en charge des patients en ambulatoire en proximité. Il s'agit par exemple des réseaux diabète ou insuffisance cardiaque, qui peuvent réaliser des séances d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) décentralisées ;

- enfin, beaucoup de réseaux fonctionnent également avec des moyens non hospitaliers, en particulier l'intervention de professionnels de santé de ville (psychologues, diététiciens, ...).

Aujourd'hui, les réseaux sont évalués, afin de mesurer l'intérêt de la poursuite du financement au regard du coût important (notamment en termes de charges de personnel).

Plusieurs réseaux ont été évalués en 2009-2010 par des évaluateurs externes : réseau périnatalité, ONCO-PL et RTCN (réseau territorial de cancérologie de Nantes)

Cinq réseaux ont également produit leur auto-évaluation en 2010 : Dys, Althea (soins palliatifs 85), Diabéfant, Soins palliatifs (saumurois), Maison Ados 44.

17 autres réseaux arrivent au terme des 3 années de financement et doivent donc être évalués prochainement.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

■ Les systèmes d'information partagés

■ Le RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé)

La vocation du RPPS est de répertorier l'ensemble des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), qu'ils soient libéraux, salariés, fonctionnaires ou militaires.

En Pays de la Loire, le RPPS est opérationnel pour l'instaurant pour les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

■ Le GCS e-santé (Groupement de coopération sanitaire)

Le GCS e-santé Pays de la Loire a été créé le 7 juillet 2011.

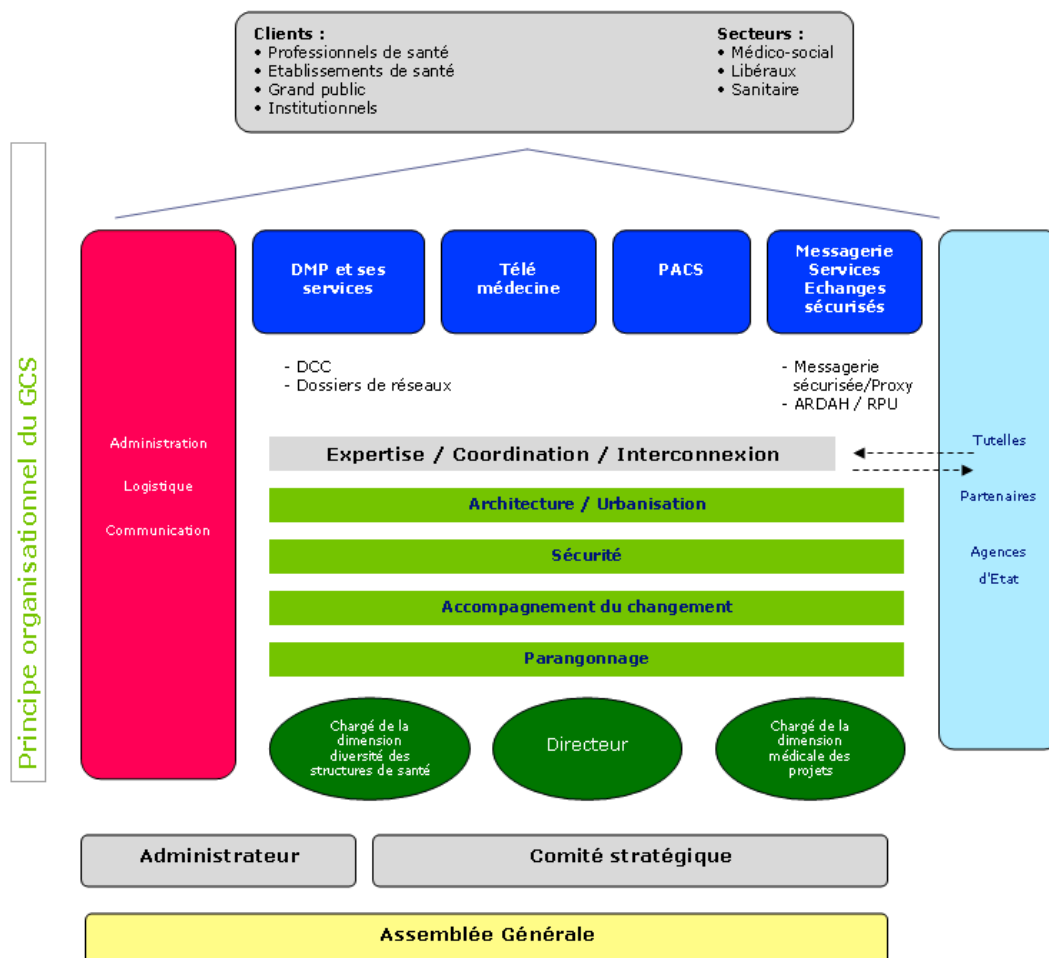
Il comprend 142 membres fondateurs, représentant les trois secteurs :

- sanitaire (hospitalisation publique et privée, établissements de soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile),
- médico-social,
- ambulatoire (médecine de ville et professions de santé libérales).

Le GCS a trois missions principales :

- le conseil et l'expertise des systèmes d'information partagée de santé auprès des professionnels de santé ;
- le pilotage et la coordination de l'ensemble des acteurs et des institutions impliqués dans le partage d'information ;
- la mutualisation des ressources pour faire progresser le système de santé régional.

Organisation et fonctionnement du GCS e-santé Pays de la Loire



■ Le DMP (Dossier médical personnel)

Le GCS e-santé est chargé du déploiement pratique du DMP dans la région.

Ce déploiement va s'amorcer durant le 1^{er} semestre 2012 sur deux territoires expérimentaux : le bassin de Challans et le Sud-Ouest Mayennais. L'enjeu est de créer des usages ancrés dans la pratique au sein de collectivités de santé composées d'établissements

MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux médicaux et non médicaux.

L'extension à d'autres territoires s'amorcera fin 2012 – début 2013.

■ Le DP (Dossier pharmaceutique)

Le dossier pharmaceutique est opérationnel, parmi les initiatives d'informatisation des données de santé.

Conçu et porté par les pharmaciens, le DP était, fin 2010, développé dans plus de 1 200 officines en Pays de la Loire. Au niveau national, 12 500 officines proposaient le DP, couvrant ainsi plus de la moitié du territoire national.

À cette même date, on comptabilisait 11 millions de dossiers créés en métropole et outre-mer, dont plus de 500 000 en région des Pays de la Loire.

Plus de 71 % des officines de pharmacie sont équipées. Dans certaines régions, dont les Pays de la Loire, plus de 80 % des officines sont raccordées.

Pour exemples dans quelques régions, dossiers créés au 6 septembre 2010 :

- 532 619 en Pays de la Loire (1 229 officines) ;
- 1 091 518 en Île de France ;
- 567 649 en Aquitaine ;
- 472 791 en Bretagne.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Partie 2 ■ État des lieux de l'offre de soins hospitaliers

Introduction

Cette partie de l'état des lieux de l'offre en santé traite de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. L'organisation existante résulte de la mise en œuvre de trois générations de Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui ont profondément fait évoluer la distribution des établissements et des activités.

Les orientations stratégiques du SROS - PRS s'inscrivent dans la continuité des SROS précédents qui se sont appuyés sur cinq principes fondamentaux :

- La qualité des soins, en cinq volets : la sécurité des soins ; l'efficacité de l'activité médicale ; la continuité et la coordination des soins ; les conditions de travail des personnels hospitaliers et la qualité des soins délivrés au patient ; la satisfaction des usagers.
- L'accessibilité : accessibilité géographique, par un maillage territorial gradué et accessibilité socio-économique, par la prise en compte spécifique des populations vulnérables ou démunies.
- La subsidiarité pose le principe de l'intervention de l'établissement dans son propre domaine de compétence, sans intervenir dans les domaines mieux traités par un autre acteur, y compris entre l'hôpital et les soins de ville. Ce principe trouve sa concrétisation dans la gradation des soins.
- La complémentarité permet de lutter contre la segmentation verticale de l'offre de soins et se concrétise par la dynamique des réseaux, la coopération et le regroupement d'établissements.
- L'efficacité, dans l'organisation des soins, vise à économiser les ressources, en recherchant l'efficacité médicale au meilleur coût.

Les axes de développement du SROS III s'orientaient autour de la promotion de la santé publique, de l'ouverture à une plus grande place pour l'utilisateur et du décloisonnement au sein du champ sanitaire, entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, et avec les secteurs social et médico-social.

■ La priorité accordée à la santé publique et aux axes d'intervention du programme régional de santé publique (PRSP) : bien naître, bien grandir, bien vivre sa vie d'adulte, bien vieillir, s'est traduite dans la territorialisation du SROS et dans les contrats passés avec les établissements de santé, en particulier pour l'éducation thérapeutique et la prévention.

■ La plus grande ouverture réservée à la participation des usagers aux instances légales - conférences sanitaires, comité de suivi du SROS, Comité Régional de l'Organisation Sanitaire - a conduit à intégrer dans le SROS des dispositions relatives aux droits d'accès, des usagers et des patients, à l'information. Des objectifs de satisfaction des patients ont pu être également incorporés aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé.

■ La recherche d'une prise en charge globale du patient passe par une meilleure articulation entre les différents secteurs. Les Projets Médicaux de Territoire y ont particulièrement contribué. Cet axe, majeur, du SROS III, s'est traduit en cinq priorités : la structuration en réseaux des filières de prise en charge ; l'articulation entre les urgences et la permanence des soins ; la constitution d'équipes mobiles pluridisciplinaires ; la prise en charge des patients en aval des soins aigus ; et enfin, l'articulation entre les secteurs médico-social et social.

Le présent état des lieux de l'offre de soins hospitaliers, en préparation du projet régional de santé (PRS) a été conduit en suivant les trois Orientations Stratégiques du PRS. Ainsi ont été explorés successivement la prise en compte de la personne, l'organisation de l'accès aux soins et des parcours de santé, et la réduction des inégalités de santé. Il ne vise pas l'exhaustivité mais soulève des questions-clés et identifie les évolutions à envisager dans le SROS PRS.

La prise en compte de la personne

Dans ses orientations stratégiques, le SROS s'était donné comme axe majeur de faire du patient et de l'utilisateur des acteurs de santé à part entière. Toutefois, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés par les établissements, cela s'est peu traduit dans la formulation des objectifs.

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) a permis de mieux faire reconnaître le droit des usagers.

La thématique de la bientraitance s'est développée.

De nouvelles pratiques médicales prennent en compte la douleur, qu'elle soit liée à la pathologie ou aux soins médicaux. Des actions destinées aux unités de prise en charge de la douleur ont été confortées, y compris son évaluation.

En cancérologie, la prise en compte de cette préoccupation pour la personne se manifeste par la coordina-

tion, le dispositif d'annonce, et des mesures favorisant une plus grande écoute.

Les Soins Palliatifs ont été améliorés. Dans les services de court séjour, des Unités de Soins Palliatifs (USP) ont été développées. Dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) ont été reconnus.

En santé mentale, la prise en compte de la personne a surtout concerné les enfants et les adolescents. Des améliorations des locaux et des conditions d'hébergement ont été menées dans le cadre des CPOM.

De façon plus générale, une sensibilisation et des actions, pour un meilleur accueil, ont été mises en place dans les services hospitaliers, améliorant les relations avec les patients et, en conséquence, la qualité et la sécurité de la prise en charge.

L'organisation de l'accès aux soins et des parcours de santé

■ Un maillage satisfaisant en services de chirurgie et en maternités.

L'un des objectifs du SROS III était de prévoir une offre de soins graduée pour éviter un excès de concentration de l'offre de soins dans les grandes villes. L'enjeu était de trouver pour chaque type d'activités, la maille optimale permettant d'adapter l'offre aux ressources en répondant aux besoins.

Quand il y avait fragilité d'un établissement dans un territoire isolé ou lorsque la contrainte des normes pouvait remettre en cause une offre hospitalière existante, des solutions ont été développées pour maintenir le maillage.

Le maillage des **maternités**, issu des restructurations des premiers SROS a été maintenu. Désormais, la plus petite maternité de la région effectue 660 accouchements par an. Elle en faisait 200, il y a quelques années. Toutefois, c'est aujourd'hui la démographie des pédiatres, qui fragilise ces maternités lorsqu'il est difficile de satisfaire au respect des normes techniques de fonctionnement.

La réalisation des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) intègre progressivement les activités des services de gynécologie - obstétrique des hôpitaux publics, à l'exception du CH de Château-Gontier.

Quelques cliniques de la région en pratiquent également. Cette intégration dans les services de gynécologie obstétrique vise à assurer la relève de la génération des médecins généralistes qui ont initié l'activité. Elle vise également, articulée avec la chirurgie ambulatoire, à permettre un choix effectif de la méthode, chirurgicale avec ou sans anesthésie ou médicamenteuse. La disponibilité des praticiens prêts à prendre la relève est un élément crucial pour le respect de l'accès et des délais à l'IVG ainsi que du choix de la méthode pour la femme.

Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation (AMP), trois départements sur 5 disposent d'implantation de services autorisés pour pratiquer la fécondation in vitro. Les départements de Mayenne et de Vendée font appel aux services d'AMP des départements voisins. Toutefois, le département de la Vendée ne dispose pas d'offre d'AMP alors qu'il compte un nombre de naissances proche de celui de la Sarthe qui en dispose. Un nombre suffisant de fécondations in vitro (FIV) par an est nécessaire pour une pratique sûre et pour justifier les investissements nécessaires au respect des normes techniques de fonctionnement. Eu égard au nombre de naissances en Vendée,

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

la question de l'offre vendéenne d'AMP dans une logique de coopération sur le territoire de santé de Vendée se pose.

Concernant la **chirurgie**, le benchmarking a permis d'optimiser le fonctionnement des blocs opératoires et également de développer la chirurgie ambulatoire.

Une évaluation **des plateaux techniques fragiles**, c'est-à-dire réalisant moins de 1 500 actes par an, a été effectuée à mi-chemin du SROS III pour quatre centres hospitaliers : Ancenis, La Ferté-Bernard, Luçon, St Calais. Ces évaluations ont été réalisées dans le cadre d'une mission de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). La situation critique du Centre Hospitalier d'Ancenis a été résolue par un appui sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Nantes et d'Angers et un repositionnement des activités restantes. Les autres centres ont connu des évolutions de leurs activités.

Actuellement, le maillage, consécutif aux restructurations réalisées au fil des SROS en chirurgie et en gynécologie - obstétrique est satisfaisant.

Le développement de l'**Hospitalisation À Domicile** (HAD) a également contribué à l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en proximité. À l'exception de plusieurs cantons du sud-ouest de la Sarthe (Sablé - La Flèche), la majorité des Pays de la Loire est couverte par une offre en HAD. En quatre ans (2007-2011), le nombre de places dans la région est passé de 394 à 599 places. La couverture complète de la région reste à achever. Par ailleurs, dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, le seuil d'activité minimum de 9 000 journées par an, sur le minimum de 30 places doit être maintenu. Pour répondre aux obligations réglementaires, la mise en place d'une permanence médicale dans les HAD (établissements de santé) constitue une nécessité et un vrai enjeu pour l'avenir.

■ Des évolutions inachevées concernant les SSR, la santé mentale, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, l'imagerie et les hôpitaux de proximité (ex-hôpitaux locaux).

Les domaines de restructuration restant inachevés sont ceux des SSR, de la santé mentale, de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC), de la radiologie et de la médecine, plus spécifiquement concernant les ex-hôpitaux locaux.

Concernant le maillage des établissements en **Soins de Suite et de Réadaptation** (SSR), le SROS III a intégré l'enjeu de la réduction des inégalités territoriales de santé. L'objectif visé a été de réguler l'offre en SSR pour que la répartition puisse être plus homogène sur les territoires de la région. Le bilan est plus contrasté : le besoin de la population a été évalué et reconnu et une planification élaborée, mais la contrainte financière n'a pas permis un complet rééquilibrage. Le consensus des acteurs au sein de groupes de travail a retenu une taille de 30 lits par unité pour optimiser l'efficacité des SSR. Les restructurations des établissements constituent une opportunité pour l'atteindre. Enfin, l'évolution de l'activité des SSR, y compris en services spécialisés, entamée depuis 2008 est à poursuivre.

Concernant la **santé mentale**, les avancées en termes d'accessibilité n'ont pas été suffisantes. Des difficultés d'articulation entre le secteur hospitalier, les services médico-sociaux et les services de premier recours libéral demeurent et se manifestent de plusieurs façons :

- La prévention des situations de crise est une priorité insuffisamment prise en compte,
- La saturation des lits d'hospitalisation par déficit de réponses d'aval et d'alternatives à l'hospitalisation, notamment par absence de propositions suffisantes d'accompagnement médico-social du handicap psychique,
- Le fort déficit démographique en psychiatres hospitaliers ne favorise pas les liens avec les médecins généralistes.

Enfin, l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux reste un point d'amélioration.

L'**imagerie** demeure un sujet en évolution rapide, en particulier en raison des nouvelles technologies, questionnant l'organisation et le déploiement des services. Les travaux de benchmarking réalisés sont riches et seront sans doute à poursuivre avec les établissements publics et privés.

En termes d'accessibilité géographique, tous les appareils d'imagerie prévus au SROS III ont été installés ou sont en cours d'installation. Cependant, le taux d'équipement en appareils d'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) de la région Pays de la Loire et, dans une moindre mesure en scanners, est faible

par rapport à la moyenne nationale. Avec 9,1 radiologues / 100 000 habitants, la région des Pays de la Loire présente un déficit démographique important.

Aujourd'hui, les IRM polyvalents sont insuffisants pour répondre à la demande, notamment en cancérologie. En outre, ils ont également été utilisés pour répondre aux besoins en imagerie ostéo-articulaire, alors que ces besoins pourraient être couverts par des IRM dédiés moins coûteux.

Concernant l'**insuffisance rénale chronique** (IRC), un nombre encore important de patients est pris en charge en dialyse en urgence, reflet d'un dépistage et d'une prévention insuffisants. Au cours du SROS III, les Unités d'Auto Dialyse (UAD) ont été développées pour améliorer l'offre de prise en charge autonome par les patients, des Unités de Dialyse Médicalisées (UDM) ont été développées à raison d'une unité par territoire de recours. Cependant, on constate une tendance à la diminution du recours à l'UAD et à l'UDM, au profit de la dialyse en centre, probablement reflet d'une perception d'une plus grande sécurité. Pour autant, les UDM représentent un bon intermédiaire entre l'UAD et la dialyse en centre. Le déploiement de la télé-médecine ouvre de nouvelles perspectives pour assurer leur sécurité. La dialyse péritonéale, quant à elle, est peu développée dans la région par rapport aux régions qui ont mené une politique plus volontariste,

et qui proposent d'emblée au patient cette modalité de traitement. Cependant, les soins à domicile quotidiens, répétés, qu'elle entraîne peuvent générer des difficultés pour la prise en charge par les IDE libérales, pour les patients qui le nécessitent.

Dans le champ de la **médecine**, les implantations et le maillage des centres hospitaliers pour les différentes spécialités sont satisfaisants pour couvrir les « territoires de santé de recours » définis par le SROS III. L'évolution de la démographie des professionnels de santé, variable selon les spécialités, est le principal facteur limitant au maintien de ce maillage.

Par ailleurs dans les territoires de proximité, les hôpitaux qui correspondaient à l'appellation « d'hôpitaux locaux » offrent une réponse de proximité. Ils se sont largement transformés au cours de ces dix dernières années et se sont orientés vers le secteur médico-social et les soins de suite. Ils regroupent trente entités juridiques dans la région et englobent 111 établissements rattachés. Ces 30 structures ont au moins une activité dans le domaine sanitaire (médecine, soins de suite, unité de soins de longue durée) en complément de leurs activités du domaine médico-social, ce qui justifiait leur maintien en catégorie hôpital local. 74 % des équipements sont dans le domaine médico-social et 26 % dans le domaine hospitalier.

Dans le champ sanitaire

- 25 structures sur 30 ont une activité de soins de suite
- 17 structures sur 30 ont une activité de soins de longue durée
- 21 structures sur 30 ont une activité de médecine
- 10 structures sur 30 ont une activité dans les trois disciplines

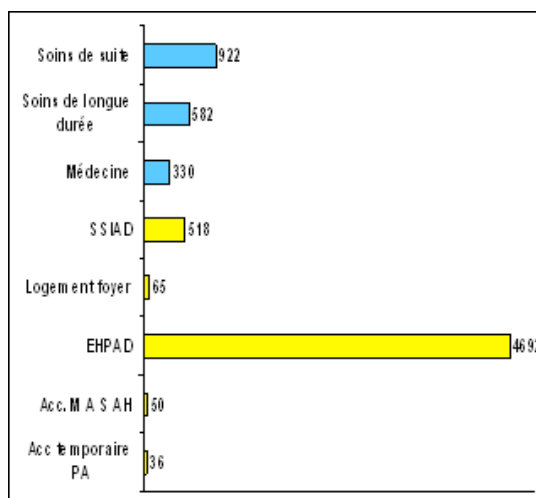
Dans le champ médico-social

- 11 structures sur 30 ont un SSIAD rattaché
- 2 structures comportent des capacités d'hébergement en logement foyer

Toutes les structures ont une activité d'EHPAD

- 1 structure comporte une maison d'accueil spécialisée pour adultes handicapés de 50 lits

- 10 structures sur 30 ont une activité d'accueil d'hébergement temporaire de personnes âgées



ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Ces « hôpitaux locaux » sont aujourd'hui des centres hospitaliers. Leur pratique de la médecine est principalement gériatrique. Plus de 56 % des séjours concernent des patients âgés de plus de 80 ans. La durée moyenne de séjour est de 14,8 jours en 2010 et 19 % des séjours ont une durée supérieure à 3 semaines. Ils ne disposent pas de plateau technique et réalisent leurs examens complémentaires d'imagerie et de biologie en s'appuyant sur des opérateurs, CH ou établissements privés, de proximité, avec lesquels ils ont passé convention. En médecine, seuls 4 hôpitaux sur 21 ont plus de 20 lits, 6 ont moins de 10 lits.

L'implication des médecins et leur statut au sein de l'hôpital selon qu'ils sont médecins libéraux ou salariés temps plein de l'hôpital est variable. De même les interactions avec les professionnels de premier recours jouent un rôle dans le dynamisme de ces hôpitaux.

Le passage à la T2A va mettre en difficulté ceux de ces établissements qui ont des durées de séjour prolongées et une activité de médecine insuffisamment efficiente. Le nombre de lits, le type et le nombre de professionnels impliqués, l'adéquation des personnels soignants et de l'organisation des soins, l'accès au plateau technique, le type de recrutement sont des facteurs interdépendants déterminants à cet égard.

L'organisation de la permanence et de la continuité des soins dans ces hôpitaux, en particulier concernant le personnel infirmier, et les conditions d'organisation efficiente du travail nécessitent une activité et un nombre de lits suffisant pour justifier les moyens mobilisés. En anticipation, un certain nombre d'établissements sont engagés dans des opérations de regroupement ou de transformation qui devront être accompagnées. D'autres devront anticiper l'avenir et certains envisager des évolutions.

■ Des réflexions à mener concernant les blocs opératoires la nuit et l'organisation de la filière d'urgences, la permanence des soins en établissement.

Une réflexion concernant l'activité nocturne des **blocs opératoires** est en cours. Elle existe aussi pour les examens de laboratoire et l'imagerie. Au regard de la volumétrie des actes effectués pendant les horaires de permanence des soins, des mutualisations, regroupements, voire suppressions, sont à envisager. Il en est attendu une amélioration de la disponibilité des professionnels de santé et de la continuité des soins, en raison des temps de repos compensateur épargnés.

De même une réflexion est également à mener sur l'opportunité de maintenir certains sites de **services d'urgences** au regard de leur activité, en particulier la nuit, volumes mais aussi nature des actes réalisés, ainsi que de leur capacité à stabiliser des spécialistes de médecine d'urgence. Certains sites réalisent moins de 10 000 passages par an, parmi lesquels les CH de Luçon, Montaigu, Château du Loir et Saint-Calais. La question se pose également concernant les établissements, public et privé, de la ville de Laval qui disposent chacun d'une autorisation d'urgence. Or les sites de médecine d'urgence autorisés doivent offrir leurs services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La double contrainte - rareté des spécialistes et coût élevé des plateaux techniques - nécessite de s'assurer d'une activité justifiant l'implantation de deux services obligatoirement ouverts jour et nuit.

À cet égard la décision de maintien d'un service d'urgence doit s'accompagner d'une réflexion plus

globale sur la meilleure réponse à apporter, sur un territoire donné, aux soins non programmés et d'urgence, de jour comme de nuit. Le périmètre de cette réflexion intègre les possibilités de consultations avancées de spécialistes sur des plages horaires à définir. Il intègre également la réponse de la permanence des soins ambulatoire sous ses différentes formes (Centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS) entre 20 et 24 heures, médecins volontaires en nuit profonde, ...). Cette réflexion doit également intégrer les offres alternatives des services d'urgence, leur maillage sur le territoire et la capacité de répartition de l'activité entre les établissements concernés.

Cette réflexion doit pouvoir être menée à l'échelle du territoire de santé pour intégrer les redéploiements potentiels de moyens et de personnels issus des réorganisations. Il s'agit également de tenir compte de spécificités territoriales et saisonnières. Dans les deux départements littoraux, par exemple, l'activité et l'accessibilité en temps varie entre l'hiver et l'été. Il y a également une différence d'activité entre la partie proche du littoral et les communes de l'intérieur. La question du positionnement, en période estivale, des moyens en services de médecine d'urgence concentrés sur la côte atlantique se pose.

De même la réflexion sur le fonctionnement de certaines antennes du SMUR ou le besoin émergent lié à un afflux populationnel saisonnier, reste à traiter,

en particulier pour les zones côtières. L'enjeu de la prise en charge d'une population plus nombreuse et le risque d'encombrement routier posent la question du besoin d'un hélicoptère.

La prise en charge du surplus d'activité saisonnière et la mesure de son efficacité doit également être abordées au regard de la disponibilité des hélicoptères de la protection civile, que ce soit en proximité, en région ou hors région.

La **permanence des soins en établissement** fait partie des missions de service public et relèvera d'un financement sous forme d'une mission d'intérêt général. Une mise à plat de l'organisation des lignes de garde et d'astreinte est nécessaire pour identifier les doublons et apprécier la charge de travail ainsi que la pertinence du périmètre de chacune d'elle. Une organisation optimisée est à construire. Cet état des lieux intègre également la continuité des soins pour les établissements publics d'intérêt collectif (ESPIC).

■ Avancées et limites dans la continuité et la coordination des parcours

Des progrès. Compte tenu de sa mission essentielle de coordination, l'HAD est une structure bien adaptée pour associer les secteurs hospitalier, médico-social, ambulatoire (notamment le premier recours) autour d'un projet de soins. Le développement de l'HAD a favorisé la fluidité des parcours de soins, mais son impact trop ciblé reste limité.

La réflexion et les actions sur le travail par filières initiés dans le cadre du SROS III, et en particulier dans les PMT, ont permis aux acteurs de se familiariser avec une approche globale du parcours du patient. La place plus centrale accordée au parcours du patient, formalisée notamment dans des chartes, est particulièrement nette pour certaines populations, (traumatisés crâniens, blessés médullaires, personnes atteintes d'AVC), ainsi qu'en gériatrie. La démarche de contractualisation et celle des PMT sont positives : l'obligation de mettre en place/de formaliser des filières a permis aux acteurs de se connaître et de travailler ensemble.

Des résultats plus incertains. Dans le domaine de la **santé mentale**, la coordination entre les secteurs Prévention / Sanitaire / Médico-social a progressé mais est loin d'être achevée. Des progrès restent à faire, notamment pour réduire les hospitalisations inappropriées et proposer une alternative au maintien en hôpital psychiatrique, par défaut de structure d'accueil adaptée (médico-sociale ou sociale). Certains patients, souffrant de handicap psychique, sont aujourd'hui hospitalisés en psychiatrie de longues durées alors qu'un accompagnement adapté pourrait permettre leur vie à domicile ou en établissement médico-social.

Le rôle important des **projets médicaux de territoires** a été reconnu pour décloisonner, mais ils ont eu leurs limites. Des progrès dans la coordination ont été accomplis entre les secteurs sanitaire et médico-social mais il reste beaucoup à faire. De même, les PMT

ont permis d'aborder les solutions permettant d'articuler les domaines ambulatoire et hospitalier, mais la segmentation de cette approche n'a pas produit de résultat probant et le SROS III a insuffisamment pris en compte l'enjeu de la continuité des soins.

Certains **réseaux** ont probablement amélioré la continuité des parcours même si aucune évaluation fine n'en a été réalisée.

La fluidité entre les activités relevant de la Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) et celles relevant des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a été recherchée. Pour autant, cette approche insuffisante n'a pas permis d'approfondir le traitement des problèmes se posant en amont et aval de l'hôpital, dans la filière de prise en charge notamment Médico-sociale des patients.

En ce qui concerne la fluidité entre établissements MCO et SSR, des cellules d'orientation ont été mises en place. Des marges de progrès existent pour résoudre le problème de la rupture dans les parcours de soins. Dans la région, l'outil TRAJECTOIRE est déjà installé dans 4 départements sur 5 et est en cours d'installation dans le 5^{ème} département (Mayenne).

Enfin, les services des urgences connaissent de longue date un problème d'engorgement. Les pics d'affluence se situent à la fermeture des cabinets médicaux et s'intensifient à partir de 20h. Le problème est en grande partie un problème de flux d'aval intra et extra hospitalier. L'insuffisante information des usagers reste un problème à traiter. L'orientation inappropriée vers les urgences peut être corrigée.

Les recombinaisons hospitalières ont contribué à favoriser la continuité des parcours. Les coopérations entre les secteurs public et privé y ont contribué mais méritent d'être dynamisées.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

La question de l'accessibilité économique a été diversement prise en compte. Le SROS III a introduit un volet précarité. Les CPOM ont intégré des indicateurs portant sur l'accès au tarif conventionné dans le cadre de l'accueil des soins de médecine d'urgence.

L'approche par Territoires prévue dans le SROS III a permis de commencer à prendre en compte et à agir sur la réduction des inégalités territoriales de santé. La logique de maillage répondait à cette priorité.

Le volet précarité a mis en place le repérage des personnes en situation sociale précaire en vue d'une prise en charge par les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui se sont structurées au cours des SROS. Les PASS permettent de recouvrer des droits et d'accéder aux soins lors d'un séjour à l'hôpital. Elles accompagnent pendant de l'hospitalisation et préparent la sortie. Certaines PASS, comme celle du CHU de Nantes, offrent un service de consultation ambulatoire qui correspond à une réponse de soins de premier recours. Dans les deux cas, le principe est ensuite de réorienter vers les services ambulatoires de droit commun.

Cependant, le SROS et la réponse hospitalière montent leurs limites lorsqu'il s'agit de corriger le défaut de suivi des personnes en ambulatoire, qui constitue le point critique pour une logique de prise en charge dans le droit commun. Dans les situations de précarité, c'est particulièrement difficile et des hospitalisations itératives en sont parfois la conséquence.

Les dispositifs, mis en place dans le cadre des SSR, ont également permis de progresser sur la gestion des événements bloquants, la bonne orientation en amont et en aval, et la coordination avec le secteur social pour aider les personnes précaires à organiser leur parcours. La cohérence des actions a été recherchée entre le secteur de la cohésion sociale, les PASS et les services sociaux, dans un souci d'insertion des personnes dans les dispositifs de droit commun.

Alors que des prises en charge pourraient se faire à domicile, certaines conditions d'habitat défavorables ne le permettent pas. C'est particulièrement le cas en zone rurale isolée, et pour les personnes vivant seules.

CONCLUSIONS

Au terme de cet état des lieux, des constats peuvent être faits et des perspectives tracées.

Le maillage du territoire obtenu en termes d'établissements de soins et en termes de type d'activité peut être considéré comme globalement adéquat en dehors de quelques thématiques identifiées dans cet état des lieux.

L'enjeu n'est plus de multiplier les implantations pour affiner le maillage de l'offre, mais de le maintenir ainsi que l'adéquation de l'offre existante au regard de deux contraintes. D'une part, la croissance projetée de la population et son vieillissement invitent à adapter en volume et en qualité l'activité des implantations autorisées existantes, sans pour autant les multiplier. D'autre part, les conditions techniques de fonctionnement, en particulier parce qu'elles imposent la présence de compétences professionnelles qui se raréfient, fragilisent certaines activités en raison des

évolutions de la démographie médicale. Là encore, la couverture du besoin ne nécessite pas la multiplication des autorisations mais doit maintenir et répartir les compétences nécessaires ou développer des organisations innovantes.

