

SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

- | | |
|--|------------------|
| <p>1 ● ETRE ACTEUR DE SA SANTE</p> <p>Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles
Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant</p> | <p>68</p> |
| <p>2 ● UNE POLITIQUE DE PREVENTION DE PROXIMITE ORGANISEE EN FONCTION DES THEMATIQUES REGIONALES PRIORITAIRES</p> <p>Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie
Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences
Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne</p> | <p>73</p> |
| <p>3 ● LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES</p> <p>Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité
Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité
Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée
Maîtriser les risques liés aux activités de santé</p> | <p>80</p> |
| <p>4 ● UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGEES</p> <p>Développer la culture du risque sanitaire et du signalement
Anticiper et prévenir les crises sanitaires</p> | <p>88</p> |
| <p>5 ● UNE MOBILISATION POUR LA REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE</p> <p>Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé
Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité
Réduire les impacts de l'environnement sur la santé
Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence</p> | <p>92</p> |

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

- | | |
|--|-------------------|
| <p>1 ● LA PLACE DE LA PERSONNE</p> <p>Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers
Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés
Expérimenter les consultations d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable
Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne
Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé
S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes
Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du «prendre soin»</p> | <p>104</p> |
|--|-------------------|

2 ■ L'OFFRE DE PROXIMITE

Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours
Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies
Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours
Assurer une Permanence Des Soins Ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé
Assurer l'accès de tous nouveaux patients à un médecin traitant et ou un chirurgien dentiste et organiser la continuité des soins
Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins pour le médecin traitant

116

3 ■ L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES

Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences
Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations
Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes
Organiser un parcours fluide, adapté et efficace des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé
Garantir le juste soin
Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé
Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche clinique reconnue et garantir l'accès à l'innovation

128

4 ■ LA COOPERATION ET LA COORDINATION

Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie
Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé
Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs
Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés
Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficacité des établissements de santé par mutualisation

144

5 ■ LA MAITRISE DES RISQUES

Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins
Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques
Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable
Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap
Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun
Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociale, notamment en matière environnementale

156

6 ■ L'ORGANISATION DES ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION

1. Médecine
2. Chirurgie
3. Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation
4. Psychiatrie
5. Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
6. Soins de Longue Durée (SLD)

168





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

SCHÉMA RÉGIONAL DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

- | | |
|--|-------------------|
| <p>1 ● LA PLACE DE LA PERSONNE</p> <p>Systematiser les projets d'accompagnement personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge</p> <p>Prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne.</p> <p>Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux</p> <p>Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé</p> | <p>210</p> |
| <p>2 ● UNE OFFRE GRADUEE</p> <p>Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne.</p> <p>Favoriser la vie en milieu ordinaire</p> <p>Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers</p> <p>Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie</p> <p>Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements au sein de la région et par territoire de santé</p> | <p>219</p> |
| <p>3 ● LE DEVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL</p> <p>Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels.</p> <p>Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire</p> <p>Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne</p> <p>Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne</p> <p>Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficacité des structures médico-sociales</p> | <p>231</p> |
| <p>4 ● LA MAITRISE DES RISQUES EN SANTE</p> <p>Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins</p> <p>Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun.</p> <p>Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales</p> <p>Mobiliser les structures médico-sociales sur leur responsabilité sociétale notamment en matière environnementale</p> | <p>241</p> |



AVANT-PROPOS

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

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

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

- agir en amont des problèmes de santé en **mobilisant les ressources personnelles** de chaque individu. Ceci passe par le renforcement du rôle des acteurs de la promotion de la santé, et par **l'association des usagers** à la définition de leurs moyens d'action. Il s'agira par exemple de travailler différemment à la diffusion du message de lutte contre les addictions, selon qu'on s'adresse à des groupes de jeunes urbains tentés par le « binge drinking » ou à des hommes célibataires isolés en milieu rural.
- promouvoir tant auprès des professionnels de santé médicaux et paramédicaux que des malades eux-mêmes la notion d'**éducation thérapeutique** qui peut permettre au patient de mieux vivre, mieux contrôler sa pathologie, et par là-même préserver son capital santé.
- développer la **formation à la prévention et à la promotion de la santé** auprès de l'ensemble des professionnels de santé dans une approche globale et s'appuyer sur les acteurs de santé, notamment du premier recours, pour la mise en œuvre des actions de prévention afin d'en généraliser et d'en amplifier les effets.

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

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

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

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

Ainsi, il est nécessaire d'aller au-devant des personnes les plus éloignées du soin ou des prises en charge médico-sociales par des **dispositifs adaptés** (équipe mobiles de soins psychiatriques, permanences d'accès aux soins..) et de renforcer l'articulation des acteurs pour en simplifier l'accès. Il importe également de considérer les **expositions aux risques environnementaux** et de veiller à assurer dans

toute la région un bon niveau de qualité des milieux de vie (qualité de l'eau potable, eaux de baignade ou de pêche à pied, prévention des pollutions atmosphériques, habitat, bruit...). Enfin, les inégalités se constituant dès l'enfance, il convient d'agir de façon précoce en lien étroit avec les acteurs de la **périnatalité, de l'enfance et de l'adolescence**.

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

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



ETRE ACTEUR DE SA SANTE

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

68

71

UNE POLITIQUE DE PREVENTION DE PROXIMITE ORGANISEE EN FONCTION DES THEMATIQUES REGIONALES PRIORITAIRES

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

73

76

78

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

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

80

82

84

86

UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGEES

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

88

90

UNE MOBILISATION POUR LA REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE

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

92

94

96

98



ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

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

DEUX OBJECTIFS DOIVENT RÉPONDRE À CET ENJEU.

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

OBJECTIF N°1

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

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

Chaque personne doit pouvoir agir sur les déterminants de sa santé en mobilisant ses ressources physiques, psychologiques et sociales et en agissant sur ses habitudes de vie. Il est démontré que celles-ci sont de plus en plus impliquées dans les problèmes de santé et que les personnes sont particulièrement conditionnées par leur contexte psychosocial et environnemental. Ceci s'applique également aux

professionnels de santé dans l'exercice de leur métier, en particulier les médecins libéraux qui ne bénéficient pas de la médecine du travail.

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





Face aux principaux enjeux de santé de la région, il s'agit de développer, professionnaliser et coordonner les actions d'éducation pour la santé en direction de la population générale, en particulier lors des périodes sensibles de la vie, en s'appuyant notamment sur les acteurs du pôle régional de compétences en éducation

pour la santé. En direction des professionnels de santé, il s'agit de mieux savoir prendre en compte le contexte psychosocial et environnemental des personnes dans les phases de diagnostic, et de s'appuyer sur des structures ressources pour les orienter.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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

POPULATION CONCERNEE

Population générale, professionnels de santé

ACTEURS CONCERNES

Associations de prévention et de promotion de la santé, pôle régional de compétences en éducation pour la santé, IREPS, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, intervenants du secteur social, associations d'usagers,

collectivités territoriales, Education nationale, services universitaires de médecine préventive, Mutualité Française, Assurance maladie, Ordres des professions de santé, URPS

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Richesse du réseau associatif en prévention et promotion de la santé

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

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

Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS)

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

POINTS DE VIGILANCE

Intégration de multiples plans nationaux de santé publique ; faiblesse de la professionnalisation des acteurs ; manque d'évaluation des actions ; professionnels de santé peu mobilisés autour des questions de santé environnementale ;

positionnement récent des acteurs de l'éducation pour la santé ; faiblesse des échanges de connaissances et de pratiques entre les acteurs à l'échelon régional, départemental et local

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

sentants d'usagers au système de santé

Intégration d'un module d'éducation pour la santé dans la formation des repré-

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

INDICATEURS

Taux de mortalité prématurée évitable

pression de prendre en main votre santé, c'est-à-dire de tout faire pour améliorer votre hygiène de vie et participer au maintien de votre bien être ? »

Question de l'enquête d'opinion de février 2011 auprès des Ligériens en matière de santé : « Aujourd'hui, avez-vous l'im-

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS

OBJECTIF N°2

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

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

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

Il s'agit de favoriser le développement de l'éducation thérapeutique en région,

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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

POPULATION CONCERNEE

Patients souffrant de maladie chronique

SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé, réseaux de santé, professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en ambulatoire, pharmaciens, structures médicosociales, IREPS, Unité

transversale d'éducation thérapeutique (UTET) des CHU de Nantes et d'Angers, associations d'usagers, Assurance maladie, IRSA.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

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

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

Renforcement des coopérations sanitaires / libérales / médicosociales et associatives

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

Comité technique régional d'ETP

POINTS DE VIGILANCE

Insuffisance du fléchage financier notamment en secteur libéral

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

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

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

social

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

Intégration des risques environnementaux dans l'ETP des maladies respiratoires

INDICATEUR

Pourcentage de patients en ALD 5 (insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales)

et ALD 13 (infarctus coronaire), ALD 8 (diabète type 1 et 2), ALD 14 (insuffisance respiratoire grave) bénéficiant d'un programme d'ETP autorisé

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRGDR, PRAPS

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

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

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

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

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

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

OBJECTIF N°3

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

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

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

fréquence de pathologies entre groupes sociaux.

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

SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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

POPULATION CONCERNEE

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

ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, travailleurs sociaux, Education nationale, services universitaires de médecine préventive, IREPS, Mutualité française, acteurs de prévention

et de promotion de la santé, ORS, CARSAT, Direccte, CAF, Préfectures, collectivités territoriales, DREAL, Assurance maladie, URPS, CAMSP, maisons des adolescents, ADMR, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

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

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

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

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

POINTS DE VIGILANCE

Des organisations en prévention souvent monothématiques

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

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

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

Amélioration des indicateurs de santé d'impact, traceurs régionaux

INDICATEURS

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

Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant consommer plus de 6 verres d'alcool

au cours d'une même occasion, une fois par mois ou plus souvent, au cours des 12 derniers mois (enquête)

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRAPS

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

OBJECTIF N°4

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

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

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

Les enjeux principaux visent à adapter une offre de prévention adaptée à ces publics tant pour la préservation de leur capital

santé que pour le dépistage des maladies chroniques, les déficiences sensorielles, les troubles trophiques et statiques des pieds ou le suivi de la santé bucco-dentaire par exemple. Par ailleurs, il est nécessaire de mobiliser les acteurs de l'aménagement urbain, de la politique du logement et de l'accompagnement médico-social pour l'accès à l'ensemble des services et faciliter le maintien à domicile.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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

POPULATION CONCERNEE

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

ACTEURS CONCERNES

Etablissements de santé, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, structures médico-sociales, services d'aide à domicile, Gérontopôle, acteurs ressources en promotion de la

santé, associations d'usagers, aidants naturels, Assurance maladie, Mutualité française, collectivités territoriales, Services de l'Etat

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental

LEVIERS

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

Aides financières à l'adaptation des logements

Déclinaison régionale du PNNS3

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

POINTS DE VIGILANCE

Coûts financiers de mise en œuvre

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Réduction du nombre de chutes des personnes âgées

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

Renforcement du repérage des habitats inadaptés par des acteurs de proximité

formés et des dispositifs de soutien à leur aménagement

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

INDICATEUR

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

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRGDR

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

OBJECTIF N°5

Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

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

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

domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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

POPULATION CONCERNEE

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

ACTEURS CONCERNES

Assurance maladie, collectivités territoriales, Education nationale, professionnels de santé médicaux et paramédicaux,

pharmaciens, établissements de santé, structures médico-sociales, centres de vaccination, Mutualité française

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

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

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

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

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

POINTS DE VIGILANCE

Représentations négatives par rapport à la vaccination

Insuffisante lisibilité du calendrier vaccinal

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

Meilleure accessibilité de la vaccination pour les publics vulnérables

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

Recherche d'une articulation systématique veille-alerte-prévention

Objectivation des représentations autour de la vaccination

INDICATEUR

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

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS, PRGDR

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

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

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

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

OBJECTIF N°6

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

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

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

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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





● Sensibiliser les professionnels de santé :

- aux priorités régionales de prévention
- à l'identification des principaux facteurs de risques
- aux enjeux de la santé environnementale et à l'éco-épidémiologie
- aux déterminants des inégalités de santé

● Faire connaître et développer les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles de prise en charge relatifs aux thématiques prioritaires identifiées en région

● Favoriser la formation du personnel de santé à la qualité et à la sécurité des soins et à la diffusion des bonnes pratiques, en ambulatoire ou en établissement

POPULATION CONCERNEE

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

ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, URPS, Assurance maladie, organismes de formation (universités, instituts de formation, structures

de formation continue...), établissements et services sanitaires et médico-sociaux, IREPS, ORS, Mutualité française

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Redéfinition des missions des professionnels de santé

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

Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)

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

PRSE2

Contractualisation avec l'ARS

POINTS DE VIGILANCE

Contenu des formations initiales jusqu'à maintenant

Modalités du développement professionnel continu (DPC)

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

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

INDICATEUR

Nombre annuel de séances de formation continue pluri-professionnelle en préven-

tion à destination des professionnels de santé du premier recours

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

OBJECTIF N°7

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

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

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

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- **Promouvoir les enjeux de prévention universelle, sélective et ciblée auprès des professionnels de santé**
- **Ajuster la stratégie d'ensemble de la prévention en organisant la cohérence et la complémentarité des actions nationales, régionales et locales**
 - Pour certaines thématiques, repérer des structures facilitant le travail en réseau entre les différents acteurs au niveau de chaque territoire de santé (cancer, vaccination, tuberculose...) ou au niveau régional (santé sexuelle...)
 - Prendre en compte les priorités de santé des territoires
 - Associer systématiquement les représentants d'usagers dans les politiques de prévention, notamment lors des campagnes de prévention
- **Développer et structurer l'offre de prévention et de prise en charge coordonnée au niveau du 1^{er} recours**
 - Intégrer et renforcer la prévention dans les projets de santé des maisons de santé pluri-professionnelles, pôles et centres de santé en y favorisant le déploiement d'actions centrées sur les priorités régionales de prévention (incitation des libéraux au dépistage, à un meilleur repérage et suivi...) en y faisant intervenir des spécialistes de la prévention (associations, consultations avancées de professionnels issus des établissements sanitaires ou médico-sociaux)
- **Favoriser l'articulation entre les multiples acteurs du 1^{er} recours (médecins du travail / médecins libéraux / acteurs ressources en prévention...)**
- **Assurer la lisibilité des différents services et acteurs de prévention**
 - Dresser un inventaire des ressources existantes au niveau de la région par le biais :
 - du recensement des différents acteurs de prévention et de promotion de la santé
 - du repérage des missions de chaque acteur et des complémentarités de leurs missions
 - Disposer d'une cartographie régionale des actions de prévention et de promotion de la santé par le développement de l'outil OSCARS (observation et suivi cartographique des actions régionales de santé)
 - Favoriser les rencontres au niveau régional et territorial des acteurs de la prévention pour mieux se connaître, échanger les pratiques et partager les expériences

POPULATION CONCERNÉE

Population générale, professionnels de santé

ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux intervenant en ambulatoire, pharmaciens, URPS, Assurance maladie, acteurs de prévention et de promotion

de la santé, IREPS, collectivités territoriales, médecine du travail, Mutualité française, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, intercommunal

LEVIERS

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

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

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

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

POINTS DE VIGILANCE

Reconnaissance et valorisation insuffisante des actes de prévention

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

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

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

Déclinaison coordonnée et territorialisée des campagnes nationales de prévention

Développement des consultations avan-

cées de prévention au sein du premier recours

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

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

INDICATEUR

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

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRGDR

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

OBJECTIF N°8

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

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

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

L'ensemble des établissements a pour tant pour mission de mettre en œuvre des actions de prévention ; ils peuvent soit les

mener en leur sein, soit redresser leurs patients ou résidents vers les acteurs-ressources en prévention du 1^{er} recours, plus à même de mener ces actions dans la continuité et en partenariat.