Il reste néanmoins des activités pour lesquelles le maillage existant peut être amélioré.

Le schéma concernant le déploiement des SSR spécialisés n'est pas achevé. La couverture du besoin en AMP peut être améliorée en Vendée. Le besoin en imagerie n'est pas couvert et la région accuse un retard de développement, en particulier concernant les IRM. La réponse à l'insuffisance rénale chronique peut être améliorée par une offre de dialyse plus diversifiée pour un plus grand confort et une plus grande autonomie des patients.

Par ailleurs, l'utilisation des ressources n'est probablement pas optimale pour certaines activités.

Ainsi, le maintien d'une activité de médecine sur un très petit nombre de lits dans des hôpitaux de proximité doit être discuté. L'absence de plateau technique, la nécessité d'assurer la continuité et la permanence des soins par des équipes qualifiées et les conséquences du passage à la tarification à l'activité sont de nature à fragiliser cette activité lorsqu'elle n'est déployée que sur un nombre limité de lits. Le renforcement de l'activité de SSR et la possibilité d'admission directe en SSR constituent une alternative pour ces hôpitaux qui peuvent alors jouer un rôle d'appui aux soins de premier recours dans et hors leurs murs en terme de réadaptation, rééducation, adaptation. Enfin, à partir de l'évolution de ces hôpitaux, le déploiement de plateformes mutualisées de services d'accompagnement médico-social, (hébergement temporaire, accueil de jour, de nuit, ...) est de nature à apporter des réponses innovantes pour le maintien à domicile et la prévention d'hospitalisations inadéquates.

De même, la faible activité nocturne de certains services d'urgences et de SMUR interroge sur le maintien de ces activités qui doivent être exercées 24 h/24, 7 jours/7 conformément à la réglementation. En effet les normes techniques de fonctionnement imposent la présence de professionnels qualifiés qui ne sont pas toujours faciles à maintenir pour assurer une qualité optimale. Des solutions alternatives peuvent être

recherchées. Il s'agit de répondre de façon plus efficiente aux variations saisonnières d'activité ; il s'agit de mieux répartir les compétences, en particulier médicales. Il s'agit également de pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés, aux horaires où ils se manifestent sur les territoires concernés, en optimisant le potentiel de la médecine libérale, de la permanence des soins ambulatoire, de l'organisation mutualisée avec les établissements voisins (consultations avancées de soins non programmés par exemple).

Au-delà du maillage du territoire régional par les activités soumises à autorisation, les schémas précédents ont eu du mal à mettre en œuvre les dimensions, pourtant clairement affirmées, de découplage de l'hôpital d'une part vers les services de santé ambulatoire et d'autre part vers le secteur médico-social.

La complexité de la régulation entre les parties prenantes rendait en effet difficile la mise en œuvre d'une démarche systémique d'organisation. Avec le SROS PRS, un contexte de régulation plus unifiée, un cadre d'expression de la démocratie sanitaire et un schéma intégré dans un projet régional reposant sur des orientations stratégiques transversales doivent conduire le schéma d'organisation des soins vers un découplage accru pour une meilleure continuité, fluidité et efficacité des parcours de soins.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Permanence des soins en établissement de santé en 2012

Lignes de garde et d'astreinte : établissements publics et ESPIC

TERRITOIRE DE LOIRE ATLANTIQUE

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS	TYPE LIGNE
CHU NANTES HÔTEL DIEU	Anesthésie-Réanimation adulte	2 G
	Anesthésie- réanimation pédiatrique	1 G, 1 AO
	Biologie médicale	5 AS, 2 AO
	Chirurgie Infantile	1 G, 1 AO, 1 AF
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 G
	Chirurgie urologique	1 AO, 1 AS
	Chirurgie viscérale et digestive	2 AF
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Grands brûlés	1 AF
	Gynécologie-obstétrique	1 G, 1 AS
	Hématologie	2 AF
	Médecine gériatrique	1 AF
	Néphrologie – hémodialyse	2 AO
	Neurochirurgie	1 AF
	Ophtalmologie	1 AS
	ORL et chirurgie cervico-faciale	1 AS
	Pharmacie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AF
	Réanimation adulte	2 G
	Réanimation pédiatrique	2 G
	Stomatologie	1 AF
CHU NANTES G.R. LAENNEC	Anesthésie-réanimation adulte	2 G, 1 AO, 1 AF
	Cardiologie interventionnelle	1 AO
	Chirurgie cardiaque	1 AO, 1 AS
	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	1 AO
	Chirurgie vasculaire	1 AF
	Neuroradiologie interventionnelle	1 AF
	Pneumologie	1 G
	Réanimation adulte	1 G
	UNV Unité Neuro-Vasculaire	1 G
	USIC Unité de soins intensifs cardiologiques	1 G
CHU NANTES BELLIER	Médecine gériatrique	1 AO, 1 AS

CH CHATEAUBRIANT	Anesthésie-réanimation adulte	1 AO
	Cardiologie	1 AO
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Médecine gériatrique	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 AO
	Pédiatrie	1 AO
CH ANCENIS	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 G, 1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 G, 1 AO
	Médecine polyvalente	1 AS
	Pharmacie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS
	Gynécologie-obstétrique	1 AF
CH ST NAZAIRE	Anesthésie-réanimation adulte	1 G
	Anesthésie-réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	1 AF
	Cardiologie	1 G
	Cardiologie interventionnelle	1 AF
	Chirurgie maxillo-faciale	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AF
	Chirurgie vasculaire	1 AF
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AF
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AS
	Gynécologie-obstétrique	1 G
	Médecine gériatrique	1 AS
	Médecine interne	1 AS
	Néphrologie – hémodialyse	1 AF
	Neurologie	1 AO
	Ophtalmologie	1 AS
	ORL et chirurgie cervico-faciale	1 AS
	Pharmacie	1 AF
	Pneumologie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AF
	Stomatologie	1 AS
	Néonatalogie	1 G
	Réanimation adulte	1 G
CH LVO SITE MACHECOUL	Médecine polyvalente	1 AF

AO = astreinte opérationnelle

AS = astreinte de sécurité

G = garde ;

AF = astreinte forfaitaire

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Permanence des soins en établissement de santé en 2012

Lignes de garde et d'astreinte : établissements publics et ESPIC

TERRITOIRE DE MAINE ET LOIRE

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS	TYPE LIGNE
CHU ANGERS	Anesthésie-Réanimation adulte	2 G, 2 AO
	Astreinte de médecine hyperbare	1 AO
	Biologie médicale	4 AS
	Cardiologie	1 G
	Cardiologie interventionnelle	1 AO, 1 AS
	Chirurgie infantile	2 AO
	Chirurgie cardiaque	1 AO, 1 AS
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 G
	Chirurgie urologique	1 AS
	Chirurgie vasculaire	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 G
	Endocrinologie	1 AS
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 G, 1 AS
	Hématologie	1 AO
	Infectiologie	1 AS
	Médecine interne	1 AS
	Médecine polyvalente	1 AS
	Ophtalmologie	1 AS
	Néonatalogie	1 G
	Néphrologie – hémodialyse	1 AO
	Neurochirurgie	1 AO
	Neurologie	1 AO, 1 GI
	ORL	1 AO
	Ophtalmologie	1 AO
	Pédiatrie	1 AO
	Pharmacie	1 AS
	Pneumologie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 G, 2 AO, 1 AS
	Réanimation adulte	3 G
	Réanimation pédiatrique	1 G
	Stomatologie	1 AO

CH DU HAUT ANJOU (SITE SEGRE)	Médecine polyvalente	1 AO
CH CHOLET	Anesthésie-Réanimation adulte	2 G
	Biologie médicale	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 G
	Chirurgie vasculaire	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AO
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 G
	Médecine polyvalente	2 AO
	Néonatalogie	1 G
	Néphrologie – hémodialyse	1 AO
	Ophtalmologie	1 AO
	ORL et chirurgie cervico-faciale	1 AO
	Pharmacie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
	Réanimation adulte	1 G
	USIC Unité de soins intensifs cardiologiques	1 AO
CH SAUMUR	Anesthésie-réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	1 AO
	Cardiologie	1 AO
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 G
	Médecine gériatrique	1 AO
	Médecine interne	1 AO
	ORL	1 AO
	Pédiatrie	1 G
	Pharmacie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS

AO = astreinte opérationnelle

AS = astreinte de sécurité

G = garde ;

AF = astreinte forfaitaire

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Permanence des soins en établissement de santé en 2012

Lignes de garde et d'astreinte : établissements publics et ESPIC

TERRITOIRE DE LA MAYENNE

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS	TYPE LIGNE
CH LAVAL	Anesthésie-Réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	1 AS
	Cardiologie	
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AO
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 G
	Néonatalogie	1 G, 1 AO
	Néphrologie – hémodialyse	1 AO
	ORL	1 AO
	Ophtalmologie	1 AO
	Pharmacie	1 AO
	Pneumologie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
	Réanimation adulte	1 G
	USIC Unité de soins intensifs cardiologiques	1 G
CH DU HAUT ANJOU	Anesthésie-réanimation adulte	1 AO
	Cardiologie	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 AO
	Médecine polyvalente	1 AO
	Pharmacie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
CH NORD MAYENNE	Anesthésie-réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	1 AF
	Cardiologie	1 AF
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AF
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AF
	Gynécologie-obstétrique	1 AF
	Médecine polyvalente	1 AF
	Pharmacie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 G
	USC Unité de Surveillance Continue	1 G

TERRITOIRE DE LA SARTHE

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS	TYPE LIGNE
CH LE MANS	Anesthésie-Réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	2 AS, 1 AF
	Cardiologie	1 G
	Cardiologie interventionnelle	2 AO
	Chirurgie infantile	1 AS
	Chirurgie générale	1 AO
	Chirurgie maxillo-faciale	1 AS
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	2 AO
	Chirurgie urologique	1 AS
	Chirurgie vasculaire	1 AS
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AS
	Gynécologie-obstétrique	1 G
	Médecine gériatrique	1 AS
	Médecine interne	1 AS
	Médecine polyvalente	1 AS
	Néonatalogie	1 G, 1 AS
	Néphrologie – hémodialyse	1 AO
	Neurologie	1 AO
	Ophtalmologie	1 AS
	ORL et chirurgie cervico-faciale	1 AS
	Pharmacie	1 AS
	Pneumologie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
	Réanimation adulte	1 G
	USC Unité de Surveillance Continue	1 G
CH CHATEAU DU LOIR	Médecine polyvalente	1 AO
	Pharmacie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
CH ST CALAIS	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AF
CH LA FERTE BERNARD	Anesthésie-réanimation adulte	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AO
	Médecine polyvalente	2 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
POLE SANTÉ SARTHE	Anesthésie-réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	1 AO
	Cardiologie	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AF
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AF
	Gynécologie-obstétrique	1 G, 1 AO
	Médecine polyvalente	1 AO
	ORL	1 AS
	Pédiatrie	1 G, 1 AO
	Pharmacie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO

AO = astreinte opérationnelle

AS = astreinte de sécurité

G = garde ;

AF = astreinte forfaitaire

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Permanence des soins en établissement de santé en 2012

Lignes de garde et d'astreinte : établissements publics et ESPIC

TERRITOIRE DE LA VENDÉE

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS	TYPE LIGNE
CH LA ROCHE/YON	Anesthésie-Réanimation adulte	1 G
	Biologie médicale	1 AS
	Cardiologie interventionnelle	1 AO
	Chirurgie maxillo-faciale	1 AF
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AF
	Chirurgie urologique	1 AF
	Chirurgie vasculaire	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 G, 1 AO
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AO
	Endocrinologie	1 AS
	Gynécologie-obstétrique	1 G, 1 AO
	Hématologie	1 AS, 1 AO
	Médecine gériatrique	1 AS
	Médecine interne	1 AS, 1 AO
	Médecine polyvalente	1 AS
	Néphrologie – hémodialyse	1 AO
	Neurologie	1 AS, 1 AO
	Ophtalmologie	1 AF
	ORL et chirurgie cervico-faciale	1 AF
	Pédiatrie	1 G
	Pharmacie	1 AS, 1 AO
	Pneumologie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
	Radiothérapie et onco-radiothérapie	1 AS
	Réanimation adulte	1 G
	USIC Unité de soins intensifs cardiologiques	1 G

CH CHALLANS	Anesthésie-Réanimation adulte	1 AO
	Biologie médicale	1 AO
	Cardiologie	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AF
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AO
	Gastro-entérologie et hépatologie	1 AF
	Gynécologie-obstétrique	1 AO
	Médecine polyvalente	2 AF
	Pharmacie	1 AS
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
CH LUCON	Médecine polyvalente	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
CH MONTAIGU	Médecine polyvalente	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AS
CH COTE DE LUMIERE	Anesthésie-réanimation adulte	1 AO
	Cardiologie	1 AO
	Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AO
	Chirurgie viscérale et digestive	1 AO
	Gynécologie-obstétrique	1 AO
	Médecine polyvalente	1 AO
	Pédiatrie	1 AO
	Pneumologie	1 AO
	Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 AO
CH FONTENAY LE COMPTE	Biologie médicale	1 AS
	Cardiologie	1 AS
	Gynécologie-obstétrique	1 AO
	Médecine polyvalente	1 AS
	Pédiatrie	1 AO
	USC Unité de Surveillance Continue	1 G

AO = astreinte opérationnelle

AS = astreinte de sécurité

G = garde ;

AF = astreinte forfaitaire

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS EN PAYS DE LA LOIRE

Permanence des soins en établissement de santé en 2012

Lignes de garde et d'astreinte rémunérées : établissements privés

ÉTABLISSEMENTS	SPÉCIALITÉS	TYPE LIGNE
CLINIQUE SAINTE-MARIE	Anesthésie	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
	Chirurgie viscérale et digestive	AO
CLINIQUE JEANNE D'ARC	Anesthésie	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	Anesthésie	G
	Gynécologie-obstétrique	G
NOUVELLES CLINIQUES NANTAISES	Anesthésie	AO
	Cardiologie	G
	Chirurgie générale	AO
CLINIQUE SAINT JOSEPH	Chirurgie orthopédique	AO
	Cardiologie	G
POLYCLINIQUE DU PARC	Anesthésie	AO
	Ophtalmologie	AO
	Urologie	AO
CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE	Anesthésie	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
	Chirurgie viscérale et digestive	AO
CLINIQUE DE L'ANJOU	Anesthésie	AO + G
	Chirurgie obstétrique	G
	Urologie	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
	Chirurgie viscérale et digestive	AO

POLYCLINIQUE DU MAINE	Chirurgie orthopédique	AO
	Chirurgie viscérale et digestive	AO
	Anesthésie	AO
	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	AO
CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	Anesthésie	G
	Gynécologie obstétrique	G
	Pédiatrie	G
CMCM SITE POLE SANTÉ SUD	Anesthésie	AO
	Cardiologie	G
	Chirurgie générale	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
	ORL	AO
	Ophtalmologie	AO
	Chirurgie maxillofaciale	AO
CLINIQUE SAINT CHARLES	Anesthésie	AO
	Urologie	AO
	Chirurgie générale	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
CLINIQUE SUD VENDEE	Anesthésie	AO
	Chirurgie générale	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
CLINIQUE CHIRURGICALE PORTE OCEANE	Anesthésie	AO
	Urologie	AO
	Chirurgie orthopédique	AO
	Chirurgie viscérale et digestive	AO

AO = astreinte opérationnelle

AS = astreinte de sécurité

G = garde ;

AF = astreinte forfaitaire

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Ce chapitre de l'état des lieux de l'offre en santé des Pays de la Loire consacré au secteur de la prévention et de la promotion de la santé comprend deux parties.

La première partie est consacrée à l'offre de prévention et de promotion de la santé.

La seconde partie est consacrée à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires.

Introduction

Cet état des lieux distingue 2 champs d'activités distincts mais complémentaires :

- d'une part, la prévention et la promotion de la santé,
- d'autre part, la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires.

Il a pour objectifs, dans chacun de ces volets, de décrire les acteurs et organisations concernés, les actions menées mais aussi les forces et faiblesses des dispositifs existant en Pays de Loire.

L'analyse de ces forces et faiblesses permet ainsi de faire le lien avec les objectifs du projet régional de santé, et en particulier ceux du schéma de prévention.

Partie 1 ■ Prévention et promotion de la santé

Promotion et éducation pour la santé

■ Acteurs, publics ciblés et territoires

De nombreux acteurs concourent à la prévention :

L'agence régionale de santé (ARS) définit et finance des actions visant à promouvoir et éduquer à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie. Elle veille à l'évaluation de leur mise en œuvre (article L1431-2 du code de la santé publique).

Les structures de l'État :

En région : rectorat, direction de l'agriculture, de l'alimentation et la forêt, direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement, direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, direction interrégionale de l'administration pénitentiaire

En département : directions de la cohésion sociale, directions de la protection des populations, directions de la protection judiciaire de la jeunesse

Les collectivités locales ont des missions spécifiques en matière de prévention en santé :

Le Conseil Régional a compétence pour « promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région » (loi du 2 mars 1982). Il a élaboré en 2011 un schéma « formations, santé, social et territoires » intégrant des orientations propres à l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires de l'action régionale, notamment les lycéens, les apprentis et les étudiants.

Les Conseils Généraux : les départements ont un rôle important en matière de promotion de la santé dans les domaines de la famille et de l'enfance, la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, l'insertion sociale et professionnelle. Dans la région, certains Conseils Généraux se sont notamment investis dans des actions de sensibilisation sur les thèmes des conduites addictives, du VIH, des hépatites auprès d'adolescents en partenariat avec les personnels de l'Éducation Nationale ou en milieu du travail.

Les communes peuvent développer des actions de promotion et d'éducation pour la santé de proximité dans le cadre des ateliers santé-villes et plus récemment au travers de la mise en place de contrats locaux de santé conclus avec l'ARS.

Les associations sont très fortement représentées dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention :

Elles se composent d'une majorité de bénévoles et de professionnels divers : médecins, infirmiers(ères), psychologues, conseillers, travailleurs sociaux ...

Ces acteurs interviennent sur différentes thématiques (nutrition, addictions, sexualité, vaccinations, suicide, santé environnementale...), pour différents publics (jeunes, populations vulnérables, seniors...), dans différents milieux (scolaire, loisirs, famille, travail, vie...) à l'échelon régional, départemental ou/et local.

Elles proposent des activités de diffusion de documentation, d'interventions ou d'animations, d'accompagnement d'un public autour d'un projet, et de formation initiale ou continue.

Certaines associations principalement composées de professionnels salariés et qui ont une forte expertise sont constitutives de deux types de structures :

■ Le pôle régional de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé dont les missions sont définies selon un cahier des charges de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). En Pays de Loire, les structures suivantes sont intégrées dans ce pôle :

- L'Instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS)
- L'association de lutte contre le sida AIDES
- L'association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA)
- L'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)
- La Mutualité Française Pays de Loire
- L'Observatoire régional de la santé (ORS)
- L'association Sida Info Service
- Les associations ressources ou têtes de réseau qui viennent en appui des promoteurs. On peut citer pour les Pays de la Loire :
 - L'IREPS
 - L'ORS
 - Dans le domaine des addictions : l'ANPAA
 - Dans le domaine de la santé environnementale :

■ Principaux plans et programmes d'actions

Le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS)

La mise en œuvre du SREPS, arrêté par le préfet de région en 2003, s'est principalement appuyée sur l'IREPS et le CODES 72 qui ont structuré leurs centres ressources. Ces associations proposent, aujourd'hui, aux professionnels de l'éducation, de la santé et du social, une offre documentaire, des conseils méthodologiques, des séances de présentation d'outils, des expertises d'outils, des formations et des journées d'échanges de pratiques, de connaissances et de compétences.

Parallèlement, l'État et l'Assurance-maladie, en tant que financeurs, ont cherché à renforcer leurs syner-

Fédération régionale de lutte contre les organismes nuisibles (Fredon), Murailles médias (prévention des risques auditifs et musique actuelle), Air Pays de Loire (pollution de l'air)

- Dans le domaine de la sexualité : Sida Info Service, AIDES, les Plannings Familiaux

Les établissements de santé publics et privés

Les établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés

Les établissements d'enseignement publics et privés

Les régimes d'assurance maladie (régime général, MSA, RSI)

Les autres organismes de sécurité sociale (CAF, CARSAT)

Les organismes d'assurance complémentaire santé, dont la Mutualité Française

La Fondation de France

Les professionnels de santé libéraux représentés dans les URPS

Le dispositif de Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH)

Les centres d'examen de santé de l'institut interrégional pour la santé (IRSA)

Il convient de préciser que les professionnels de santé du premier recours sont des acteurs clés en prévention pour l'accès de leurs patients 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 eux.

gies. Cela s'est concrétisé en 2006 par la création du GRSP (groupement régional de santé publique).

Enfin, une démarche commune entre financeurs et promoteurs a été engagée sur le thème de l'évaluation qui a abouti à l'élaboration d'une grille indicative pour les promoteurs et à l'évaluation de structures ressources comme l'IREPS et AIDES. Cette démarche a marqué le début des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens.

La démarche lancée par le SREPS a depuis été poursuivie, notamment en matière de formations, de complémentarité entre les acteurs et les actions et de valorisation de ce champ.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Le plan régional de santé publique (PRSP)

Le PRSP, document de référence, a fixé sur la période 2005-2009 (avec prolongation en 2010) les grandes orientations de la politique régionale de santé. Il a mobilisé les opérateurs et les financeurs de la région sur des objectifs partagés de santé publique.

Ses axes prioritaires d'intervention étaient présentés sous forme de cahiers en fonction des grands âges de la vie : bien naître (0-3 ans), bien grandir (3-20 ans), bien vivre sa vie d'adulte et bien vieillir.

Une évaluation externe de la mise en œuvre de ce plan a été réalisée en 2008.

Six recommandations concluaient ce travail d'évaluation :

- Élaborer un diagnostic et des orientations partagées avec les acteurs locaux de santé publique
- Clarifier la place de la prévention dans la politique de santé et l'organisation des services
- Élaborer un document stratégique, cohérent et lisible
- Élaborer un document de mise en œuvre des actions publiques sur le territoire
- Améliorer l'information et la mobilisation des acteurs en vue de faire du PRSP un document de référence favorisant une culture de santé publique
- Favoriser la coordination des financements

La conférence régionale de santé avait également formulé des propositions de priorisation dans le cadre d'une commission de suivi du PRSP :

- d'une part, des préconisations transversales : les inégalités sociales et territoriales de santé nécessitent de promouvoir la concertation avec les collectivités territoriales et le secteur associatif, de développer l'observation de la santé, la veille sanitaire, la recherche, l'éducation/promotion de la santé
- d'autre part, l'affirmation de deux priorités thématiques :
 - la prévention des conduites addictives (alcool/jeunes) pour laquelle elle a réaffirmé la nécessité de mettre en place une prévention précoce (acquisition de compétences psychosociales), de territorialiser les actions et de travailler dans l'interdisciplinarité
 - les risques psychosociaux au travail

Le plan régional santé environnement (PRSE)

Le Code de la santé publique, depuis 2004, et la loi dite « Grenelle II » d'août 2009, prévoient des plans quinquennaux sur la santé environnementale dans les régions. En Pays de la Loire, un premier plan (PRSE1), sur la période 2005-2008 portait sur 16 actions, dont 8 prioritaires ; parmi lesquelles :

- réduction des émissions aériennes de substances dangereuses d'origine industrielle
- réduction de l'incidence de la légionellose
- protection des captages d'eau potable
- limitation des pollutions des eaux et des sols par les pesticides
- réduction des risques professionnels liés aux CMR
- amélioration de la prévention du saturnisme infantile
- facilitation de l'accès à l'information en santé environnement

Le PRSE1 visait spécifiquement des pathologies associées à l'environnement de façon certaine : la légionellose, le saturnisme, les intoxications au monoxyde de carbone, les pollinoses.

À l'automne 2010, un 2^{ème} plan a été lancé s'appuyant sur une large mobilisation des acteurs (services de l'État, collectivités locales, associations, représentants du monde économique, représentants de salariés...) pour la définition et la conduite des actions de ce nouveau plan.

Les actions portées par le plan relèvent de trois intentions :

- Identifier et réduire les expositions aux nuisances environnementales (réduction des pollutions à la source)
- Aménager le territoire pour un environnement favorable à la santé (agir sur les inégalités géographiques, prendre en compte l'enjeu sanitaire dans la conception des espaces)
- Sensibiliser et promouvoir la santé environnementale (auprès du grand public et auprès de l'ensemble des acteurs : collectivités, organisations professionnelles, associations ...)

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en difficultés sociales (PRAPS)

Les PRAPS ont été rendus obligatoires dans le cadre de la lutte contre les exclusions dans le but de remédier aux inégalités de santé (loi du 29 juillet 1998).

Parmi les actions développées sur la région, on peut citer :

- la mise en place d'« ateliers d'éducation pour la santé »
- l'accompagnement dans la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU)
- la diversification et la professionnalisation de points d'écoute psychologique notamment dans les structures pour les jeunes
- l'organisation de formations pour les professionnels de la psychiatrie et du social
- la création et la pérennisation de réseaux sur certaines grandes villes
- la mise en place et la consolidation du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux avec services d'urgence
- une meilleure prise en compte de « la souffrance psychique » des exclus
- la mise en œuvre de plusieurs approches de détection des risques sanitaires et de prévention à domicile
- la création et l'extension de l'annuaire –sur Internet– des acteurs de la lutte contre l'exclusion...

La santé des personnes en difficulté sociale s'est retrouvée ensuite de façon transversale dans les cahiers du PRSP.

Des constats ont été partagés entre institutionnels et partenaires en 2008 et 2009, à savoir :

- les moyens sociaux se sont développés dans les dispositifs sanitaires et les dispositifs sociaux se sont « sanitarisés » avec des moyens sans doute dispersés mais non négligeables
- la prise en compte de la santé des personnes en difficulté sociale concerne et impacte les dispositifs sociaux, la santé étant un déterminant non négligeable de l'insertion sociale et l'exclusion sociale aggravant la santé
- à côté de la difficulté d'accès aux soins, trois grandes problématiques émergent sur le champ santé/précarité : les conduites addictives, la santé mentale (souffrance psychique), l'alimentation-nutrition.

Le plan régional santé-travail

Le plan régional santé travail (PRST) de deuxième génération et animé par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) succédera au PRST1 mis en place en 2006.

Le PRST2 devrait s'articuler autour de quatre axes :

- améliorer la connaissance de la santé au travail
- poursuivre une politique active des risques professionnels
- encourager des démarches de prévention dans les PME et TPE
- et piloter le plan de communication

Six thèmes prioritaires ont été retenus : les chutes, la manutention, les risques routiers professionnels élargis aux conduites addictives, les risques cancérigènes mutagènes et reprotoxiques, les risques psychosociaux et les troubles musculosquelettiques.

Le plan national pour la prise en charge et la prévention des addictions

En Pays de la Loire, le **Plan Régional de Santé Publique 2005-2009** préconisait dans ses volets « bien naître », « bien grandir » et « bien vivre sa vie d'adulte », des actions multiformes pour prévenir les conduites addictives :

- renforcement des actions d'information et d'éducation
- réduction des risques en milieu festif
- aide et accompagnement des personnes ayant des conduites addictives et de leur entourage
- mise en œuvre d'actions en direction du monde du travail
- accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité
- mise en place de lieux d'écoute
- réalisation d'actions de formation pour les acteurs relais
- échanges de pratiques et coordination des acteurs
- développement du travail en réseau

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

De même, les travaux de la **Conférence Régionale de Santé** entre 2008 et 2010 ont conduit à prioriser la prévention des consommations à risques et l'usage nocif d'alcool chez les jeunes.

À ce jour, les actions financées dans le cadre des appels à projets du GRSP ont permis de :

- renforcer la prévention des conduites addictives en milieu scolaire et universitaire
- prévenir et réduire les conduites à risques en milieu festif
- développer la prévention des conduites addictives en milieu professionnel
- accentuer la prévention auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale
- renforcer le soutien individuel ou collectif des personnes et de leur entourage
- consolider les compétences des intervenants dans le domaine de la prévention de l'addiction (formations, colloques, journées à thème)

De multiples acteurs concourent à leur réalisation, des associations de professionnels (telles ANPAA, IREPS) ou de bénévoles (Alcool Assistance, Vie Libre, FAMLA), des établissements (CSAPA, centres hospitaliers), des collectivités locales, des mutuelles, des réseaux de santé.

Le plan national nutrition santé (PNNS)

Face à l'accroissement de l'obésité et aux pathologies liées à une mauvaise nutrition, le 2^{ème} plan national nutrition santé (2006-2010), fixe 9 objectifs prioritaires, dont la réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, et refonde la politique nutritionnelle en lui donnant de nouvelles ambitions, en matière de :

- prévention, tournée sur l'éducation nutritionnelle, et prévoyant d'agir aussi sur l'offre alimentaire
- dépistage précoce et de prise en charge de troubles nutritionnels (obésité, dénutrition)
- ciblage sur les populations défavorisées et les personnes précaires et de mobilisation des acteurs associatifs et des collectivités territoriales

Enfin, il renforce l'effort de recherche et d'expertise en matière nutritionnelle et lutte contre les phénomènes de stigmatisation.

En Pays de la Loire, un comité technique nutrition santé a été constitué afin de décliner ces orientations

nationales. Au cours de ces dernières années, 5 objectifs régionaux ont été poursuivis :

- renforcer la prévention nutritionnelle
- sensibiliser les populations défavorisées
- dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels
- renforcer les échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs
- favoriser l'implication des collectivités territoriales : incitation des élus à signer la charte « villes actives du PNNS » ou « département actif du PNNS ». À ce jour, 8 communes ont signé cet engagement en Pays de la Loire

À partir de 2009, le GRSP a développé un partenariat avec la DRAAF, qui travaille plus spécifiquement sur l'axe « offre alimentaire ».

La stratégie nationale d'actions en matière de contraception

La stratégie nationale d'actions en matière de contraception publiée en 2007 fixe 4 axes stratégiques :

- agir sur l'information du grand public et de publics cibles
- agir sur la pratique des prescripteurs
- améliorer l'accessibilité à la contraception
- améliorer les connaissances en matière de contraception aux niveaux national et européen

Sur la base de ces orientations, plusieurs actions ont été mises en œuvre en Pays de la Loire :

- soutien à l'organisation de colloques départementaux sur le thème de la contraception
- financement d'une plate-forme téléphonique régionale IVG/contraception
- mise en place de permanences délocalisées du Planning Familial en milieu rural
- renforcement de l'éducation à la sexualité dans différents milieux de vie (établissements scolaires, centres d'accueil et d'hébergement...)
- développement d'un programme régional « vie affective et sexuelle des personnes vivant avec un handicap mental et en ITEP »
- organisation d'une formation territoriale pluri-professionnelle (médecins, pharmaciens et sages-femmes).

La prévention en matière de santé mentale

Les programmes régionaux de prévention du suicide avaient pour objectifs initiaux, l'amélioration de la prévention du suicide notamment chez les jeunes, la diminution de l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes en mal être, des suicidants et de leurs proches et la consolidation des connaissances en matière épidémiologique.

La région s'est mobilisée :

Dans la mise en place de formations :

- au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire
- au repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement des enfants et des adolescents

Dans le financement d'actions de prévention :

- L'action régionale s'est traduite par le soutien financier, chaque année, d'une trentaine de promoteurs, dans le cadre des appels à projet du GRSP, pour des actions de type aide aux aidants, groupe d'entraide, groupe de paroles, points d'écoute, formation à l'écoute,...

■ Forces et faiblesses de l'offre de promotion et d'éducation pour la santé en Pays de la Loire

Des forces :

- Une véritable dynamique créée autour de la politique régionale de santé depuis 15 ans : des premières Conférences Régionales de Santé débouchant sur des programmes régionaux jusqu'au Groupement Régional de Santé Publique et le PRSP
- Une structuration de ce secteur en construction :
 - Constitution de l'IREPS
 - Création d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé
 - Régionalisation en cours de l'ANPAA
- Une structuration des financeurs renforcée au fil des années, par le biais notamment de la gestion commune d'un appel à projets et l'adoption d'outils communs (critères de financement, fiche indicative d'évaluation...)
- La mise en place d'un partenariat fort avec l'Éducation Nationale et en cours de construction avec l'enseignement privé
- Une richesse de ce secteur de la prévention et la promotion de la santé en raison de la diversité des acteurs
- La proximité des acteurs et des actions
- Un développement territorial des actions d'appui aux promoteurs (points documentaires, conseils en méthodologie, séances de présentation d'outils...)
- Un engagement et une motivation forte des intervenants en éducation pour la santé
- L'émergence d'une nouvelle thématique : la santé environnementale, avec une structuration des acteurs partenaires sur le champ autour du plan

régional santé environnement (PRSE) en y incorporant fortement la dimension sociale

Des faiblesses :

- La multiplication des plans nationaux et la difficulté de prioriser des orientations régionales
- La difficulté de réaliser un état des lieux exhaustif des actions menées sur le terrain en raison de la multiplicité des acteurs et des actions, notamment au niveau des collectivités territoriales
- La difficulté de développer un partenariat avec certains acteurs, notamment les professionnels de santé du 1^{er} recours, y compris dans le cadre de leurs formations
- La professionnalisation des acteurs de la prévention
- La complémentarité des acteurs et des actions
- Le lien trop faible entre les politiques sociales et les politiques de santé publique
- Des acteurs insuffisamment décloisonnés avec les secteurs du soin et de l'accompagnement médico-social
- L'animation des territoires, peu développée à ce jour
- La faiblesse des échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs, à l'échelon régional, départemental et local
- Le principe de l'annualité budgétaire
- La dispersion des actions
- L'évaluation des actions
- La communication autour de la prévention
- La valorisation des actions de prévention

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

- L'insuffisante implication des usagers à la définition et la mise en œuvre des actions de prévention
 - La faible mobilisation des professionnels de santé autour des questions de santé liées à l'environnement avec une insuffisante prise en compte de cette thématique dans leurs formations
 - La persistance d'inégalités environnementales importantes liées à l'âge, aux conditions sociales (habitat insalubre, environnement professionnel...) et/ou géographiques (radon lié à la géologie, pollution atmosphérique, environnement industriel ou agricole...)
 - La persistance d'inégalités sociales de santé, cependant mal identifiées et observées territorialement
 - L'accès à l'éducation à la santé des publics les moins enclins à se protéger
- Depuis 2006, l'État a recentralisé les activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Elle correspond à la prévention orientée, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques, qu'existent ou non des facteurs de risque. Les vaccinations et les dépistages de certaines maladies comme les cancers constituent les principaux exemples de prévention orientée.

■ Vaccinations, tuberculose, infections sexuellement transmissibles

- En Loire Atlantique, le Conseil Général ayant décidé de ne pas reconduire ces activités, le CHU de Nantes et le centre hospitalier de St Nazaire sont habilités depuis 2006 pour l'ensemble des activités (vaccination, tuberculose et IST). Concernant la vaccination, 3 autres antennes fonctionnent sur le département : Ancenis, Châteaubriant, Machecoul.
- En Sarthe, le Conseil Général a conservé l'activité vaccination. La lutte contre la tuberculose et les IST a été confiée au centre hospitalier du Mans qui a été habilité.
- Dans le Maine et Loire, le Conseil Général a gardé la responsabilité pour les activités de lutte contre la tuberculose et de vaccination. Les activités de lutte contre les IST sont effectuées par le service de dermatologie du CHU d'Angers.
- En Mayenne, le Conseil Général a conservé l'ensemble des activités.
- Enfin, le Conseil Général de la Vendée, qui avait conservé l'ensemble des activités mais n'avait pas mis en place de CIDDIST, a dénoncé en mai 2011 la convention qui le liait à l'État.

Les acteurs de la région s'impliquent tous les ans dans la déclinaison de la semaine européenne des vaccinations.

■ Dépistage du cancer

Les dépistages sont mis en œuvre au niveau de chacun des cinq départements de la région par une structure de gestion des dépistages qui répond à un cahier des charges établi au niveau national. Les associations concernées sont respectivement CAP Santé 44 en Loire-Atlantique, CAP Santé 49 en Maine-et-Loire, Camélia en Mayenne, GEMS en Sarthe et Audace en Vendée.

Les structures de gestion des dépistages ont été jusqu'à présent cofinancées par l'État et l'Assurance Maladie à raison de 50 % des frais de fonctionnement pour chacun des financeurs tandis que la Sécurité sociale prenait seule en charge les frais médicaux induits par les dépistages.

Dans la région des Pays de la Loire, le taux de dépistage moyen est de 65 % pour le cancer du sein (avec une variabilité de 71 % à 55 % selon les départements) et de 47 % pour le cancer colorectal (avec une variabilité moindre de 53 % à 43 % selon les départements).

Bien que les centres de dépistage (tuberculose, IST) soient implantés sur chaque département (hormis la Vendée qui n'a pas de CIDDIST), le maillage territorial n'est pas optimal et l'implantation reste souvent centralisée sur les agglomérations importantes. Cette implantation centralisée ne permet pas forcément de toucher de façon significative les publics précaires et les personnes migrantes.

■ Forces et faiblesses de l'offre en prévention sélective

Concernant la vaccination, la commission de coordination des politiques de santé publique en charge de la prévention a confié à son comité technique la mise en place d'un groupe régional ayant pour mission de définir les orientations pour construire un programme régional coordonné autour de la vaccination.

Les centres de vaccination de la région ne jouent pas suffisamment leur rôle de pôles ressources, que ce soit auprès du public que des professionnels de santé.

Il apparaît enfin que les professionnels de santé sont insuffisamment vaccinés, notamment contre la grippe, alors qu'ils sont en contact avec des personnes vulnérables.

En matière de lutte contre le cancer, le programme a bénéficié d'un appui non négligeable du Ministère en charge de la santé qui assurait une coordination entre les référents de toutes les régions du pays. Les équipes départementales des structures de gestion

ont à plusieurs reprises été reconnues au niveau national et choisies pour conduire des projets pilotes. La démarche préventive en cancérologie a été particulièrement soutenue par les professionnels de santé très impliqués dans la coordination de la lutte contre le cancer.

En revanche, les projets visant à inclure les populations les plus précaires ne sont pas parvenus à des résultats significatifs. Les indicateurs choisis pour le suivi des campagnes de dépistage à venir doivent tenir compte de cet échec et quantifier les efforts et résultats dans ce domaine particulier. Par ailleurs, le dépistage est confronté, dans notre région comme dans les autres, à un relatif plafonnement des résultats qui ne progressent plus.

Prévention au bénéfice des patients

Les actions de prévention au bénéfice des patients ou prévention ciblée cherchent à limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complication d'une maladie. Plus encore que la prévention sélective, la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage repose sur la mobilisation et les compétences des acteurs du système de soins. Elles prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion dans le droit commun.

■ L'éducation thérapeutique

Les programmes d'ETP sont pour l'instant essentiellement mis en œuvre par les établissements hospitaliers : aujourd'hui environ 10 000 patients bénéficient de séances d'ETP, dont seulement environ 1 000 en ambulatoire. Aucun établissement médico-social n'est porteur d'un programme d'ETP.

On estime qu'en Pays de la Loire seulement 3 % des patients en ALD bénéficient d'un programme d'ETP d'où une marge de progression importante.

Dans les Pays de la Loire, huit réseaux font de l'ETP une activité principale : cinq réseaux départementaux diabète, un réseau régional diabète enfant, un réseau asthme enfant et un réseau cardio-vasculaire en Loire-Atlantique.

Dans le domaine de l'ambulatoire, les CPAM et la MSA financent via le FNPEIS des actions d'ETP pour des patients cardio-vasculaires recrutés dans les cabinets médicaux. Les centres d'examen de santé (IRSA principalement) organisent des séances d'ETP pour leurs patients diabétiques, majoritairement des populations précaires. Les professionnels du premier recours sont peu nombreux à s'être pleinement investis dans l'éducation thérapeutique.

Plusieurs maisons de santé pluri-professionnelles pourraient intégrer le module d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Il convient également de citer l'association Agir en Prévention Santé qui réoriente son activité vers l'ETP en recrutant des patients dans les cabinets médicaux.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Un état des lieux est en cours d'élaboration par un comité technique régional animé par l'ARS. Ce comité doit également produire un schéma territorial de l'éducation thérapeutique.

Environ 40 % des usagers sont impliqués soit à la construction du programme, soit directement sur l'application des programmes sur le terrain, soit sur l'individualisation des programmes. L'analyse montre qu'il ne s'agit pas d'un problème d'établissement, mais que les patients sont impliqués directement quand il existe une association de patients sur la pathologie concernée. Par exemple, pour l'ETP sur le diabète, les associations de patients sont bien impliquées dans les programmes. Par contre il n'y a pas d'associations spécifiques pour le diabète gestationnel et donc les patients ne sont pas associés sur cette thématique.

Les programmes sont portés par des promoteurs différents : établissements de santé, associations de patients, réseaux de soins, organismes de sécurité sociale, professionnels de santé. Il n'existe aucune cohérence d'ensemble et les évaluations de programmes sont rares.

L'approche territoriale, dans le cadre du développement de l'offre ambulatoire et de la coordination ville hôpital, est essentielle. En effet, les patients qui désirent s'inscrire dans une telle démarche, ne souhaitent pas se déplacer sur des dizaines de km pour participer à des entretiens ou des ateliers dont la durée n'excède pas 2 à 3 heures. Il est donc nécessaire d'adapter l'offre d'ETP à cette exigence de proximité, notamment dans les départements à forte ruralité de la région, pour remporter l'adhésion des patients, d'où l'intérêt de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des praticiens ambulatoires.

Il convient pour finir de préciser que le plan régional santé-environnement 2 comprend deux actions axées sur la prévention des allergies :

- le conseil médical en environnement intérieur
- la constitution d'un réseau de polliniers sentinelles dans la région

Même s'il ne s'agit pas de programmes d'éducation thérapeutique au sens strict, ces deux dispositifs régionaux doivent être cités en raison du bénéfice qu'ils apportent auprès des patients allergiques.

■ Le traitement rationnel des événements indésirables associés aux soins (événements indésirables graves et infections associées aux soins)

Les EIG associés aux soins sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Les EIG peuvent être à l'origine d'une hospitalisation ou peuvent survenir pendant une hospitalisation. Certains sont évitables, d'autres non.

La DREES a mené en 2004 et en 2009 des enquêtes nationales (ENEIS) sur les EIG, avec des résultats proches :

- un EIG surviendrait tous les 5 jours dans un service de 30 lits (incidence des EIG supérieure en chirurgie)
- 4,5 % des séjours en médecine et chirurgie seraient causés par un EIG
- les EIG au nombre de 500 000 à 1 000 000 par an seraient évitables pour 40 à 50 % d'entre eux
- en 2009, les principales causes d'EIG évitables identifiées au cours d'une hospitalisation ont été, par ordre décroissant : la réalisation d'un acte invasif, un produit de santé et une infection associée aux soins

L'articulation au sein des établissements doit être souvent trouvée entre les différents dispositifs :

- la déclaration des événements indésirables graves
- le dispositif de surveillance et d'alerte des infections nosocomiales ou associées aux soins
- les dispositifs de vigilance, qui sont des systèmes d'information finalisés, construits comme des processus continus de recueil, d'analyse et de diffusion standardisés des données pour permettre des prises de décisions rapides concernant une ou plusieurs facettes des activités du système de santé : hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, cosmétovigilance, réactovigilance, biovigilance, AMP vigilance, toxicovigilance, nutrivigilance, ...

Les systèmes de veille ou de vigilance, organisés le plus souvent par catégorie de produits, ont leur propre organisation, avec une chaîne de signalement spécifique, comprenant ou non un échelon régional (CAPTV, CRPV, CEIP-A, cellule de l'InVS, CRH).

L'état des lieux des politiques hospitalières en ce domaine apparaissait disparate et largement

méconnu. Aussi, une réflexion régionale a été menée en 2009 sous l'égide de l'ARH. Elle a porté sur :

- l'opportunité d'une coordination régionale de gestion des risques avec la définition du périmètre d'une éventuelle plateforme régionale de gestion des risques et des unités opérationnelles de gestion des risques associés à chacune d'entre elles
- l'association du secteur ambulatoire au secteur hospitalier
- les missions professionnelles d'un gestionnaire de risques et d'un ingénieur qualitatif
- la création d'une plateforme de coordination des vigilances qui n'a pas été jugée pertinente au sein de la région des PDL, à la différence d'autres régions,

par risque d'alourdir et d'entraver une procédure de remontée d'information vers les agences et les services de l'administration centrale qui fonctionne bien.

Cette réflexion régionale aboutissait à la proposition de création d'une plateforme régionale de gestion des risques associant les infections nosocomiales, les réseaux qualité dont la problématique médicaments, ainsi que les risques environnementaux.

Un comité régional du médicament et des produits de santé a par ailleurs été créé par l'ARH. Il est complété d'un centre d'information et de ressource pour le bon usage du médicament (Medqual), de statut associatif.

■ L'organisation du système de santé adaptée à l'approche de la personne âgée

La place du médecin de premier recours est essentielle dans le cadre de l'organisation du système de santé auprès de la personne âgée.

Les principaux thèmes de prévention concernant la personne âgée et qui ont pu être, plus ou moins, développés dans la région sont :

- les chutes
- la iatrogénie médicamenteuse
- la déshydratation, notamment en cas de canicule
- la bientraitance ou la lutte contre la maltraitance
- le dépistage des situations à risques de déficiences sensorielles et cognitives
- la dénutrition
- les soins bucco-dentaires
- la prise en compte et l'aménagement de l'environnement (physique, entourage, ...) pour un meilleur maintien à domicile

- l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux, avec répartition homogène de ceux-ci

L'état de santé et de la qualité de vie des personnes âgées pourrait cependant être amélioré.

Les principaux axes d'amélioration organisationnelle pourraient passer par les leviers suivants, encore insuffisamment développés dans la région :

- la coordination des professionnels au domicile
- la définition d'un projet de vie individualisé, en établissement comme à domicile
- le développement dans les EHPAD d'actions de prévention et de qualité

Une étude aux urgences sur l'origine géographique et institutionnelle des patients âgés pourrait par ailleurs être menée afin de diagnostiquer les situations atypiques (établissements les plus « adresseurs », hospitalisations répétées de la même personne...).

■ La prise en charge adaptée pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien de la qualité de vie en cas de dépendance permanente

La place du médecin de premier recours apparaît là aussi essentielle, pour signaler et dépister notamment les difficultés de l'entourage.

Des efforts seraient nécessaires pour améliorer le quotidien des personnes présentant un déficit cognitif ou une affection psychiatrique.

Les personnes en précarité financière ont de plus en plus de difficultés pour obtenir des aides à domicile, en raison notamment d'un désengagement de l'assurance maladie en matière de prises en charges financières.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Partie 2 ■ Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

Le cadre régional de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires

Il s'inscrit complètement dans un cadre national, bien formalisé entre la DGS et l'InVS, par un document de cadrage sur la veille et l'alerte sanitaire.

Pour ce faire, l'ARS, au sein du département de veille et de sécurité sanitaires, a créé une plate-forme de veille et d'urgences sanitaires. Cette plate-forme est composée de 3 services :

Le centre de réception et de régulation des signaux (CRRAUS)

La cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS)

La cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)

Concrètement, un point focal unique régional des appels a été mis en place par l'ARS à l'été 2010.

Ses coordonnées sont :

■ n°vert : 0 800 277 303 (réservé aux professionnels)

■ fax : 02 49 10 43 89

■ mail : ars-pdl-alerte@ars.santé.fr

Il est accessible aux professionnels de santé, aux établissements sanitaires et médico-sociaux, aux collectivités, aux services de l'État, aux organismes publics... mais il n'a pas vocation à être directement accessible au public.

Les acteurs régionaux et départementaux

■ Les administrations territoriales de l'État et leurs services

Les préfetures

Au niveau du département, le préfet de département est responsable de l'ordre public et exerce ses compétences en matière de salubrité et d'hygiène publiques.

Le département représente l'échelon opérationnel de gestion de crise. Le préfet de département peut activer en tant que de besoin une cellule de crise appelée COD (centre opérationnel départemental) pour exercer en temps de crise ses missions.

Le dispositif ORSEC départemental précise l'organisation des différents services de l'État et de ses partenaires en temps de crise. Il se décline en volets spécifiques.

Les structures ressources, partenaires de l'ARS, sous l'autorité du préfet en gestion de crise sont notamment le SAMU, le SDIS, le centre antipoison d'Angers, les services de maladies infectieuses.

Le plan blanc élargi, institué par la loi de santé publique du 9 août 2004 liste ces personnes ressources dans chaque département.

■ Les autres acteurs institutionnels

Les Inspections académiques et le Rectorat d'académie

Le service de « promotion de la santé en faveur des élèves » de l'Éducation Nationale intervient dans les établissements scolaires publics et privés du premier degré, dans les collèges, les lycées, les classes préparatoires aux grandes écoles et les formations BTS. Les infirmières et les médecins de l'Éducation Nationale participent à la veille sanitaire par leurs signalements.

Le directeur de l'ARS et le préfet de département s'informent réciproquement et sans délai de tout évènement sanitaire dont ils ont connaissance et présentant un risque de trouble ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

La Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)

La DREAL, qui a pris la suite de la DRIRE, est fortement impliquée dans les PRSE. Elle assure l'inspection et le contrôle des installations classées, ainsi que le secrétariat de l'association Air Pays de la Loire, association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air.

Les directions départementales de la protection des populations

Les missions d'intervention de ce service sont réparties dans trois domaines : la santé animale, la sécurité alimentaire, l'environnement.

L'université dispose d'un service spécifique, le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Il intervient auprès des étudiants de l'université ou des établissements sous convention avec l'Université. La région dispose de trois universités ayant chacune leur service.

Les Conseils Généraux et les communes

Parmi les services des Conseils Généraux, citons, les services intervenant en direction des personnes âgées et handicapées, ainsi que le service de protection maternelle et infantile (PMI). L'activité du service de la PMI n'est pas orientée sur la veille sanitaire mais sur la promotion de la santé. Les relations avec les PMI ne sont pas formalisées mais des échanges existent, notamment lors de cas groupés de pathologies infectieuses (haltes-garderies, crèches).

Conformément à l'article L2212-2 (article 5) du Code Général des Collectivités Territoriales, il revient au maire « le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que les incendies, les inondations, les ruptures de digues, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence

à toutes les mesures d'assistance et de secours, et s'il y a lieu de provoquer l'intervention de l'administration supérieure ».

Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)

Ils sont des partenaires privilégiés en cas de crise (exemple : canicule) ou dans le cadre de la surveillance des intoxications au monoxyde de carbone.

Le comité régional de sécurité sanitaire

Ce comité est présidé par le préfet de région. Il réunit les préfets de département de la région et le directeur général de l'ARS. Il est chargé de développer les échanges d'informations sur la situation sanitaire de la région, d'apprécier la survenue d'événements ou de risques susceptibles de porter atteinte à la santé de la population et de décider des moyens mis en œuvre par l'ARS pour l'exercice des compétences des préfets de département.

■ Les acteurs hospitaliers

Le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales ouest (CCLIN ouest)

Créé en 1992 ainsi que 4 autres CCLIN, le CCLIN ouest, basé à Rennes, coordonne les régions Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Saint-Pierre et Miquelon. Il met en œuvre le programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Il est destinataire par voie réglementaire, tout comme l'ARS, des signalements externes des infections nosocomiales déclarés par les établissements de soins.

L'Antenne Régionale de Lutte contre les infections Nosocomiales (ARLIN)

L'ARLIN des Pays de la Loire est chargée d'animer l'antenne régionale du CCLIN Ouest et est hébergée par le CHU de Nantes. L'ARLIN organise des réunions d'information à l'attention des hygiénistes et apporte un soutien aux établissements de santé pour les enquêtes et la surveillance des infections nosocomiales. La région est organisée en réseaux de proximités ligériens au nombre de cinq (Anjelin, Colines, Graslin, Hygie Vendée, Lutin), le plus souvent autour d'un Centre Hospitalier.

Le centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV)

Le CAPTV (ou CAP) est un service du CHU d'Angers. Son aire géographique comporte les régions Centre (6 départements) et Pays de la Loire (5 départements), soit une population d'environ 6 millions d'habitants. Le

CAP intervient également dans les départements limitrophes à ces régions (Deux-Sèvres, Vienne, Morbihan, Orne, Côtes-d'Armor, Charente et Charente Maritime).

Son fonctionnement est organisé autour de cinq activités principales :

- réponse téléphonique à l'urgence 24 H/24, suivi des cas d'intoxications
- toxicovigilance, veille sanitaire, réseau interrégional et national de toxicovigilance
- enseignement et recherche en toxicologie médicale et de l'environnement
- consultation médecine de l'environnement et de toxicologie et activité d'expertise
- éducation sanitaire et prévention

Le service dispose d'une ligne téléphonique spécifique Air Santé pour l'information sur la pollution atmosphérique.

Les missions d'expertise auprès des organismes départementaux, régionaux ou nationaux représentent une part importante de son activité.

Les objectifs du réseau de toxicovigilance sont ciblés sur le recensement le plus exhaustif possible des intoxications oxycarbonées, du saturnisme infantile, des intoxications graves, des décès par intoxication et des intoxications professionnelles.

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) de Nantes et Angers

La pharmacovigilance est la surveillance et la prévention du risque d'effet indésirable des médicaments, que ce risque soit potentiel ou avéré.

Les deux CRPV ligériens, basés dans les deux CHU, participent au système national de pharmacovigilance. Le CRPV d'Angers intervient pour le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe, celui de Nantes pour la Loire-Atlantique et la Vendée.

Le centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances – addictovigilances (CEIP-A) de Nantes

L'évaluation de la pharmacodépendance a pour objectif la surveillance des cas d'abus et de pharmacodépendances liés à la prise de substances ou de plantes ayant un effet psychoactif, ainsi que tout médicament ou autre produit en contenant (à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac). Le CEIP-A de Nantes, qui intervient pour les 5 départements de la région, participe,

avec les 10 autres CEIP-A, au dispositif national de l'évaluation des pharmacodépendances.

Les laboratoires de microbiologie des CHU d'Angers et de Nantes

Ces deux laboratoires participent à la surveillance hivernale animée par la Cire notamment pour connaître les virus impliqués dans les épidémies.

Les Structures d'Urgences et les SAMU centres 15

Les SAMU-centre 15 interviennent dans la gestion de crise.

Ils participent à la surveillance non spécifique par le biais de l'Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière (ARDAH), de même que les structures d'urgence. Certaines d'entre elles relèvent également des résumés de passage aux urgences (RPU) de façon continue et quotidienne et les transmettent à l'InVS dans le cadre du système de surveillance Sursaud® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès). Cependant, la région apparaît en retard sur ce déploiement.

■ Les acteurs associatifs

L'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire

L'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire est une association loi 1901 créée en 1982 sur l'initiative de la DRASS et du Conseil Régional. L'ORS a pour mission :

- d'améliorer la connaissance de l'état sanitaire de la population au plan régional en rassemblant et en analysant les données existantes détenues par les différents organismes sanitaires et sociaux, et en suscitant ou en animant des études épidémiologiques
- d'informer les instances régionales chargées des décisions en matière de politique sanitaire, les professionnels de santé et la population des cinq départements de la région

L'ORS est un partenaire privilégié de l'ARS et de la Cire. Au niveau régional, les missions de l'ORS (observation de la santé) et de la Cire (veille, surveillance et alerte sanitaire) apparaissent complémentaires.

Les associations SOS Médecins

Il existe deux associations SOS Médecins dans la région situées dans le département de Loire-Atlantique (Nantes et Saint-Nazaire). Ces 2 associations

regroupent des médecins généralistes qui réalisent des visites à domicile et des consultations dans le cadre de la permanence des soins. Ils assurent un relevé de données sanitaires qui sont retournées de façon quotidienne à l'InVS dans le cadre de Sursaud®.

Les réseaux de médecins sentinelle

Le réseau Sentinelles (<http://www.sentiweb.org/>), animé par l'Inserm, est composé de médecins généralistes libéraux volontaires. Tout au long de l'année, il estime le nombre hebdomadaire de patients consultant pour un certain nombre de pathologies.

Le Réseau des Grog (<http://www.grog.org/>), animé par la coordination nationale des Grog, est composé de médecins généralistes et de pédiatres qui signalent, d'octobre à avril, le nombre de patients consultant pour une infection respiratoire aiguë (IRA). Il effectue, pour un échantillon de patients, des prélèvements rhino-pharyngés en vue d'un diagnostic de grippe.

Un réseau unifié a été créé en 2009 à partir de ces 2 réseaux, permettant ainsi une amélioration des estimations des incidences régionales. Les médecins du réseau Sentinelles et du Réseau des Grog envoient chaque semaine des données concernant les consultations de grippe clinique.

■ Les autres professionnels de santé

- Les médecins du travail
- D'autres praticiens hospitaliers (réanimateurs, pneumologues,...)
- Les médecins coordonnateurs des EHPAD
- Les professionnels de santé libéraux

La participation à la veille sanitaire de ces différents professionnels est inégale. Les modalités de transmission des alertes sont également disparates. L'information des déclarants sur les dispositifs de veille et d'alerte apparaît insuffisante. La participation des professionnels de santé aux différents systèmes de surveillance, en particulier non spécifiques, devrait être encouragée.

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

État des lieux des risques régionaux

■ Risques sanitaires infectieux

En 2007, la région des Pays de la Loire se caractérisait par la fréquence des séjours hospitaliers pour maladies infectieuses la plus faible des régions françaises.

Toutefois, il est possible de lister certaines pathologies infectieuses qui mobilisent régulièrement l'ARS en matière de surveillance de veille et d'alerte.

La grippe

Les épidémies de grippe surviennent chaque année au cours de l'automne et de l'hiver. Elles provoquent des hospitalisations et des décès principalement parmi les groupes à haut risque (très jeunes, personnes âgées ou malades chroniques).

Différents systèmes ont été mis en place au niveau des Pays de la Loire pour surveiller l'évolution de l'épidémie de grippe et des infections qui lui sont associées ainsi que son impact sur l'offre de soins. Il s'agit essentiellement :

- de la surveillance non spécifique : passages aux urgences, mortalité
- des surveillances syndromiques réalisées par les réseaux de médecins sentinelles
- du suivi des isolements de virus par les laboratoires des 2 CHU de la région
- de la surveillance des cas graves de grippe hospitalisés dans les services de réanimation de la région
- de la surveillance des infections respiratoires aiguës dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Les maladies à déclaration obligatoire

Actuellement 30 maladies font l'objet d'une surveillance spécifique au niveau du territoire national.

Parmi elles, la rougeole est une maladie à fort potentiel épidémique. Plusieurs foyers ont été signalés dans les Pays de la Loire en 2008, 2009 et 2010. En 2010, il y a eu dans la région 359 cas déclarés.

Cette augmentation des cas est directement liée à une insuffisance de la couverture vaccinale de la population. En 2007, la couverture vaccinale avec au moins une dose à 24 mois était à 90,1 % (en augmentation

par rapport aux années précédentes). Néanmoins, il est nécessaire d'avoir une couverture à 95 % pour empêcher l'éclosion d'une épidémie. Du fait de l'absence de deuxième injection, une forte proportion des personnes atteintes par la maladie avait plus de 15 ans. Plusieurs d'entre elles ont été hospitalisées du fait de complications. Il est donc aussi nécessaire de « rattraper » la vaccination chez les personnes qui n'auraient pas été vaccinées.

Les signalements adressés à l'ARS sont encore trop centrés sur ces MDO. L'extension des signalements à des situations affectant le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux ou à des indicateurs d'activité par exemple devra être encouragée.

Les infections nosocomiales (ou IAS = infections Associées aux Soins)

La notion d'infection nosocomiale (infection acquise dans un établissement de santé) est remplacée par la notion d'infection associée aux soins (infection survenant au cours et au décours d'une prise en charge, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative).

Lors de la dernière enquête nationale de prévalence des IAS qui a eu lieu en 2006, les Pays de la Loire se situaient au 12^{ème} rang des régions françaises avec une prévalence globale de 4,77 % des patients hospitalisés.

La synthèse régionale 2009 du BILANLIN fait état d'un taux de réponse des établissements de 100 % ; tous les établissements se situent en classe A, B ou C pour le score agrégé, avec un bond de 20 % pour la classe A (le score agrégé représente la synthèse des scores ICALIN, ICATB, ICSHA).

En 2009, alors que 96 % des établissements ont désigné un responsable des signalements des IAS, seuls 22 % des établissements ont réalisé les 81 signalements externes aux autorités sanitaires. Ce nombre chute à 49 signalements externes en 2010 (Rapport d'activité 2010 du CCLIN). Il y a donc une réelle sous-déclaration des IAS et nécessité d'en développer la culture.

Les zoonoses

Si la région des Pays de la Loire est la 5^{ème} région française par la population, la superficie et la richesse produite, elle est placée au 2^{ème} rang national pour ce qui concerne l'agriculture. Les productions animales (bovins, lait, porc et volaille) y sont importantes. Deux zoonoses ont fait l'objet d'une attention particulière au cours de ces dernières années en Pays de la Loire en termes de surveillance ou d'alerte. Ces deux mala-

dies ont la particularité de se retrouver fréquemment en milieu du travail.

Il s'agit d'une part de la psittacose. Elle est transmise par les oiseaux souvent les oiseaux d'ornement ou les canards d'élevage et provoque des infections respiratoires qui peuvent être graves en l'absence de traitement antibiotique adapté.

Il s'agit d'autre part de la fièvre Q. Cette maladie est transmise par les ruminants domestiques (bovins, caprins ou ovins) et est à l'origine d'épidémies locali-

■ Risques sanitaires environnementaux

sées qui peuvent prendre la forme de syndromes grippaux ou d'infections respiratoires.

Principaux risques sanitaires environnementaux pouvant nécessiter des mesures urgentes à l'échelle régionale et infrarégionale :

- Intoxications au monoxyde de carbone
- Intoxication par le plomb chez les enfants ou saturnisme infantile
- Risque canicule et santé
- Risque de contamination par les légionelles
- Risques liés à la contamination microbienne ou chimique de l'eau potable et des eaux de loisirs
- Risques liés à la consommation de coquillages issus de la pêche à pied
- Exposition à la pollution atmosphérique urbaine et industrielle
- Risques liés aux pollens
- Exposition à la contamination de l'air intérieur (radon, composés organiques volatils, allergènes)
- Risques liés aux sites et sols pollués

Identification des populations, situations ou territoires potentiellement exposés de manière aiguë

Personnes sensibles :

- Femmes enceintes, enfants et adolescents : habitat dégradé ou sites pollués et saturnisme infantile, qualité de l'air extérieur et intérieur, contamination microbiologique de l'eau et gastro-entérites, sols pollués
- Personnes souffrant de pathologies chroniques : asthmatiques, insuffisants respiratoires, insuffisants cardiaques et pollution de l'air, immunodéficients,

diabétiques et légionelles, maladies neuro-dégénératives et canicule

- Personnes âgées : contamination microbiologique de l'eau et gastro-entérites, pollution atmosphérique, légionelles, canicule

Exemples de situations à risque à court terme :

- Pollution accidentelle des ressources en eau destinées à la consommation (hydrocarbures, engrais, pesticides, effluents d'origine urbaine, industrielle ou agricole...)
- Contamination accidentelle des réseaux d'eau potable (retours d'eau, inversion de pression, malveillance)
- Musique amplifiée et traumatismes sonores acoustiques en situation de concert, ou d'écoute au baladeur
- Micro algues à phytotoxines et zones de baignade
- Dépassement des niveaux d'alertes des indicateurs de pollution atmosphérique d'origine industrielle ou urbaine
- Dépassement des indicateurs bio-météorologiques de phénomènes caniculaires
- Légionelles et contamination des réseaux d'eau chaude sanitaire ou des tours aériennes de refroidissement
- Contamination de l'air intérieur des établissements sensibles comme les crèches, les établissements scolaires :
 - par confinement (dioxyde de carbone)
 - la présence d'allergènes (moisissures, acariens...)
 - par des niveaux nécessitant des mesures de gestion à

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

court terme : composés organiques volatils (benzène, formaldéhyde...), radon

Territoires potentiellement exposés :

- Zone industrielle de la Basse Loire comprenant la raffinerie Total de Donges
- Littoral de la Loire Atlantique et de la Vendée : risque de contamination microbiologique ou par hydrocarbures des 141 zones de baignade en mer ou des 38 sites de pêche à pied
- Zones géologiques favorables à l'émission de radon dans chacun des départements concernés par la présence du massif armoricain

Analyse des dispositifs et outils de surveillance et de réponse à ces risques

A. Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone

La région des Pays de la Loire a été région expérimentale dans la mise en place du système de surveillance du CO (monoxyde de carbone). Ce système de surveillance permet de recenser à des fins de prévention les cas d'intoxication avérés ou soupçonnés.

Le système de surveillance repose sur un dispositif de déclaration par les services d'urgence des hôpitaux, les services d'oxygénothérapie hyperbare, les services d'incendie et de secours (SDIS), les laboratoires d'analyses médicales, les médecins généralistes, les médecins urgentistes, etc.