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

● Identifier les besoins de prévention lors de chaque hospitalisation

■ Mieux associer les services d'urgence à la prévention sélective par le développement :

- d'un observatoire épidémiologique régional des urgences
- du dépistage des facteurs de risques prioritaires

- du repérage des personnes qui ne peuvent pas accéder aux services de 1^{er} recours

■ Repérer les facteurs de risque ou comportements à risque nécessitant une prise en charge coordonnée avec les acteurs du 1^{er} recours ou de l'accompagnement médico-social

■ Pour chaque patient, proposer une offre de promotion de la santé en privilé-

giant une orientation vers les acteurs du 1^{er} recours ou des acteurs spécialisés en prévention

● Au sein des établissements et services médico-sociaux

■ Prévoir l'information systématique des usagers des dispositifs de prévention médicalisée (dépistage des cancers et autres pathologies, vaccinations)

■ Développer par la contractualisation avec l'ARS des actions de prévention et d'éducation pour la santé adaptée pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

■ Valoriser la dimension préventive de l'accompagnement passé auprès de la personne âgée ou en situation de handicap.

POPULATION CONCERNEE

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

ACTEURS CONCERNES

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

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

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

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

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

- MIGAC, CPOM et conventions tripartites

POINTS DE VIGILANCE

T2A, technicité accrue des plateaux techniques hospitaliers

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

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

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

Création d'un observatoire épidémiologique des urgences

INDICATEUR

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

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRÉES

OBJECTIF N°9

Maîtriser les risques liés aux activités de santé

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

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

Lors de la dernière enquête de prévalence des infections associées aux soins (IAS)

en 2006, les Pays de la Loire se situaient au 12^{ème} rang des régions françaises. Par ailleurs, le rapport d'activité du CCLIN Ouest de 2010 a montré une sous-déclaration externe des IAS.

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- **Garantir la qualité et la sécurité des soins dans tous les secteurs de la santé (ambulatoire, hospitalier, médico-social)**
- Généraliser la couverture territoriale des réseaux hospitaliers «qualité et sécurité des soins» et l'étendre aux secteurs ambulatoires et médico-sociaux, avec une organisation et un pilotage régional (observation, formation...)
- Concernant les événements indésirables graves :
 - développer l'analyse des événements indésirables graves pour réduire leur survenue (causes principales : actes invasifs, infections associées aux soins, produits de santé)
 - réduire la iatrogénie médicamenteuse
- Développer la culture de la bientraitance
- Développer la culture en matière de qualité et de gestion des risques (formation, information, communication des résultats...)
- Favoriser la participation des patients et des résidents pour les placer en acteurs de l'amélioration de la sécurité des soins, tels que le signalement des événements indésirables et l'information en cas d'événement indésirable
- **Réorganiser en région les différents dispositifs de vigilance (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, cosmétovigilance, réactovigilance, biovigilance, AMPvigilance, toxicovigilance, nutrivigilance, radiovigilance...)** en articulation avec les structures nationales
- **Maintenir une vigilance vis-à-vis de la maîtrise de la qualité environnementale (air, eau, déchets...) des établissements de santé et structures médico-sociales**

POPULATION CONCERNEE

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

ACTEURS CONCERNES

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

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Historique des réseaux qualité et sécurité des soins dans la région
Programme régional d'inspection et son bilan

Contractualisation
Déclinaison du plan national sur les infections associées aux soins

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Généralisation et pilotage régional de la couverture du territoire par les réseaux «qualité et sécurité des soins» au niveau des secteurs hospitalier, médicosocial et ambulatoire
Respect par la totalité des établissements de santé de la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
Diminution des plaintes pour défaut de bientraitance

Réduction de la iatrogénie médicamenteuse et de la prévalence des infections associées au soins
Visibilité des résultats d'action des établissements de santé et médico-sociaux en matière de suivi de la qualité environnementale (réseaux d'eau et d'air intérieur, filière des déchets)

INDICATEUR

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

UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGÉES

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

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

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

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

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

OBJECTIF N°10

Développer la culture du risque sanitaire et du signalement

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

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

- La régionalisation de la veille sanitaire, levier pour améliorer l'expertise, l'harmonisation des pratiques, la continuité de la veille et de la réactivité et le développement de compétences autour de références thématiques
- La centralisation du recueil des signaux

- L'extension du périmètre classique de la veille sanitaire à d'autres types de signaux (situations affectant le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux, événements indésirables graves liés aux soins, indicateurs d'activité...)

- La contribution de la veille sanitaire aux missions de prévention, de qualité et d'offre de soins de l'ARS et à l'intégration de la mission potentielle d'alerte sanitaire chez tous les professionnels des champs sanitaire et médico-social

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Informer sur le dispositif de veille et d'alerte

- Informer sur les actions menées par l'ARS visant à la maîtrise des risques sanitaires y compris les risques environnementaux :

- par la rétro-information systématisée aux déclarants

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

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

>>>



■ Renforcer les systèmes de surveillance non spécifique

- Organiser et animer des réseaux de surveillance, couvrant tous les territoires, en élargissant le spectre des structures de surveillance (Assurance maladie, secteur santé-travail, Education nationale, réseau d'urgentistes...)
- Augmenter la densité des médecins de premier recours participant aux réseaux de surveillance

■ Consolider l'organisation régionale de la permanence de réception et de traitement des alertes :

- Outiller le point focal régional
- Proposer des supports de signalement adaptés
- Intégrer les signalements dans le système de remontée d'information en routine et unifier les remontées de signalement
- Développer le télé signalement (établissements médico-sociaux, premier recours)

POPULATION CONCERNEE

Population générale

ACTEURS CONCERNES

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

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental et infra départemental

LEVIERS

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

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

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

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

POINTS DE VIGILANCE

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

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

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

Automatisation de la saisie des alertes à la source

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

INDICATEUR

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

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme de télé-médecine et systèmes d'information

UNE VEILLE SANITAIRE ET UNE ANTICIPATION DES CRISES PARTAGÉES

OBJECTIF N°11

Anticiper et prévenir les crises sanitaires

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

L'ARS contribue à l'organisation de la réponse aux urgences et à la gestion de crise sanitaire, dans le respect des attributions des préfets de département. Il est nécessaire de maintenir ou de renforcer,

selon les cas, la qualité de la préparation aux crises sanitaires (plans de secours, moyens, formations, exercices...) en impliquant l'ensemble des professionnels de santé.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ Organiser en cas de crise une expertise spécifique au sein de l'ARS, nécessitant une capacité de réponse immédiate, importante et durable :

- Finaliser les modalités d'appui de l'ARS aux préfetures en situation de crise prolongée
- S'assurer de la mise à jour des plans de secours, plans blancs élargis, plans blancs, plans bleus
- Mettre en place un plan de continuité de l'activité au sein de l'ARS
- Assurer la formation des agents
- Organiser la mobilisation en astreinte

■ Anticiper la gestion de la communication

- Préparer des plans d'information et de communication, en amont des crises
- Préciser les circuits de communication, en particulier dans le cadre de l'alerte et de la crise (cf. protocoles ARS-Préfecture)
- Prévoir une information identique et permanente pour tous les acteurs lors d'une crise de durée longue
- Impliquer les professionnels de santé de 1^{er} recours dès la phase de préparation de crise

POPULATION CONCERNEE

Population générale

ACTEURS CONCERNES

Préfets de département, Préfet de zone de défense Ouest, professionnels de santé,

établissements de santé et structures médico-sociales

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental

LEVIERS

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

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

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

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

POINTS DE VIGILANCE

Manque de culture collective de crise des populations et des professionnels

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

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

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

INDICATEUR

Pourcentage des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au

niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

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

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

Pour répondre à l'enjeu de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, quatre objectifs sont proposés à travers cet axe. Tout d'abord, observer et partager les données de santé, sous l'angle des inégalités, afin d'identifier les zones prioritaires d'intervention et mobiliser les acteurs de santé ainsi que les partenaires porteurs de politiques publiques et sociales.

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

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

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

OBJECTIF N°12

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

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

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

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

DECLINAISON OPERATIONNELLE

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

POPULATION CONCERNEE

Population générale

ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, acteurs sociaux, services de l'Etat, collectivités territoriales,

acteurs de prévention et de promotion de la santé, IREPS, ORS, Mutualité française, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental, infra départemental

LEVIERS

Commissions de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Contrats locaux de santé

PRSE2, PRST2

Etudes et publications de l'ORS

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

POINTS DE VIGILANCE

Complexité technique de l'analyse territoriale de proximité

Difficultés à structurer les systèmes d'information et à garantir le suivi des indicateurs

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Définition d'un diagnostic des besoins et priorités de santé au sein de chaque territoire de santé

Organisation de conférences/débats autour des inégalités de santé dans chaque département

Contrats locaux de santé mis en œuvre dans les territoires prioritaires urbains ou ruraux isolés

INDICATEUR

Nombre de contrats locaux de santé signés sur des territoires prioritaires urbains

ou ruraux isolés comprenant un diagnostic territorial partagé

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°13

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

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

Le poids prépondérant des déterminants sociaux dans la santé se traduit en termes de différence de mortalité prématurée et d'années de vie sans incapacités selon un gradient social touchant en particulier les personnes les plus démunies.

Afin d'éviter que le système de santé dans son ensemble n'aggrave ces inégalités, il convient de poursuivre et renforcer les actions pour permettre aux publics cibles d'accéder à la prévention et aux droits et de faire évoluer les pratiques professionnelles.

Mission de service public, la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les

autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination, entre dans le cadre de l'article L.6112-1 du code de la santé publique. Les 19 établissements de santé publics avec service d'urgence des Pays de la Loire disposent d'une PASS. D'autres établissements de santé, privés ou de proximité en ont également créé. Ils sont recensés par la PASS référente régionale. Si le territoire régional apparaît de ce fait bien couvert, les activités et les modalités de fonctionnement de ces PASS sont cependant disparates.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- **Améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social, afin de faciliter les prises en charge pluridisciplinaires de proximité pour les populations en situation de précarité sociale**
- Sensibiliser et accompagner les professionnels, en contact avec les publics cibles, aux enjeux prioritaires régionaux de prévention
- Améliorer l'articulation sanitaire et sociale au sein des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, des PASS, et avec le 1^{er} recours
- Créer des filières de suivi entre les dispositifs spécifiques et le droit commun (détenus...)
- **Améliorer l'accès aux droits pour pouvoir bénéficier des actions de prévention et éviter les renoncements aux soins**
- Facilitation et extension de l'accès aux droits, du tiers payant
- Sensibilisation au problème des refus de soins
- Maintien d'une offre de professionnels aux tarifs opposables
- **Prendre en compte les déterminants socioculturels, psycho-sociaux et environnementaux afin d'adapter les stratégies d'accès aux soins et à la prévention (langue, communication, accès)**
- Adapter les conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge
- Repérer et aller vers les personnes qui ne sollicitent pas de soutien
- **S'appuyer sur des intervenants de proximité formés et coordonnés pour repérer et agir préventivement :**
- Dans les situations potentielles de fragilité psychique, de violence, de risque de suicide
- Dans les situations de logement indigne ou inadapté
- Dans l'approche de la santé sexuelle

POPULATION CONCERNEE

Personnes concernées par les situations de précarité économique et sociale, d'isolement,

de relégation (prostitution, situations irrégulières, détention) ou d'exclusion

ACTEURS CONCERNES

Assurance maladie, services de l'Etat, collectivités territoriales, associations d'aides aux personnes démunies, établissements de santé, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, structures d'accueil, d'hébergement et

d'insertion, services universitaires de médecine préventive, Mutualité française, acteurs de prévention et de promotion de la santé, IREPS, associations d'aide à domicile, associations d'usagers, réseaux de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Dynamique des PRAPS des générations précédentes, et leur évaluation

Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Dispositif d'appel à projet en matière de prévention

Contrats locaux de santé

Politique de la ville

Réaffirmation par la loi HPST des missions de service public des établissements de santé

CPOM des établissements de santé

PRSE2

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

POINTS DE VIGILANCE

Manque de mobilisation des personnes vulnérables quant à leur situation de santé
Information des personnes en situation de précarité sur leurs droits
Difficultés liées aux déplacements ou à l'avance des frais médicaux

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Uniformisation des procédures d'ouverture de droits
Prise en compte des inégalités sociales de santé dans les schémas et programmes
élaborés dans la région
Compatibilité de l'ensemble du système de santé à l'ensemble des publics

INDICATEUR

Ecart du taux de participation au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein entre population totale, population CMU et population CMUC

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS

OBJECTIF N°14

Réduire les impacts de l'environnement sur la santé

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

L'environnement est un déterminant majeur de la santé des populations et complexe dans ses mécanismes. Les populations ne sont pas exposées de la même manière aux polluants de l'environnement. Par ailleurs, les personnes ne sont pas égales face aux agressions environnementales selon l'âge, l'état de santé ou l'appartenance sociale.

Si l'environnement est globalement de bonne qualité dans la région, une politique de prévention est à maintenir du fait de nombreuses pressions anthropiques liées à l'importance régionale de l'activité agricole et industrielle. Il est donc nécessaire d'agir sur la réduction des expositions du fait de l'implantation géographique des sources d'émission, de la

sensibilité du public (enfants par exemple) ou du fait la dangerosité de produits (cancérogénicité, reprotoxicité...) et de fournir aux populations les leviers pour maîtriser l'impact de leur environnement et de leurs comportements sur leur santé.

Les institutions doivent s'impliquer pour que les politiques publiques intègrent les enjeux de la santé environnementale, pour un aménagement du territoire favorable à la santé.

L'assurance par l'ARS de la surveillance sanitaire de l'environnement ainsi que l'animation d'une politique volontariste de prévention en santé environnementale impliquant les acteurs publics et locaux contribuent à la réduction des inégalités de santé.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Surveiller et maintenir dans toute la région un bon niveau de qualité des milieux de vie
- Surveiller et contrôler la qualité des milieux de vie, en particulier dans les

domaines de l'eau potable, des eaux de baignade et sites de pêche à pied, de la pollution atmosphérique urbaine, de la qualité de l'air intérieur, du bruit





- Prévenir la dégradation de l'environnement, par exemple les ressources en eau (eau potable, baignades...)
- Réduire les expositions environnementales pour certaines populations cibles et/ou sur certains territoires
- Réduire les expositions à fort impact sur la santé (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques)
- Réduire les inégalités territoriales
- Développer l'éducation à la santé environnementale
- Mobiliser les acteurs publics pour des politiques en faveur d'un environnement sain (plans locaux d'actions en santé environnement...)

POPULATION CONCERNEE

Population générale

ACTEURS CONCERNES

Services de l'Etat, collectivités territoriales, associations de consommateurs et d'usagers, environnementales et d'éducation à la santé, ORS, Mutualité française, IREPS,

acteurs économiques, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, Autorité de sûreté nucléaire, santé au travail

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Dynamique des Plans régionaux santé environnement (PRSE) de 1^{ère} et 2^{ème} générations

Plans de prévention des collectivités territoriales et des mutuelles

PRST2

Plan régional écophyto

Contrôle sanitaire de l'environnement et dispositifs de surveillance

Contrats locaux de santé

Agenda 21

Plans d'urbanisme

POINTS DE VIGILANCE

Complexité des relations entre l'environnement et la santé (effets à long terme, cumul d'expositions, non spécificité des effets sur la santé...)

Multiplicité des acteurs (services de l'Etat, collectivités...) disposant des leviers pour agir sur l'environnement

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

A minima, maintien d'un bon niveau de qualité des milieux de vie (eau, air, bruit, sols), surveillance continue des milieux de vie, baisse du nombre d'incidents de qualité (baignades notamment)

Amélioration de la qualité des bâtiments, notamment ceux accueillant des enfants

Des politiques publiques régionales et locales pour un environnement favorable à la santé

INDICATEUR

Pourcentage d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants, présentant de manière ré-

currente des dépassements de limite de qualité

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

UNE MOBILISATION POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

OBJECTIF N°15

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

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

Les travaux de recherche et d'observation sanitaire et sociale confirment l'importance de la période de la périnatalité et l'enfance dans la construction des inégalités sociales de santé. En effet, les premières phases du développement, l'éducation et les conditions psychosociales des jeunes influencent la santé de l'individu tout au long de la vie.

Les acteurs intervenant dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance et de l'adolescence sont multiples et sont appelés à mieux coopérer tant à l'échelle régionale que locale pour favoriser une politique coordonnée en prévention et en promotion de la santé.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Favoriser le lien maternités - services de PMI - CAMSP afin de repérer les situations à risque pour la mère et l'enfant (facteurs individuels, familiaux, psychosociaux, facteurs environnementaux) et favoriser le diagnostic précoce des situations de handicap
- Favoriser la coordination entre les CAF, les PMI, la santé scolaire, les médecins de premier recours et professionnels paramédicaux libéraux, les services sociaux et les établissements de santé afin d'améliorer le dépistage et l'accompagnement préventif vers l'accès aux soins de 1^{er} recours
- Mettre en place une exploitation des bilans de santé des enfants de l'indice de masse corporelle, de la santé-buccodentaire et de l'asthme, dans l'optique de définir des zones d'intervention prioritaires
- En complément des thématiques prioritaires régionales, favoriser des actions spécifiques autour du lien intergénérationnel, de la prévention de la violence et des relations entre garçons et filles
- Renforcer les actions de soutien à la parentalité par une plus grande implication des familles dans des actions communautaires innovantes d'éducation pour la santé
- Promouvoir l'acquisition des compétences psycho-sociales et en éducation pour la santé chez les enfants et les adolescents
- Renforcer les programmes coordonnés en milieu scolaire
- Former les acteurs de première ligne du champ éducatif, sportif et social
- Améliorer la connaissance chez les adolescents et les professionnels intervenant directement ou non auprès des jeunes des dispositifs de prévention
- Développer des échanges entre les professionnels intervenants : CAMSP, services de PMI, d'aide sociale à l'enfance, Education nationale, maisons des adolescents, CMPP, CMP, services de protection judiciaire de la jeunesse, associations de prévention et de promotion de la santé, médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, professionnels paramédicaux libéraux (dont masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes)

POPULATION CONCERNEE

Enfants, adolescents, parents

ACTEURS CONCERNES

Réseau sécurité naissance, collectivités territoriales, Education nationale, maisons des adolescents, CAMSP, CMPP, CMP établissements de santé, professionnels de santé médicaux et paramédicaux, pharmaciens, services de protection judiciaire

de la jeunesse, IREPS, associations de prévention et promotion de la santé, services universitaires de médecine préventive, Mutualité française, Assurance maladie, associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Richesse du réseau associatif

Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la

santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Déclinaison régionale du plan périnatalité, du PNNS3, du plan obésité

POINTS DE VIGILANCE

Dispersion et cloisonnement des compétences entre de très nombreux acteurs institutionnels

Complexité de l'intervention préventive qui ne doit pas être basée sur une ap-

proche unique et négative des «comportements à risque» des jeunes

Difficulté de prise en considération des facteurs conditionnant les comportements

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Articulation entre le réseau sécurité naissance, les services de protection maternelle et infantile et les réseaux d'addictologie

Définition de zones d'intervention prioritaires de prévention du surpoids, de la santé bucco-dentaire et de l'asthme

Maintien et développement de tissus locaux autour de la parentalité

Développement d'actions communautaires par les parents à l'échelle des quartiers

INDICATEUR

Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants de grande section maternelle

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRAPS

AVANT-PROPOS

Permettre une réponse adaptée de proximité, en s'appuyant prioritairement sur les professionnels de santé du premier recours, mobiliser les médecins spécialistes et les établissements de santé à bon escient et en seconde intention, améliorer la coordination entre les professionnels de santé, avec, pour finalité, une consommation de soins qui évolue au même rythme que l'accroissement de la population : voilà l'enjeu du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Pour les usagers, l'ambition est de rendre le monde de la santé plus simple, plus **lisible**, d'aider les personnes concernées à comprendre comment ça marche, à qui s'adresser, où trouver la réponse à tel ou tel besoin de santé : il s'agit de créer une **plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé**, et de généraliser le principe de l'appel téléphonique avant tout déplacement, pour organiser une réponse médicale coordonnée.

Sur un plan plus individuel, l'étape délicate que représente, pour un patient, l'annonce d'une grave pathologie ou d'une maladie dont le pronostic est défavorable, pourra être accompagnée d'une **consultation spécifique d'annonce**, lui permettant de mieux comprendre les choix thérapeutiques le concernant et les conséquences sur sa vie quotidienne.

Au plan collectif, les usagers sont en attente d'une meilleure prise en compte du respect de leurs droits. Il faudra, également, les responsabiliser dans l'utilisation du système de santé et favoriser leur **expression collective** en vue d'améliorer le fonctionnement de ce système.

En ce qui concerne les professionnels de santé, leur absence dans certains secteurs, l'isolement des médecins de premier recours, la nécessité d'une révision des pratiques et des modes d'exercice, impliquent l'**accompagnement de leurs regroupements**, notamment, au sein des zones fragiles définies. Le développement d'**équipes et structures** spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion, ... viendra en appui aux professionnels du premiers recours. Une dynamique d'**équipes territoriales de médecins spécialistes**, prenant en charge des consultations avancées, permettra de pallier l'existence de zones blanches (dans certaines spécialités).

Parallèlement à ces réorganisations, il convient d'assurer, par la mobilisation de tous et sur la base des réflexions portées par les acteurs de terrain, une **permanence des soins ambulatoires adaptée** dans les cinq territoires de la région, un **accès de tout nouveau patient à un médecin traitant, coordonnateur du parcours de soins**, une meilleure utilisation des ressources médicales dans la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé.

Une politique d'organisation des soins doit, également, poursuivre l'objectif de favoriser la **fluidité du parcours de soins** des patients, en évitant les attentes inutiles, en préparant les changements de services ou les retours à domicile, en **garantissant le juste soin**, c'est-à-dire le soin de qualité et pertinent. Ceci passe par une adaptation constante des compétences des professionnels et une **amplification de la dynamique de recherche clinique**.

Cette fluidité des parcours de soins nécessite, aussi, une meilleure articulation entre les **coordinations territoriales autour de la personne et les coordinations régionales autour d'une pathologie**, mais, également, le **renforcement des coopérations formalisées autour de la personne**, le **déploiement des infrastructures et des outils nécessaires à la coopération des acteurs** et, une **réponse graduée** dans le cadre d'une filière identifiée et structurée.

Par ailleurs, la **mutualisation renforcée des établissements de santé**, dans des domaines susceptibles d'entraîner des économies d'échelle ou une meilleure utilisation des ressources, permettra de retrouver des marges de manœuvre financières, tout en améliorant la réponse aux besoins des ligériens.

Une politique d'organisation des soins doit, enfin, se préoccuper des risques, pour les connaître et, ainsi, mieux les prévenir : un **pilotage unifié des risques** au sein de chaque établissement et au plan régional sera recherché. Parmi les risques identifiés en Pays de la Loire, il faut signaler une démographie des professionnels de santé défavorable ou déséquilibrée. Une **analyse partagée**, permettant d'agir à la fois sur les ressources humaines disponibles et sur une meilleure organisation des réponses apportées par le système de santé, sera recherchée, avec le souci de **garantir, dans chaque territoire, l'accès, par spécialité, à une offre au tarif opposable et d'assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap et aux personnes éloignées du soin.**

Plus largement, **les enjeux sociétaux, en matière d'environnement et de développement durable**, exigent une attention de tous les acteurs économiques, parmi lesquels les professionnels de santé. Tant dans le domaine de la qualité des locaux, que dans leur pratique de professionnels, leur mobilisation sera requise pour assumer leur responsabilité sociétale.

Tels sont les grands axes, d'une organisation des soins renouvelée, qui sont déclinés dans les trente et un objectifs et dans l'organisation des activités soumises à autorisation du Schéma Régional d'Organisation des Soins.



LA PLACE DE LA PERSONNE

- Créer une plateforme d'intégration des informations sur l'offre de santé destinée aux usagers 105
- Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés 106
- Expérimenter les consultations d'annonce pour toutes les personnes atteintes de maladie(s) chronique(s) ou à pronostic défavorable 108
- Garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne 109
- Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé 110
- S'appuyer sur l'expérience collective des usagers, pour améliorer l'adéquation du système de santé au besoin des personnes 111
- Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne et du «prendre soin» 113

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

- Accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours 117
- Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies 119
- Développer des équipes et structures d'appui en adaptation, réadaptation, réinsertion, au niveau des soins de premier recours 120
- Assurer une permanence des soins ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé 122
- Assurer l'accès de tous les nouveaux patients à un médecin traitant et/ou à un chirurgien dentiste et organiser la continuité des soins 124
- Au sein d'une équipe de professionnels de santé, faciliter le rôle de coordonnateur du parcours de soins du médecin traitant 126

L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES

- Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences 129
- Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations 131
- Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes 133
- 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 135
- Garantir le juste soin 137
- Assurer, par un parcours diversifié de formations initiale et continue, une meilleure réponse aux nouveaux besoins en compétences du système de santé 139
- Amplifier une dynamique régionale et interrégionale pour une recherche clinique reconnue et garantir l'accès à l'innovation 141

LA COOPERATION ET LA COORDINATION

- Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie **145**
- Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé **147**
- Déployer les infrastructures et les outils nécessaires à la coopération des acteurs **149**
- Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés **151**
- Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficacité des établissements de santé par la mutualisation **153**

LA MAITRISE DES RISQUES

- Promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins **157**
- Assurer un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques **159**
- Garantir, dans chaque territoire, l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable **160**
- Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap **162**
- Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun **164**
- Mobiliser les professionnels de santé et les établissements sur leur responsabilité sociétale, notamment en matière environnementale **166**

L'ORGANISATION DES ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION

1. Médecine **168**
2. Chirurgie **172**
3. Périnatalité, interruption volontaire de grossesse, assistance médicale à la procréation **174**
4. Psychiatrie **180**
5. Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) **184**
6. Soins de Longue Durée (SLD) **187**
7. Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie **188**
8. Médecine d'urgence **190**
9. Réanimation **192**
10. Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale **193**
11. Traitement du cancer **196**
12. Diagnostic Prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales **199**
13. Imagerie médicale **203**



LA PLACE DE LA PERSONNE

La personne au cœur des préoccupations du système de santé est la première Orientation Stratégique. Donner toute sa place au patient, dans le système de soins, c'est, d'abord, lui permettre d'être un acteur éclairé et responsable de sa santé : cinq objectifs y contribuent. C'est, également, soutenir à la fois les représentants des usagers et les professionnels du soin, dans l'importance qu'ils accordent à une approche globale, centrée sur le patient : deux objectifs y contribuent.