Le choix régional s'est porté vers un guichet unique des signalements et a confié cette mission au CAP d'Angers afin d'optimiser la réactivité du système de surveillance (le CAP assurant une permanence 7 jours sur 7, 24 h/24).

L'exploitation épidémiologique des données et la réalisation annuelle d'un bilan régional de la surveillance sont assurées par la Cire.

B. Surveillance du saturnisme chez l'enfant mineur

La surveillance du saturnisme chez l'enfant mineur comprend le dispositif de surveillance des plombémies qui s'appuie sur les laboratoires de biologie médicale et le centre antipoison, et sur le dispositif de déclaration obligatoire qui repose sur les médecins prescripteurs et l'ARS. L'InVS est chargée de l'exploitation des données au niveau national, le CAP de l'exploitation régionale.

C. Le système d'alerte canicule et santé

Dans le cadre du plan national canicule, le système saisonnier SACS (système d'alerte canicule et santé), permet, du 1^{er} juin au 31 août, la surveillance quotidienne de deux types d'indicateurs, des indicateurs biométéorologiques (IBM) d'une part et des indicateurs sanitaires de mortalité et de morbidité (IMM) fournis par des sites sentinelles d'autre part (nombre de décès enregistrés par l'état civil des communes, nombres d'affaires médicales traitées par le SAMU, nombre de primo-passages aux urgences en distinguant les passages d'enfants de moins d'un an et d'adultes âgés de 75 ans ou plus et nombre d'hospitalisations et de transferts après passage aux urgences).

La Cire, en liaison avec l'ARS et les partenaires sentinelles, anime cette surveillance saisonnière.

D. La surveillance de la qualité de l'eau potable

En Pays de la Loire, près de 420 ressources sont actuellement utilisées pour l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine. Leur production totale est de 272 millions m³/an. 89 % des ressources proviennent d'ouvrages captant des eaux souterraines (38 % des volumes prélevés), les 11 % restant étant des ressources superficielles (62 % des volumes prélevés).

Le contrôle sanitaire a pour objectif de vérifier la qualité de l'eau sur la totalité de la filière de distribution de la ressource au robinet de l'utilisateur. Les résultats sont transmis par les laboratoires aux délégations territoriales de l'ARS qui en assurent l'interprétation sanitaire et participent à la gestion des non conformités.

E. La surveillance des ressources en eau de la Loire angevine et atlantique

Un syndicat a été mis en place à l'initiative de l'ARS et des Préfets de Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire, avec pour objectif de connaître le plus en amont possible les pollutions qui affectent la Loire et d'évaluer l'impact de ces pollutions sur le milieu et la qualité de l'eau au niveau de chaque prise d'eau à usage d'eau potable.

F. La surveillance de la qualité des eaux de baignade et des piscines

L'ARS assure le contrôle sanitaire des zones de baignade (141 sites en mer et 57 en eau douce).

Les résultats du contrôle sanitaire font l'objet d'une interprétation sanitaire et sont diffusés par affichage sur le lieu de la baignade pour assurer l'information du public.

En cas de non respect de ces seuils, la baignade peut être interdite et une enquête est menée pour rechercher les causes de pollution.

Surveillance de la prolifération des cyanobactéries

Depuis quelques années, de fortes proliférations de cyanobactéries sont observées sur des cours d'eau et plans d'eau de la région, généralement de juin à novembre.

Contrôle sanitaire des piscines

Le contrôle de l'hygiène des 150 piscines permanentes et des abords est réalisé mensuellement par l'ARS.

Il porte sur la qualité microbiologique de l'eau mais également sur la contamination des parois et de l'air par des chloramines. Un contrôle du risque légionelles est également régulièrement programmé.

G. La surveillance des coquillages et du milieu marin

L'ARS assure un contrôle de la qualité bactériologique des coquillages et de leur teneur en métaux lourds sur les zones de pêche à pied sur la base des critères de qualité des zones de production conchylicoles.

L'IFREMER anime par ailleurs deux réseaux de surveillance : le REMI (réseau de contrôle microbiologique des zones de production conchylicoles) et le REPHY (réseau de contrôle de l'ensemble des espèces phyto-planctoniques des eaux côtières).

H. La surveillance de la qualité de l'air

La surveillance de la qualité de l'air est déléguée par l'État à l'association Air Pays de la Loire dont le secrétariat est assuré par la DREAL. L'évaluation de la qualité de l'air s'appuie sur deux types de seuils réglementaires :

- un seuil de recommandation et d'information, à partir duquel des recommandations sanitaires et comportementales sont diffusées auprès de la population
- un seuil d'alerte au-delà duquel des mesures sont prises pour limiter l'épisode de pollution

Dans le cadre du plan « air » élaboré par le ministère de l'écologie et du développement durable, un dispositif d'information du public en cas de pic de pollution, opérationnel depuis l'été 2004, a été mis en place dans les Pays de la Loire. Ce dispositif repose sur :

- la prévision de pics de pollution par ozone
- la publication de cartes de vigilance

- la diffusion large de l'information en cas de dépassement des seuils

Conformément aux orientations du Plan régional pour la qualité de l'air (PRQA) des Pays de la Loire et du projet de Plan de protection de l'atmosphère (PPA) de Nantes – Saint-Nazaire, cette information du public en temps réel, déjà mise en œuvre dans les principales agglomérations de la région, a été étendue au secteur industriel de la Basse-Loire. Des messages d'informations et de recommandations sont diffusés en cas de pics de pollution au dioxyde de soufre liés à l'activité de la raffinerie Total de Donges.

En présence d'une pollution de l'air, Air Pays de la Loire diffuse des informations et des recommandations sous forme d'un communiqué qui sera ensuite relayé vers la population suivant une fiche réflexe de diffusion de l'information.

Le RNSA

Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (R.N.S.A.) est une association loi 1901, qui a pour objet principal l'étude du contenu de l'air en particules biologiques (pollens, moisissures) pouvant avoir une incidence sur le risque allergique pour la population, ainsi que le recueil de données cliniques associées.

Dans la région des Pays de la Loire, des sites sont installés à Nantes (AEROCAP 44), Angers, Cholet (association choletaise d'allergologie et d'aérobiologie, ACCA 49), Le Mans, la Flèche (association fléole), La Roche-sur-Yon (Air pur 85).

Le RNSA édite chaque semaine un bulletin allergo-pollinique qu'il est possible d'obtenir par transmission électronique. L'association Air Pays de la Loire relaie cette information auprès du grand public sur son site Internet.

Le pollinier sentinelle de Nantes

En 2003 et pour la première fois en France, un pollinier sentinelle a été créé en région Pays de la Loire, en étroite partenariat avec la DRASS, la ville de Nantes et le jardin botanique. Ce pollinier est un outil de prévention des allergies respiratoires aux pollens. Il regroupe l'ensemble des espèces allergisantes de la région. Les informations recueillies sont diffusées aux médecins et au grand public, permettent d'anticiper les traitements adaptés et ciblés correspondants aux sensibilités des personnes allergiques. Dans le cadre du PRSE2, un développement des polliniers reprenant

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

la méthodologie nantaise a été programmée dans la région Pays de la Loire.

Le réseau de surveillance de l'ambrosie

Cette plante émet un pollen en septembre-octobre très allergisant. Dans le département du Rhône plus de 12 % de la population est sensibilisée. Une surveillance a été mise en place à l'initiative de la Drass en Pays de la Loire depuis 2009 et des zones significatives de présence ont été repérées en Sarthe, Maine-et-Loire et Loire-Atlantique.

I. Prévention du risque légionellose

L'inspection des installations classées des services de l'État (Directions de la protection des populations, DREAL) réalise des actions de surveillance qui comprennent des visites d'inspection visant à vérifier les conditions d'exploitation des tours aérorefrigérantes, la demande de réalisation d'analyses de légionelles et des contrôles inopinés.

L'ARS dans le cadre de ses missions d'inspection a mis en place un programme d'inspection pluriannuel des établissements de santé, des EHPAD et des établissements recevant du public (piscines).

J. Le radon

■ Risques majeurs

Des actions d'information ont également été menées auprès des professionnels du bâtiment en lien avec les syndicats professionnels du bâtiment.

Risques naturels et technologiques majeurs

La région des Pays de la Loire est exposée à de nombreux risques majeurs naturels et technologiques.

Le risque majeur est la possibilité de survenue d'un événement d'origine naturelle ou technologique (anthropique).

Les risques majeurs recensés dans la région se répartissent en deux catégories :

>> les risques naturels :

■ Inondations : il est particulièrement présent dans toute la région compte tenu de son important réseau hydrographique. Toutes les populations à proximité immédiate ou non de cours d'eau sont concernées par le risque inondation. Parmi les communes des Pays de la Loire, 429 sont concernées par un Plan de Prévention du Risque Inondation (PPRI), approuvé ou en cours d'élaboration, dans la région.

■ Événements climatiques majeurs :

- Tempêtes : toutes les communes sont concernées

Chaque département des Pays de la Loire est concerné en partie par la présence de zones géologiques favorables à l'émission du radon. Des campagnes de mesures menées entre 2001 et 2007 ont permis de délimiter les zones qui présentent des niveaux de radon les plus élevés à l'intérieur des bâtiments accueillant du public. Sur les 2000 établissements dépistés, 3 % d'entre eux présentaient des niveaux au-dessus de 1 000 Bq/m³ qui nécessitent des mesures d'action sans délai et 10 % au-dessus du seuil d'action à moyen terme de 400 Bq/m³.

Dans le cadre du PRSE1, plusieurs actions ont été mises en place afin de réduire les risques d'exposition au radon :

■ Une synthèse régionale des campagnes de mesure du radon dans les lieux ouverts au public a été réalisée et diffusée à l'autorité de sûreté nucléaire en vue de la mise à jour des zones prioritaires et de la parution prochaine d'un arrêté définissant la liste des communes à l'intérieur desquelles le dépistage deviendra obligatoire dans les établissements sensibles (dont scolaires et sanitaires et sociaux).

■ Des supports d'information sur l'exposition du radon dans l'habitat ont été conçus dans le cadre d'une campagne d'information auprès du grand public.

par ce risque. Les communes littorales dont la démographie est souvent importante sont particulièrement exposées.

- Canicule : la population et plus particulièrement les personnes sensibles (enfants en bas âge et personnes âgées) de l'ensemble de la région des Pays-de-la-Loire sont concernées par ce risque durant la période estivale.

- Grand froid : le risque de grand froid n'est pas très élevé en Pays-de-la-Loire. Durant les périodes les plus froides de l'hiver, le risque de panne électrique majeure et ses conséquences sanitaires est notamment présent pour la Vendée et la Loire-Atlantique, compte tenu de l'architecture du réseau de distribution électrique à haute tension.

■ Feux de forêts : toutes les populations à proximité de forêts ou d'espaces boisés sont concernées. Potentiellement l'ensemble de la région est susceptible d'être impacté par les poussières et fumées qui peuvent engendrer des problèmes sanitaires, notamment pour les personnes asthmatiques.

■ Séismes : dans notre région le risque sismique se présente ainsi qu'il suit (sur une échelle de risque de 1 à 5) :

- risque très faible (niveau 1) sur la moitié Est de la Sarthe

- risque faible (niveau 2) sur le Nord de la Loire-Atlantique, sur le Nord et l'Est du Maine-et-Loire, sur la totalité du département de la Mayenne, et sur la moitié Ouest de la Sarthe

- risque modéré (niveau 3) sur le Sud de la Loire-Atlantique, sur le Sud-Ouest du Maine-et-Loire, et sur la totalité du département de la Vendée

■ **Mouvements de terrain** : la plupart des populations sont potentiellement concernées et particulièrement celles situées à proximité d'anciennes mines ou d'ouvrages d'endiguement réalisés par l'Homme.

>> Les risques technologiques :

■ **Industriels** : les riverains de sites industriels sont particulièrement concernés par ce risque : 17 sites ont un Plan de Prévention des Risques Technologiques (PPRT) approuvé ou en cours d'élaboration dans la

région. Les PPRT concernent les établissements à « haut risque » dits SEVESO AS (installation soumises à autorisation avec servitudes d'utilité publique pour la maîtrise de l'urbanisme).

■ **Nucléaire** : 4 communes de Maine-et-Loire (Brain-sur-Allonnes, Fontevraud-l'Abbaye, Montsoreau et Varennes-sur-Loire) sont situées dans le rayon des 10 kilomètres de la Centrale nucléaire de production d'électricité de Chinon (Indre-et-Loire).

■ **Transport de matières dangereuses** : les pôles d'activité, les routes et voies ferrées par lesquelles transitent les matières dangereuses sont les principales zones à risque pour le transport des matières dangereuses.

■ **Rupture de barrages** : les populations à proximité des barrages sont concernées. Le département de la Vendée est particulièrement exposé avec 14 barrages recensés sur son territoire. Le risque s'appa-

Les différents plans de défenses

rente au risque inondation en plus de la formation d'une onde de submersion.

Les plans de défense ont pour objectif de préparer les institutions à répondre le plus rapidement, et le plus efficacement possible à une situation de crise.

On distingue :

■ **Les plans gouvernementaux ou nationaux** qui peuvent être déclinés localement au niveau zonal, ou départemental. Ils comprennent notamment les plans « Pirates » (Vigipirate, Biotox, Piratox, Piratome, Piranet, Piratair, Piratmer...), les plans pandémie grippale, canicule, grand froid, iode...

■ **Les plans ORSEC (Organisation de la réponse de la sécurité civile)** qui définissent l'organisation des secours en réponse aux risques et aux menaces identifiés.

■ **Le plan ORSEC départemental** est arrêté par le préfet de département : il détermine compte tenu des risques existants dans le département l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en

œuvre. Il comprend des dispositions générales applicables en toutes circonstances et des dispositions spécifiques pour faire face à certains risques particuliers. Certains modules ORSEC comportent une composante « santé » (TMR, TMD, canicule...).

■ **Les plans opérateurs** qui sont des plans de gestion de crise internes aux structures. Dans le domaine sanitaire et médico-social, on peut citer :

- **Les plans blancs hospitaliers** : chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle

- **Les plans bleus** précisant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées

- **Les plans de continuité d'activités** dont doivent être

ANNEXE 1 : ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN PAYS DE LA LOIRE

Le rôle de l'ARS des Pays de la Loire dans le dispositif de gestion de crise

■ Préparation à la gestion des événements exceptionnels

dotés les administrations, l'ARS et les opérateurs eau potable notamment.

Les principales missions de l'ARS dans ce domaine sont :

- de participer, sous la coordination des préfets de département, à l'élaboration du volet sanitaire des déclinaisons départementales des plans nationaux de défense et du dispositif ORSEC. L'ARS est particulièrement concernée par l'élaboration des plans « sanitaires ». Elle est notamment responsable de l'élaboration des plans blancs élargis, dont la périodicité de révision doit être annuelle. L'analyse des plans blancs élargis ainsi que l'expérience récente de la pandémie grippale montrent l'insuffisante intégration des professionnels de santé de premier recours dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce type de plans. Dans chaque département, environ une vingtaine de plans comportent une composante « santé » avec une fiche mission impliquant l'ARS
- de participer aux exercices de sécurité civile comportant une composante sanitaire mis en œuvre par les préfets de département, ainsi qu'aux exercices/tests

pouvant être organisés en interne par le Ministère en charge de la santé

- d'assurer une posture de veille permanente, intégrant un relais par astreinte aux heures et jours non ouvrés, pour la réception et le traitement des signaux relevant de sa compétence
- d'informer sans délais le Préfet de tout événement présentant un risque sanitaire pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public
- dans le domaine des contrôles :
 - de s'assurer que les établissements de santé disposent de plans blancs opérationnels, et que leur organisation interne (moyens, personnels) leur permettent d'assurer les missions, notamment dans le domaine de la gestion des risques NRBC (Nucléaire-Radiologique-Biologique-Chimique) qui leur sont dévolues dans le cadre du plan blanc élargi
 - de s'assurer que les établissements médico-sociaux sont dotés de plans bleus opérationnels

Les protocoles signés le 1^{er} juillet 2010 entre l'ARS des Pays de la Loire et les 5 préfets de département de la région définissent les modalités de mises en œuvre par l'ARS de l'ensemble de ces missions, et notamment :

- son dispositif d'astreinte
- sa contribution à l'élaboration des plans de secours et aux exercices de sécurité civile
- le principe d'information réciproque ARS-Préfet en cas d'événement présentant un risque sanitaire pour la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public

■ Gestion des événements exceptionnels

La gestion des événements exceptionnels relève de la compétence du préfet de département. Elle se traduit par l'activation du dispositif ORSEC et la réunion du Centre opérationnel départemental (COD) qui devient le lieu d'analyse et de décision.

Le code de la santé publique dispose que les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

Les protocoles signés le 1^{er} juillet 2010 entre l'ARS des Pays de la Loire et les 5 préfets de département de la région définissent les modalités d'implication des moyens de l'ARS en gestion de crise.

Ils prévoient notamment :

- la présence au COD d'un représentant de la délégation territoriale
- et dans le cadre de la graduation de la réponse, la mise en place d'une cellule régionale d'appui permettant un accès à des experts dédiés (compétences administratives, médicales, techniques environnementales, pharmaceutiques)

Sensibilisation, information et formation des acteurs à la veille

■ Journées régionales de veille sanitaire

La Cire a initié depuis 2009 l'organisation de journées régionales de veille sanitaire (JRVS).

Le but de ce type de manifestation est de rendre compte de la pratique de la veille sanitaire au niveau de la région, de souligner la collaboration entre les différentes institutions et de montrer la diversité des domaines abordés. Ces journées ont pour habitude de s'articuler autour de deux grandes thématiques : d'une part les systèmes de surveillance et d'autre part les alertes sanitaires ayant abouti à des investigations

et des actions spécifiques en santé publique. Ces journées s'adressent avant tout à un public de professionnels impliqués dans la veille et l'alerte sanitaire en Pays de la Loire, tant dans le domaine de la production et du traitement des signaux sanitaires, que dans le domaine de la gestion des situations d'alerte. Elles sont l'occasion de les sensibiliser sur l'importance du signalement et de la nécessité de disposer de données de surveillance fiables et pertinentes pour une bonne gestion en santé publique.

■ Retours d'informations, publications

La Cire publie et diffuse à son réseau de partenaires pouvant s'élever à 1 000 correspondants des documents visant à faire un retour d'information des données recueillies dans les divers systèmes de surveillance. Ces documents présentent aussi des articles didactiques destinés essentiellement aux professionnels de santé et écrits par les partenaires de la Cire.

Deux types de documents sont publiés et téléchargeables sur les sites de l'InVS et de l'ARS des Pays de la Loire :

- le point épidémiologique hebdomadaire dans le cadre de la surveillance régionale permanente
- les bulletins de veille sanitaire sur des thématiques particulières : en début d'année 2011 ont été abordés les intoxications au monoxyde de carbone déclarées dans les Pays de la Loire en 2009 et les infections respiratoires aiguës et gastroentérites aiguës dans les EHPAD

Des publications et des communications sur des études spécifiques sont également réalisées par la Cire.

■ Formations et réunions de sensibilisation

Dans le cadre de la surveillance et de la gestion des épidémies d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites aiguës dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'ARS en collaboration avec l'ARLIN a mis en place des formations spécifiques à destination des professionnels de soins travaillant dans ces établissements. Ces formations avaient pour but de familiariser ces personnels à l'utilisation des outils de surveillance.

Par ailleurs, chaque année la Cire est impliquée dans les manifestations publiques organisées lors de la semaine européenne de la vaccination.

La Cire a aussi réalisé des formations sur les TIAC à destination des professionnels de santé publique.

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Ce chapitre de l'état des lieux de l'offre en santé des Pays de la Loire consacrée au secteur médicosocial comprend trois parties.

La première partie analyse les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie avec lesquels le schéma régional d'organisation médicosocial doit s'articuler. Cette analyse identifie les particularités et les points de convergence entre les schémas des cinq départements de la région.

La seconde partie fait un point sur l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap dans la région, un aspect important de l'accompagnement médicosocial de ces enfants.

La troisième partie présente les principales caractéristiques de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap dans la région. Le document est organisé en trois parties correspondant aux trois périodes de la vie : enfance, adulte, personne âgée. La comparaison des données départementales et infradépartementales contribue à la mise en lumière de disparités territoriales.

Partie 1 ■ Les schémas départementaux relatifs aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie

Un secteur aux compétences partagées

Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles, le Conseil Général est tenu d'élaborer un schéma d'organisation sociale et médico-sociale, comprenant un volet relatif à sa compétence en matière de handicap et de personnes âgées.

Le secteur médico-social est caractérisé par l'existence de schémas départementaux liés au positionnement

de chef de file des Conseils Généraux en matière d'organisation de la réponse médico-sociale.

Le secteur médico-social est donc un domaine à compétence fortement partagée entre l'ARS et les Conseils Généraux.

Une articulation entre SROMS et schémas départementaux posée par la loi

La loi HPST 2009-879 du 21 juillet 2009 stipule que le « SROMS est réalisé au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie », et son décret d'application précise le « SROMS prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le PSRS ».

Les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du Conseil Général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS, dans le cadre de la commission [de coordination médico-sociale].

Compte tenu du nouveau cadre fixé par la loi, les schémas départementaux de la région intègrent tous la nécessité de s'articuler avec le programme régional de santé et le schéma régional d'organisation médico-sociale établis par l'Agence Régionale de Santé et souhaitent contribuer à l'identification des besoins au niveau territorial.

Le Schéma régional s'est nourri du contenu des schémas départementaux, sans donner lieu à superposition mais en complémentarité de ceux-ci.

Un objectif commun

Le SROMS et les schémas départementaux PH et PA ont pour objectif commun de prendre en compte les besoins des personnes handicapées et en perte d'autonomie dont la satisfaction s'inscrit dans une logique de réponse adaptée ou spécifique au sein des besoins de la population générale (besoins de santé, besoins sociaux).

En outre, les axes d'intervention des SROMS et des schémas départementaux en matière médico-sociale sont proches. La prévention, les besoins en santé et les soins et accompagnements médico-sociaux relèvent ainsi des premiers, alors que les seconds sont chargés de l'information, de l'Accueil-orientation-évaluation, de la prévention, des accompagnements médico-sociaux et autres besoins sociaux (participation sociale).

Des problématiques communes identifiées sur le secteur médico-social

En Région Pays de la Loire, les différents schémas départementaux sur le secteur des personnes en situation de handicap comme sur celui des personnes âgées présentent des analogies importantes qui traduisent une communauté de vue sur les problématiques identifiées sur ces secteurs et sur les priorités à mettre en œuvre pour répondre aux besoins de personnes concernées et anticiper les évolutions à venir pour préserver, voire améliorer, les dispositifs actuels.

Tous les schémas départementaux prennent en considération l'augmentation de l'espérance de vie et les conséquences de la progression importante de la population en perte d'autonomie.

Dépassant l'approche quantitative des premiers plans, ils adoptent une approche dynamique en termes de plans d'action, affirment leur volonté de trouver des

solutions souples et innovantes pour répondre aux nouveaux besoins des usagers et à la nécessaire individualisation des réponses apportées.

La quasi-totalité des schémas a adopté une approche considérant les parcours de vie et sur le secteur des personnes en situation de handicap, des propositions d'actions transcendant les âges.

Seul le Conseil Général du Maine et Loire a adopté une démarche de schéma unique transversale PA-PH, les autres privilégiant une approche séparée des deux champs.

Les orientations principales des schémas départementaux permettent d'identifier clairement les options stratégiques retenues par chacun (voir annexe 1).

Convergence des priorités d'action définies dans les schémas départementaux

Les Conseils Généraux de la région privilégient de façon particulièrement marquée une approche basée sur **les parcours de vie** en mettant l'accent sur l'anticipation des périodes de rupture, avec la recherche d'une meilleure articulation entre vie à domicile et vie en institution, la coordination des acteurs, et le travail en réseau.

L'**individualisation des prises en charge** pour une meilleure adéquation entre réponse et besoins identifiée est une préoccupation partagée qui se traduit par des orientations variées : analyse des besoins, respect du projet de vie et de la personne, personnalisation des réponses.

La volonté de respecter choix de la personne, l'importance de la maintenir dans l'environnement où elle a toujours vécu et le souhait de ne pas briser les liens familiaux et sociaux existants sont à l'origine de l'affirmation des principes **d'accès aux services de droit commun et de proximité de la prise en charge**.

Le thème de la **vie à domicile** est donc un axe central dans tous les schémas dont il sous-tend plusieurs orientations dont notamment le développement, l'adaptation et surtout la diversification de l'offre et la volonté d'investir des solutions souples et innovantes. Dans le même sens, certaines mesures concernent l'amélioration de **l'habitat** en termes d'adaptation et d'accessibilité ainsi que les **transports**.

L'accompagnement **des familles et des personnes** dans leurs démarches, vient compléter la personnalisation de l'accompagnement évoquée ci-dessus. Il est notamment envisagé sous l'angle de l'exigence de lisibilité du système et de centralisation des informations.

Les aidants, partenaires de l'accompagnement, font également l'objet d'une attention particulière. Plusieurs actions s'attachent à développer un accompagnement de qualité et des solutions de répit pour les soutenir.

>>>

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

>>>

Les départements ont tous abordé la question du vieillissement des personnes en situation de handicap et des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Certains ont adopté une **démarche populationnelle** en proposant des actions spécifiques notamment en faveur des personnes souffrant de handicaps psychiques, des personnes polyhandicapées, des personnes cérébrolésées, autistes...

En termes d'organisation, le renforcement de la **dynamique des CLIC et des MDPH** apparaît nécessaire sur l'ensemble du territoire tant pour améliorer l'accès aux

dispositifs que pour coordonner les acteurs dont l'exigence de travail en coopération est réaffirmée.

Le besoin de développement de l'offre et son ajustement à la réalité des besoins des personnes âgées et handicapées, est abordé dans chaque schéma, dans le cadre d'un développement homogène sur les territoires de référence.

Les objectifs propres à chacun des secteurs

Sur le secteur du handicap, sont également identifiés des axes prioritaires relatifs au renforcement de la prise en charge dès la **petite enfance** (prise en charge et diagnostic précoce) et du développement de l'**inclusion scolaire** et du développement de l'**insertion professionnelle** en milieu ordinaire et protégé.

Sur le secteur des personnes âgées, est mis en exergue le soutien et le développement d'actions de **prévention** telles que la sensibilisation au bien vieillir, prévention des chutes, de l'hygiène bucco-dentaire...) de même que l'**accompagnement en fin de vie**.

Les champs moins explorés

Certains champs sont abordés de façon moins approfondis, comme notamment les problématiques relatives aux populations frontalières, l'identification des ruptures dans les parcours et la gestion des situations d'urgence.

En termes d'organisation, c'est également le cas des questions relatives à la formation des professionnels, aux processus d'amélioration de la qualité des prises en charge et de celles relatives à l'articulation avec les autres schémas médico-sociaux et hors médico-social, notamment la coordination avec le secteur sanitaire.

Partie 2 ■ L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap en région Pays de la Loire

Introduction

Avec plus de 8 000 enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, la région présente un bon niveau d'inclusion scolaire individuelle et collective malgré certaines disparités territoriales.

Un effort important a été réalisé depuis 5 ans en matière de moyens d'accompagnement des enfants notamment par l'augmentation des effectifs des référents scolaires et une meilleure adéquation de l'affectation des auxiliaires de vie scolaire au regard des besoins suite à une réflexion de l'Education Nationale sur les critères d'affectation.

Le bon niveau d'inclusion actuel est également favorisé par le partenariat développé par les services de l'Education Nationale avec les différents acteurs du champ (DDASS-DRASS puis ARS, certaines MDPH).

Toutefois, des difficultés demeurent tant en termes de moyens mobilisés (places de SESSAD, nombre

et formation des d'AVS, formation des enseignants) qu'en termes d'organisation (coordination des différents professionnels autour d'un même enfant, réactivité institutionnelle notamment entre enseignants référents et MDPH).

Si l'inclusion scolaire est de bonne qualité pour les enfants souffrants de troubles sensori-moteurs, des progrès restent à réaliser pour la prise en charge enfants présentant des troubles des apprentissages (notamment TCC, autisme, déficience mentale).

En outre, le nombre croissant des enfants sortant d'ULIS collège, impose le développement de places d'ULIS lycée intégrant également une réflexion sur l'apprentissage et la formation professionnelle de ces jeunes.

Modalités d'accueil

8 396 élèves en situation de handicap ont été scolarisés en milieu ordinaire au cours de l'année scolaire 2009-2010, soit **1,25 % des élèves de l'Académie de Nantes**.

Le taux de scolarisation dans le premier degré reste supérieur à celui du second degré (1,4 % contre 1 %).

On constate que ces deux taux progressent et que l'écart entre les deux se réduit.

À population égale, le taux de scolarisation collective est deux fois plus important dans le public que dans le privé.

■ Dans le premier degré

En scolarisation individuelle

Le pourcentage d'élèves en situation de handicap en scolarisation individuelle dans le premier degré est passé cette année à 0,9 % (soit 3 591 élèves) contre 0,8 % les deux années précédentes.

Dans l'enseignement privé ce taux est stable depuis l'an dernier et c'est dans l'enseignement public que l'augmentation a été notable.

En scolarisation collective (CLIS)

En scolarisation collective, ce taux reste inchangé (0,5 %) et ce malgré la création de 9 CLIS à la rentrée

2009 qui ont permis d'accueillir 117 élèves supplémentaires.

L'enseignement privé scolarise deux fois moins en dispositif collectif que le public, cet écart étant encore plus marqué en Loire-Atlantique et en Vendée.

À la lecture du tableau suivant, on constate que le nombre de CLIS en Loire-Atlantique reste faible au regard du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans le premier degré.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
Nb d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire	2 225	1 007	663	928	781	5 604
Nb de CLIS	55	36	24	33	33	181
Ratio	40.5	28	27.6	28.1	23.7	31

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ Dans le second degré

En scolarisation individuelle

Le nombre d'élèves du second degré en scolarisation individuelle est passé de 1 472 à 1 827 en deux ans. Si le taux de scolarisation est encore plus élevé dans le public, l'écart public-privé tend à se resserrer.

En scolarisation collective (ULIS- ex UPI)

Dans le second degré 16 ULIS ont été créées à la rentrée 2009. Les 99 ULIS de l'Académie ont scolarisé 965 élèves en 2009-2010 : 687 dans le public et 278 dans le privé.

Dans le second degré, à l'instar du 1^{er} degré, l'enseignement privé scolarise deux fois moins en dispositif collectif que le public, particulièrement dans les départements dans lesquels le privé est le mieux implanté.

À la lecture du tableau suivant, on constate que le nombre d'UPI dans la Sarthe est particulièrement important au regard du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans le second degré.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
Nb d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire	835	573	478	498	408	2 792
Nb d'UPI	24	19	14	27	15	99
Ratio	-	34.8	30.2	34.1	18.4	27.2

Typologie des troubles

Les troubles cognitifs sont majoritaires avec 48.2 %; ils sont suivis des troubles psychiques 15.9 % et les troubles des apprentissages 8.6 %.

Ces trois types de troubles rassemblent 71,3 % des élèves.

Les troubles sensoriels représentent 11,3 % des élèves (déficiences auditives 8.1 %, visuelles 3.2 %)

Les troubles moteurs atteignent 5,3 %.

Les **troubles cognitifs** sont légèrement supérieurs à la moyenne académique en Vendée et en Sarthe, tandis que les **troubles psychiques** le sont dans les trois autres départements de l'Académie.

Ces disparités pourraient être liées au diagnostic médical posé.

Les **troubles des apprentissages** (troubles « dys ») sont très inférieurs à la moyenne dans le Maine-et-Loire (2,72 % pour une moyenne de 8,62 %) et supérieurs à la moyenne académique dans la Sarthe (11,65 %), en Loire-Atlantique (10,97 %) et en Mayenne (9,37 %).

Cet important écart peut s'expliquer par l'implication forte des associations dans ces trois derniers départements et par les actions de sensibilisation qui ont été menées tant à destination des familles que des enseignants.

Accompagnement des élèves en milieu ordinaire

■ En scolarisation collective

L'accompagnement des élèves est principalement assuré par des Auxiliaires de Vie Scolaire Collective (AVS-Co).

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
AVS-co	36	32	14	47	11	140

Les CLIS

91,2 % des élèves de CLIS bénéficient d'un AVS-Co dans le premier degré public et 89,5 % dans le privé.

En Vendée, en Sarthe et en Maine et Loire, la totalité des CLIS bénéficient d'un AVS, tant dans le privé que dans le public.