Être acteur de sa santé, c'est, d'abord, être en capacité d'accéder à l'information, de s'orienter et de décider. Un premier objectif développe une plateforme qui donne accès, de façon simple et efficace, aux multiples sources et sites d'information déjà existants, mais dispersés, en étant accompagné si nécessaire. Le second objectif s'attache à promouvoir le principe de l'appel téléphonique avant tout déplacement, une manière simple et efficace, pour bien orienter la demande de soins non programmés vers la réponse la plus adaptée. Le troisième objectif capitalise sur l'expérience de la «consultation d'annonce», mise en œuvre dans certaines maladies, pour en étendre le principe plus largement aux maladies chroniques. Il s'agit, pour le patient, de bien comprendre les enjeux, lorsque débute une maladie dont la durée ou la gravité risque d'affecter profondément sa vie quotidienne. Le quatrième objectif vise à garantir le respect des droits des usagers, par une information adaptée à chaque situation et à chaque personne. Il s'agit de renforcer les conditions d'expression des usagers pour leur permettre d'affirmer pleinement leurs droits. Le cinquième objectif accompagne l'utilisateur, par une information objective, pour une utilisation raisonnable de l'offre de soins, efficiente et de qualité. Il s'agit, pour le patient, de prendre une part active de responsabilité dans la démarche de soins efficiente et de qualité.

Le sixième objectif vise à renforcer le fonctionnement et les contributions des instances représentatives des usagers. Une approche globale, centrée sur le patient, représente une attente très forte exprimée par les usagers ; pour les professionnels de santé, c'est le cœur de leur métier et la raison d'être de leur engagement. Le septième objectif mobilisera les leviers qui favorisent la prise en charge globale : le travail en équipe pluri-professionnelle, les réunions de synthèse, les échanges de pratiques, la participation à l'éducation thérapeutique.





OBJECTIF N°1

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

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

- Aujourd'hui, l'information est dispersée entre de multiples acteurs et institutions.
- L'accès à l'information est difficile pour l'utilisateur.
- La fourniture d'une information adaptée permet, à chaque usager, d'être acteur de sa santé, de connaître les différentes possibilités qui s'offrent à lui et de faire bon usage de son libre choix
- La qualité de l'accompagnement de la personne, dans sa recherche d'informations, constitue un élément important du libre choix des personnes dans leur prise en charge.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Regrouper, dans une plateforme, avec des liens pointant vers les sites utiles, les informations, aujourd'hui, dispersées auprès de différents acteurs et réseaux.
- Enrichir cette plateforme d'informations, aujourd'hui, inexistantes ou inaccessibles.
- Rendre accessible, à tous les usagers, l'information existante, par des vecteurs de communication adaptés : plateforme téléphonique, site internet, «Centre Info Santé», régulation médicale du Centre 15 pour les soins urgents.
- Accompagner l'accès à la plateforme : dans les lieux publics, auprès des professionnels de santé, ...

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La plateforme est mise en œuvre.
- La plateforme est utilisée par les usagers, seuls ou accompagnés.
- La plateforme donne satisfaction.

LEVIER

Il existe, actuellement, une volonté partagée, ainsi qu'un besoin, exprimé par les acteurs en santé, de disposer d'une plateforme de centralisation des informations.

POINT DE VIGILANCE

Assurer la bonne définition du périmètre de la plateforme.

POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population ligérienne.

ACTEURS CONCERNES

Les partenaires impliqués dans la mise à disposition des informations : l'Assurance Maladie, les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), les Professionnels de santé, la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés, les associations d'utilisateurs, les Fédérations d'établissements de santé, ...

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

INDICATEUR

Nombre de connexions et/ou d'appels (en fonction du vecteur).

LA PLACE DE LA PERSONNE

OBJECTIF N°2

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

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

- Aujourd'hui, l'accès aux soins est pluriel et confus pour l'utilisateur : médecin généraliste, SAMU Centre 15, pompiers, Maisons Médicales de Garde / Centres d'Accueil et de Permanence des Soins. Il doit gagner en lisibilité.
- La régulation téléphonique des activités de Permanence Des Soins et d'Aide Médicale Urgente, dans la région, est accessible sur l'ensemble du territoire par le numéro national mais aussi par des numéros différents en fonction des départements.
- Dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire, cette régulation téléphonique est, également, accessible, pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par le numéro de SOS Médecins, association de Permanence Des Soins.
- Le système de régulation médicale est également complexe : il faut simplifier les points d'entrée et d'accès dans le système de santé.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Promouvoir l'utilisation de l'appel téléphonique préalable à toute prise en charge, en dehors des heures d'ouverture du cabinet du médecin traitant, afin de bénéficier d'une régulation médicale des appels et de la meilleure orientation.
- Structurer l'interconnexion de la plateforme d'appel de SOS Médecins avec le numéro de téléphone national, le 15.
- Coupler ces numéros d'appel, avec une réponse médicale téléphonique, comportant éventuellement une prescription.

Cette régulation médicale téléphonique est accessible par le numéro national unique pour les soins urgents et les soins non programmés en période de permanence des soins : c'est aujourd'hui le 15.

Dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire, cette régulation médicale téléphonique est également accessible pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par le numéro de SOS Médecins.

- Mettre en place une campagne de communication pour promouvoir l'utilisation de ces numéros d'appel.
- Coordonner cette démarche avec un Centre «info santé» régional.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les orientations inadéquates, en particulier dans le recours aux urgences, diminuent significativement.
- Le recours à la régulation médicale téléphonique, préalable au déplacement, se généralise.
- Pendant la période de Permanence Des Soins, le nombre d'actes diminue dans le secteur ambulatoire.

POINTS DE VIGILANCE

- Veiller à intégrer l'ensemble des acteurs intervenant sur les soins non programmés, dont la Permanence Des Soins en médecine bucco-dentaire et le numéro unique pour la garde pharmaceutique.
- Veiller à assurer des ressources humaines et techniques nécessaires au traitement des flux d'appel au SAMU Centre 15.

POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population ligérienne.

ACTEURS CONCERNES

Toutes les instances de la Permanence des Soins.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et infra-régional.

INDICATEUR

Evolution du nombre des appels et évolution du nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants.

LA PLACE DE LA PERSONNE

OBJECTIF N°3 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

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

- L'annonce, d'une maladie chronique ou à pronostic défavorable, est une étape délicate pour le patient. Elle nécessite une consultation spécifique pour lui permettre d'appréhender sa pathologie et ses conséquences sur son projet de vie.
- Ces dernières années, des progrès ont été faits pour l'information des patients, notamment dans le domaine de la cancérologie.
- Les modalités propres à la consultation d'annonce permettent de s'assurer de la bonne information du patient, ainsi que de sa bonne compréhension de la maladie, de son évolution et, de la thérapie proposée.
- Elles permettent de mieux associer le patient aux choix thérapeutiques qui le concernent, avec une meilleure transparence.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Définir les maladies chroniques ou à pronostic défavorable, nécessitant un accompagnement du patient.
- Identifier les acteurs impliqués dans ce dispositif.
- Identifier les moyens financiers.
- Mettre en place les compétences nécessaires.
- Evaluer l'impact, avant d'étendre le dispositif.
- Déterminer un accompagnement spécifique pour les populations en situation précaire.

RESULTAT ATTENDU A 5 ANS

La consultation d'annonce est expérimentée pour les pathologies chroniques retenues.

LEVIERS

- Les consultations d'annonce sont déjà développées en cancérologie et dans le domaine du Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise (SIDA).
- Inscription du déploiement du dispositif dans la contractualisation.

POPULATION CONCERNEE

Les personnes présentant l'une des pathologies chroniques retenues et leur entourage.

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.
- Les associations d'usagers.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

A décliner, également, de façon plus spécifique, dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

INDICATEUR

Nombre d'expérimentations de consultations d'annonce, hors cancérologie et SIDA (et mention des pathologies concernées).

OBJECTIF N°4 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

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

- Les usagers expriment une attente de prise en compte de leurs préoccupations.
- Les usagers ignorent souvent les droits d'expression dont ils disposent (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, ...).

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Renforcer l'information du patient sur ses droits et les possibilités d'expression de ses attentes.
- Pour les personnes vulnérables, associer les aidants et / ou les proches dans cette démarche.
- Généraliser l'expression écrite des choix du patient (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, ...).
- Mettre en place des procédures, assurant la traçabilité, dans le recueil de l'expression de l'utilisateur.
- Respecter ces choix.
- Organiser un accompagnement spécifique pour les populations en situation précaire.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les professionnels ont mis en œuvre les dispositions prévues par les textes.
- Les usagers et le public connaissent mieux leurs droits et les dispositifs existants (consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées, mandat de protection future, ...).

LEVIERS

- Contractualisation, avec les établissements de santé, sur le respect des dispositions garantissant l'expression et les droits des usagers.
- Appui sur la Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients.
- Effet du dispositif national 2011 «année des patients et de leurs droits».

POPULATION CONCERNEE

Les usagers du service de santé.

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, les établissements de santé, les associations d'utilisateurs.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

A décliner, également, de façon plus spécifique dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

INDICATEUR

Taux d'établissements certifiés HAS V2010 présentant une cotation A sur l'item 11b : « Consentement et participation du patient ».

LA PLACE DE LA PERSONNE

OBJECTIF N°5 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

Responsabiliser les usagers dans leur recours au système de santé

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

- Etre acteur de sa santé signifie, également, se sentir responsable du coût des soins.
- Des campagnes d'information (antibiotiques, médicaments génériques) ont montré qu'il est possible de modifier efficacement les comportements.
- Les coûts réels des soins sont peu connus, des patients comme des professionnels de santé. En outre, les professionnels constatent souvent une incompréhension des patients quand on les sensibilise aux coûts.
- Une meilleure sensibilisation à l'utilisation du système de santé permet de réaliser des économies.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Faire connaître, à chaque usager, le coût de sa prise en charge.
- Faire prendre conscience, à l'usager, de l'importance des coûts de la santé et de la nécessité de les maîtriser.
- Apprendre, à l'usager, à utiliser la porte d'entrée adaptée à son état de santé.
- Convaincre, chaque usager, de recourir au niveau de prise en charge adapté à son état de santé (retour direct au domicile, sans séjour en Soins de Suite et de Réadaptation ; prise en charge en Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire, au lieu d'une hospitalisation complète ; utilisation responsable du transport sanitaire,...).

RESULTAT ATTENDU A 5 ANS

L'information, sur le coût des séjours en établissement de santé, s'est développée.

LEVIERS

- Politiques de responsabilisation déjà engagées (Ministère, Assurance Maladie, mutuelles, ...).
- Education thérapeutique : pour obtenir une meilleure observance, liée à une meilleure connaissance de la pathologie et du traitement (éviter les incidents).
- Dans de nombreuses officines, le Dossier Pharmaceutique peut aider à repérer les incompatibilités et les contre-indications. Cette démarche peut faciliter une certaine prise de conscience des usagers.

POPULATION CONCERNEE

Les usagers du service de santé.

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, les établissements de santé, l'Assurance Maladie, les mutuelles, les assurances, les associations, ...

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR).

INDICATEURS

Evolution du nombre d'établissements de santé remettant, systématiquement, au patient, une information sur le coût total de son séjour, quelle qu'en soit la nature, avec la facture.

OBJECTIF N°6 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

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

- L'expérience collective, acquise par les usagers, est une source de savoir qui permet d'optimiser la prise en charge, en répondant mieux aux besoins.
- Il existe des marges de progrès dans le retour des questionnaires de sortie, qui ne sont remplis que par 10 % des patients, et dans leur exploitation. Des marges de progrès existent, également pour le dépôt et l'exploitation des plaintes,

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Intégrer les instances représentant les usagers, dans l'élaboration de tous les projets d'établissement, pour améliorer la qualité de la prise en charge.
- Généraliser les enquêtes de satisfaction, l'exploitation des questionnaires de sortie, ainsi que celle des plaintes. En assurer le suivi, la mise en œuvre de réponses et de solutions.
- Intégrer les travaux, les rapports et les retours d'expérience des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), dans les réflexions et les décisions portant sur le fonctionnement des établissements de santé.
- Développer des projets innovants, émanant des organisations représentant les usagers.
- L'analyse globale des plaintes est régulièrement discutée au sein de la commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des projets innovants sont mis en œuvre, en collaboration avec les organisations représentant les usagers.
- Des actions correctrices sont mises en œuvre, consécutives à l'exploitation des questionnaires de sorties et à celle des plaintes.
- Des plans d'action sont produits, consécutifs aux résultats des enquêtes de satisfaction.
- Les organisations représentant les usagers sont impliquées dans les projets d'établissement.

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

- Le dispositif national «2011, année des patients et de leurs droits» a souhaité valoriser les expériences et les innovations, visant à dynamiser l'exercice de la démocratie sanitaire et à favoriser la participation des usagers à la définition des politiques de santé.
- La contractualisation avec les établissements.
- Les outils d'amélioration de la qualité dans les établissements : la certification et les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) de la Haute Autorité de Santé (HAS).
- La mise en place, en 2010, de la commission «usagers - professionnels» de l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) médecins libéraux, qui traite de sujets concernant l'organisation des soins et permet une concertation dans le secteur ambulatoire.

POINT DE VIGILANCE

Une attention particulière devra être portée au secteur ambulatoire, dans lequel la participation des usagers n'est pas aussi structurée que dans le secteur hospitalier.

POPULATION CONCERNEE

Les usagers du système de santé.

ACTEURS CONCERNES

La CRUQPC, la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation, le Défenseur des Droits, les Ordres, les Associations d'usagers, les Unions Régionales des Professions de Santé, les établissements de santé, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, ...

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental et Régional.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé, pour le secteur ambulatoire.

INDICATEUR

Taux d'établissement certifiés HAS V 2010 présentant une cotation A sur l'item 2b : «Implication des usagers, de leurs représentants et des associations».

OBJECTIF N°7 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

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

- Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques conduisent à des prises en charge de plus en plus complexes.
- De ce fait, la prise en charge de la personne, dans sa globalité, devient prépondérante.
- Cette situation conduit les professionnels de santé à développer de nouveaux modes d'organisation du travail, en équipe(s) pluridisciplinaire(s), et à renforcer les compétences dans la relation soignant / soigné.
- La formation, les pratiques et les compétences des professionnels doivent donc évoluer vers le développement de méthodes cliniques, davantage centrées sur la prise en charge globale de la personne.
- Cette approche a, récemment, été introduite dans la formation initiale de médecine générale. Son développement est indispensable pour accompagner l'évolution de la médecine de premier recours.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Dans les projets de santé de premier recours, promouvoir une organisation qui favorise le travail en équipe(s) pluridisciplinaire(s) et pluri-professionnelle(s) (réunions de synthèse, réunions de pratique clinique, ...).
- Intervenir en plaidoyer en faveur de l'approche clinique et globale du patient, dans les formations initiale et continue des professionnels de santé (écoute, accompagnement, communication, relation soignant / soigné, consultation d'annonce, éducation thérapeutique, prévention, repérage de l'environnement, soins de support, travail en pluri-professionnalité, ...).
- Repérer les expériences innovantes, réaliser un bilan de ce qui existe et, en envisager, le cas échéant, la généralisation.
- Encourager la réalisation d'études et de recherches, avec les professionnels de santé, sur l'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la prise en charge globale de la personne (nouveaux modes d'accompagnement, ...).

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les organisations mises en place favorisent une prise en charge globale de la personne.
- Les formations initiale et continue des professionnels de santé donnent une place plus importante à une approche globale de la personne et à la relation soignant / soigné.
- Des études et recherches sont menées sur les meilleures façons d'améliorer la prise en charge globale de la personne.

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

- Les professionnels de santé ont conscience de l'importance de la prise en charge globale de la personne.
- La formation initiale de la médecine générale est en évolution et intègre cette dimension.
- L'ARS appuie le développement de la pluri-disciplinarité en accompagnant les projets de rénovation de l'offre de premier recours.
- La formation à l'éducation thérapeutique du patient développe les compétences relationnelles du professionnel et sa capacité à intégrer le vécu du patient, lors de l'élaboration du plan thérapeutique.
- Les travaux internationaux, sur la pratique de la méthode clinique centrée sur le patient, constituent une importante base de travail.

POINT DE VIGILANCE

Associer, les professionnels de santé et les institutions de formation, à toutes les étapes de la démarche.

POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population ligérienne.

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.
- Les facultés, les écoles et les instituts de formation des professionnels de santé.
- Les URPS.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional.

INDICATEUR

Nombre de séances de formation continue pluri-professionnelle en matière de prise en charge globale de la personne.



L'OFFRE DE PROXIMITÉ

La proximité organisée est la deuxième Orientation Stratégique. Il s'agit, d'abord, d'organiser, en proximité, la réponse aux besoins de soins de premier recours, objet de ce chapitre, puis, d'organiser depuis le premier recours, l'accès approprié aux avis et interventions spécialisés, lorsque c'est justifié. La coordination, entre l'ensemble des intervenants des différents échelons du système, est alors cruciale, pour obtenir des parcours de soins efficaces et efficaces.

L'offre de soins de premier recours est plus que jamais la pierre angulaire du système de soin. Les objectifs de ce chapitre visent à la conforter et à l'adapter aux enjeux émergents.

L'évolution démographique des professionnels de santé, en particulier dans les zones où ils sont déficitaires, pose un véritable défi, face au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de malades chroniques qui en résulte et, par conséquent, à l'évolution nécessaire de la nature de l'offre de soins en proximité.

Le regroupement des professionnels de santé, en équipe(s) pluri-professionnelle(s), dans un pôle, un centre ou une maison de santé, est l'approche retenue et déclinée dans l'objectif 8, pour permettre de proposer, d'une part, des réponses plus intégrées aux problèmes complexes posés par les conséquences du vieillissement et, d'autre part, des modalités de travail qui répondent aux aspirations des jeunes médecins. Des zones fragiles, en raison de l'importance de l'érosion démographique de leurs professionnels de santé, seront la cible prioritaire des aides. Elles sont définies dans l'objectif 9.

La prise en charge, à domicile, des problèmes de santé complexes, nécessite des interventions d'adaptation, de réadaptation, de réinsertion. L'appui des professionnels du soin, par des professionnels de proximité, spécialisés en réadaptation, est décrit dans l'objectif 10.

La Permanence Des Soins Ambulatoires est indispensable pour assurer une réponse adaptée aux soins non programmés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et paramédicaux. Son organisation est précisée dans l'objectif 11. En dehors des situations d'urgence, la situation démographique fait, parfois, de la recherche d'un médecin traitant, un parcours du combattant, et menace la continuité des soins, en particulier dans les établissements médico-sociaux. L'objectif 12 vise à organiser la continuité des soins, dans une approche concertée entre les différents acteurs de la proximité.

Finalement, la complexité croissante des réponses de soins de premier recours, nécessite une répartition adaptée des interventions autour d'une personne et leur coordination. Le rôle du médecin traitant, au sein des équipes de professionnels de santé de proximité, est précisé dans l'objectif 13.

OBJECTIF N°8 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Le regroupement et l'exercice pluri-professionnel des professionnels de santé de premier recours, répond à trois évolutions inter-dépendantes :
 - la répartition territoriale des professionnels de santé présente de telles disparités que l'accès aux soins est une vraie difficulté, dans certaines parties du territoire, principalement rurales,
 - par ailleurs, le vieillissement de la population et la part prépondérante prise par les maladies chroniques font évoluer les conditions d'exercice des professionnels de santé,
 - les jeunes professionnels de santé aspirent à de nouvelles formes d'exercice et, en particulier, une majorité ne souhaite plus exercer isolément.
- Le regroupement permet, notamment, de rompre l'isolement et d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels.
- Le regroupement des professionnels est, en outre, un moyen d'améliorer la qualité de la prise en charge globale et la continuité des soins, au bénéfice des usagers, tout en garantissant des conditions d'accès satisfaisantes.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Définir la taille, l'échelle pertinente pour le développement des exercices coordonnés, en premier recours.
- Intégrer, dans le projet de santé, la prévention, l'accompagnement et une approche santé des populations, au-delà d'un simple projet immobilier et du projet de soins.
- Accompagner les projets de regroupement avec les Comités d'Accompagnement Territorial des Soins de premier recours (CATS).
- Promouvoir la coordination des professionnels en premier recours : développer des protocoles thérapeutiques communs, expérimenter de nouveaux modes de rémunération.
- Créer un modèle économique pour la prévention et l'éducation thérapeutique du patient en secteur libéral.
- Adapter les conditions d'exercice coordonné des professionnels, aux spécificités d'organisation et d'exercice propres à chaque profession :
 - conforter le maillage des pharmacies sur le territoire et l'articuler avec celui des maisons, pôles et centres de santé ; inciter à une coopération entre les acteurs de terrain, dont les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) pharmaciens et médecins libéraux, pour construire un maillage équilibré,
 - garantir la bonne répartition des officines de pharmacie sur le territoire, par un rééquilibrage des implantations urbaines et rurales,
 - protocoliser l'organisation du retour à domicile, entre les pharmaciens d'officine, les médecins traitants, les infirmiers (ères) à domicile, ...
 - favoriser des plateaux techniques regroupés de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes. Puis les articuler avec les maisons, pôles et centres de santé,
 - garantir l'accessibilité à l'offre de biologie médicale, dans le cadre des opérations de regroupement de laboratoires. Assurer la réponse du laboratoire, dans le respect du délai garantissant la prise en charge optimale du patient.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La lisibilité de l'offre de soins de premier recours est améliorée pour le patient.
- Les maisons, pôles et centres de santé mettent en œuvre, dans le cadre de leur projet de santé, des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, partagent des informations et développent des coopérations entre les professionnels (coopération sur exercice partagé).
- L'exercice regroupé attire des jeunes professionnels de santé.
- La télémédecine améliore l'accès aux soins spécialisés.
- Un accès raisonnable à l'offre de biologie est maintenu sur l'ensemble du territoire.
- Un accès raisonnable à l'offre pharmaceutique est maintenu sur l'ensemble du territoire.

LEVIERS

- Les appels à projet conjoints Etat - ARS, lancés dans chaque région.
- Le développement des nouveaux modes de rémunération.
- 71% des médecins généralistes, de la région, exercent en groupe, ce qui constitue une spécificité régionale (Panel médecins généralistes Pays de la Loire, enquête de février 2011).

POINTS DE VIGILANCE

- La convergence des exercices, objectifs et intérêts, de multiples partenaires.
- Le regroupement, des professionnels de santé de ville, invite à repenser la question des transports du public.

POPULATION CONCERNEE

- Les professionnels de santé.
- Les usagers.

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- L'Assurance Maladie, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les mairies, ...

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, pôles de santé).

OBJECTIF N°9 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et, la raréfaction de l'offre de soins, dans les zones rurales, constituent de nouveaux enjeux sanitaires.
- L'organisation territoriale de la médecine de proximité est, aujourd'hui, considérée comme une priorité, pour répondre aux besoins de soins des populations.
- Certaines zones de la région ressortent comme des zones fragiles, pour l'accès aux soins, en raison de la démographie des professionnels de santé. Ces zones sont souvent peu attractives pour les professionnels de santé : éloignées des centres urbains, plus ou moins bien desservies par les transports, éloignées des établissements scolaires.
- Il faut donc inciter de nouveaux professionnels de santé à s'installer et à rester dans ces territoires.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Arrêter les zones fragiles, sachant qu'elles concernent 456 322 personnes, en région Pays de Loire (une cartographie des zones fragiles a fait l'objet d'un arrêté spécifique).
- Donner une priorité à l'accompagnement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), en zones fragiles.
- Développer les Contrats d'Engagement de Service Public sur ces zones fragiles.
- Promouvoir les mesures fiscales et les aides aux professionnels de santé exerçant en zones fragiles.

RESULTAT ATTENDU A 5 ANS

Constatation d'une augmentation des installations de nouveaux médecins de premier recours dans les zones fragiles.

LEVIERS

Des aides et des financements existent (Maisons de Santé Pluri-professionnelles, Contrats d'Engagement de Service Public, défiscalisation, aides pour les infirmiers (ères) libéraux (ales), ...).

POINTS DE VIGILANCE

- Mettre en cohérence l'ensemble des politiques publiques (aides).
- La priorisation sur les zones fragiles ne signifie pas la non pertinence des expérimentations innovantes dans les autres zones.

POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé.

ACTEURS CONCERNES

Les Ordres professionnels, l'Assurance Maladie, le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les mairies, ...

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Infra-départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Evolution du nombre de nouvelles installations de professionnels de santé dans les zones fragiles.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°10 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Des hospitalisations inappropriées résultent d'une difficulté à organiser la réponse plurielle (sociale, médico-sociale, sanitaire) de premier recours.
- Il faut donc mettre en synergie ces différentes réponses en créant ce qui manque et/ou en réorientant ce qui existe sur le terrain.
- Ces réponses se mettent, habituellement, en place en sortie d'hospitalisation. Il s'agit de les développer, en amont, en prévention d'hospitalisation.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Mettre en place, des équipes spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion (masseur-kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, ...) sur les territoires;
- ces équipes viennent en appui du professionnel du premier recours (médecin, Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), ...).
- S'appuyer sur les Hôpitaux Locaux, qui proposent une offre de Soins de Suite et de Réadaptation, de Soins de Longue Durée, pour compléter ce dispositif avec : des consultations externes, complémentaires de l'offre ambulatoire de proximité, y compris les consultations avancées de spécialistes ; des activités d'éducation thérapeutique en premier recours ; une hospitalisation de jour en Soins de Suite et de Réadaptation ; l'accès à la télémédecine.
- Définir la taille et le territoire d'intervention de ces équipes.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des équipes spécialisées en adaptation, réadaptation, réinsertion, sont mises en place.
- Les Hôpitaux Locaux contribuent à l'appui des soins de premier recours de leur territoire.

LEVIERS

- De nombreux professionnels de l'adaptation, réadaptation, interviennent aussi bien en secteur libéral qu'en secteur hospitalier.
- La région est bien dotée en Hôpitaux Locaux.

POINTS DE VIGILANCE

- Accompagner le repositionnement des Hôpitaux Locaux et dégager des moyens financiers adéquats.
- S'appuyer sur les dispositifs incitatifs destinés aux professionnels intervenant dans ces équipes et structures.

POPULATION CONCERNEE

- Les professionnels du premier recours.
- Les personnes, à domicile ou en établissement médico-social, ayant besoin de prestations d'adaptation, réadaptation, réinsertion.

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé spécialisés en adaptation, réadaptation, réinsertion (masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes,...).
- Les professionnels du médico-social.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

- Les Hôpitaux locaux.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

- Les professionnels du premier recours.

INDICATEUR

Infra-départemental.

Programme Territorial de Santé.

Durée Moyenne de Séjour dans les CMD 01MZ, 04MZ, 05MZ, 08C, 08MZ, 19MZ pour les personnes âgées.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°11 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter.

- Constituant un des modes de réponse aux besoins de soins non programmés, la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) doit s'articuler avec l'organisation des services d'urgence (organisation territoriale structurée, graduée et efficiente).
- La structuration de la PDSA apparaît comme un levier pour l'organisation de l'offre de soins ambulatoires. Une bonne structuration permet d'alléger les contraintes de la PDSA et, ce faisant, de lever certaines réserves des professionnels sur l'exercice dans des zones fragiles.
- Lorsque l'organisation de la PDSA se traduit par la création de Maisons Médicales de Garde, cela constitue un lieu de dialogue et de concertation entre les médecins libéraux, qui peut, ensuite, déboucher sur d'autres projets.
- Dans la région Pays de la Loire, à Nantes et Saint Nazaire, SOS Médecins participe à la PDSA.
- L'organisation d'une permanence des soins infirmiers et l'amélioration des conditions d'accès à l'offre de biologie, pendant les heures de PDSA, figurent parmi les enjeux.
- La PDSA est adoptée dans chaque territoire, dans le cadre d'un cahier des charges régional.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Accompagner le dispositif mis en place et organisé avec les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), et SOS Médecins, à Nantes et à Saint Nazaire.
- Accompagner la création d'une Maison Médicale de Garde, par territoire de premier recours, en l'implantant préférentiellement au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, des Hôpitaux Locaux, ... Cette implantation sera toujours réalisée en lien avec les structures d'urgence.
- Développer le conventionnement entre les ADOPS et les établissements hospitaliers pour faciliter et réguler les transferts de patients entre les services d'urgence et les Maisons Médicales de Garde.
- Assurer une couverture régionale de garde de kinésithérapie respiratoire pour les nourrissons, en cohérence avec les territoires de premier recours. Avec les professionnels, réfléchir aux modalités à mettre en place pour les autres pathologies : Soins Palliatifs, kinésithérapie respiratoire chez les adultes, ...
- Travailler, avec les professionnels, pour optimiser la couverture régionale de garde en soins infirmiers, en médecine bucco-dentaire (assurée par des chirurgiens-dentistes), aux heures de la PDSA. Réfléchir aux solutions adaptées pour les zones littorales et les publics d'été. Mettre en place une régulation médicale par le SAMU Centre 15.
- Améliorer le service de proximité de la PDSA, en définissant, au niveau de chaque territoire de premier recours, les modalités d'articulation entre : les Maisons Médicales de Garde, SOS médecins à Nantes et à Saint Nazaire, la garde pharmaceutique et les autres services de garde (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, biologistes, radiologues).