La Mayenne fait radicalement évoluer les conditions d'accompagnement en CLIS puisqu'en 2007/2008, seulement 30 % des élèves de CLIS bénéficiaient d'un AVS-Co, ils étaient 80 % l'année suivante et en 2009/2010, 94 % des élèves de CLIS bénéficient d'un accompagnement.

La Loire-Atlantique reste, dans ce domaine, en retrait par rapport aux quatre autres départements de l'Académie puisque 15 % des élèves de CLIS dans le public et 22 % dans le privé ne bénéficiaient d'aucun accompagnement humain en 2009/2010.

Les ULIS

Dans le second degré la différence d'accompagnement est nettement marquée entre le public (91 %) et le privé (71 %).

Là encore, on constate de nombreuses disparités départementales.

Dans le public, toutes les ULIS disposent d'un AVS-Co, à l'exception des ULIS 2 du Maine et Loire où les élèves sont accompagnés par le secteur médico-social.

Dans le privé, tous les élèves d'ULIS sont accompagnés en Sarthe, mais ils sont entre 29 à 43 % à ne pas l'être dans les quatre autres départements.

■ En scolarisation individuelle

Premier degré

Dans le public 63 % des élèves sont accompagnés : les élèves sont moins accompagnés que la moyenne académique dans le Maine-et-Loire (49 %).

Dans l'Académie ce taux a augmenté de 13 % en deux ans.

Dans le privé la situation est équivalente au public sauf en Mayenne et en Sarthe, où le taux d'accompagnement est inférieur de 10 %.

Second degré

Au niveau académique, environ 25 % des élèves sont accompagnés tant dans le public que dans le privé.

Il est à noter que le taux d'accompagnement des élèves dans le second degré a augmenté de 7 % en deux ans.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
AVSI	163	73	49	88	66	439

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Académie
Contrats aidés	408	185	149	331	150	1 223

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ Les enseignants référents

En 2009/2010, les enseignants référents n'ont organisé des équipes de suivi de scolarisation que pour les nouveaux entrants en établissements médico-sociaux, ce qui justifie la distinction faite entre les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et ceux qui sont scolarisés en EMS.

Le poids du Médico-social est plus important en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire que dans les trois autres départements de l'Académie. En revanche, en Loire-Atlantique leurs zones géographiques d'intervention sont généralement plus restreintes.

2009/2010	Nombre de postes d'E.R	Nombre d'élèves en situation de handicap (milieu ordinaire)	Ratio sans le médicosocial	Nombre d'élèves en situation de handicap (milieu ordinaire + EMS)	Ratio avec Médico-social
Loire-Atlantique	19	3 060	161.1	4 866	256.1
Maine et Loire	11	1 580	143.6	2 713	246.6
Mayenne	8.5	1141	134.2.	1 376	161.9
Sarthe	13.5	1 436	106.4	2090	154.8
Vendée	9	1 189	132.1	1 786	198.4
Académie	61	8 406	137	12 813	210.34

La scolarisation des élèves handicapés en milieu médico-social et hospitalier

Le poids du médico-social est fortement concentré sur la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire.

On notera un fort taux de postes « public » dans la Sarthe, au regard du nombre d'élèves scolarisés.

Il faut également souligner le fait qu'en Mayenne, tous les postes d'enseignement implantés dans les établissements médico-sociaux et de santé relèvent du public.

Nb d'élèves	44	49	53	72	85	Académie
Hospitalier	297	134	20	134	62	647
Médico-éducatif	1 826	1 228	235	654	598	4 541
Total	2 123	1 362	255	788	660	5 181

Nb d'enseignants	44	49	53	72	85	Académie
Hospitalier	19	13	2	6	7	47
Médico-éducatif	138	66,5	15,5	59	38	318
Total	157	79,5	17,5	65	45	365
Total postes public	66,5	30	17,5	34	12	160

Partie 3 ■ Accompagnement des personnes en situation de handicap en région Pays de la Loire aux trois périodes de la vie : enfants, adultes, personnes âgées

Introduction

Le document de cette partie 3 de l'état des lieux a pour but de présenter les principales caractéristiques de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap dans la région. Il est organisé en trois parties correspondant aux trois périodes de la vie : enfance, adulte, personne âgée.

Cette analyse est réalisée par le département observation analyse de l'ARS principalement à partir des

données d'autorisation dans FINESS, Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, complétées de quelques données d'enquêtes.

La comparaison des données départementales et les cartes complémentaires en infra départemental contribuent à la mise en lumière de disparités territoriales.

Les moins de 20 ans en région pays de la Loire

■ Une croissance démographique élevée

Selon les dernières projections démographiques de l'INSEE, les Pays de la Loire compteront 900 000 habitants supplémentaires en 2040, soit la plus forte progression en nombre d'habitants derrière les régions Île-de-France et Rhône-Alpes. La croissance démographique serait principalement portée par les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée. En plus d'avoir un

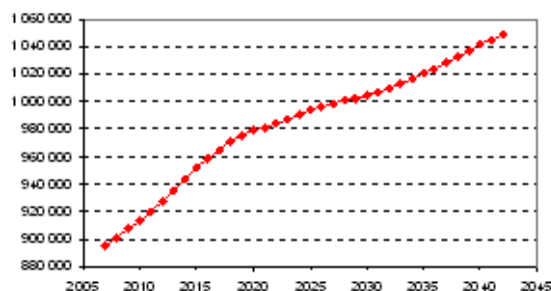
solde naturel conséquent (nombre de naissance moins le nombre de décès) comme les autres départements de la région, ces deux départements ont la particularité d'avoir un solde apparent important (nombre de personnes entrées sur le territoire moins le nombre de personnes sorties).

■ L'évolution des moins de 20 ans : une forte croissance jusqu'en 2020

L'accroissement du nombre de personnes de moins de 20 ans évoluera principalement en 2 phases jusqu'en 2040 (fig1). Tout d'abord, il augmentera fortement jusqu'en 2020 (+0,7 % chaque année, soit

+85 000 personnes entre 2007 et 2020). Puis l'augmentation ralentira jusqu'en 2040 (+0,3% chaque année, soit +62 000 personnes entre 2020 et 2040).

Fig1. Projection 2040 des moins de 20 ans
Pays de la Loire (en nombre d'habitant)



Source : INSEE projection Omphale 2010

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ D'ici 2016, 60 000 ligériens de moins de 20 ans supplémentaires

Le nombre d'enfants de 0-2 ans et de 3-5 ans augmentera de 4 % entre 2008 et 2016 alors que l'augmentation sera du double (+8 %) pour les 6-19 ans (fig2 et

fig3). Ainsi la région comptera environ 10 200 enfants de moins de 5 ans supplémentaires et 50 900 jeunes de plus de 6 à 19 ans.

Fig2. Evolution des moins de 20 ans 2008-2016
Pays de la Loire

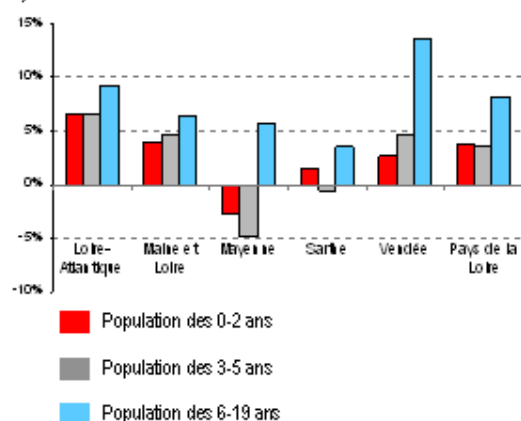


Fig3. Evolution des moins de 20 ans par tranche d'âge
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Recensement 2008						
0-2 ans	48 880	30 831	11 974	20 913	22 789	135 387
3-5 ans	49 877	31 447	12 496	21 627	22 972	138 418
6-19 ans	226 685	143 096	54 225	98 247	101 431	623 683
Evolution en pourcentage des projections 2008-2016						
0-2 ans	7%	4%	-3%	1%	3%	4%
3-5 ans	7%	5%	-5%	-1%	5%	4%
6-19 ans	9%	7%	6%	4%	14%	8%
Evolution en nombre d'habitants 2008-2016*						
0-2 ans	3 256	1 230	-309	307	602	5 086
3-5 ans	3 293	1 467	-602	-116	1 069	5 112
6-19 ans	21 038	9 357	3 110	3 529	13 852	50 887

* Application du taux d'évolution des projections 2008-2016 au recensement 2008

Sources : INSEE, projection Omphale 2010, recensement 2008

■ Diminution du nombre d'enfants de moins de 6 ans en Mayenne et très forte progression des 6-19 ans en Vendée

L'évolution à moyen terme des personnes de moins de 20 ans sera très différenciée selon les tranches d'âge et les départements (fig2).

La Mayenne est le département le plus atypique concernant l'évolution des moins de 6 ans puisque les

moins de 3 ans et les 3-5 ans vont diminuer à l'horizon 2016.

Pour la population des 6-19 ans, la Vendée se distinguera par un taux d'évolution très supérieur à tous les autres départements (+14 % entre 2008 et 2016).

Etablissements et services pour enfants handicapés

Les **instituts médico-éducatifs (IME)** assurent l'éducation, les soins et l'enseignement des jeunes handicapés déficients intellectuels, avec ou sans trouble associés.

Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)** accueillent des enfants qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Les **établissements pour enfants déficients moteurs (IEM)** accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience motrice impor-

tante. Ils assurent un enseignement scolaire et professionnel, accompagné d'un ensemble de soins requis pour la rééducation.

Les **établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP)** accueillent et accompagnent des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

>>>



Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont des services médico-sociaux autonomes ou rattachés aux établissements d'éducation spéciale. L'action de ces services comporte des interventions auprès des jeunes handicapés ainsi que l'accompagnement des familles. Les équipes pluridisciplinaires interviennent sur les lieux de vie de l'enfant ou dans les locaux du SESSAD.

Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) a pour but de mettre à la disposition des enfants ou adolescents, un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur entourage.

■ Un taux d'équipement pour enfants handicapés proche du taux national

Au 1^{er} janvier 2010, la région des Pays de la Loire avait un taux d'équipement global de 9 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans proche du taux national (9,2), ce qui la positionnait 16^{ième} région de France.

Au 1^{er} octobre 2011, les taux d'équipement de la région sont de 5,8 pour les établissements accueillant des enfants handicapés et de 3,6 pour les services, soit un cumul de 9,4 places pour 1 000 personnes de moins de 20 ans (fig4). Les places pour enfants handicapés se répartissent à 60 % dans les établissements et à 40 % en offre de services.

Fig4. Répartition des places autorisées
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
I.M.E.	1 138	913	248	630	611	3 540
I.T.E.P.	343	252	42	72	56	765
I.E.M.	258	65	16	50	0	389
Etab.Enf.ado.Poly.	119	79	31	29	35	293
CAFS	117	28	50	23	0	218
SESSAD	1 129	818	332	502	447	3 228
*Taux d'équipement						
services	3,5	4,0	4,2	3,6	3,0	3,7
Etablissements	6,1	6,5	4,9	5,7	4,8	5,7

*Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 0 à 19 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

■ Un taux d'équipement pour enfants handicapés faible en Vendée et plus élevé en Maine et Loire

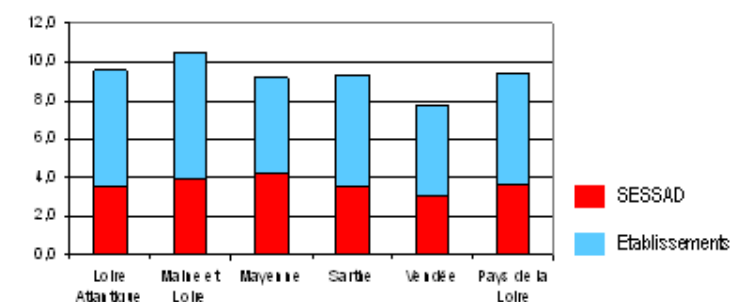
Le département de la Vendée a le taux d'équipement pour enfants handicapés le plus faible de la région (7,8). Les taux d'équipement aussi bien en établissements qu'en services sont de 15 % en dessous du niveau régional.

Avec un taux d'équipement de 10,5 (établissements et services confondus), le Maine et Loire est le département de la région le mieux doté.

■ La Mayenne a la part d'offre de services la plus importante

La Mayenne est le département le plus atypique dans la répartition des places entre services et établissements, 46 % en services pour 54 % en établissements (fig5). Cette particularité traduit le dynamisme de la Mayenne en termes d'insertion des enfants dans le milieu ordinaire.

Fig5. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de moins de 20 ans)



Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ L'hébergement complet moins développé en Mayenne et en Vendée

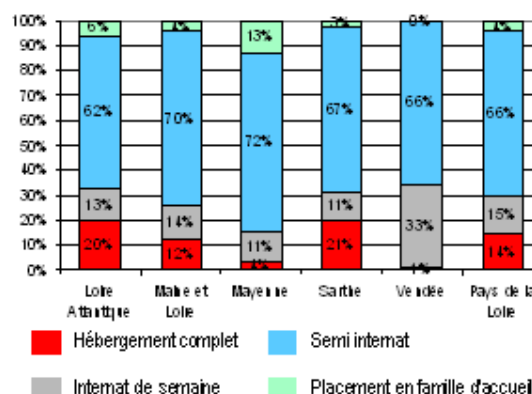
Dans les Pays de la Loire, 66 % des places dans les établissements pour enfants handicapés correspondent à un accueil en semi internat, 15 % correspondent à de l'internat de semaine et 14 % à de l'hébergement complet (fig6).

La Vendée a privilégié l'internat de semaine par rapport à l'hébergement complet. Elle ne dispose pas de placement en famille d'accueil.

De même, la Mayenne a peu développé l'hébergement complet. À contrario de la Vendée, elle dispose de la proportion la plus élevée de la région de placements en famille d'accueil.

Fig6. Répartition des places par type d'accueil (hors SESSAD)

Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

La patientèle en établissements et services pour enfants handicapés

REBECCA est une application Internet permettant l'importation de données de synthèse issues des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Une enquête régionale « Amendement Creton 2010 » a été réalisée en octobre 2010 par l'ARS Pays de la Loire

auprès de 32 associations gestionnaires d'établissements pour enfants afin de connaître les orientations MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) des jeunes de 20 ans et plus qui y étaient encore accueillis.

■ Une pyramide des âges différente selon les catégories d'établissements

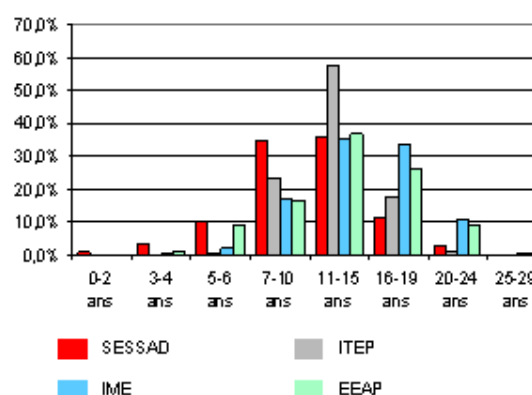
Selon les données Rebecca 2009, les SESSAD en Pays de la Loire accueillent les enfants les plus jeunes : 70 % des enfants ont entre 7 et 15 ans (fig7).

Les IME et les EEAP accueillent des enfants de moyenne d'âge plus élevée : près de 65 % des enfants ont entre 11 et 19 ans.

Enfin en ITEP, près de 60 % des enfants pris en charge ont entre 11 et 15 ans.

Fig7. Distribution des enfants par catégorie selon leur âge

Pays de la Loire



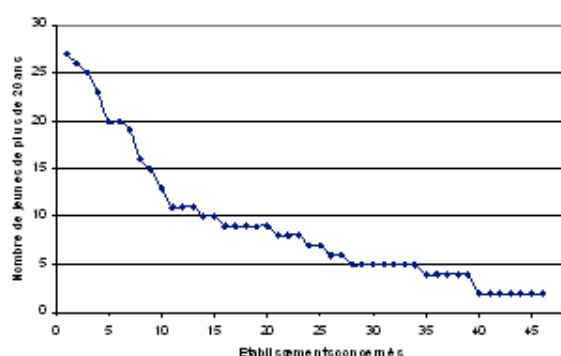
Source : REBECCA 2009

■ Une répartition des jeunes de plus de 20 ans en établissements pour enfants handicapés concentrée sur un petit nombre d'établissement

L'enquête « Amendement Creton 2010 » a recensé 420 jeunes de plus de 20 ans dans les établissements pour enfants handicapés de la région. Ces jeunes disposaient d'orientations MDPH majoritairement en ESAT (160 jeunes), en MAS (79 jeunes), en foyer de vie (68 jeunes) et en FAM (51 jeunes).

La répartition départementale de ces jeunes était similaire à la répartition de la population des moins de 20 ans habitant dans les Pays de la Loire, au moment de l'enquête. Toutefois 10 établissements accueillait 50 % des jeunes de plus de 20 ans (fig8).

Fig8. Nombre de jeunes de plus de 20 ans par établissement
Pays de la Loire



Source : Enquête Amendement Creton 2010

FOCUS : CAMSP et CMPP

Les CAMSP, centres d'action médico-sociale précoce, sont des établissements de prévention et de soins pour les enfants de 0 à 6 ans atteints d'un handicap mental, moteur ou sensoriel, ou présentant un risque de handicap situés à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Les CMPP, centres médico-psycho-pédagogiques, sont des services médico-sociaux qui accueillent des enfants, du plus jeune âge à 20 ans, présentant des troubles neuropsychiques ou des troubles du comportement.

L'enquête ES est réalisée par la DREES, avec l'appui des ARS, auprès des établissements et services pour personnes handicapées, adultes et enfants, de la France métropolitaine et des départements d'Outre mer. Elle permet de dresser un bilan de l'activité de ces structures, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies. Ces données constituent un outil précieux d'aide à la planification des places dans les structures médico-sociales.

■ Les CAMSP des Pays de la Loire

La région compte 9 CAMSP dont 4 en Loire Atlantique, 2 en Maine et Loire et 1 dans chacun des autres départements. En 2010, ces établissements ont reçu 5 046 enfants au moins une fois (« file active », fig9 et fig11). 55 % d'entre eux sont âgés de 3 à 5 ans et 37 % ont moins de 3 ans. 60 % des enfants sont des garçons.

Dans la région, sur les 8 établissements ayant renseigné cet item, un enfant sur deux reçus en 2010, l'était pour la première fois. Cette proportion peut varier selon les départements : de 30 % dans la Sarthe à 72 % en Vendée.

Dans les Pays de la Loire, 18 enfants sur 1 000 de 0 à 5 ans ont été reçus au moins une fois dans un CAMSP en 2010. Ce taux varie selon les départements : de 7,6 en Sarthe à 26 en Loire Atlantique.

Le CAMSP du CHU de Nantes (auditifs) et le CAMSP du CHU d'Angers (polyvalents) se distinguent par un nombre plus important d'enfants en provenance d'un autre département : 17 % pour le CAMPS du CHU de Nantes et 7 % pour Angers.

>>>

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

>>>

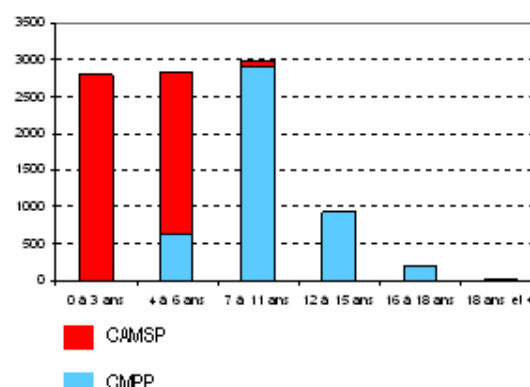
Fig9. File active des CAMSP et CMPP
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
CAMSP						
File active	2563	1278	282	323	600	5046
pour 1000 hab 0-5 ans	26,0	20,5	11,5	7,6	13,1	18,4
% enfants vus pour 1 ^{ère} fois	50,9*	49,0	39,7	30,7	71,8	50,9
CMPP						
File active	1730	1220	660	612	491	4713
pour 1000 hab 6-20 ans	7,6	8,5	12,2	6,2	4,8	7,6
% enfants vus pour 1 ^{ère} fois	37,8	30,4	45,0	26,6	32,4	34,9

* Hors CAMSP du CHU Nantes

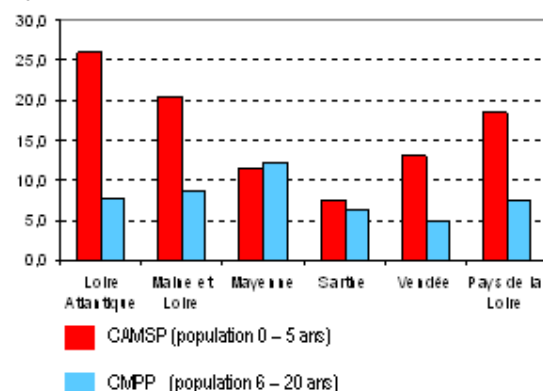
Source : Enquête ES 2010 (exploitation régionale anticipée)

Fig10. Répartition des enfants reçus selon l'âge
Pays de la Loire



Source : Enquête ES 2010 (exploitation régionale anticipée)

Fig11. File active pour 1000 habitants
Pays de la Loire



Source : Enquête ES 2010 (exploitation régionale anticipée)

■ Les CMPP des Pays de la Loire

La région compte 6 CMPP dont 2 en Loire Atlantique et 1 dans chacun des autres départements. En 2010, ces 6 établissements ont reçu 4 713 enfants au moins une fois (« file active », fig9 et fig11). 62 % d'entre eux sont âgés de 7 à 11 ans et 90 % ont entre 4 et 15 ans. 65 % de ces enfants sont des garçons.

Dans la région, près de 35 % des enfants vus en 2010 ont été reçus pour la première fois. Cette proportion peut varier légèrement selon les départements : de 27 % dans la Sarthe à 45 % en Mayenne.

Dans les Pays de la Loire, 7,6 enfants sur 1 000 de 6 à 20 ans ont été reçus au moins une fois dans un CMPP en 2010. Ce taux varie selon les départements : de 4,8 en Vendée à 12,2 en Mayenne.

FOCUS : Plan autisme et TED

L'accompagnement et la prise en charge des personnes autistes et atteintes de troubles envahissants du développement (TED) font l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le plan autisme 2008-2010. Le déploiement régional du plan est réalisé dans une logique de dialogue et de concertation avec les partenaires représentés dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé et les membres du Comité Technique Régional sur l'Autisme.

La région des Pays de la Loire dispose d'un centre de ressource pour l'autisme « Centre Régional d'Etudes de Ressources pour l'Autisme et les troubles envahissants du développement » (CRERA). En 2012, une nouvelle organisation prévoit des équipes de proximité dans chacun des cinq départements de la région au service des personnes, des familles et des professionnels, notamment ceux des MDPH.

Douze formateurs régionaux ont été désignés pour contribuer à diffuser les nouvelles recommandations et les pratiques validées par la Haute Autorité de Santé dans le domaine de l'autisme et des TED.

L'offre pour l'accueil et l'hébergement des personnes, enfants, adolescents et adultes est de 214 places installées pour l'autisme et de 436 pour les déficiences graves de la communication (Source : FINESS au 1er juillet 2011).

Différentes études nationales et régionales (ES2010 de la DREES, Parcours scolaires des enfants et adolescents menée avec l'ORS) en cours d'analyse vont permettre d'améliorer la connaissance des problématiques régionales liées à l'autisme et aux TED.

FOCUS : Education nationale

Les classes d'inclusion scolaire (CLIS) et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) accueillent des élèves (enfants, préadolescents ou adolescents) présentant un trouble mental, auditif, visuel ou moteur, mais pouvant tirer profit, en milieu scolaire ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge, à leurs capacités, à la nature et à l'importance de leur trouble.

Classification des CLIS et ULIS selon le type de trouble :

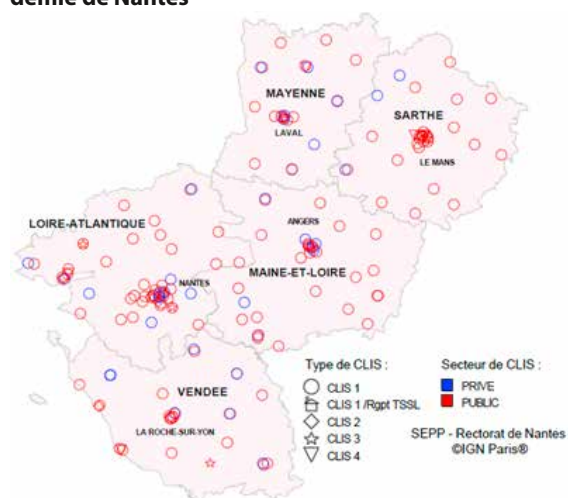
CLIS 1 / ULIS 1 : Troubles des apprentissages

CLIS 2 / ULIS 2 : Troubles auditifs

CLIS 3 / ULIS 3 : Troubles visuels

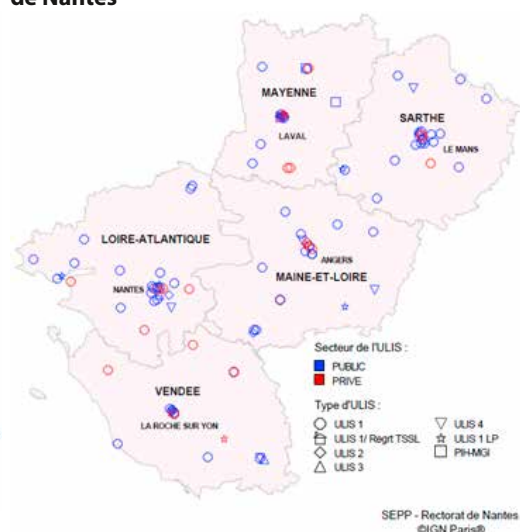
CLIS 4 / ULIS 4 : Troubles moteurs ou maladie chronique ou invalidante

Fig12. Répartition des CLIS par secteur dans l'académie de Nantes



Source : Education nationale 2010/2011

Fig13. Localisation des ULIS dans l'académie de Nantes



Source : Education nationale 2010/2011

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Les 20-59 ans en région pays de la Loire

■ Une évolution des plus de 20 ans qui double à partir de 2020

L'accroissement du nombre de personnes de plus de 20 ans évoluera lui aussi en 2 phases principales jusqu'en 2040 (fig14). Tout d'abord, il augmentera de 2 % entre 2007 et 2020 (+33 000 personnes, soit

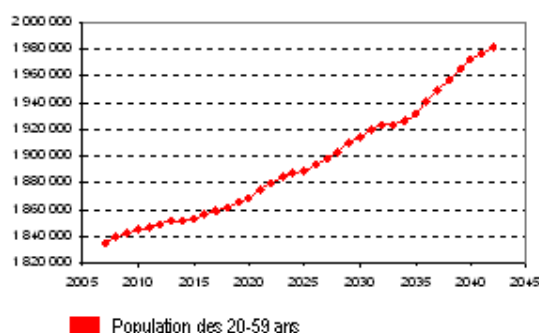
+0,14 % chaque année). Puis l'augmentation s'accélérera jusqu'en 2040 (+103 000 personnes, soit +0,3 % chaque année).

■ Une évolution des plus de 20 ans très différenciée selon les départements

D'ici 2016, la Sarthe et la Mayenne connaîtront respectivement une diminution de 1 et 3 % (fig15), soit environ 4 000 personnes de 20 à 59 ans en moins dans chacun de ces deux départements (fig16).

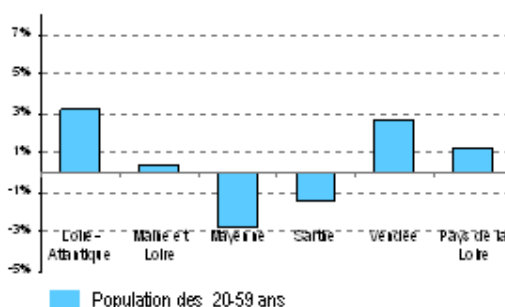
En Vendée et en Loire Atlantique le nombre de personnes de plus de 20 ans augmentera de 3 % entre 2008 et 2016. Enfin en Maine et Loire cette population sera stable sur cette période.

Fig14. Projection 2040 des moins des 20-59 ans
Pays de la Loire (en nombre d'habitant)



Source : INSEE projection Omphale 2010

Fig15. Evolution des 20-59 ans 2008-2016
Pays de la Loire



Source : INSEE projection Omphale 2010

Fig16. Evolution des 20-59 ans
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Recensement 2008						
20-59 ans	675 495	404 157	153 041	287 428	311 919	1 832 040
Evolution en pourcentage des projections 2008-2016						
20-59 ans	3%	0%	-3%	-1%	3%	1%
Evolution en nombre d'habitants 2008-2016*						
20-59 ans	21 925	1 499	-4 282	-4 074	8 373	23 441

*application du taux d'évolution des projections 2008-2016 au recensement 2008

Sources : INSEE, projection Omphale 2010, recensement 2008

L'offre médicalisée pour adultes handicapés

Les **Maisons d'accueil spécialisées (MAS)** reçoivent des adultes handicapés n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Les **Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM)** sont des structures destinées à recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi que d'une surveillance médicale et des soins constants.

Les **Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)** ont pour voca-

tion, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les **Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)** sont des structures médico-sociales assurant sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers et d'hygiène générale sous la forme de soins techniques et relationnels.

■ Un équipement pour adultes handicapés supérieur à la moyenne nationale

Au 1^{er} janvier 2010, la région des Pays de la Loire avait un taux d'équipement en MAS et FAM de 1,3 places pour 1 000 habitants âgés entre 20 et 59 ans contre 1,15 au niveau national ce qui la positionnait 8^{ème} région de France.

Au 1^{er} octobre 2011, les taux d'équipement de la région sont de 0,4 places de services et de 1,8 places d'établissements pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, soit un taux de 2,2 au cumul (fig17). Les places pour adultes handicapés se répartissent pour 83 % en établissement et 17 % en offre de services.

Fig17. Répartition des places autorisées
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
MAS	569	432	142	443	248	1 834
FAM	530	261	88	204	331	1 414
SSIAD PH	134	53	19	7	55	268
SAMSAH	61	107	95	83	40	386
*Taux d'équipement						
Services	0,3	0,4	0,7	0,3	0,3	0,4
Etablissements	1,6	1,7	1,5	2,3	1,9	1,8

* Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

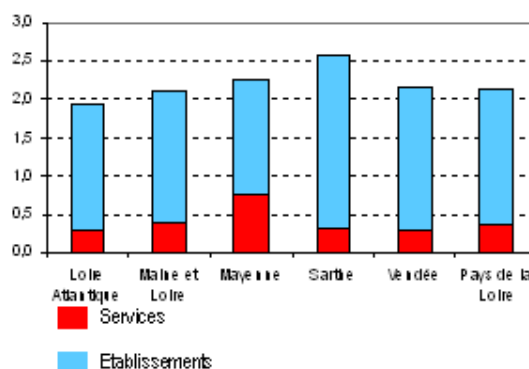
■ Un taux d'équipement en structures médicalisées pour adultes handicapés élevé en Sarthe et plus faible en Loire Atlantique

La Loire Atlantique est le département des Pays de la Loire qui a le taux d'équipement pour adultes handicapés le plus faible (1,9 fig18).

Avec un taux d'équipement de 2,6 (établissements et services confondus), la Sarthe est le département de la région le mieux doté en places médicalisées pour adultes handicapés et, plus particulièrement, le département le mieux équipé en places d'établissements (2,3 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans contre 1,8 en PDL).

La Mayenne est le département le plus dynamique en termes d'insertion des personnes en milieu ordinaire. Les places de services représentent plus de 30 % de l'offre contre 20 % au niveau régional. Cette particularité en fait le département le moins doté en places d'établissements (1,5 places pour 1 000 habitants).

Fig18. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de 20 à 60 ans)



Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

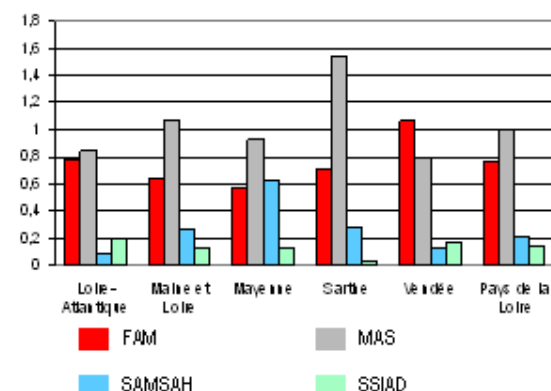
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ Une répartition MAS/FAM inversée en Sarthe et en Vendée

Au regard de la région, la Sarthe est le mieux équipé en places de MAS : son taux d'équipement est de 1,5 contre 1 en Pays de la Loire (fig19).