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Une réponse coordonnée est apportée, aux besoins de soins non programmés, pendant les horaires de la PDSA et sur chaque territoire de santé, y compris en médecine bucco-dentaire (assurée par des chirurgiens dentistes), en soins infirmiers et en kinésithérapie.
- Le parcours des patients est optimisé sur chaque territoire de santé. La gradation des soins est améliorée entre le premier recours (PDSA) et le recours aux services hospitaliers (services d'urgence, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)).
- La prise en compte du conseil médical, apporté par les médecins régulateurs du SAMU Centre 15, et l'accès régulé aux Maisons Médicales de Garde, ainsi qu'aux médecins mobiles pour les visites, contribuent à améliorer la prise en charge du patient.

LEVIERS

- Dans les cinq départements, intérêt de s'appuyer sur l'expérience des ADOPS et sur les expérimentations régionales de la PDSA.
- Existence d'un cadre régional (cahier des charges).

POINTS DE VIGILANCE

- La diversité des organisations actuelles et la variabilité de leur coût amènent à réfléchir sur la pérennité des solutions.
- L'obtention d'une meilleure articulation entre l'organisation de la PDSA et celle de la garde pharmaceutique, se heurte aux sectorisations (médicales et pharmaceutiques), qui ne sont pas superposables.
- La PDSA n'est pas inscrite dans les conventions des professionnels paramédicaux ; son financement ne peut donc qu'être lié à une expérimentation.

POPULATION CONCERNEE

Les usagers.

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, les ADOPS, les Ordres professionnels, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS), la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés, l'Assurance Maladie.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Evolution du nombre de passages aux urgences pour 10 000 habitants.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°12 :

Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin traitant et / ou à un chirurgien-dentiste et organiser la continuité des soins

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces.

- La surcharge de travail des médecins généralistes les oblige, parfois, à refuser de nouveaux patients.
- Des patients qui n'arrivent pas à trouver un médecin traitant appellent le SAMU Centre 15 ou se rendent dans un service d'urgence.
- Tout nouveau patient (par exemple, après un déménagement ou une entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)) doit pouvoir accéder à un médecin traitant, selon sa convenance (proximité de son domicile, de son travail ou autre souhait). La déclaration du choix d'un médecin traitant est, en effet, obligatoire pour bénéficier de l'optimisation des remboursements par l'Assurance Maladie.
- La continuité des soins doit être assurée : aucun patient, y compris en EHPAD, ne doit rencontrer de difficulté pour consulter un médecin, notamment le samedi matin et / ou pendant les vacances de son médecin traitant.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Prise en charge d'un nouveau patient :
 - sur chaque territoire, rédiger et mettre en place un protocole concerté avec les professionnels, pour apporter une réponse de proximité, à tout nouveau patient rencontrant des difficultés pour trouver un médecin traitant.
- Continuité des soins dans le cadre de l'exercice regroupé :
 - s'assurer que le regroupement des professionnels du secteur intègre un dispositif d'organisation de la continuité des soins,
 - développer des coopérations sur exercice partagé, pour dégager du temps médical.
- Organisation pour la continuité des soins, durant les absences du médecin traitant (hors permanence des soins) :
 - s'appuyer sur le projet de santé du territoire de proximité et l'organisation, la coordination des services de premier recours,
 - développer une organisation pérenne de continuité des soins ambulatoires, permettant de répondre aux demandes de consultations non programmées, hors période de Permanence Des Soins Ambulatoires,
 - développer le conventionnement entre les Associations Départementales d'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS), SOS Médecins, à Nantes et à Saint Nazaire et, les établissements et services médico-sociaux, les Hôpitaux Locaux, les services d'Hospitalisation A Domicile, pour convenir des modalités de continuité des soins dans ces structures.
- Ces trois Déclinaisons Opérationnelles s'appliquent, également, aux chirurgiens-dentistes.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Tout nouveau patient peut accéder en proximité à un médecin traitant et / ou à un chirurgien-dentiste.
- Le nombre de refus de prise en charge, opposé aux nouveaux patients, par les médecins généralistes, a diminué.
- La continuité des soins est garantie, notamment, le samedi matin, ainsi que pendant les périodes habituelles de congé.
- La continuité des soins est assurée dans les établissements et services médico-sociaux, les Hôpitaux Locaux, les services d'Hospitalisation A Domicile.
- La pertinence et l'efficacité du recours aux soins ambulatoires non programmés, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, est améliorée par l'organisation de la continuité et de la Permanence Des Soins Ambulatoires.

LEVIERS

La Loi HPST rend possible les coopérations entre professionnels (coopérations sur exercice partagé).

POINT DE VIGILANCE

Les protocoles de coopération, sur exercice partagé, doivent appliquer un cahier des charges, ainsi que des procédures d'autorisation, complexes et longues.

POPULATION CONCERNEE

Les patients.

ACTEURS CONCERNES

Les médecins généralistes, l'Assurance Maladie, les Unions Régionales des Professions de Santé, les Ordres professionnels, la Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Taux d'assurés de plus de 16 ans ayant un médecin traitant.

L'OFFRE DE PROXIMITÉ

OBJECTIF N°13 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces.

- Représentant, en principe, la porte d'entrée du système de soins depuis la convention de 2005, le médecin traitant est généralement le professionnel de santé le mieux identifié par l'utilisateur. De ce fait, il occupe, naturellement, la place centrale dans la prise en charge du patient.
- Dans le cadre d'une coopération sur exercice partagé, en pôle de santé, en Maison de Santé Pluri-professionnelle, le médecin traitant peut déléguer la coordination à un autre professionnel de soins.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Renforcer la capacité du médecin traitant à tenir son rôle de coordonnateur du parcours de soins :
 - rendre systématique le retour d'information des médecins spécialistes vers les médecins traitants : consultations avancées, télémédecine et téléconsultations, orientation et inscription du patient dans un réseau, organisation de l'éducation thérapeutique, ...
 - promouvoir une consultation de coordination, à l'instar de ce qui se fait en cancérologie, dans les cas plus complexes.
- s'appuyer sur des échanges d'informations, progressivement standardisés, dans le cadre du déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP) et utiliser une messagerie sécurisée,

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Le médecin traitant est destinataire des informations, concernant ses patients, transmises par l'ensemble des professionnels de santé.
- Les patients ont pris conscience de la mission de «pivot» de leur médecin traitant.

LEVIERS

- Possibilité d'utiliser les nouveaux modes de rémunération pour financer le temps de coordination du médecin traitant.
- Nouvelle convention médicale (missions du médecin traitant).
- Contractualisation avec les Maisons de Santé Pluri-professionnelles.

POINT DE VIGILANCE

La coordination demande du temps et des financements.

POPULATION CONCERNEE

Les patients des médecins traitants.

ACTEURS CONCERNES

- Les médecins traitants.
- Les autres professionnels de santé.
- Les Ordres professionnels.
- Les Unions Régionale des Professions de Santé.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

INDICATEUR

Evolution du nombre DMP créés sur la plateforme e-santé (accord du patient obtenu).

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

Les soins de premier recours sont la pierre angulaire du système de santé, avec une attention portée à la globalité de la prise en charge du patient. La capacité à répondre à des questions diagnostiques ou thérapeutiques relevant de l'expertise, reste également fondamentale. L'accès à l'innovation et aux soins spécialisés, complémentaire du premier recours, est, ainsi, le deuxième axe de la proximité organisée.

Il s'agit, d'abord, d'assurer la disponibilité, dans le temps et l'espace, des réponses spécialisées.

Dans les situations d'urgence, pour garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge du patient, l'objectif 14 constitue une évolution et précise l'organisation de cette filière, ainsi que le rôle de ces structures au sein de la région.

En établissement de santé, l'optimisation de la ressource médicale est nécessaire pour assurer la Permanence Des Soins. L'objectif 15 précise les principes d'organisation de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé et préconise des mutualisations, afin d'assurer un maillage efficace et efficient du territoire.

Sur le territoire régional, la répartition des spécialistes est inégale et pose des problèmes d'accès. L'objectif 16 vise à dépasser les logiques institutionnelles, pour encourager la constitution d'équipes - à l'échelle d'un territoire - qui puissent déployer une réponse aux besoins d'avis ou aux besoins d'intervention.

Il s'agit, ensuite, d'optimiser les modalités de prise en charge spécialisée.

De nombreuses sources d'inefficience et d'inadéquation de prise en charge sont liées à l'insuffisance de fluidité des parcours entre les différents segments du système de santé ; l'objectif 17 propose d'y remédier en levant les obstacles au sein et entre les établissements.

Les sources d'inefficience sont, également, liées à des réponses qui ne sont pas optimales au regard des référentiels d'aujourd'hui et des possibilités offertes par l'innovation. Le modeste développement de la chirurgie ambulatoire en est un exemple. Afin d'améliorer l'efficience du système et des réponses médicales, l'objectif 18 vise le juste soin.

Il s'agit, enfin, de préparer l'avenir.

L'adaptation indispensable de l'organisation du système de santé, consécutive à l'évolution démographique et à ses conséquences, mais, aussi, à l'évolution technologique, conduit à des besoins en nouvelles compétences. La diversification des contenus et des parcours de formation est proposée dans l'objectif 19 pour répondre à ce besoin. Enfin, l'importance de la recherche et du développement des techniques innovantes est affirmée dans l'objectif 20, qui vise à soutenir et accompagner les initiatives régionales.

OBJECTIF N°14 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès aux services spécialisés.

- Malgré des délais d'attente prévisionnelle souvent très longs, un certain nombre de patients se présentent dans les structures de médecine d'urgence pour des soins non programmés, qui auraient pu être délivrés par un professionnel du premier recours.
 - Les usagers se présentent, spontanément, dans ces structures :
 - parce que l'accès financier est facile,
 - parce qu'ils n'arrivent pas à joindre leur médecin traitant ou qu'ils jugent trop longs les délais de rendez-vous,
 - parce qu'ils confondent soins non programmés et urgence.
 - Il est nécessaire de sécuriser la prise en charge des urgences vitales, dès l'amont
- de l'entrée dans un établissement de santé. Pour cela, la régulation médicale initiale est fondamentale.
- Les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Ces missions sont d'ores et déjà assurées sur l'ensemble du territoire régional.
 - Pour les besoins de soins qui en relèvent, la structure territoriale d'urgence adaptée la plus proche doit être privilégiée, quelque soit son statut (privé, public, ...).
 - Au total, l'organisation de l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (vitales, psychiatriques, soins non programmés) doit être précisée et son fonctionnement expliqué à tous les usagers.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Apporter une réponse graduée, adaptée aux besoins :
 - en proximité, un professionnel du premier recours prend en charge les soins non programmés qui relèvent de ses missions,
 - pour les besoins relevant d'une structure de médecine d'urgence, le patient est orienté vers la structure compétente la plus proche.
- Organisation générale des structures d'urgence (Service d'urgence, Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)) :
 - au niveau de chaque établissement, l'ensemble des structures d'urgence, à l'exception éventuelle des urgences pédiatriques, doivent être regroupées dans la même entité opérationnelle (pôle, département, service),
 - en ce qui concerne les structures de proximité dont l'activité 24 h / 24 - 7 j / 7 - 365 jours par an est discutable, il est proposé de les rattacher à une structure de recours et d'organiser leur fonctionnement en tant qu'antenne, ayant une ouverture éventuellement saisonnière ou fractionnée dans le temps (fermeture en nuit profonde),
- le modèle type est celui d'une structure principale territoriale, à laquelle seraient rattachées les autres structures d'urgence du territoire afin de constituer des équipes médicales communes et d'harmoniser leur fonctionnement.
- Organisation des Services d'Urgence :
 - renforcer les structures de recours,
 - impliquer chaque établissement de santé, disposant d'une autorisation, dans un programme d'analyse et de maîtrise des temps de passage aux urgences, ainsi que dans la gestion de l'aval (disponibilité des lits), en récompensant ceux qui adoptent les bonnes pratiques,
 - homogénéiser les prises en compte financières des passages aux urgences des patients hospitalisés,
 - favoriser la polyvalence du personnel dans les structures d'urgence et de SMUR,
 - améliorer l'information du patient tout au long de son séjour en service d'urgence (durée d'attente prévisionnelle, en particulier).



L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS



■ Organisation des SAMU Centres 15 :

- maintenir les 5 SAMU, couvrant chacun un territoire de santé, avec la perspective de sécuriser, de développer leurs coopérations et leur articulation, ainsi qu'une plateforme « info santé » régionale,

- favoriser la polyvalence entre les activités de régulation médicale des Centres de Régulation et de Réception des Appels (CRRA) et des SMUR,

■ Organisation des SMUR

- en Vendée, adapter les activités des SMUR, pour tenir compte des variations

saisonniers (constitution d'antennes),

- favoriser la polyvalence du personnel des services des urgences et des SMUR, ainsi que celles des CRRA.

■ Organisation des transports hélicoptérés

- renforcer l'activité de l'héli-SMUR sur la zone Est de la région, avec autorisation d'un second appareil, basé à Angers, en prévoyant une deuxième base pour un renfort côtier saisonnier,

- dans le cadre du plan de modernisation, organiser une régulation médicale régionale des transports hélicoptérés, par l'interconnexion des SAMU.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

■ La totalité des territoires de la région, 365 jours / an et 24 h / 24, dispose d'un accès à une structure de médecine d'urgence, notamment pour les urgences vitales et, dans des délais compatibles avec l'état de santé.

■ La rapidité des prises en charge (fluidité des parcours), s'est améliorée, notamment, pour les urgences vitales.

■ La saturation de toutes les structures de médecine d'urgence a diminué.

■ La satisfaction de tous (usagers et professionnels) s'est améliorée.

■ Le nombre des transferts inappropriés a diminué.

LEVIERS

■ Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

■ La contractualisation.

POINT DE VIGILANCE

Certaines actions sont liées à l'évolution de la réglementation ou à une logique d'expérimentation.

POPULATION CONCERNEE

Les usagers

ACTEURS CONCERNES

■ Les professionnels de santé.

des transports sanitaires (CODAMUPS).

■ Les structures membres des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et

■ La Collégiale des Urgences et des Soins Non Programmés

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Interrégional, Régional, Territorial, Local.

INDICATEUR

Pourcentage et nombre de passages aux urgences en moins de 4 heures

OBJECTIF N°15 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Des gardes et astreintes sont organisées dans les établissements de santé. Elles mobilisent des équipes médicales, parfois pour un faible nombre d'actes.
- La Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) entre dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Cette mission est d'ores et déjà assurée sur l'ensemble du territoire régional.
- L'arrêté du 30 avril 2003, relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, rend les mutualisations possibles entre les établissements.
- Les mutualisations permettent :
 - d'améliorer le fonctionnement des services, grâce à la présence de ces équipes en journée (consécutive à la diminution des repos compensateurs post-garde),
 - d'apporter une réponse aux besoins de la population sur chaque territoire (Mission de Service Public),
 - de diminuer le nombre des équipes médicales de garde et, donc, le coût de la permanence des soins.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Sur la base des résultats d'une enquête et d'une analyse des lignes de garde recensées, l'organisation de la PDSES sera définie dans la région selon les principes suivants :
 - cohérence avec la gradation des soins hospitaliers,
 - définition des spécialités (médicales, chirurgicales, médico-techniques) relevant de la PDSES, avec attribution d'un niveau de territoire à chaque spécialité. Ce territoire sera infra départemental, départemental ou régional.
- Pour les spécialités concernées par la PDSES :
 - organiser la PDSES pour permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population,
 - optimiser le nombre d'équipes médicales de garde, en fonction de l'activité effectuée au sein des établissements et entre les établissements,
 - encourager les mutualisations entre les secteurs public et privé, pour répartir, de manière équitable, les contraintes d'exercice et permettre la mise en place d'équipes de garde de taille suffisante (au moins trois praticiens, pour une astreinte et, au moins sept, pour une garde),
 - modifier les fronts d'astreinte et de garde selon les besoins et l'activité : astreintes limitées au week-end, demi-astreintes,
 - garantir la sécurité du patient et la lisibilité du dispositif en identifiant les équipes et les plateaux techniques de garde et d'astreinte, tout en alimentant le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des mutualisations entre établissements (publics, privés), titulaires des mêmes autorisations, ont été mises en œuvre pour optimiser la PDSES.
- Des médecins sont redéployés, en journée, dans les services.

LEVIERS

- La signature de conventions garantit l'engagement des établissements qui mutualisent leur PDSES.
- La contractualisation.

POPULATION CONCERNEE

Les médecins des établissements de santé (publics et privés).

ACTEURS CONCERNES

Les établissements, les médecins des établissements, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et les conférences des présidents de CME (public, privé).

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local.

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Nombre d'établissements de santé mutualisés pour garantir la PDSES (conventions signées)

OBJECTIF N°16 :

Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Sur certaines zones du territoire, l'accès des patients aux médecins spécialistes est difficile :
 - la densité de ces derniers n'est pas homogène,
 - les zones d'influence de leurs lieux d'exercice ne couvrent pas l'intégralité du territoire.
- Il est donc nécessaire d'organiser un accès aux soins spécialisés dans ces territoires, notamment, en sensibilisant les médecins spécialistes à l'utilité d'offrir cet accès à l'ensemble de la population ligérienne.
- Les professionnels du premier recours rencontrent la même difficulté d'accès, par exemple :
 - pour adresser un patient en urgence,
 - pour raccourcir un délai de rendez-vous,
 - pour une demande d'avis spécialisé.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Garantir une couverture du territoire :
 - entre les établissements : en développant des postes d'assistants partagés,
 - en appui du premier recours :
 - . en développant des consultations avancées, notamment, dans les maisons et pôles de santé, les Hôpitaux Locaux,
 - . en encourageant la multiplicité d'activité pour les médecins spécialistes, par exemple entre un cabinet libéral, un plateau technique, un possible cabinet secondaire, des consultations avancées,
- Développer et s'appuyer sur les expériences innovantes dans le suivi des malades pour les soins de spécialistes, avec une logique de couverture territoriale, afin de répondre aux contraintes de la démographie médicale.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des postes d'assistants partagés ont été créés.
- Des consultations avancées sont organisées.
- Le maillage territorial des réponses spécialisées s'est amélioré, notamment, grâce au développement de la multiplicité d'activité.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

LEVIERS

- La loi HPST rend possible la signature de Contrats d'Engagement de Service Public pour les étudiants et internes en médecine.
- Certaines organisations d'imagerie fonctionnent déjà avec des plateaux techniques gradués. Ce mode de fonctionnement pourrait être étendu à d'autres structures de la région, en s'appuyant sur ces expériences.

POINT DE VIGILANCE

La mise en place de conditions attractives est nécessaire pour inciter les médecins spécialistes à assurer une offre de proximité.

POPULATION CONCERNEE

- Les usagers.
- Les professionnels du premier recours.

ACTEURS CONCERNES

- Les médecins spécialistes.
- Les établissements de santé.
- Les étudiants et internes en médecine.
- Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).
- Les fédérations.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de Santé.

INDICATEUR

Evolution du nombre de médecins spécialistes ayant une activité «multi-sites».

OBJECTIF N°17 :

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

Orientation stratégique de rattachement : Une démarche centrée sur la personne - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Les étapes, de la prise en charge du patient, pensées dans une logique de parcours, sont encore trop souvent effectuées selon les contraintes respectives des services, ce qui ne permet pas toujours l'anticipation, ni l'optimisation souhaitées du séjour.
- Trois situations principales posent problème :
 - la sortie des services d'urgence,
 - l'attente de la programmation ou de résultats d'examen,
 - la sortie d'hospitalisation, après une perte d'autonomie ne permettant pas un retour direct à domicile.
- Le manque de places d'aval sature les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), qui ne peuvent, en conséquence, accepter de nouveaux patients sortant de court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Ce manque de fluidité encombre l'ensemble de la filière.
- Une réflexion doit, également, être menée sur la fluidité des parcours entre les établissements psychiatriques, les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- De nets progrès ont été faits pour limiter le nombre d'examen de biologie et d'imagerie, ainsi que leurs redondances. Il faut continuer dans ce sens, en particulier, en généralisant la transmission dématérialisée des résultats aux professionnels concernés.
- Il est nécessaire de développer des filières thématiques, intra et inter-établissements, notamment pour améliorer la fluidité des parcours.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Evaluer les filières existantes (Accident Vasculaire Cérébral, Infarctus Du Myocarde, ...).
- Construire des filières non encore créées, en particulier dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, de la psychiatrie, des personnes âgées poly-pathologiques en perte d'autonomie.
- Protocoliser l'aval des urgences, en pensant la gestion des lits dans chaque établissement concerné et en favorisant l'accès direct aux Soins de Suite et de Réadaptation.
- Favoriser la fluidité des parcours par l'utilisation généralisée de l'outil «Trajectoire», par tous les établissements de court séjour MCO, de Soins de Suite et de Réadaptation, ainsi que par les structures d'Hospitalisation A Domicile, voire ultérieurement, par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de la région.
- Améliorer l'organisation interne des établissements, en particulier, pour prévenir les redondances des examens de biologie et d'imagerie.
- Assurer une circulation dématérialisée des informations entre les professionnels, pour éviter toute perte de résultat d'examen.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les attentes en sortie de séjour ont diminué.
- Les transferts sont adéquats entre les services, aussi bien qu'entre les établissements.
- Les Durées Moyennes de Séjour ont diminué.
- Les redondances d'examens de biologie et d'imagerie ont diminué.
- Les outils de partage d'information se sont développés entre tous les professionnels de santé.
- Les filières sont protocolisées.

LEVIERS

- Contractualisation avec les établissements.
- Déploiement complet du logiciel «Trajectoire» et des cellules d'orientation vers les SSR, avec extension de leur champ d'activité.
- Possibilité de s'appuyer sur les outils existants de transmission des informations (notamment, l'accès aux résultats de biologie médicale sur Internet, les outils développés par le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé).

POINT DE VIGILANCE

L'insuffisance actuelle de structures d'Hébergement Temporaire, intermédiaires entre un séjour en établissement et le retour à domicile (y compris en institution).

POPULATION CONCERNEE

Les patients.

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé.
- Les établissements de santé.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Territorial de Santé. (PRSTPT)
- Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés et de Télémédecine
- Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR).

INDICATEUR

Durée Moyenne de Séjour pour les séjours de médecine et/ou de chirurgie suivis d'un séjour en Soins de Suite et de Réadaptation ou en Hospitalisation A Domicile.

OBJECTIF N°18 :

Garantir le juste soin

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- Le juste soin se définit comme la possibilité de répondre au besoin de soin de tout citoyen, quelque soit le lieu, dans les meilleurs délais et avec des moyens adaptés à son problème de santé. Ce juste soin se décline en trois étapes, qui nécessitent, pour être traitées, des professionnels d'un haut niveau de qualification :
 - qualifier la demande du patient, définir au travers de cette demande le réel besoin de soin,
 - agir, si besoin, pour préserver la vie et sa qualité, par des conseils mais, également, par une prise en charge adaptée,
 - orienter ce patient au bon endroit, au bon moment.
- Cette triade «qualifier, agir, orienter» se décline à tous les moments de la prise en charge d'un patient.
- Les attentes des patients ont évolué : les patients sont mieux informés (internet) et les médecins doivent donc gérer une prise de décision partagée.
- Des orientations non pertinentes génèrent des gaspillages, des pertes de chance, voire une majoration de la pathologie initiale.
- Les référentiels notamment ceux de la Haute Autorité de Santé (HAS), ne sont pas toujours connus, ni suivis, par les professionnels de santé.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Optimiser chaque séjour en établissement, et ne transférer dans un autre établissement de santé que les patients dont l'état le justifie (utilisation du logiciel «Trajectoire» pour les transferts de court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), vers les Soins de Suite et de Réadaptation).
- Appliquer les recommandations de la HAS et des plans nationaux.
- Les Soins Palliatifs entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Pour couvrir les besoins dans la région, l'objectif est de créer au moins une Unité de Soins Palliatifs par département. Une unité sera également envisagée pour 600 décès par bassin de population, et dans les établissements de santé enregistrant un nombre significatif de décès relevant des soins palliatifs.
- Ramener les taux de recours, pour la chirurgie, au niveau des taux cibles nationaux.
- Développer la chirurgie ambulatoire et travailler sur la pertinence des actes qui présentent un taux de recours supérieur à la moyenne nationale.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La satisfaction de tous (usagers et professionnels) est améliorée.
- Les lacunes, redondances et gaspillages, dans le parcours de soins, sont évités.
- Le nombre de transferts inappropriés a diminué (en particulier, le nombre de transferts en Soins de Suite et de Réadaptation, après une intervention programmée de chirurgie orthopédique).
- Chaque département dispose d'une Unité de Soins Palliatifs. Des Unités de Soins Palliatifs ont été créées dans les bassins de population dans lesquels on observe plus de 600 décès par an et, dans les établissements de santé enregistrant un nombre significatifs de décès relevant des soins palliatifs.
- En Pays de la Loire, les taux de recours à la chirurgie ambulatoire sont proches, voire, supérieurs aux taux nationaux, pour toutes les disciplines concernées.
- Les taux de recours pour la chirurgie sont adaptés, en tenant compte de la démographie et de l'état de santé de la population.

LEVIERS

- Le logiciel «Trajectoire» et l'expérience concluante du Dispositif d'Orientation des Patients (DOP) à Angers.
- Les référentiels de la Haute Autorité de Santé, les plans nationaux, les recommandations de l'AFSSAPS.
- Les contractualisations (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), la Mise sous Accord Préalable (MSAP)).
- La Mission de Service Public des établissements de santé pour les Soins Palliatifs Les patients. Les professionnels de santé, l'Assurance

POPULATION CONCERNEE

Maladie.

ACTEURS CONCERNES

Local.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Territorial de Santé.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

- Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR). Taux de recours en chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée,

INDICATEUR

comparé au taux de recours national.

OBJECTIF N°19 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés.

- L'évolution des modalités de prise en charge et de l'organisation du système de santé requiert de nouvelles compétences et connaissances de la part des professionnels de santé (l'accompagnement, la prévention, la coordination, le travail en pluri-professionnalité, la consultation d'annonce, l'éducation thérapeutique, les soins de support, ...).
- Les formations initiales des professionnels de santé prennent encore assez peu en compte ces nouvelles dimensions d'exercice.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale, le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical, la recherche dans leurs domaines de compétence, entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Tous les établissements de santé, publics et privés, ont l'obligation de mettre en place le DPC. Le besoin peut donc être considéré comme potentiellement couvert.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Dans les formations initiales des professionnels de santé, promouvoir l'introduction des enseignements répondant aux nouveaux besoins de prise en charge des patients et d'organisation du système de santé.
- Favoriser un parcours de stages, permettant de connaître les différents modes d'exercice.
- Dans ce cadre, permettre aux hôpitaux de proximité et aux établissements psychiatriques de proximité, de participer à la formation des internes en médecine générale (agrément comme terrain de stage).
- Adapter le DPC aux nouveaux besoins, par un dialogue soutenu avec les organismes et acteurs de la formation continue, les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et les établissements.

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La formation initiale des professionnels de santé a introduit une approche sur l'accompagnement, la prévention, la coordination, ...
- L'offre de formation continue des profes-

sionnels de santé, couvre les nouveaux besoins (l'accompagnement, la prévention, la coordination, ...)

- Ces nouvelles formations se dispensent généralement en inter-professionnel.

LEVIERS

- Décrets du 30 décembre 2011, relatifs au Développement Professionnel Continu

- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans sa partie concernant les Missions de Service Public.

POINT DE VIGILANCE

L'ARS n'a pas compétence directe dans la formation initiale des professionnels

de santé ; il lui faut donc jouer un rôle de plaidoyer.

POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé.

ACTEURS CONCERNES

- Les facultés et instituts de formation, les Doyens.
- Les Structures de Formation Médicale Continue (FMC) agréées.

- Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).

INDICATEUR

Evolution du nombre de lieux de stages (extra-hospitaliers et en hôpital local) pour les internes en médecine générale.

OBJECTIF N°20 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - L'accès à l'innovation et aux services spécialisés

- L'enseignement universitaire et post-universitaire, de même que la recherche, constituent, chacun, une Mission de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) assurent ces missions de manière satisfaisante. Le besoin est couvert.
- Pour améliorer les connaissances et optimiser la prise en charge, il faut développer des pôles de recherche avec du personnel spécifiquement formé et dédié.
- La recherche ne peut progresser que grâce à des études suffisamment importantes et étayées (méta-analyses de plus en plus fréquentes), ce qui nécessite souvent un regroupement d'initiatives à un niveau régional, voire inter-régional.
- La région des Pays de la Loire souhaite se placer dans une position d'excellence.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Accompagnement, déploiement, renforcement d'initiatives régionales existantes, entre autres :
 - Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) cancer : 2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) + Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) + cancéropôle,
 - Gérontopôle,
 - Plateforme maladies rares.
- Développement de la médecine personnalisée.
- Développement de l'accès aux techniques innovantes dans le domaine de la biologie.
- Diffusion des technologies et protocoles innovants (par exemple, montée en charge du Diagnostic Pré-Implantatoire).