La Vendée est le seul département pour lequel le taux d'équipement en FAM (1) est supérieur au taux d'équipement en MAS (0,8).

Fig19. Taux d'équipement par catégorie d'ESMS
Pays de la Loire



L'offre non médicalisée pour adultes handicapés

Les Foyers d'hébergement pour adultes handicapés (FH) assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun), dans une entreprise adaptée (EA), ou dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT).

Les Foyers de Vie pour adultes handicapés (FV) accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occu-

pations quotidiennes (activités ludiques, éducatives) ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale. Ces personnes ne nécessitent pas de surveillance médicale ni de soins constants.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

■ Une offre en Mayenne et en Sarthe supérieure à l'offre régionale

Les Pays de la Loire ont un taux d'équipement de 1,4 places de services et de 3,5 places d'établissements non médicalisés, soit un cumul de 4,6 places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (fig20). 75 % de l'offre non médicalisée pour adultes handicapés se trouve en établissements et 25 % dans les services.

Avec un taux d'équipement de 5,6 établissements et services confondus (fig21), la Sarthe et la Mayenne sont les départements des Pays de la Loire les mieux dotés en places non médicalisées pour adultes handicapés. Leur offre en services ou foyers est supérieure de 20 % au niveau régional.

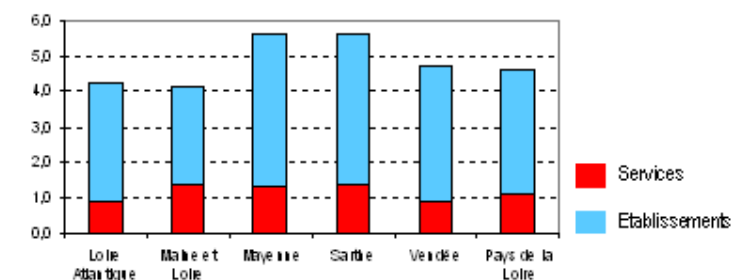
Fig20. Répartition des places autorisées
Pays de la Loire

		44	49	53	72	85	PDL
FH		766	461	375	444	345	2 391
FV		1 468	670	285	766	852	4 041
SAVS		625	544	202	399	273	2 043
Taux d'équipement	services	0,9	1,3	1,3	1,4	0,9	1,1
	foyers	3,3	2,8	4,3	4,2	3,8	3,5

* Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Fig21. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de 20 à 60ans)



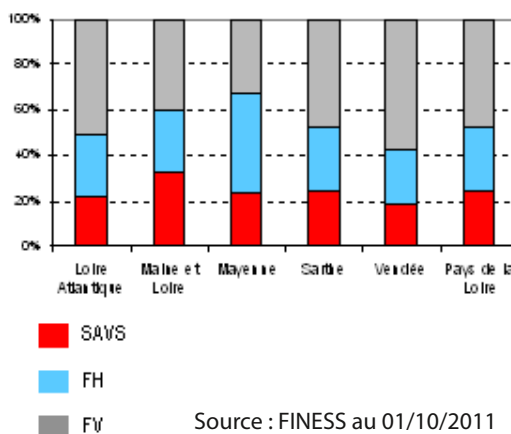
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

■ Une répartition de l'offre non médicalisée par catégorie d'établissements peu différente selon les départements

Dans les Pays de la Loire, 28 % des places non médicalisées sont dans les foyers d'hébergement, 48 % sont dans les foyers de vie et 25 % sont des places de services en SAVS (fig22).

Sont placées aux deux extrêmes : la Mayenne avec 44 % des places en foyer d'hébergement et 33 % en foyer de vie ; la Vendée avec 23 % des places en foyer d'hébergement, 58 % en foyer de vie et 19 % en SAVS.

Fig22. Répartition des places par catégorie d'ESMS
Pays de la Loire



L'insertion professionnelle

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) accueillent des adolescents et adultes handicapés qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans un atelier protégé ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni exercer une activité professionnelle indépendante. Ils ont une double vocation - mise au travail et soutien médico-social - pour des personnes handicapées dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. Ils sont financés par l'aide sociale de l'Etat.

Les Centres de rééducation professionnelle (CRP) ont pour mission de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle.

Les centres de pré-orientation professionnelle (CPO) accueillent des personnes reconnues « Travailleurs Handicapés » par la CDAPH, pour les accompagner dans la définition d'un nouveau projet professionnel.

■ Un taux d'équipement régional en ESAT proche du taux national

Au 1^{er} janvier 2010, la région des Pays de la Loire avait un taux d'équipement en ESAT de 3,5 places pour 1 000 habitants âgés entre 20 et 59 ans (contre 3,35

au niveau national) ce qui la situait en 15^{ème} position au niveau national.

■ Une offre en ESAT faible en Loire Atlantique et forte en Mayenne au regard de la région

Seule la Mayenne a un taux d'équipement au dessus du taux régional : 4,7 contre 3,6 (fig23).

La Loire Atlantique a le taux d'équipement le plus bas.

Fig23. Places autorisées en ESAT
Pays de la Loire

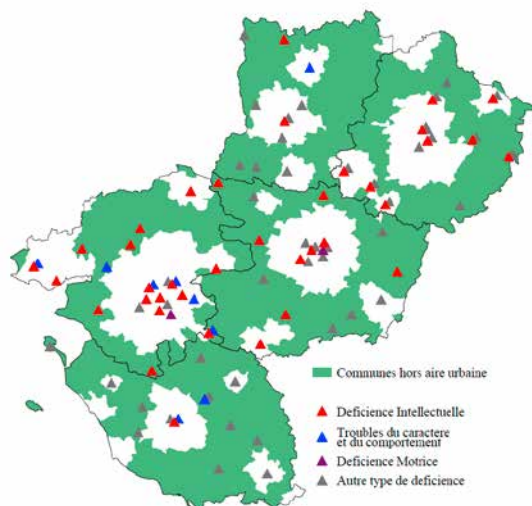
	44	49	53	72	85	PDL
ESAT	2 227	1 441	723	1 035	1 133	6 558
Taux d'équipement	3,3	3,6	4,7	3,6	3,6	3,6

* Nombre de places autorisées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Fig24. Positionnement des ESAT
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/07/2011

■ Seules la Loire Atlantique et la Sarthe disposent d'un CRP et d'un CPO

Seuls deux départements disposent de Centre de pré-orientation professionnelle et de centre de rééducation professionnelle, il s'agit de la Loire-Atlantique et de la Sarthe (fig25). Bien que ces établissements aient une vocation régionale, le taux d'équipement des Pays-de-la-Loire est bien en deçà de la moyenne nationale.

Fig25. Nombre de places en CPO et CRP
Pays de la Loire

	Nombre de places	
	CPO	CRP
Loire-Atlantique	6	170
dont déficiences visuelles	6	30
dont tout type de déficience	0	140
Sarthe	36	156
dont déficience intellectuelle	20	103
dont tout type de déficience	16	53

Source : DRASS 2006

Les personnes âgées de 60 ans et plus en pays de la Loire

■ Une très forte gérontocroissance

Avec 620 000 personnes supplémentaires âgées de 60 ans ou plus d'ici 2040, la région n'échappera pas

à une forte croissance du nombre de personnes âgées (« gérontocroissance »).

■ Un vieillissement mesuré

Au regard d'autres régions françaises, le vieillissement de la population en Pays de la Loire resterait mesuré. En effet, en 2030, la population de la région se composerait de 23 % de moins de 20 ans (au dessus de la

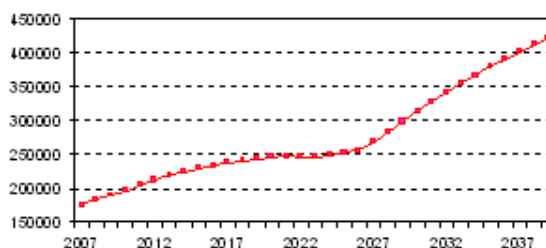
médiane France) et de 30,7 % de PA de plus de 60 ans (en dessous de la médiane France).

■ Explosion des 80 ans et plus par paliers d'ici 2040

En 30 ans le nombre d'habitants de plus de 80 ans devrait augmenter de plus de 200 000 personnes (fig26).

L'accroissement du nombre de personnes de plus de 80 ans serait continu jusqu'en 2020 (+32 000 entre 2010 et 2015, moitié moins entre 2015 et 2020), puis un palier plus stable pourrait être observé dans la région avant une nouvelle forte augmentation à partir de 2025 (+60 000 entre 2025 et 2030 due aux générations du baby boom).

Fig26. Projection 2040 des plus de 80 ans
Pays de la Loire (en nombre d'habitant)

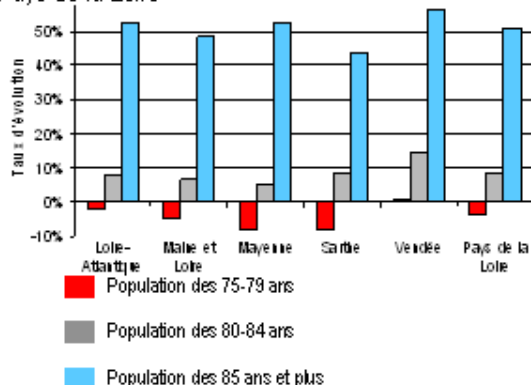


Source : INSEE projection Omphale 2010

■ Evolution de 15 % des 75 ans et plus d'ici 2016

L'évolution à moyen terme des personnes de plus de 75 ans en Pays de la Loire est modérée (+15 %) mais très différenciée par tranches d'âge. Sur la période 2008-2016, la population des moins de 80 ans devrait légèrement diminuer (-3 %) alors que celle des plus de 85 ans augmenterait de 50 %, soit 42 000 personnes (fig27 et 28).

Fig27. Evolution des plus de 75 ans 2008-2016
Pays de la Loire



Source : INSEE projection Omphale 2010

Fig28. Evolution des PA par tranche d'âge
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Recensement 2008						
75-79 ans	41 691	27 361	12 267	22 422	26 221	129 962
80-84 ans	32 190	21 903	9 937	17 103	19 991	101 123
85 ans et plus	25 493	18 364	8 000	14 831	15 419	82 106
Total	99 373	67 628	30 204	54 356	61 631	313 192
Evolution en pourcentage des projections 2008-2016						
75-79 ans	-1%	-5%	-8%	-7%	1%	-3%
80-84 ans	8%	7%	7%	9%	15%	9%
85 ans et plus	52%	49%	51%	43%	59%	51%
Total	16%	13%	13%	12%	20%	15%
Evolution en nombre de PA 2008-2016*						
75-79 ans	-335	-1 473	-957	-1 634	255	-4 148
80-84 ans	2 580	1 550	700	1 582	3 030	9 442
85 ans et plus	13 370	8 941	4 068	6 347	9 129	41 826
Total	15 708	8 988	3 860	6 361	12 305	47 211

*application du taux d'évolution des projections 2008-2016 au recensement 2008

Sources : INSEE, projection Omphale 2010, recensement 2008

■ Forte augmentation des personnes âgées dépendantes

Une étude en cours avec l'INSEE permet d'estimer une augmentation de près de 25 % entre 2008 et 2016 du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans ayant besoin d'aide (fig29). Ainsi on dénombrait en 2016 plus de 85 000 personnes âgées dépendantes en Pays de la Loire.

Fig29. Projection de personnes âgées dépendantes 2008-2016
Pays de la Loire

Nombre de personnes âgées dépendantes	44	49	53	72	85	PDL
2008	22 477	14 541	6 299	11 940	13 581	68 838
2016	27 934	17 770	7 650	14 188	17 468	85 010

Source : INSEE projection de personnes âgées dépendantes 2011, chiffres provisoires

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Hébergement médicalisé pour personnes âgées

Les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) bénéficient d'équipements médicalisés. Ils ont vocation à accompagner une personne âgée le plus longtemps possible et ont la capacité à leur apporter tous les soins médicaux. Les EHPAD peuvent être des établissements de soins de longue durée, des maisons de retraite ou des foyers logement.

Un Établissement de Soins Longue Durée a pour vocation d'accueillir les personnes ayant perdu leur autonomie et nécessitant une surveillance médicale constante. Ces services ne sont pas destinés uniquement aux personnes âgées mais ces dernières en constituent une part importante.

Une maison de retraite est un hébergement collectif pour personnes âgées qui assure une prise en charge globale de la personne : l'hébergement en chambre, les repas et divers services spécifiques. Le tarif est un prix de pension de type « tout compris ».

Un foyer logement est un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs comme la restauration ou le blanchissage et dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge des personnes âgées qui peuvent bénéficier de l'aide sociale ou de l'aide personnalisée au logement.

■ Un fort taux d'équipement en places d'EHPAD mais une répartition inégale au sein de la région

Au regard de la moyenne nationale, la région des Pays de la Loire a un fort taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées dépendantes de 147 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. Cette offre se répartit pour 83 % en maison de retraite, 13 % en foyer logement et 4 % en USLD.

La Sarthe se démarque avec un taux d'équipement significativement plus faible, de 20 % inférieur à la moyenne régionale : 117 contre 147 (fig30 et 31). Elle reste néanmoins supérieure à la moyenne nationale (cf. p16).

L'offre pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes en foyer logement est concentrée en Vendée, département qui contribue pour presque 4/5 des places autorisées, et où le taux d'équipement en places de foyers logement EHPAD est pratiquement équivalent à celui offert en maisons de retraite.

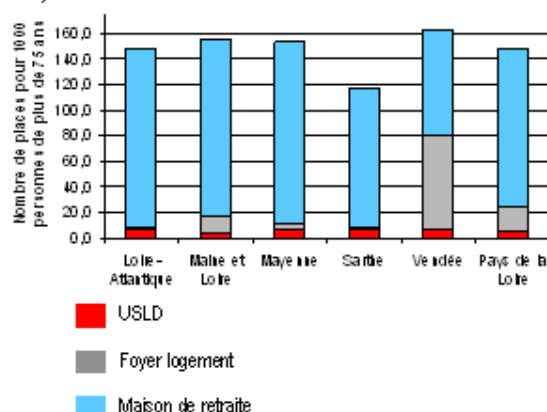
Enfin, le Maine et Loire est le département qui a le taux d'équipement en USLD le plus faible de la région.

Fig30. Répartition des places autorisées en EHPAD
Pays de la Loire

EHPAD	44	49	53	72	85	PDL
Maison de retraite	13 874	9 341	4 228	5 967	4 952	38 362
Foyer logement	147	887	152	60	4 517	5 763
USLD	626	251	188	355	352	1 772
Taux d'équipement	148	155	153	117	163	147

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

Fig31. Taux d'équipement par département
Pays de la Loire (en nombre de places par habitant de 75 ans et +)



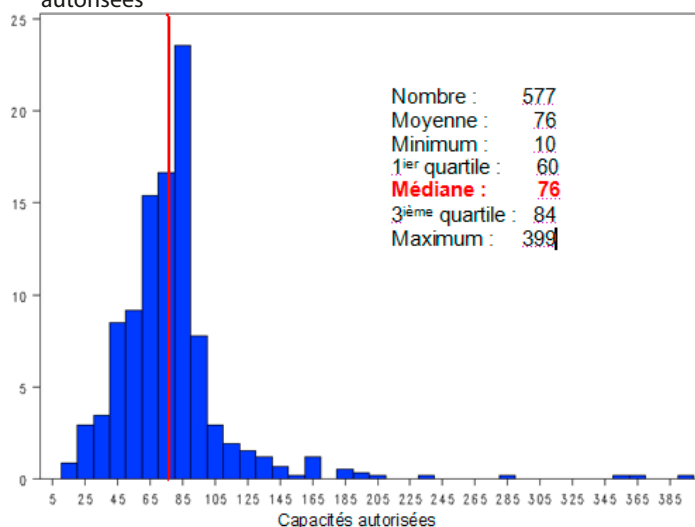
Source : FINESS au 01/10/2011, SAE 2010, INSEE recensement 2008

■ Des tailles d'établissement variées

Les places d'EHPAD en Pays de la Loire sont réparties sur 577 sites (fig32). Leur capacité moyenne autorisée est de 76 places. Dans la région, un quart des EHPAD ont une taille inférieure à 60 places, la moitié des établissements ont moins de 76 places et les trois quarts ont moins de 84 places (fig6).

5 % ont moins de 32 places autorisées et 5 % en ont plus de 130. L'EHPAD le plus petit accueille 10 personnes alors que le plus grand en accueille près de 400.

Fig32. Distribution des EHPAD des Pays de la Loire selon leur nombre de places autorisées



Source : FINESS au 01/10/2011

La patientèle en EHPAD

L'enquête auprès de l'ensemble des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées (EHPA) est réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales. Ces établissements relèvent soit du secteur social (maisons de retraite, logements foyers, établissements d'hébergement temporaire, établissements expérimentaux pour personnes âgées), soit du secteur sanitaire (établissements de soins de longue durée, établissements ayant une autorisation de discipline sanitaire « soins de longue durée »). Cette enquête apporte des informations exhaustives sur l'activité et le personnel de ces établissements. Elle permet également de mieux connaître le profil des personnes accueillies dans ces structures, notamment leur état de santé.

La dernière enquête EHPA réalisée auprès de ces établissements concerne l'année de 2007. La prochaine enquête aura lieu en 2012.

Les **Groupes Iso-Ressources (GIR)** correspondent au degré d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Il existe six GIR : le GIR 1 correspond à une dépendance très forte, le GIR 6 à une autonomie complète. Seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le **Gir Moyen Pondéré (GMP)** mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Plus le GMP d'un établissement est élevé plus la dépendance des résidents est forte.

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

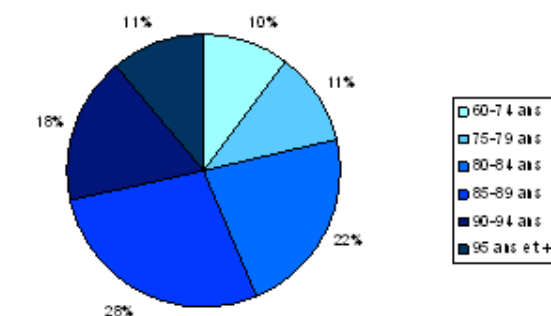
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ 80 % des résidents en EHPAD ont plus de 80 ans

En 2007, selon l'enquête EHPA, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la région accueillent près de 41 000 personnes. La moitié de la patientèle accueillie est constituée d'octogénaire, 80 % des personnes ont plus de 80 ans et 60 % ont plus de 85 ans (fig33).

L'enquête EHPA 2007 confirme que l'âge d'entrée en établissement est en recul : il est de 83 ans en moyenne (en 2007).

Fig33. La répartition des résidents en EHPAD selon leur âge
Pays de la Loire



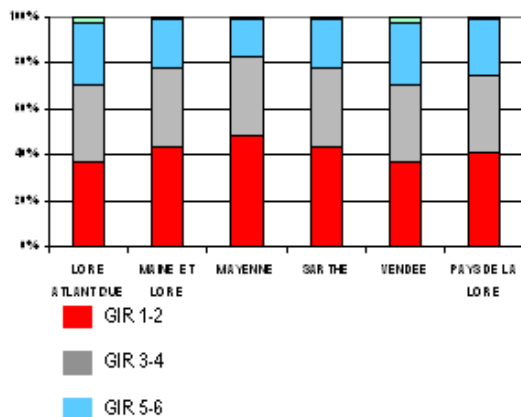
Source : EHPA 2007

■ Moins de la moitié des personnes accueillies en EHPAD sont en GIR 1 et 2

En 2007, la patientèle en EHPAD est constituée à 40 % de personnes ayant un GIR 1 ou 2, 35 % de GIR 3 ou 4 et 25 % de GIR 5 ou 6 (fig34).

La répartition selon le GIR des personnes accueillies en EHPAD varie légèrement par département. La Loire Atlantique et la Vendée ont une structure de patientèle très proche avec 37 % de GIR 1 ou 2 et 27 % de GIR 5 ou 6. Les autres départements accueillent pour plus de 40 % de leur patientèle des GIR 1 ou 2. C'est en Mayenne que les GIR 1 et 2 sont les plus représentés dans les EHPAD (48 %) et que les GIR 5 et 6 sont les moins présents (16 %).

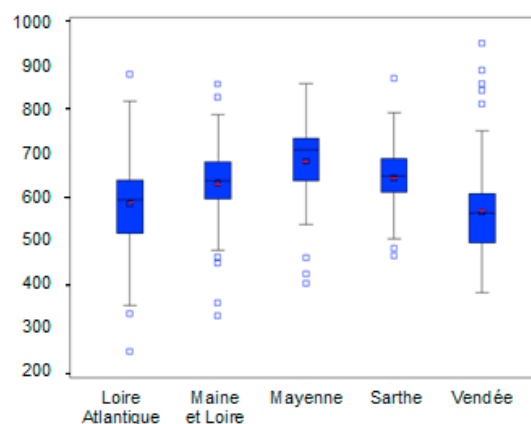
Fig34. Répartition des personnes selon leur GIR
Pays de la Loire



Source : EHPA 2007

La moyenne des GMP attribués aux EHPAD des Pays de la Loire est 610 (fig35). Conformément à la différence de la répartition par GIR constatée par département, c'est en Mayenne que le GMP moyen est le plus élevé (683). La distribution des EHPAD de la Sarthe selon leur GMP ressemble à celle du Maine et Loire (avec des moyennes respectives de 644 et 633). Enfin, la Loire Atlantique et la Vendée ont les établissements avec les plus faibles GMP (les moyennes respectives sont de 585 et 567). Les profils de ces deux départements sont comparables quant à la répartition des EHPAD selon le GMP.

Fig35. Distribution des EHPAD des Pays de la Loire selon le GMP



Source : ARS/DAS au 01/01/2011

Les services de soins infirmiers a domicile

Les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** font partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles (article L. 312, 6° et 7°). Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, et depuis 2004 aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, des soins infirmiers et d'hygiène générale et apportent également des aides à l'accomplissement des actes

essentiels de la vie quotidienne. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement ou bien en raccourcissant certains séjours hospitaliers. À ce titre, ils interviennent principalement au domicile des patients mais aussi, plus rarement, dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour personnes adultes handicapées.

■ Un taux d'équipement en SSIAD équilibré dans tous les départements ligériens

Ces dernières années, la région a renforcé l'offre en services de soins infirmiers à domicile dans tous les départements.

Le Maine-et-Loire, qui était en retard comparative-ment aux autres départements de la région, a quasiment rattrapé le niveau d'équipement régional. Il dispose de 20,4 places de SSIAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, alors que le département le mieux doté est la Loire Atlantique avec 21,1 (fig36).

Fig36. Places autorisées en SSIAD
Pays de la Loire

SSIAD	44	49	53	72	85	PDL
Places autorisées	2 087	1 379	625	1 137	1 252	6 480
Taux d'équipement	21,1	20,4	21,0	20,9	20,7	20,8

Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

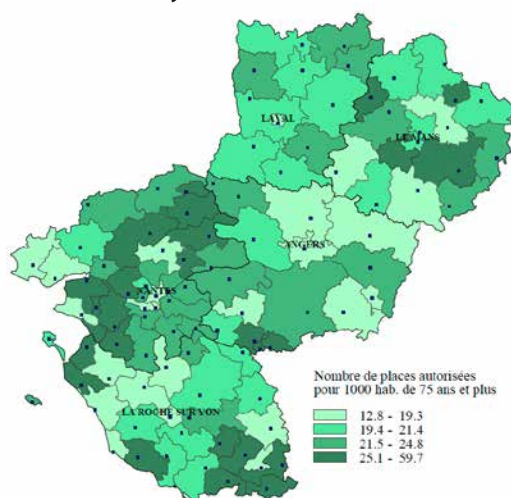
■ Un taux d'équipement en SSIAD plus hétérogène selon les zones d'intervention

Les zones d'intervention des SSIAD les mieux dotés sont situées au sud-est de la Vendée, au sud du Maine et Loire, au sud du Mans et toute la banlieue ouest et nord de Nantes (fig37).

Les zones d'intervention des SSIAD les moins dotés sont situées à la Roche sur Yon et dans sa banlieue nord et ouest, à Angers et au nord d'Angers, à Nantes et sur la côte de la Loire Atlantique.

La Mayenne est le département ayant les zones d'intervention les plus homogènes. La répartition des places de SSIAD est en adéquation avec la répartition des habitants de 75 ans et plus.

Fig37. Taux d'équipement en SSIAD par zone d'intervention
Pays de la Loire



Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2007

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

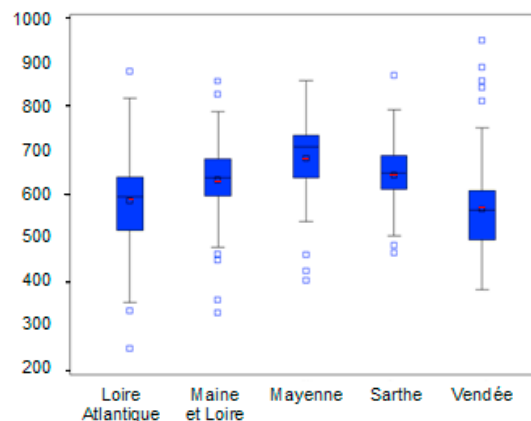
■ Des tailles de SSIAD variables selon les départements

Les places de SSIAD en Pays de la Loire sont réparties sur 110 structures (fig38). Leur capacité moyenne autorisée est de 59 places mais la moitié de ces structures ont une capacité inférieure à 51 places ($\frac{1}{4}$ ont moins de 35 places et les $\frac{3}{4}$ ont moins de 66 places). 5 % des SSIAD ont moins de 22 places autorisées et 5 % ont plus de 117 places. Le plus petit SSIAD accueille 5 personnes âgées alors que le plus important en accueille 327.

Les SSIAD du Maine et Loire sont ceux qui ont le plus grand nombre de places autorisées. La moitié des structures peut accueillir plus de 65 personnes.

Les SSIAD ayant les plus petites capacités sont implantés en Vendée et en Loire Atlantique. En effet, même si le nombre moyen de places en Loire Atlantique est de 65, la moitié des SSIAD ont moins de 45 places autorisées. En Vendée, 13 des 27 SSIAD sont au-dessous des 40 places autorisées.

Fig38. Distribution des SSIAD des Pays de la Loire selon leur nombre de places autorisées



Source : FINESS au 01/10/2011

NB : Pour améliorer la lisibilité, le graphe est tronqué à 200 places maximum (un SSIAD de Loire Atlantique n'est pas représenté).

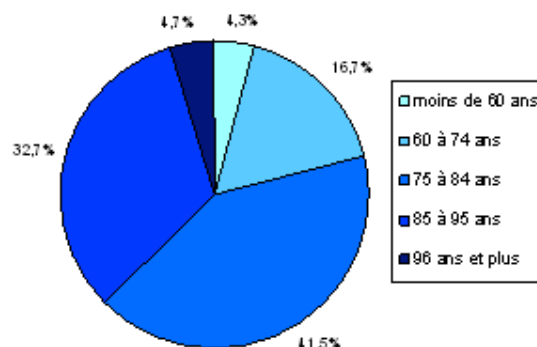
La patientèle en SSIAD

L'enquête auprès de l'ensemble des Services de Soins À Domicile (enquête SSIAD) est réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Cette enquête apporte des informations exhaustives sur l'activité et le personnel de ces établissements. Elle permet également de mieux connaître le profil des personnes accueillies dans ces structures, notamment leur état de santé.

■ 80 % des personnes prises en charge en SSIAD ont plus de 75 ans

Sur l'ensemble des personnes différentes prises en charge dans la région des Pays de la Loire en 2008, près de 80 % d'entre eux sont âgés de 75 ans et plus et un peu moins de 40 % ont plus de 85 ans (fig39). Les moins de 60 ans représentent 4,4 %. La répartition régionale par tranche d'âge diffère peu de la répartition nationale.

Fig39. La répartition des résidents en SSIAD selon leur âge
Pays de la Loire



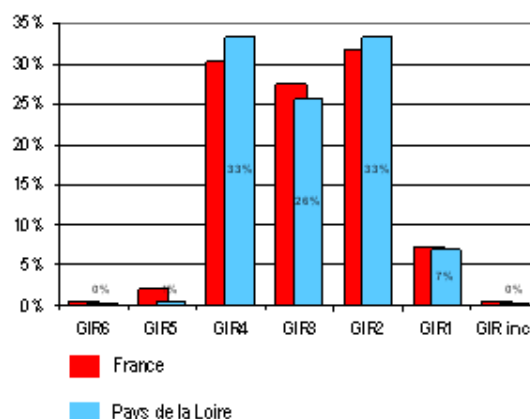
Source : Enquête SSIAD 2009

■ **60 % des personnes prises en charge dans un SSIAD de la région est en GIR 3 ou 4**

La patientèle en SSIAD est constituée à 40 % de personnes ayant un GIR 1 ou 2 et 60 % de GIR 3 ou 4 (fig40).

La répartition selon le GIR des personnes accueillies en SSIAD est comparable à celle de la France métropolitaine.

Fig40. Répartition des personnes selon leur GIR
Pays de la Loire

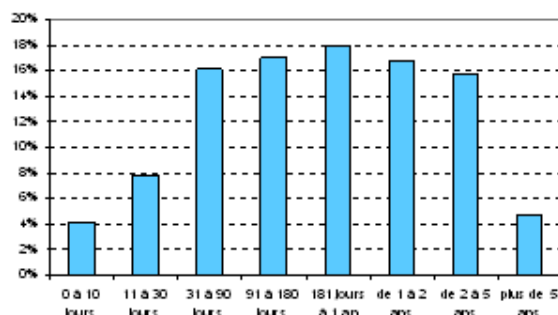


Source : Enquête SSIAD 2009

■ **Plus de 37 % des personnes prises en charge dans un SSIAD y sont depuis au moins un an**

Sur la période de l'enquête, 20 % des bénéficiaires étaient pris en charge depuis plus de 2 ans (fig41), 37 % depuis au moins 1 an, 55 % depuis au moins 6 mois. Ces ratios sont similaires quelque soit la catégorie de bénéficiaires considérée et sont proches de la moyenne nationale.

Fig41. Distribution du temps de pris en charge d'une personne
Pays de la Loire



Source : Enquête SSIAD 2009

Complémentarité de l'hébergement médicalisé et des soins à domicile

En Pays de la Loire, les données du recensement de la population INSEE indiquent que sur 175 000 personnes âgées de plus de 80 ans, 40 % vivent seules

à leur domicile (environ 70 000) et 19 % vivent en établissement (environ 33 000).

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

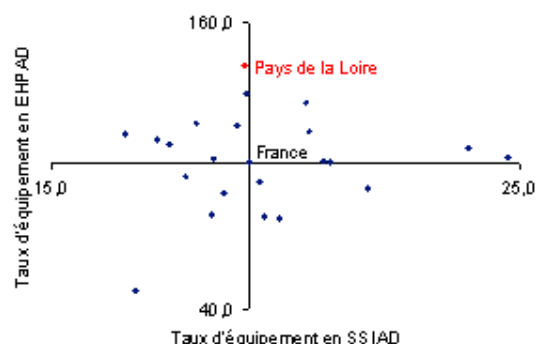
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ C'est la région de France la mieux équipée en places d'EHPAD et une région moyennement équipée en places de SSIAD

Au 1^{er} janvier 2010, le taux d'équipement en EHPAD de la région est d'environ 40 % supérieur au taux national : 142 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans en Pays de la Loire contre 101 en France métropolitaine (fig42) ce qui en fait la région la plus équipée en places médicalisées par habitant de plus de 75 ans.

Au 1^{er} janvier 2010, le taux d'équipement en SSIAD de la région est quasiment identique au taux national (19 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans). Les Pays de la Loire sont la 12^{ème} région de France en places de SSIAD par habitant de plus de 75 ans.

Fig42. Croisement des taux d'équipement en places médicalisées et places de SSIAD par région



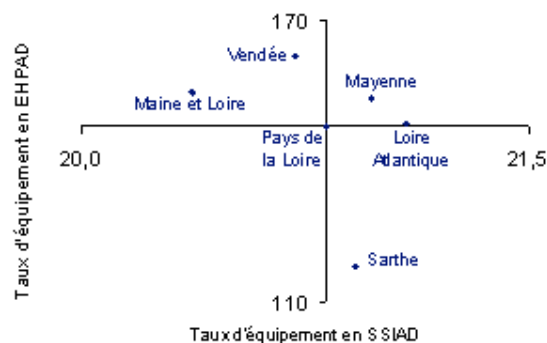
Source : STATISS 2010

■ Les 5 départements de la région sont bien dotés

Globalement, les départements des Pays de la Loire sont bien équipés en places médicalisées. Chaque département a un taux supérieur à celui du national. La Sarthe qui est le département le moins bien doté de la région reste 17 % au-dessus du taux national (fig43).

L'équipement des places de SSIAD étant homogène d'un département à l'autre dans les Pays de la Loire, ils sont tous comparables au taux national.

Fig43. Croisement des taux d'équipement en places médicalisées et places de SSIAD en Pays de la Loire



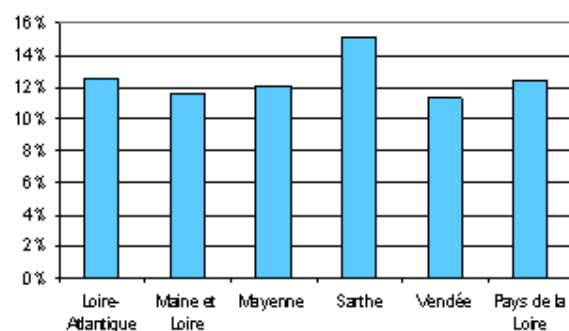
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

■ Une part de l'offre en SSIAD dans l'offre médicalisée inférieure à la moyenne nationale

En Pays de la Loire, le nombre de places de SSIAD pèse un peu plus de 12 % dans l'offre médicalisée pour personnes âgées (fig44). Cette offre représente 16 % au niveau national.

Seule la Sarthe s'approche de la proportion nationale (15 %). Les autres départements de la région sont semblables les uns des autres avec une proportion avoisinant les 12 %.

Fig44. Part des places de SSIAD dans l'offre médicalisée Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

Dispositifs de répit pour les aidants : Hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence de l'aidant, départ en vacances, travaux dans

le logement etc. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile en post hospitalisation.

■ Plus de 1 000 places en Pays de la Loire, dont 23 % non médicalisées

1 028 places d'hébergement temporaire sont implantées en Pays de la Loire. 789 sont médicalisées (soit 77 % des places autorisées) et 239 sont non médicalisées (fig45).

60 % des places d'hébergement temporaire en Mayenne sont médicalisées. Cette proportion est de 70 % en Sarthe et Vendée.

La Loire Atlantique et le Maine et Loire sont les départements ayant les plus fortes proportions de places médicalisées (environ 90 %).

Fig45. Places autorisées en hébergement temporaire
Pays de la Loire

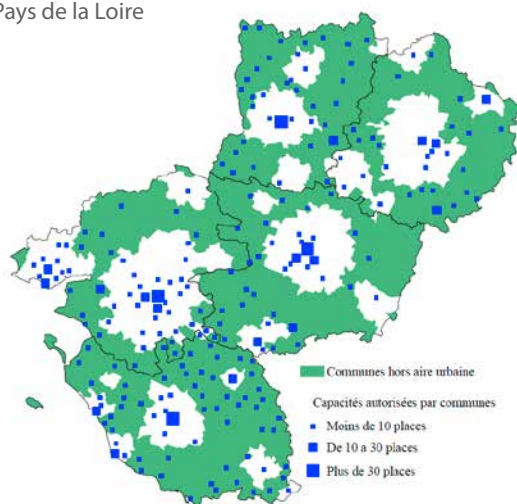
Hébergement temporaire	44	49	53	72	85	PDL
Places autorisées	311	183	132	146	256	1 028
Dont médicalisées	270	161	75	102	181	789
Taux d'équipement	3,1	2,7	4,4	2,7	4,2	3,3
Dont médicalisé	2,7	2,4	2,5	1,9	3,0	2,5

Source : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

■ Une bonne couverture du territoire laissant quelques zones moins bien dotées

Globalement, les places d'hébergement temporaire sont bien réparties sur l'ensemble de la région (fig46). Toutefois, certaines zones apparaissent légèrement déficitaires au regard de la région : le Nord de la Loire Atlantique (Territoires de Châteaubriant, d'Ancenis et Savenay), l'est du Maine et Loire (Territoires de Longué-Jumelles, Doué la Fontaine et Chemillé) et le Nord de la Sarthe (Territoire de Mamers).

Fig46. Communes ayant des places d'hébergement temporaire
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

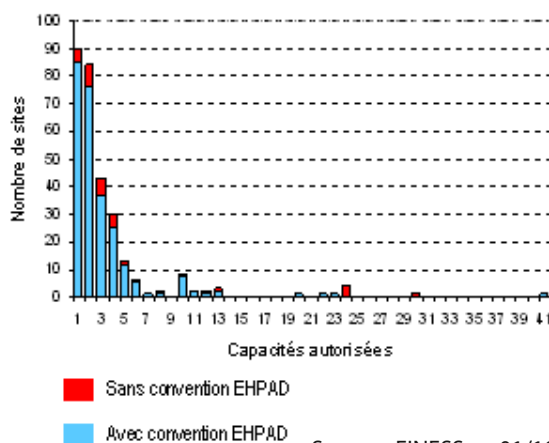
ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

■ Très peu de sites proposent plus de 5 places

Les 1 028 places d'hébergement temporaire sont réparties sur 293 sites (fig47). 75 % des sites n'ont pas plus de 3 places autorisées, 20 % en ont entre 4 et 10 et 5 % en ont au moins 11. En moyenne, les structures ont 3,5 places autorisées d'hébergement temporaire et la plus importante en a 41.

Fig47. Distribution des sites d'hébergement temporaire des Pays la Loire selon leur nombre de places autorisées



Source : FINESS au 01/10/2011

Source : FINESS au 01/10/2011

Dispositifs de répit pour les aidants : Accueil de jour

Les structures d'accueil de jour permettent à des personnes vivant à domicile d'être accueillies sur une courte période (d'une demi-journée à plusieurs jours

par semaine). Ces structures sont soit autonomes soit rattachées à un EHPAD.

■ La majorité des places d'accueil de jour sont rattachées à un établissement

920 places d'accueil de jour sont implantées en Pays de la Loire. 731 sont rattachées à un établissement, soit 80 % des places autorisées et 189 sont dans des structures autonomes (fig48).

Fig48. Places autorisées d'accueil de jour Pays de la Loire

Accueil de jour	44	49	53	72	85	PDL
Structures autonomes	80	38	0	27	44	189
Attaché à un établissement	268	193	50	110	110	731
Taux d'équipement	3,5	3,4	1,7	2,5	2,5	3,0

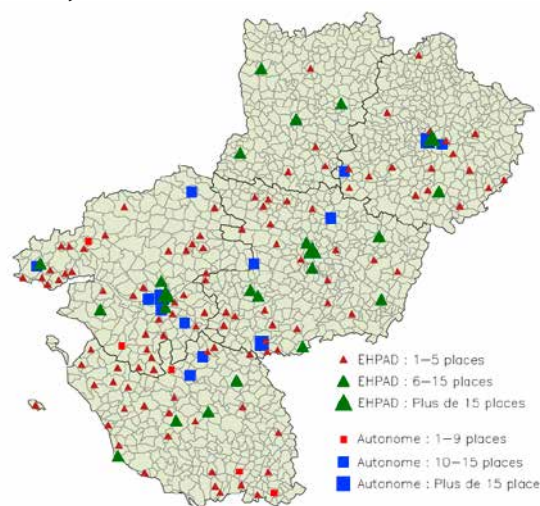
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

■ **L'offre en places d'accueil de jour est inégalement répartie sur le territoire régional**

La Loire Atlantique et le Maine et Loire sont les départements les mieux dotés en places d'accueil de jour avec à peu près 3,5 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

La Mayenne est le département des Pays de la Loire le moins équipé en places d'accueil de jour et aucune structure autonome n'y est implantée (fig49).

Fig49. Communes ayant des places d'accueil de jour Pays de la Loire



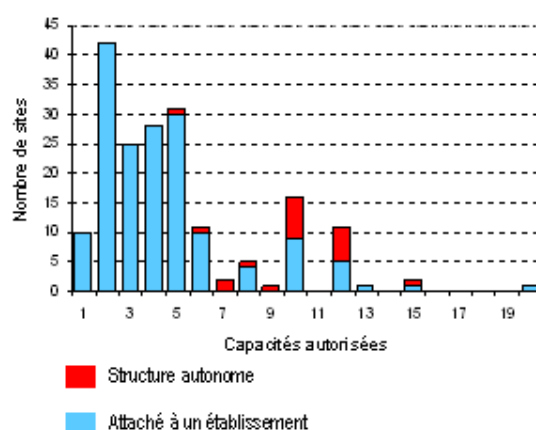
Source : FINESS au 22/04/2011

■ **Un grand nombre de sites n'atteint pas le seuil critique : à savoir au moins 6 places pour une structure attachée à un établissement et 10 pour une structure autonome**

Les 920 places d'accueil de jour sont réparties sur 186 sites dont 20 structures autonomes. 80 % des sites rattachés à un établissement ont moins de 6 places et 30 % des structures autonomes ont moins de 10 places (fig50).

En moyenne, les structures autonomes ont 10 places d'accueil de jour autorisées et les structures rattachées à un établissement en ont 4,3.

Fig50. Distribution des sites d'accueil de jour des Pays de la Loire selon leur nombre de places autorisées



ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Hébergement non médicalisé pour personnes âgées

■ Une répartition de places non médicalisées contrastée à l'intérieur de la région

En Pays de la Loire, 8 700 places d'hébergement pour personnes âgées sont non médicalisées (fig51). Elles représentent 16 % de l'offre en maison de retraite et foyer logement.

La Sarthe et le Maine et Loire sont les départements les plus dotés en places d'hébergement non médicalisé. Leur taux d'équipement sont respectivement de 44 et 39 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. En Sarthe, 29 % de l'offre en maison de retraite et foyer logement est non médicalisée (20 % en Maine et Loire et 16 % sur la région).

Fig51. Répartition des places autorisées non médicalisées
Pays de la Loire

Non EHPAD	44	49	53	72	85	PDL
Foyer logement	995	2 622	296	1 756	484	6 153
Maison de retraite	1 163	0	71	654	642	2 530
Taux d'équipement	22	39	12	44	19	28

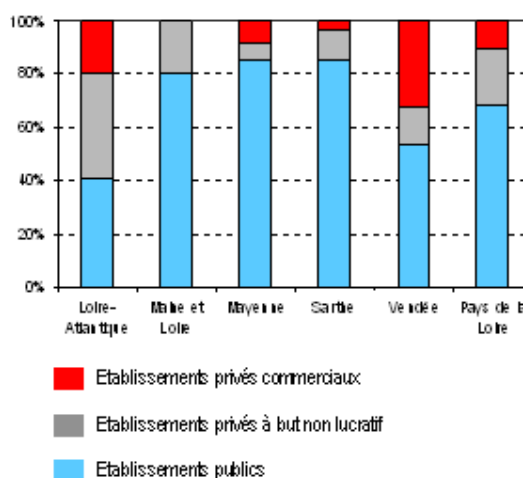
Sources : FINESS au 01/10/2011, INSEE recensement 2008

■ Une répartition des places selon le statut de l'établissement différenciée selon les départements

Sur la région, près de 70 % des places d'hébergement non médicalisé pour personnes âgées sont dans des établissements publics, 20 % sont dans établissements privés à but non lucratif et 10 % en établissements privés commerciaux (fig52).

La taille du secteur public varie d'un département à l'autre. Il représente un peu plus de 80 % des places dans les départements de la Mayenne, de la Sarthe et du Maine et Loire, 54 % en Vendée et seulement 40 % en Loire Atlantique.

Fig52. Répartition des places non EHPAD selon leur statut
Pays de la Loire



Source : FINESS au 01/10/2011

FOCUS : Plan Alzheimer

Pour adapter l'accueil en établissement (EHPAD et USLD) à la spécificité de la maladie, deux types de dispositifs sont créés : les PASA et les UHR. Ces dispositifs visent à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Leur objectif est d'apporter un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles moyens et sévères du comportement, tout en ayant une approche globale qui doit être induite par le projet d'établissement, notamment en ce qui concerne l'environnement.

Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins.

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) accueillent, nuit et jour, sous forme de petites unités, des résidents ayant des troubles sévères du comportement. Elles sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

>>>

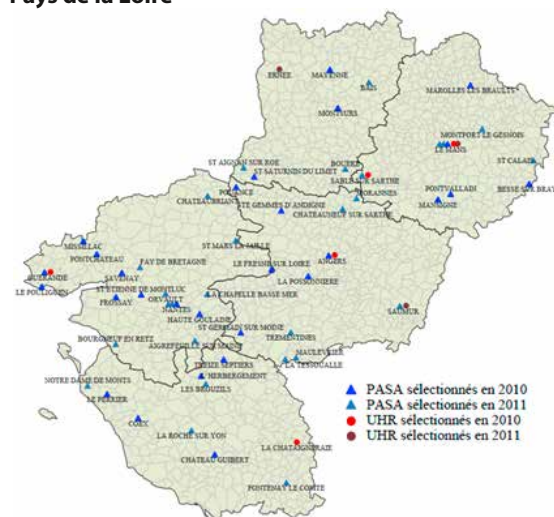
>>>

Fig53. Places autorisées Alzheimer
Pays de la Loire

	44	49	53	72	85	PDL
Accueil de jour	291	229	30	63	108	721
Hébergement temporaire	44	61	98	18	22	243
Hébergement EHPAD	803	328	50	540	664	2 385
SSIAD	20	30	10	10	10	80

Sources : FINESS au 01/10/2011

Fig54. Répartition des PASA et UHR
Pays de la Loire



Source : ARS/DQE au 01/10/2011

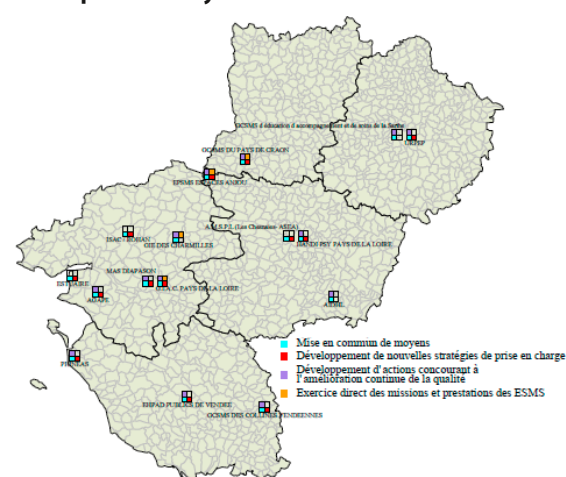
FOCUS : Structures de coopération entre ESMS

Le développement de la coopération entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux a été réaffirmé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Parmi les modalités ouvertes, sont visés les GIE (Groupement d'Intérêt Économique), les GIP (Groupement d'Intérêt Public), les groupements d'employeurs et les GCSMS (Groupements de Coopération Sociale et Médico-sociale).

Le GCSMS permet à ses membres d'organiser et de formaliser la coopération et le partenariat. Cela va de la simple mise en commun de moyens, à la gestion d'un personnel à temps partagé jusqu'à l'exercice des missions des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Fig55. Champ d'intervention des structures
de coopération Pays de la Loire



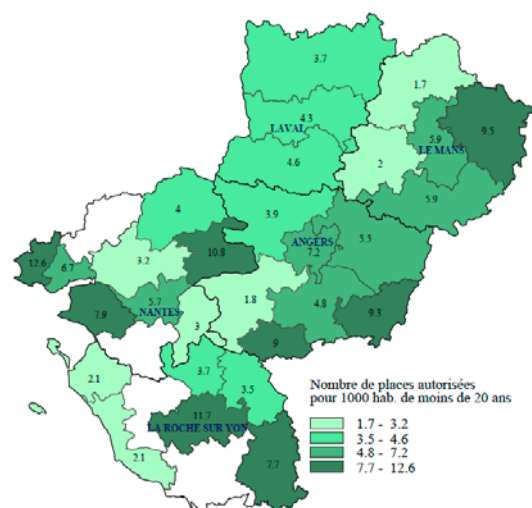
Source : ARS/DQE au 01/10/2011

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX DE LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

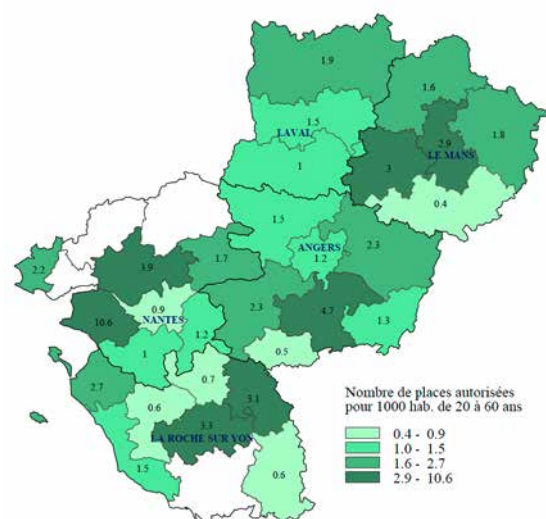
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN PAYS DE LA LOIRE

Taux d'équipement infra départementaux

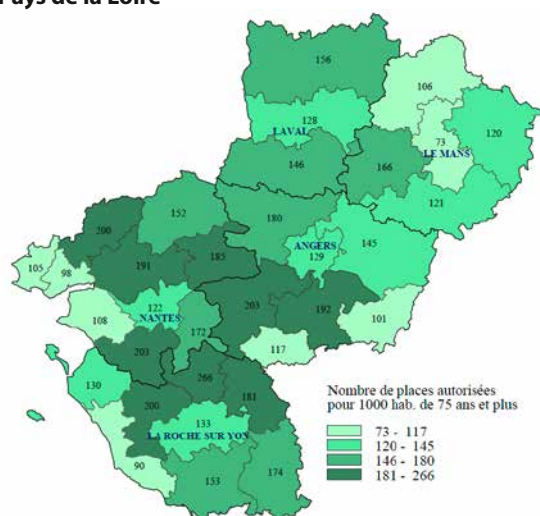
**Fig56. Taux d'équipement en IME/IEM/ITEP/EEAP
Pays de la Loire**



**Fig57. Taux d'équipement en MAS/FAM
Pays de la Loire**



**Fig58. Taux d'équipement en EHPAD
Pays de la Loire**



**Fig59. Taux d'équipement en Hébergement temporaire
Pays de la Loire**

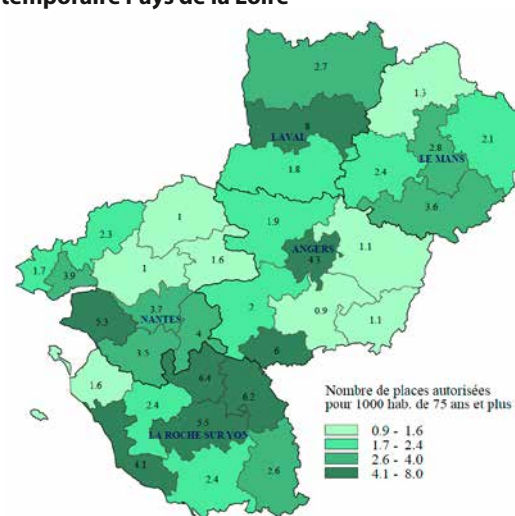
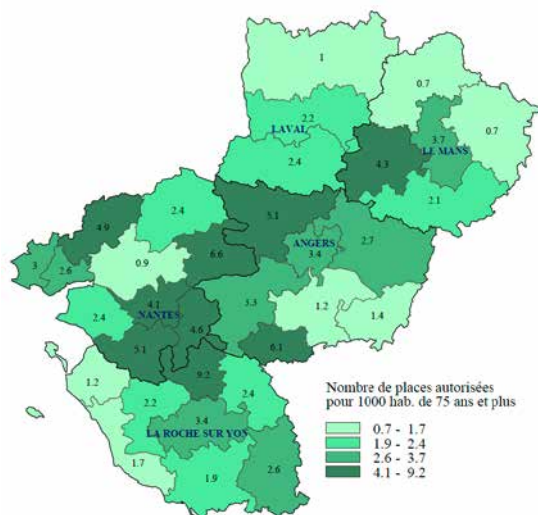


Fig60. Taux d'équipement en Accueil de jour Pays de la Loire



Sources : FINESS 2011, INSEE recensement 2007

Territoires infra départementaux d'observation

■ Méthodologie

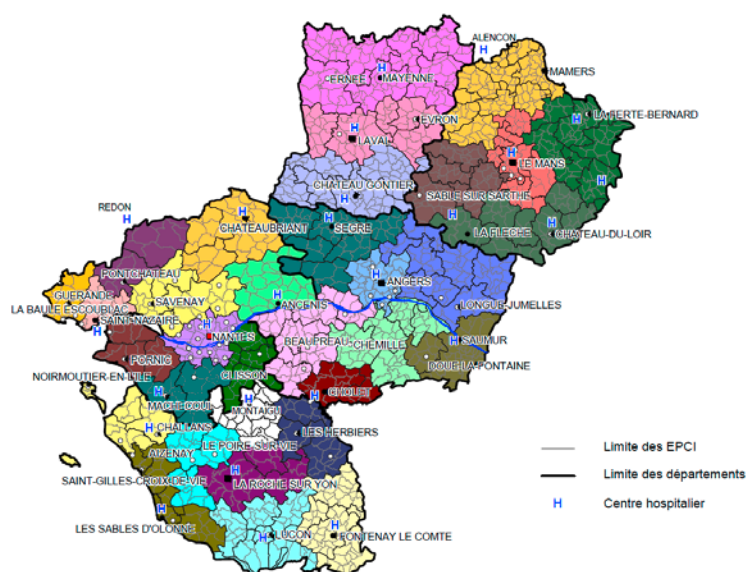
Le Département Observation et Analyses de l'Agence Régionale de Santé a travaillé, en partenariat avec l'INSEE, à la définition d'un zonage infradépartemental d'observation, permettant d'engager une étude sur des projections de personnes âgées dépendantes.

Le premier objectif de ce zonage est de pouvoir répondre à des besoins d'observation fine dans tous les champs d'observation en lien avec la santé : démographie, épidémiologie, données de professionnels de santé, hospitalières, sociales et médico-sociales. Leur taille, suffisamment bien calibrée en termes de population concernée (toutes plus de 50 000 habitants), permet d'assurer une bonne significativité des données.

Ce travail a été mené en concertation avec les délégations territoriales de l'ARS en début d'année 2011. Il croise des approches de coordination des politiques publiques existantes (regroupement d'EPCI) et une logique de bassins de vie (recours à un hôpital de proximité).

Ce zonage permettra à l'ARS de fournir régulièrement des statistiques et analyses détaillées en termes d'observation : des indicateurs de santé ont déjà été publiés en octobre 2011 et font apparaître les spécificités territoriales au sein de chaque département de la région.

De même, les priorités du PRIAC pourront être éclairées à l'aune de cet état des lieux médicosocial de l'offre qui sera approfondi à l'infradépartemental. Une publication sur les projections de personnes âgées dépendantes, en partenariat avec l'INSEE, sera également disponible en février 2012.



GLOSSAIRE

■ Compétences psychosociales

Aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement (OMS 1993)

■ Consultation avancée équipes mobiles

Les consultations avancées sont des consultations spécialisées qui réalisent des diagnostics et/ou des prises en charge dans les services de proximité (maisons de santé pluri-professionnelles, hôpitaux locaux, ...), dans les situations où les médecins de premier recours ont besoin d'un appui technique et spécialisé. Elles peuvent être organisées en téléconsultation. Les équipes mobiles, sont des équipes pluri-professionnelles, spécialisées sur une pathologie ou une thématique. Rattachées à une structure hospitalière, elles interviennent au sein des autres services de l'hôpital mais aussi en proximité auprès des professionnels de premier recours qui les sollicitent.

■ Continuité des soins

Le principe de continuité des soins a pour objectif d'assurer à l'ensemble des concitoyens un accès aux soins 24H/24.

D'un point de vue administratif, elle se distingue de la permanence des soins, qui répond à des critères précis de santé et d'horaire

■ Contrat local de santé

Ces contrats prévus par la loi HPST et conclus entre l'Agence et les collectivités territoriales, visent la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.). Ils concernent les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Ils peuvent également associer d'autres acteurs de la santé volontaires.

■ Coordonnateur

Professionnel dont la compétence première est sanitaire ou médico-sociale, désigné pour être responsable de la coordination des acteurs participant :

- au bon déroulement du parcours de soins d'un patient
- à la réalisation du projet de vie d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge.

■ Crédits GEM (groupes d'entraide mutuelle)

Crédits destinés spécifiquement à la création de groupes d'entraide mutuelle

■ Crédits flèches

Crédits réservés et affectés et décidés nationalement pour des dépenses spécifiques prévues par exemple dans le cadre de plans comme le plan Alzheimer

■ Dossier médical personnel (DMP)

Le Dossier Médical Personnel est un dossier médical, informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il permet au patient et aux professionnels de santé autorisés, de partager, partout et à tout moment, les informations de santé (antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations, résultats d'examen complémentaires) utiles à la coordination des soins du patient. (Source : <http://www.dmp.gouv.fr>)

■ Dossier unique d'inscription

C'est un dossier type formalisant une demande d'entrée en EHPAD, et valable pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées dans la région. Il pourrait à terme permettre une gestion centralisée des listes d'attente.

■ Éducation pour la santé

Composante de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé est un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions de développement de leurs capacités vis à vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. Il s'agit de l'éducation « pour » la santé de la personne ou de la population elle-même, telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la construire, et non pas seulement telle que la projettent les professionnels ou les autorités extérieures.

■ Éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient a pour objectif d'aider les patients atteints de maladie chronique (et leur famille) à comprendre la maladie et son traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'ETP, qui fait partie intégrante de la prise en charge du patient, comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. (Source : OMS et HAS)

■ Enveloppes anticipées

Autorisation d'engagement de crédits notifiés par la caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) correspondant au financement des mesures nouvelles de création de places prévues et revues chaque année pour les trois années suivantes.

■ Enveloppe médicalisation

Crédits spécifiques de la caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie attribués par l'ARS au cadre de signature de convention tripartites pour la médicalisation des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

■ Filière / réseau

■ **Filière** : Une « filière de soins » c'est la trajectoire des patients telle que l'on peut la décrire a posteriori ou telle que l'on peut essayer de l'infléchir par des mesures soit incitatives, soit réglementaires ou législatives. Cette filière est caractérisée par :

- les intervenants successifs
- la nature des soins apportés par chacun d'entre eux
- les règles de progression du patient entre ces divers intervenants

(...) L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte rendu. (Source : Université de Rennes – 2002)

■ **Réseau** : Groupement d'individus, d'organisations et d'organismes structuré de façon non hiérarchique autour de questions ou de préoccupations communes, qui font l'objet d'une action préventive et systématique reposant sur une volonté d'agir et la confiance (Source : OMS – glossaire de la promotion de la santé – 1999)

■ Gestionnaire de cas

Professionnel de l'accompagnement dont la mission est d'assurer le suivi et la coordination de l'ensemble des interventions (des secteurs sanitaire, social et médico-social) mises en place au profit, dans les situations les plus complexes, d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge.

Le gestionnaire de cas assure la continuité informationnelle et relationnelle. Il prend en compte l'ensemble des problématiques de la personne et doit garantir une réponse harmonisée complète et adaptée (cf. plan Alzheimer).

■ Indicateur de ressources (ou de moyens)

Les indicateurs de ressources informent sur les moyens financiers, humains, matériels, organisationnels ou réglementaires utilisés (...) pour la mise en œuvre du programme. (Communauté européenne, MEANS, Évaluer les programmes socio-économiques, Volume 2 – Choix et utilisation des indicateurs pour le suivi et l'évaluation, 1999, 261 p)

■ Indicateur d'action

Les indicateurs d'actions mesurent le type d'utilisation des ressources pour parvenir à des réalisations. Ils attestent du travail mené pour produire des réalisations spécifiques

■ Indicateur de réalisation

Les indicateurs de réalisations représentent le produit de l'activité des opérateurs.

Ils permettent de déterminer si une action est « réalisée / en cours / à faire » (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Kit méthodologique, sur le suivi et l'évaluation du projet régional de santé (PRS), Septembre 2011)

■ Indicateur de résultat

Les indicateurs de résultats représentent les avantages immédiats du programme (ou exceptionnellement les inconvénients immédiats) pour les destinataires directs.

■ Indicateur d'impact

Les indicateurs d'impacts représentent les conséquences du programme au-delà de son interaction directe et immédiate avec les destinataires.

On distingue deux catégories d'impact : ceux selon qui s'attachent aux conséquences qui apparaissent ou perdurent à court ou moyen terme **chez les destinataires directs du programme** (impacts spécifiques), et ceux qui affectent à court ou moyen terme des **personnes ou organismes qui ne sont pas destinataires directs**

Les impacts inattendus (retombées) sont rarement développés.

(Communauté européenne, MEANS, Évaluer les programmes socio-économiques, Volume 2 – Choix et utilisation des indicateurs pour le suivi et l'évaluation, 1999, 261 p.)

■ Inégalités de santé

Différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux. Les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux :

- caractéristiques biologiques des individus,
- comportements et styles de vie personnels,
- influences des groupes sociaux,
- facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé...),
- conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société

GLOSSAIRE

■ Maintien à domicile / Vie à domicile

Sachant que le droit de chacun à choisir son lieu de vie doit être affirmé, la notion de maintien à domicile d'une personne recouvre non seulement son domicile personnel ou le domicile de son aidant, mais aussi le domicile collectif ou accompagné dans lequel cette personne a choisi de vivre (dans la limite de ses capacités). On préférera le terme de « vie à domicile »

■ Maladie chronique

Maladie qui se déroule sur un long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient (Source : Glossaire européen en santé publique)

■ Mesures nouvelles sous réserve de notifications futures

Prévision de créations de places sous réserve des notifications futures par la CNSA d'enveloppes dont le montant n'est pas connu à ce jour. (le financement de ces créations de places n'est donc pas assuré)

■ Mortalité prématurée

Décès survenus avant 65 ans (Source : IRDES – définitions des indicateurs d'état de santé)

■ Réponse graduée :

■ Niveau de proximité / Niveau de recours / Niveau de référence ou d'expertise

Dans le cadre de la réponse graduée telle qu'organisée dans le PRS Pays de la Loire

■ **Le niveau de proximité** est le niveau où s'organise la réponse en proximité aux besoins de santé de la population. Il relève d'une approche globale de la personne, tant sur le plan des soins de premier recours, polyvalents, que sur celui de la prévention, de l'accompagnement, de la réinsertion et de la réadaptation.

■ **Le niveau de recours** concerne la prise en charge des personnes dont la pathologie nécessite une réponse spécialisée, technique, des compétences multidisciplinaires, des plateaux techniques d'exploration, ...

■ **Le niveau de référence** ou d'expertise 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.

■ Parcours de vie / Parcours de soins

■ **Le parcours de vie individuel** est composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familiale, associative, etc. (Elder, 1998). Dans ce domaine, l'objectif du PRS est la bonne prise

en compte de l'ensemble de ces axes dans le respect du souhait de l'intéressé et en tenant compte de ses capacités.

■ **Le parcours de soins** peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire depuis l'apparition de la maladie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. Chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, en fonction de sa maladie et par la spécificité de sa situation caractérisée par ensemble des composantes humaines, culturelles, sociologiques le concernant. (Viviane CAILLAVET-BACHELLEZ, « le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire » - EHESP septembre 2010)

■ Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, placées au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Elles ont pour mission de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles les accompagnent également dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

■ Permanence des soins

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. (Source : Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, Charles DESCOURS, janvier 2003)

La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique qui s'impose au praticien vis-à-vis de sa patientèle.

■ Personne en situation de handicap quel que soit l'âge

Dans le cadre du PRS Pays de la Loire, la notion de « personne en situation de handicap quel que soit l'âge » s'entend pour tout individu souffrant d'une limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société, ou de dépendance, subie dans son environnement raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou

psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

■ Plan blanc élargi

Plan coordonnant au niveau départemental l'ensemble du système de santé en vue de la gestion d'un évènement qu'un établissement de santé seul ne pourrait maîtriser. Il permet la mobilisation, si nécessaire par réquisition, de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ce type d'évènement.

■ Premier recours / Second recours / secteur ambulatoire

■ La loi HPST prévoit que les **soins de premier recours**, ainsi que la prise en charge continue des malades en proximité concernent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. (Source : Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)

■ **Les soins de second recours** sont les soins qui, en raison de leur complexité, ne peuvent être pris en charge par les médecins généralistes et de ce fait sont assurés par les médecins spécialistes (Source : Sénat, rapport n°380, 2009)

■ **Secteur ambulatoire ou « soins de ville »** : Il s'agit de tous les soins (préventifs et curatifs) dispensés à un patient non hospitalisé par les professionnels libéraux et les centres de santé.

■ Prévention

La prévention se définit « non seulement comme l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de leur santé » (Pr SAN MARCO, Mme FERRON, « Agences Régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé », INPES novembre 2009)

On distingue actuellement trois types de prévention (qui remplacent les anciennes notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire) :

■ **prévention universelle** destinée à l'ensemble de la population (promotion de la santé, éducation pour la santé, sécurité sanitaire...)

■ **prévention sélective ou prévention orientée** vers des sous-groupes en fonction des risques spécifiques auxquels ils sont exposés (veille et alertes sanitaires, vaccination, dépistage de pathologies)

■ **prévention indiquée** ou ciblée pour les patients ou personnes en perte d'autonomie (éducation thérapeutique, association soins/prévention)

■ Professionnel de santé

Tous les prestataires de soins médicaux-et paramédicaux, travaillant dans le cadre du système de santé relevant du champ sanitaire et médico-social ainsi que les autres fournisseurs de soins (d'après l'Organisation mondiale de la Santé, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève 2001, Équipe Classification, Évaluation, Enquêtes et Terminologie)

■ Projet de vie

Le projet de vie a vocation à intégrer la globalité des informations relatives à une personne en situation de handicap quel que soit son âge : données socio-culturelles, psychosociales, capacités physiques et psychiques, entourage, conditions de vie, expression des besoins et des souhaits de la personne et de son entourage. Il identifie, à partir de ce tableau global, les options les plus conformes aux envies de l'intéressé, compatibles avec les différentes contraintes existantes.

■ Projet personnalisé

Document prévu par la loi de 2005, élaboré pour toute personne suivie ou prise en charge dans un établissement ou service médico-social et destiné à organiser en lien avec ses souhaits de l'intéressé et ceux de sa famille le projet de vie de l'intéressé. Il intègre, dans sa construction, la vie passée de la personne, ses valeurs, ses compétences, son histoire, ses appétences

■ Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci. Définie par la Charte d'Ottawa en 1986, elle s'organise en un certain nombre d'axes stratégiques susceptibles de permettre aux personnes et aux groupes d'améliorer leur santé : élaborer une politique publique de santé, créer des milieux favorables, protéger l'environnement, renforcer l'action communautaire, développer les attitudes personnelles, réorienter les services de santé.

■ Redéploiement

Utilisation d'une enveloppe de crédits devenus disponibles pour une affectation différente de celle prévue lors de l'autorisation d'engagement parce qu'elle n'a pas pu être dépensée comme prévu (projet avorté par exemple)

GLOSSAIRE

■ Référent

Le référent, régulièrement présent auprès d'une personne en situation de handicap quel que soit l'âge, est susceptible d'assurer la transmission des informations et leur retour à l'intéressé pour faciliter l'adéquation et la compréhension de la prise en charge par les différents professionnels impliqués. En fonction de la situation, il peut s'agir de l'aidant, d'un membre de la famille, d'un proche ou d'un voisin.

■ Régulation

La régulation est un acte médical qui gère la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel. Elle comprend l'analyse de la demande, la détermination et le déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée, le suivi et la mise en œuvre de cette réponse et l'orientation vers un hôpital ainsi que la préparation de son accueil

(Source : CHRU Strasbourg)

Elle s'applique également aux appels médicaux non urgents lorsqu'il s'agit d'orientation vers la réponse la plus appropriée.

■ Sécurité sanitaire

Ensemble des programmes, décisions et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et définis à ce titre comme relevant des pouvoirs publics et de leur régulation.

■ Soin non programmé / Urgence

On entend par « **soins non programmés** » l'ensemble des demandes de soins qui ne font l'objet d'aucune anticipation. Elles correspondent aux demandes pour lesquelles le patient estime avoir besoin de voir un médecin quelle que soit l'heure et quel que soit le motif de sa venue (urgence ou non).

Est considérée comme « **une urgence** » toute situation non prévue, qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et exigeant la mobilisation rapide d'un médecin. (Source : CNAMTS)

■ Territoire

■ **Territoire de santé** : En région pays de la Loire, c'est le département (cf. arrêté ARS du 5 octobre 2010)

■ **Territoire de proximité** : c'est une zone géographique restreinte que l'ARS détermine comme cadre pertinent de l'organisation de la réponse à un besoin. Ce cadre est susceptible de varier en

fonction du champ concerné : soins ambulatoires, permanence des soins, prises en charge médicales et médico-sociales pour les personnes handicapées quel que soit leur âge.

■ **Territoire de premier recours** : c'est une zone géographique restreinte qui garantit à tous les malades et usagers, l'accès à proximité de leur lieu de vie ou de travail, à :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ;
- la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ;
- en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ;
- l'éducation pour la santé

(Source : États Généraux de l'Organisation de la Santé, 2008)

■ Veille sanitaire

Ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce. (Source : La veille et l'alerte sanitaires en France. Institut de veille sanitaire, 2011)

■ Zone de défense

La zone de défense est un échelon administratif spécialisé, voué à trois missions :

- l'élaboration des mesures non militaires de défense et la coopération avec l'autorité militaire (la circonscription militaire de défense coïncide avec la zone) ;
- la coordination des moyens de sécurité civile ;
- l'administration d'un certain nombre de moyens de la police nationale et de moyens des transmissions du ministère de l'Intérieur.

La « zone de défense et sécurité ouest » regroupe les régions de Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie, Haute-Normandie et Centre. C'est le directeur général de l'ARS de Bretagne qui coordonne l'action des autres ARS, services et organismes relevant du ministère chargé de la santé, implantés dans la zone Ouest.

■ Taux de diversification

Nombre de places en service / nombre total de place
ce taux permet d'apprécier la part de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire par rapport à l'offre en institution

■ Agenda 21 local

Guide de mise en œuvre du développement durable pour le 21^{ème} siècle établi lors de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement en 1992 à Rio De Janeiro. Ce guide affirme le rôle essentiel qui revient aux territoires et aux collectivités locales en matière de développement durable. À chaque niveau de collectivité, revient la responsabilité d'élaborer, pour son territoire, et de mettre en œuvre, un programme d'action répondant aux principes de l'Agenda 21. En France, un cadre de référence national des projets territoriaux de développement durable a été adopté en 2006, élaboré en concertation avec les autres ministères, les associations d'élus et les collectivités locales, a permis de donner un cadre et une définition commune aux agendas 21 locaux.

GLOSSAIRE

LES MÉTIERS DE LA SANTÉ

Source : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

■ Professions médicales et pharmaceutiques

- Anesthésiste-réanimateur
- Cardiologue
- Chirurgien
- Chirurgien-dentiste
- Gynécologue-obstétricien
- Médecin
- Médecin gériatre
- Pharmacien
- Préparateur en pharmacie
- Préparateur en pharmacie hospitalière
- Radiologue
- Sage-femme

■ Professions de soins et activités paramédicales

- Agent de service mortuaire
- Agent de stérilisation
- Aide-soignant
- Ambulancier
- Assistant dentaire
- Auxiliaire de puériculture
- Brancardier
- Infirmier
- Infirmier anesthésiste
- Infirmier de bloc opératoire
- Ingénieur en biologie médicale
- Manipulateur en électro-radiologie médicale
- Puéricultrice
- Radiophysicien en radiothérapie
- Technicien en analyses biomédicales

■ Les métiers de rééducation

- Diététicien
- Ergothérapeute
- Masseur-kinésithérapeute
- Opticien-lunetier
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Psychomotricien
- Pédicure-Podologue

■ Les métiers d'appareillage

- Epithésiste
- Oculariste
- Orthoprothésiste
- Orthopédiste-orthésiste
- Podo-orthésiste
- Prothésiste dentaire

■ Les métiers administratifs et d'accueil

- Assistant de recherche clinique
- Permanencier auxiliaire de régulation médicale
- Responsable des admissions et des frais de séjour
- Responsable des secrétariats médicaux
- Secrétaire médical
- Technicien d'information médicale
- Technicien d'études cliniques

■ Les métiers d'encadrement technique

- Responsable des services biomédicaux
- Responsable des services techniques généraux

■ Les métiers des systèmes d'information et télécoms

- Responsable d'applications hospitalières

■ Les métiers des équipements et installations

- Responsable biomédical
- Technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux
- Technicien de maintenance des fluides médicaux

■ Les métiers d'encadrement et de formation

- Cadre d'unité de gynécologie obstétrique
- Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales
- Cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales
- Cadre de santé formateur en management et pédagogie des soins et activités paramédicales
- Cadre de santé formateur en soins et activités paramédicales
- Cadre de secteur de gynécologie obstétrique
- Cadre formateur en gynécologie obstétrique
- Directeur des soins et des activités paramédicales

■ Les professions de direction

- Directeur d'hôpital public
- Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales
- Directeur d'établissement sanitaire et social
- Directeur d'établissement social et médico-social
- Directrice d'école de sages-femmes

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

AAC

Appel À Candidature

AAH

Allocation pour Adulte Handicapé

AAP

Appel À Projet

AASQA

Association Agréées pour la Surveillance de la Qualité de l'Air

ACA

Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire

ACS

Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

ACSE

Agence nationale pour la Cohésion Sociale de l'Égalité des chances

ACT

Appartement de Coordination Thérapeutique

ADAPEI

Association Départementale d'Amis, de Parents et de Personnes confrontées à des Déficits Intellectuels

ADELI

Automatisation Des Listes

ADEME

Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie

ADGESTI

Association Départementale de Gestion des Structures Inter-médiaire

ADIL

Agence Départementale pour l'Information sur le Logement

ADMR

Aide à Domicile en Milieu Rural

ADOPS

Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins

ADSL

Asymétric Digital Subscriber Line

AELB

Agence de l'Eau Loire-Bretagne

AFAD

Association Familiale d'Aide à Domicile

AFORBAT

Association pour la Formation Professionnelle dans le Bâtiment et les Travaux publics

AFPA

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

AFSSAPS

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AFTE

Accueil Familial Thérapeutique Enfant

AJ

Accueil de Jour

ALD

Affection de Longue Durée

ALMA

Allo Maltraitance

AM

Assurance Maladie

AM

Assistance Médicale

AMAD

Association de Maintien à Domicile

AME

Aide Médicale d'État

AMELI

Assurance Maladie En Ligne

AMM

Autorisation de Mise sur le Marché

AMP

Aide Médico Psychologique

AMP

Assistance Médicale à la Procréation

AMU

Aide Médicale Urgente

AMUEL

Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire

ANAH

Agence Nationale de l'Habitat

ANAP

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM

Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANPAA

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

APA

Allocation Personnalisée d'Autonomie

APEI

Association des Parents d'Enfants Inadaptés

APIC

Agir pour une Insertion Citoyenne et Solidaire

APM

Agence de Presse Médicale

APS

Agir en Prévention Santé

APSYADES

Association pour le Soins, l'Écoute et la Recherche en Psychiatrie et Addictologie

APT

Animation des Politiques de Territoire

AQUARES

réseau pour l'Amélioration de la Qualité, la Gestion des Risques et l'Évaluation en Santé

ARCF

Association des Aînés Résidents en Collectivité et de leurs Familles

ARDAH

Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière

AREC

Assistance Respiratoire Extra Corporelle

ARH

Agence régionale de l'Hospitalisation

ARIA

Association pour la Réadaptation et l'Intégration par l'Accompagnement

ARLIN

Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

AROMSA

Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole

ARS

Agence Régionale de Santé

AS

Assistante Sociale

AS

Aide-Soignant

ASE

Aide Sociale à l'Enfance

ASIP

Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé

ASL

Accompagnement Social au Logement

ASN

Autorité de Sécurité Nucléaire

ASP

Abdomen Sans Préparation

ATMP

Association Tutélaire des Majeurs Protégés

ATSU

Association des Transports Sanitaires d'Urgence

AVC

Accident Vasculaire Cérébral

AVS

Auxiliaire de Vie Sociale

BIPS

Breizh IP Santé

BRGM

Bureau de Recherche Géologiques et Minières

CAARUD

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Rééducation de Risques pour Usagers de Drogues

CADA

Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAF

Caisse d'Allocations Familiales

CAFS

Centre d'Accueil Familial Spécialisé

CAMSP

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CANTOU

Centre d'Activité Naturelles Tirées d'Occupation Utiles

CAPEB

Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment

CAPI

Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CAPS

Centres d'Accueil et de Permanence des Soins

CAP-TV

Centre Anti-Poison et de Toxicovigilance

CAQOS

Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins

CARSAT

Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CATS

Comité d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours

CATTP

Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CAUE

Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement

CBUM

Contrat de Bon Usage du Médicament

CCAAT

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Toxicomanie

CCAS

Centre Communal d'Action Sociale

C-CLIN

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CDAG

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDAPH

Commission Départementale d'Aide aux Personnes Handicapées

CDCI

Commission Départementale de Coopération Intercommunale

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

CDCPH

Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CDO

Conseil Départemental de l'Ordre

CDOM

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDPK

Comité National de Prévention en Kinésithérapie

CDPS

Centre Départemental des Profession de Santé

CDS

Continuité Des Soins

CEAS

Centre d'Étude et d'Action Sociales

CEIP-A

Centre d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances – Addictovigilances

CESAME

Centre de Santé Mentale Angevin

CESP

Contrat d'Engagement de Service Public

CG

Conseil Général

CH

Centre Hospitalier

CHD

Centre Hospitalier Départemental

CHGM

Centre Hospitalier Georges Mazurelle

CHHA

Centre Hospitalier du Haut Anjou

CHLVO

Centre Hospitalier Loire Vendée Océan

CHM

Centre Hospitalier du Mans

CHRS

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHS

Centre Hospitalier Spécialisé

CHT

Communauté Hospitalière de Territoire

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CIAS

Centre Intercommunal d'Action Sociale

CIDD

Comité Interministériel pour le Développement Durable

CIDDIST

Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CIM

Classification Internationale des Maladies

CIDPA

Centre d'Information Départemental pour les Personnes Âgées

CIRE

Cellule InterRégionale d'Épidémiologie

CIS

Centre d'Incendie et de Secours

CJO

Corrigé des Jours Ouvrés

CLAN

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition

CLAND

Comité de Liaison Alimentation Nutrition Départemental

CLCC

Centre de Lutte contre le Cancer

CLIC

Centre Local d'Information et de Coordination

CLS

Contrat Local de Santé

CLSM

Conseil Local de Santé Mentale

CMCM

Centre Médico-Chirurgical du Mans

CME

Commission Médicale d'Établissement (public)

CME

Commission Médicale d'Établissement (privé)

CMEI

Conseiller Médical en Environnement Intérieur

CMP

Centre Médico-Psychologique

CMPP

Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMR

Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction

CMU

Couverture Maladie Universelle

CMU-C

Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM
Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNP
Conseil National de Pilotage

CNSA
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CO
Monoxyde de Carbone

COD
Centre Opérationnel Départemental

CODAMUPS-TS
Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

CODERPA
Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

CODES
Comité Départemental d'Éducation pour la Santé

CODOS
Comités Départementaux d'Organisation des Soins

COPIL
Comité de Pilotage

CORDAM
Collège Régional de l'Assurance Maladie

CORECS
Comité Régional de Concertation des Soins

COREDIRE
Comité Régional des Directeurs Inter-Régime

COREVIH
Coordination Régionale de lutte contre l'infection à VIH

CPAM
Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF
Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CPG
Contrat Pluriannuel de Gestion

CPO
Centre de Préorientation Professionnelle

CPOM
Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPS
Carte de Professionnel de Santé

CRCI
Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CRDA
CAMSP Régional pour Déficient Auditif

CREHPSY
Centre Ressources pour le Handicap Psychique

CRE
Contrat de Retour à l'Équilibre

CREAI
Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

CRERA
Centre Régional d'Études et des Ressources pour l'Autisme des Pays de la Loire

CRH
Coordonnateur Régional de l'Hémovigilance

CRLCC
Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

CRPV
Centre Régional de Pharmacovigilance

CRRA
Centres de Régulation et de Réception des Appels

CRSA
Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CRUQPC
Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSAPA
Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP
Code de la Santé Publique

CSS
Code de la Sécurité Sociale

CSTB
Centre Scientifique et Technique du Bâtiment

CUCS
Contrats Urbains de Cohésion Sociale

CUPS
Centres Urbains de Permanence des Soins

CUSUNP
Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés

CVS
Corrigé des Variations Saisonnières

CVS
Conseil de Vie Sociale

DAF
Dotation Annuelle de Financement

DAM
Délégué de l'Assurance Maladie

DAS
Direction de l'Accompagnement et des Soins

DCC
Dossier Communicant en Cancérologie

DCEM
Deuxième Cycle des Études Médicales

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

DC-GDR

Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque

DDA

Direction Départementale de l'Agriculture

DDASS

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS

Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDCSPP

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DDPP

Direction Départementale de la Protection des Populations

DDT

Direction Départementale des Territoires

DDTM

Direction Départementale des Territoires et de la Mer

DEC

Direction de l'Enseignement Catholique

DES

Diplôme d'Études Spécialisées

DG-ARS

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DGOS

Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS

Direction Générale de la Santé

DHOS

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIASM

Dispositif d'Appui en Santé Mentale

DIRC-HUGO

Département Interrégional de Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest

DIRECCTE

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DLU

Dossier de Liaison d'Urgence

DMI

Dispositif Médicaux Implantables

DMP

Dossier Médical Personnel

DMS

Durée Moyenne de Séjour

DNDR

Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux

DOA

Département Observation et Analyses

DOP

Dispositif d'Orientation des Patients

DP

Dossier Pharmaceutique

DP

Dialyse Péritonéale

DPC

Développement Professionnel Continu

DPI

Dossier Patient Informatisé

DPI

Diagnostic Pré-Implantatoire

DPN

Diagnostic PréNatal

DPPS

Direction de la Prévention et Protection de la Santé

DPRS

Direction du Projet Régional de Santé

DQE

Direction de la Qualité et de l'Efficience

DRAAF

Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

DREAL

Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DREES

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRIRE

Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement

DRJSCS

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DRSM

Direction Régionale du Service Médical

DSS

Direction de la Sécurité Sociale

DSIO

Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation

DT

Délégation Territoriale

DU

Diplôme Universitaire

DUP

Déclaration d'Utilité Publique

EBM

Evidence Based Medicine

ECHO

Expansion des Centres d'Hémodialyse de l'Ouest

EDI

Espace d'Initiatives et de Découvertes

EHESP

Ecole des Hautes Études en Santé Publique

EHPA

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPADÉtablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
Dépendantes**EIG**

Evènement Indésirable Grave

ELSA

Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMA

Équipe Mobile Alzheimer

EMG

Équipe Mobile de Gériatrie

EML

Équipement Matériel Lourd

EMPP

Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

EMS

Établissement Médico-social

EMS

Équipe Médico-social

EMSP

Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EN

Éducation Nationale

ENEISEnquête Nationale sur les Événements Indésirables graves
associées aux Soins**ENMR**

Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ENRS

Espace Numérique Régional de Santé

EPCI

Établissements Publics de Coopération Intercommunale

EPO

Erythropoïétine

EPP

Évaluation des Pratiques Professionnelles

EPSMS

Établissement Public Social et Médico-Social

ERASME

Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico-Économique

ERP

Établissement Recevant du Public

ES

Établissement de Santé

ESA

Équipe Spécialisée Alzheimer

ESAT

Établissement et Services d'Aide par le Travail

ESFORA

Espace de Formation par Alternance

ESMS

Établissements sociaux et médico-sociaux

ESPIC

Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ESSMS

Établissement et Services Sociaux et Médicaux-Sociaux

ETP

Éducation Thérapeutique du Patient

FAM

Foyer d'Accueil Médicalisé

FAMLAFédération des Associations et Mouvements de Lutte contre
l'Alcoolisme**FAQSV**

Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FDGDONFédération Départementale des Groupements de Défense
contre les Organismes Nuisibles**FFB**

Fédération Française du Bâtiment

FFBTP

Fédération Française du Bâtiment et des Travaux Publics

FHF

Fédération Hospitalière de France

FIQCSFonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des
Soins**FIR**

Fonds d'Intervention Régional

FIV

Fécondation In Vitro

FJT

Foyer de Jeunes Travailleurs

FMC

Formation Médicale Continue

FMESPPFonds pour la Modernisation des Établissements de Santé
Publics et Privés**FNARS**Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réin-
sertion Sociale

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

FNPEIS

Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Informations Sanitaires

FNPEISA

Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Informations Sanitaires Agricole

FO

Foyer Occupationnel

FTM

Foyer de Travailleurs Migrants

GCS

Groupe de Coopération Sanitaire

GCSMS

Groupe de Coopération Sociale ou Médico-Sociale

GDR

Gestion du Risque

GEIST

Groupe d'Études pour l'Insertion Sociale des personnes porteuses d'une Trisomie 21

GEM

Groupe d'Entraide Mutuelle

GEMS

Groupe d'Études des Maladies du Sein

GEVA

Guide d'Évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GHS

Groupe Homogène de Séjours

GIE

Groupe d'Intérêt Économique

GIR

Groupe Iso Ressources

GMP

GIR Moyen Pondéré

GPEC

Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GROG

Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

GRSP

Groupe Régional de Santé Publique

HAD

Hospitalisation À Domicile

HAS

Haute Autorité de Santé

HbA1C

Hémoglobine glycosylée

HCAAM

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HELI-SMUR

Hélicoptère Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

HL

Hôpital Local

HPST

Hôpital Patients Santé et Territoires

HT

Hospitalisation temporaire

HTA

HyperTension Artérielle

HTP

Hospitalisation à Temps Partiel

HUGO

Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest

IA

Inspection Académique

IAS

Infections Associées aux Soins

ICO

Institut de Cancérologie de l'Ouest

IDE

Infirmier Diplômé d'État

IEC

Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IFAS

Institut de Formation d'Aide-Soignants

IFMK

Institut de Formation des Masseurs-Kinésithérapeutes

IFREMER

Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer

IFSI

Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS

Inspection Générale des Affaires Sociales

IGS2

Indice de Gravité Simplifié (seconde version)

IJ

Indemnité Journalière

IMC

Infarctus du Myocarde

IME

Institut Médico-Éducatif

INCa

Institut National du Cancer

INSEE

Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS

Institut de Veille Sanitaire

IP Internet Protocol	MDO Maladie à Déclaration Obligatoire
IPP Inhibiteur de la Pompe à Proton	MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
IPRP Intervenant en Prévention des Risques Professionnels	MEP Médecin ayant un Mode d'Exercice Particulier
IRA Infection Respiratoire Aiguë	MERRI Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
IRC Insuffisance Rénale Chronique	MG Médecin généraliste
IRCNA Institut Régional du Cancer Nantes-Atlantique	MICS Medical Imaging Cloud Services
IRCT Insuffisance Rénale Chronique Terminale	MIG Mission d'Intérêt Général
IRDES Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé	MIGAC Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
IREPS Instance Régionale d'Éducation Pour la Santé	MILDT Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
IRM Imagerie par Résonance Magnétique	MISE Mission Inter-Service de l'Eau
IRSA Institut inter Régional pour la Santé	MISEN Mission Inter-Service de l'Eau et de la Nature
IST Infections Sexuellement Transmissibles	MISP Médecin Inspecteur de Santé Publique
ITEP Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique	ML Médecins Libéraux
IVA Indice de Valorisation de l'Activité	MMDS Maîtrise Médicalisée des Dépenses de Santé
IVG Interruption Volontaire de Grossesse	MMG Maison Médicale de Garde
JO Journal Officiel	MMS Mini Mental Score
LFSS Loi de Financement de la Sécurité Sociale	MNE Mayenne Nature Environnement
LHSS Lits Halte Soins Santé	MOE Maître d'Oeuvre
LNP Les Nouvelles Pharmaceutiques	MPR Médecin Physique et de Réadaptation
LPP Liste des Produits et Prestations	MRS Mission Régionale de Santé
MAIA Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer	MS Médico-social
MARPA Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées	MSA Mutualité Sociale Agricole
MAS Maison d'Accueil Spécialisé	MSAP Mise Sous Accord Préalable
MDA Maison Départementale des Adolescents	

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

MSP

Maison de Santé Pluri-professionnelle

MT

Médecin Traitant

NMR

Nouveau Mode de Rémunération

NTIC

Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OCDE

Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMEDIT

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM

Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

ONEMA

Office National de l'Eau et des Milieux Aquatiques

OPAH

Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat

ORL

Oto-Rhino-Laryngologie

ORS

Observatoire Régional de Santé

ORSEC

Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

ORU

Observatoire Régional des Urgences

OSCARS

Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PA

Personnes Âgées

PACS

Picture Archiving and Communication System

PAPS

Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

PARM

Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PASEO

Réseau Prévention / Accueil / Soutien / Écoute / Orientation

PASA

Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PASS

Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PATHOS

Outil d'évaluation des besoins en soins techniques liés aux pathologies, permettant de déterminer le niveau de mobi-

lisation de ressources nécessaire à la prise en charge de chaque patient

PCAP

Période Comparable à l'Année Précédente

PCEM

Premier Cycle des Études Médicales

PCH

Prestation de Compensation du Handicap

PCOSS

Plateforme de Coordination de l'Observation Sanitaire et Sociale

PDALPD

Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

PDI

Programme Départemental d'Insertion

PDITH

Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PDL

Pays De la Loire

PDLHI

Pôle Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PDS

Permanence Des Soins

PDSA

Permanence Des Soins Ambulatoire

PDSES

Permanence Des Soins en Établissements de Santé

PDSH

Permanence des Soins Hospitalière

PDU

Plan de Déplacement Urbain

PEC

Prise En Charge

PEC

Pilotage des Emplois et des Compétences

PEP

Pratique Exigible Prioritaire

PF

Planning Familial

PGFP

Plan Global de Financement Pluriannuel

PGNS

Pôle Gériatrique Nord Sarthe

PH

Personnes Handicapées

PH

Praticien Hospitalier

PHISP

Pharmacien Inspecteur de Santé Publique

PHMEV

Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville

PHRC

Protocole Hospitalier de Recherche Clinique

PHV

Personne Handicapée Vieillissante

PIF

Point Information Famille

PJJ

Protection Judiciaire de la Jeunesse

PLH

Programme Local de l'Habitat

PLITH

Plan Local d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PLU

Plan Local d'Urbanisme

PME

Petites et Moyennes Entreprises

PMI

Protection Maternelle et Infantile

PMP

PATHOS Moyen Pondéré

PMSI

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PMT

Projet Médical de Territoire

PNNS

Programme National Nutrition Santé

PPC

Pression Positive Continue

PPC

Plan Personnalisé de Compensation

PPR

Plan de Prévention des Risques

PPS

Plan Personnalisé de Santé

PRAPS

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRGDR

Programme Régional de Gestion du Risque

PRIAC

Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRIOR

Plateforme Régionale d'Information et d'Orientation des maladies Rares

PRITH

Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PRS

Projet Régional de Santé

PRSE

Plan Régional Santé Environnement

PRSP

Plan Régional de Santé Publique

PRST

Plan Régional Santé-Travail

PS

Professionnel de Santé

PSP

Pôle de Santé Pluri-professionnel

PSSL

Pôle Santé Sarthe et Loire

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

PTS Programme Territorial de Santé	RTCN Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes
PUI Pharmacie à Usage Intérieur	RPV Réseau Privé Virtuel
QES Question d'Économie de la Santé	RSD Règlement Sanitaire Départemental
RADAR Réseau d'Aide Décisionnelle Aux Réponses Sociales	RSSI Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information
RAPSSY Réseau d'Aide aux Professionnels des Secteurs Sanitaire et Social Yonnais	SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	SAD Service d'Aide à Domicile
RCT Recours Contre Tiers	SADAPA Service de Soins à Domicile des Personnes Âgées
RDV Rendez-vous	SAGE Schéma d'Aménagement et de Gestion de l'Eau
REAAP Réseau d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents	SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
REIN Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie	SAMU Service d'Aide Médicale Urgente
RESAAD (49) Réseau des Acteurs en Addictologie du Maine et Loire	SASPAS Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés
RESAAD (72) Réseau Sarthois des Addictions	SATED Section Autiste et Troubles Envahissants du Développement
RESPPA Réseau Souffrance Psychique et Précarité Angevin	SATM Santé au Travail en Mayenne
RESUS Réseau des Urgences Sarthoises	SAU Service d'Accueil des Urgences
RGS 72 Réseau Genre et Sexualité (Sarthe)	SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
RIAM Réseau des Intervenants en Addictologie en Mayenne	SCA Syndrome Coronarien Aigu
RIS'ADD Réseau d'Information et de Santé en Addictologie	SCHS Service Communal d'Hygiène et de Santé
RNSA Réseau National de Surveillance Aérobiologique	ScoRAN Stratégie de Cohérence Régionale pour l'Aménagement Numérique
ROI Region Of Interest	SCOT Schémas de Cohérence Territoriale
ROR Répertoire Opérationnel des Ressources	SDIS Service départemental d'Incendie et de Secours
ROR Rougeole, Oreillons, Rubéole	SDPA Soins à Domicile aux Personnes Âgées
RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé	SEES Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé
RPU Résumé de Passage aux Urgences	SEHA Section d'Éducation pour enfants sourds avec Handicaps Associés
RSI Régime Social des Indépendants	

SERDAA

Service d'Éducation et de Rééducation à Domicile pour Aveugles et Amblyopes

SESSAD

Service d'Éducation Spécial et de Soins À Domicile

SI

Système d'Information

SIAO

Service Intégré de l'Accueil et de l'Organisation

SIDA

Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquis

SIH

Syndicat Inter Hospitalier

SIH

Système d'Information Hospitalier

SIOS

Schémas Interrégionaux d'Organisation Sanitaire

SIP

Système d'Information Partagé

SIPFP

Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SIPS

Système d'Information Partagé de Santé

SIS

Système d'Information de Santé

SLD

Soins de Longue Durée

SMASA

Service Mutualisé d'Accompagnement aux Soins en Addictologie

SMIC

Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SMIEC

Service Médical Inter Entreprise du Choletais

SMUR

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNDD

Stratégie Nationale de Développement Durable

SNIIR-AM

Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SPAL

Service de Psychiatrie Adultes Lavallois

SPASAD

Service Polyvalent d'Aides et de Soins À Domicile

SPIP

Service Pénitentiaire Insertion et Probation

SREPS

Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé

SRHM

Service des Ressources Humaines et des Moyens

SROMS

Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

SROS - PRS

Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROS I à III

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SRP

Schéma Régional de Prévention

SSEFIS

Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire

SSI

Sécurité des Systèmes d'Information

SSIAD

Service de Soins Infirmiers À Domicile

SSPE

Sécurité Sanitaire des Personnes et de l'Environnement

SSR

Soins de Suite et de Réadaptation

STAPS

Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

STATISS

Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

STICS

Soutien aux Techniques Innovantes et Coûteuses

SUMPPS

Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SURSAUD

Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès

T2A

Tarification à l'Activité

TCC

Thérapies Cognitivo-Comportementales

TEAM

Association des directeurs d'établissements médico-sociaux

TED

Troubles Envahissants du Développement

TEP

Tomographie à Émission de Positons

TH

Travailleurs Handicapés

THM

Trihalométhanes

TIAC

Toxi-Infection Alimentaire Collective

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE ET SIGLES

SIGLES

TMD

Transport de Matières Dangereuses

TMR

Transport de Matières Radiologiques

TNF

Tumor Necrosis Factor

TPE

Très Petites Entreprises

UCC

Unité Cognitivo-Comportementale

UCOG

Unité de Coordination en Onco-Gériatrie

UCSA

Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UDAF

Union Départementale des Associations Familiales

UDM

Unité de Dialyse Médicalisée

UDAMAD

Union Départementale des Associations de Maintien À Domicile

UHR

Unité d'Hébergement Renforcé

ULIS

Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UMAC

Unité Mobile d'Assistance Circulatoire

UMD

Unité Mobile de Dialyse

UMD

Unités pour Malades Difficiles

UMIGP

Unité Mobile Intersectorielle de Géroto-Psychiatrie

UMP

Unité Médico-Psychologique

UNAFAM

Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Psychiques

UNCAM

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNV

Unité Neuro Vasculaire

UPAD

Unité pour Personnes Âgées Désorientées

URCAM

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML

Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS

Union Régionale des Professions de Santé

USIC

Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

USIP

Unités de Soins Intensifs Psychiatriques

USLD

Unité de Soins de Longue Durée

USP

Unité de Soins Palliatifs

UTET

Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique

UT-DIRECCTE

Unité Territoriale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

VAD

Visite À Domicile (en psychiatrie)

VAE

Validation des Acquis de l'Expérience

VHC

Virus de l'Hépatite C

VIH

Virus de l'Immunodéficience Humaine

VSAV

Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

VSL

Véhicule Sanitaire Léger

WE

Week-End