L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Des études ambitieuses régionales et inter-régionales sont lancées.

LEVIERS

- Appui sur les structures de recherche déjà existantes, notamment le Département Inter-régional de Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (DIRC-HUGO).
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans sa partie concernant les Missions de Service Public.

POINT DE VIGILANCE

Fluctuation des crédits attribués à la recherche.

POPULATION CONCERNEE

Les usagers.

ACTEURS CONCERNES

- Les chercheurs.
- Les professionnels de santé.
- Les Universités.
- Les collectivités territoriales.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et inter-régional.

INDICATEUR

Evolution de la part modulable de la dotation «Missions d'Enseignement de Recherche, de Référence et d'Innovation» (MERRI) en Pays de Loire, comparée à l'évolution de cette donnée au niveau national.



LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

Déclinant la deuxième Orientation Stratégique sur la proximité organisée, cette partie développe l'axe «Coordination des acteurs pour des parcours efficaces».

Il s'agit d'utiliser de manière optimale toutes les ressources, humaines et matérielles, en s'appuyant essentiellement sur les coopérations et coordinations entre les professionnels du premier recours et les équipes spécialisées, à tous les niveaux du territoire - régional et / ou en proximité - en développant tous les moyens qui permettent, aujourd'hui, l'efficacité, tout en apportant la réponse adaptée à la prise en charge du patient.

Cette efficacité devra être recherchée dans l'approche, renouvelée, de prise en charge de certaines pathologies, en repensant la graduation de filières et le recours pertinent au professionnel de santé. Elle devra, en outre, être facilitée par le déploiement d'outils nouveaux et / ou la modernisation des infrastructures, ainsi que par la mutualisation de moyens et de services.

Cinq objectifs y contribueront, en articulant coopérations et coordinations à différents niveaux du territoire (objectif 21), en prévoyant la formalisation de ces coopérations (objectif 22), en déployant infrastructures et outils (objectif 23), en précisant la graduation de certaines filières (objectif 24) et en mettant en œuvre les regroupements possibles et nécessaires de structures ou activités (objectif 25).

OBJECTIF N°21 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- De multiples structures de coordination (Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), réseaux thématiques) existent déjà, mais :
 - leurs préoccupations respectives se juxtaposent et parfois se chevauchent,
 - leur nombre dissuade les principaux acteurs (les médecins traitants, notamment) de s'y impliquer, tant du fait de la charge administrative, que de la multiplication des réunions,
 - leur diversité génère un manque de lisibilité.
- Tout cela engendre des difficultés de coordination (ressenties par les professionnels) et donc un important besoin de clarification.
- Pour certains patients (par exemple, les personnes avec un handicap psychique), dont les modes de vie et les comportements sont très imprévisibles, une coordination stable autour de chacun n'est pas toujours possible (changement fréquent de lieu de résidence, de médecin traitant et recours irrégulier au système de santé, ...). En revanche, sur un territoire donné, les acteurs doivent organiser une coordination opérationnelle, pour être capables d'apporter à ces patients une prise en charge coordonnée.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- A l'échelon régional, renforcer la fonction de coordination ciblée sur certaines thématiques (exemples : périnatalité, cancer, autisme, ...). Ces coordinations régionales doivent être centres de référence et d'expertise thématique (conception, diffusion de protocoles de prise en charge et de parcours, amélioration de la qualité et des pratiques, évaluation).
- Organiser, en proximité et sur l'ensemble du territoire, la coordination des acteurs autour de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes, en s'appuyant sur l'existant :
 - Mutualiser les réseaux de proximité et les autres intervenants de coordination de proximité, pour éviter les situations de doublon dans les prises en charge,
 - Les reconfigurer en réseaux généralistes (de proximité), autour de la personne, pour améliorer la lisibilité du système, l'équité d'accès et l'efficacité,
 - Appuyer ces réseaux généralistes sur les coordinations thématiques régionales (centres ressources), et respecter les recommandations de ces dernières.
- Renforcer le rôle des infirmiers (ères) à domicile, dans la prise en charge des personnes dépendantes (Evaluation Infirmière après hospitalisation, formalisation de protocoles interprofessionnels, gestion des carnets de vaccination, ...)
- Renforcer le rôle de coordination des sages-femmes dans le suivi ambulatoire de la grossesse physiologique et son articulation avec l'équipe pluri-professionnelle de proximité.
- Renforcer le rôle des pédicures-podologues, en particulier dans la prévention des complications du diabète et dans le maintien des capacités et du périmètre de marche.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les réseaux de proximité sont mutualisés et réorganisés
- Les coordinations régionales sont recentrées autour de certaines pathologies, avec un rôle de centres ressources
- Les missions des réseaux généralistes de proximité et des coordinations thématiques régionales sont redéfinies et clarifiées
- L'accès de tous à un réseau généraliste de proximité est garanti
- Les infirmiers (ères) à domicile facilitent la prise en charge à domicile des personnes dépendantes.

LEVIER

Appui sur les structures de coordination existantes, même si elles doivent évoluer.

POINTS DE VIGILANCE

- Le recensement des structures de coordination est complexe du fait de leur multiplicité.
- La connaissance de l'activité réelle de chaque structure est difficile du fait de l'existence de nombreuses interactions réciproques..
- Les financements sont multiples et réglementés. Tous les regroupements ne sont donc probablement pas envisageables.

POPULATION CONCERNEE

- Les usagers
- Les professionnels de santé du premier recours

ACTEURS CONCERNES

Les structures de coordination.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

- Régional pour les coordinations thématiques
- Local pour les coordinations généralistes de proximité

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé pour les coordinations de proximité.

INDICATEUR

Pourcentage des réseaux polyvalents parmi les réseaux de proximité.

OBJECTIF N°22 :

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- Certains passages aux urgences ne constituent pas un recours pertinent au système de santé. Ils saturent inutilement les services d'urgence, alors que les services de proximité sont aptes à répondre à ces besoins de soins.
- Les médecins généralistes ont des difficultés à joindre rapidement un confrère spécialiste pour un avis ponctuel.
- Les coordinations entre les établissements de santé et le domicile sont souvent jugées insuffisantes
- A chaque niveau, de nombreux actes sont réalisés par des professionnels du niveau de recours supérieur (par exemple : points de suture par les services d'urgence et toilettes par les infirmières). Il est souhaitable de recentrer chaque professionnel de santé sur son cœur de métier, tant pour être en conformité avec son décret de compétence, que pour le coût qui en résulte.
- L'article 78 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) donne un cadre juridique à la télémédecine et confie aux ARS son déploiement opérationnel.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Principe de subsidiarité : s'assurer que les prises en charge ont lieu au niveau le plus pertinent du système et par le professionnel de santé le plus adapté (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...).
- Effectuer des admissions directes, chaque fois que cela est possible.
- Pendant ses consultations, garantir à tout médecin généraliste de premier recours un accès direct et rapide à un avis spécialisé, notamment en psychiatrie et, tout particulièrement, pour un patient en crise.
- Développer les coopérations sur exercice partagé, en lien avec les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le respect des conditions prévues par l'article 51 de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et, en concertation avec les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS).
- Développer les actions de télémédecine, la télé-consultation, les consultations téléphoniques.
- Promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire pour certaines prises en charge, notamment psychiatriques.

LA COOPERATION ET LA COORDINATION

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Des démarches de coopération entre professionnels de santé sont expérimentées sur les territoires.
- L'accès à un avis spécialisé est facilité pour les médecins traitants.
- Dans chaque territoire, les outils de télé-radiologie sont utilisés et intégrés dans l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), piloté par le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé.
- La télémédecine se développe et se pérennise en Pays de la Loire.

LEVIERS

- La possibilité de s'appuyer sur les dispositifs nationaux : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP), Haute Autorité de Santé (HAS), ...
- Les décrets de compétences des professionnels de santé
- Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 explicite le déploiement opérationnel de la télémédecine (actes éligibles, conditions de mise en œuvre et organisation)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé, qui s'est constitué le 7 juillet 2011 en Pays de la Loire

POINTS DE VIGILANCE

- Absence de prise en charge, en ambulatoire, par l'Assurance Maladie, des actes de certaines professions (psychologues, diététicien(ne)s, aides-soignant(e)s, ergothérapeutes, ...)
- Lourdeur du cahier des charges des protocoles de coopération entre professionnels de santé et possible réticence de ces derniers à s'engager dans cette démarche.
- La télémédecine engendre de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé, ce qui modifie le « colloque singulier » entre le patient et le professionnel

POPULATION CONCERNEE

- Les patients
- Les professionnels de santé

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels et les structures de santé
- Les Ordres professionnels et les Unions Régionales des Professions de Santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental ou local, selon la thématique

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional des Systèmes d'Information Partagées et de Télémédecine (PR-SIPT)

INDICATEUR

Nombre de protocoles de coopération, sur exercice partagé, autorisés par l'ARS entre professionnels de santé, en Pays de Loire.

OBJECTIF N°23 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- La coordination - l'échange d'informations - est un point capital pour la prise en charge des personnes. De gros progrès ont été faits en intra-hospitalier (dossiers partagés inter-services...), ainsi que dans les officines de pharmacie avec la mise en place du Dossier Pharmaceutique. L'intérêt serait, maintenant, d'arriver à un partage complet de l'information entre les différents acteurs du système de santé : les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux, les professionnels de ville, ...
- Les laboratoires privés de biologie médicale offrent aux médecins la possibilité de leur adresser, par courriel, les résultats de leurs patients. Tous les services hospitaliers devraient, également, pouvoir adresser par courriel leurs comptes-rendus d'hospitalisation aux médecins respectifs des patients.
- La transmission par courriel des comptes-rendus d'hospitalisation, devrait constituer un gain d'efficacité avéré pour les médecins destinataires (moins de secrétariat, plus besoin de scanner).
- Les décrets 576 et 577 du 22 mai 2006 et leur circulaire d'application, complétés par la circulaire DHOS du 13 février 2007, rendent obligatoire la mise en place d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Ce ROR permettra :
 - la mise à disposition d'informations actualisées et fiables sur les moyens (plateaux techniques, spécialités, fonctionnalités techniques, ...), les modalités d'accès (horaires, ...)
 - la mise à disposition d'un portail informatisé, partagé, opérationnel, simple et fiable
 - l'actualisation des informations de ce portail par l'ensemble des acteurs impliqués

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Déployer le Dossier Médical Personnel (DMP), en partant d'une expérimentation sur deux territoires de la région au 1^{er} semestre 2012.
- Généraliser l'utilisation du dossier partagé.
- Développer le ROR et l'articuler avec les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Centres 15 de la région.
- Renforcer les Systèmes d'Information (SI), en s'assurant de leur interopérabilité.
- Développer l'utilisation des Picture Archiving and Communication System (PACS) par les imageurs.
- Inciter les professionnels de santé à utiliser, en routine, une messagerie sécurisée.
- Poursuivre le plan d'informatisation, afin de permettre une analyse locale et régionale de l'activité et des performances, en se basant sur les indicateurs du Conseil National de l'Urgence Hospitalière.

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Disposer d'un ROR, régulièrement actualisé et, conforme à la circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du 13 février 2007
- Disposer d'un dossier partagé dans tous les établissements de santé (privés et publics)
- Disposer d'un ROR étendu, incluant les acteurs du premier recours (professionnels et structures de santé de proximité, structures médico-sociales, acteurs du domicile, associations, ...)

LEVIERS

- L'encadrement réglementaire du ROR, outil obligatoire pour le réseau des services d'urgence
- Les travaux de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé)
- Le Groupement de Coopération Sanitaire e-santé, qui s'est constitué le 7 juillet 2011 en Pays de la Loire
- L'expérimentation de déploiement du DMP au 1^{er} semestre 2012 sur deux territoires de la région

POINTS DE VIGILANCE

- Le retard pris par le DMP
- Le financement des PACS

POPULATION CONCERNEE

- Les patients
- Les professionnels de santé

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels et structures de santé
- Les éditeurs de logiciels
- Les Ordres professionnels et les Unions Régionales des Professions de Santé
- La Collégiale des urgences et des soins non programmés

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Régional des Systèmes d'Information Partagés et de Télémédecine (PRSIPT)

INDICATEUR

Nombre de professionnels de santé et établissements de santé utilisant les services de l'Espace Numérique Régional de Santé

OBJECTIF N°24 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

- Une filière de prise en charge doit permettre à chaque patient concerné par la pathologie, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant au besoin de proximité et permettant, aussi, le recours à un plateau technique.
- Dans le cadre des filières de prise en charge, la coopération protocolisée des professionnels est un élément fondamental, qui leur permet de se coordonner, aussi bien entre eux qu'avec les services et les établissements, afin de mieux répondre aux besoins de santé.
- Une filière permet également de fluidifier les parcours de soins, par une meilleure connaissance réciproque des acteurs et de leur articulation.
- La filière a, aussi, pour vocation de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés et aux plateaux techniques.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Selon les spécialités, conforter, structurer ou finaliser des filières graduées et protocolisées, pour toutes les thématiques qui en relèvent, comme par exemple l'addictologie, la douleur chronique rebelle, les soins palliatifs, la pédiatrie, la périnatalité, les pathologies vasculaires, neurologiques et cardiaques, ...
- Dans le domaine de la santé mentale, organiser les articulations opérationnelles entre la psychiatrie, la médecine somatique, les établissements et services médico-sociaux. La filière mise en place permettra d'assurer la coordination des soins et le suivi des patients, mais aussi de développer un dispositif concerté de prévention et de prise en charge de la crise psychiatrique

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Sur l'ensemble du territoire régional, et pour les pathologies en relevant, les filières de prise en charge sont formalisées et opérationnelles
- Ces filières assurent, pour l'ensemble du territoire, un rôle de « ressource » dans les domaines concernés

LEVIERS

Plans nationaux et circulaires encadrant la mise en œuvre de filières

POINT DE VIGILANCE

Inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire

POPULATION CONCERNEE

Les patients relevant des pathologies concernées

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé et du médico-social

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental ou local

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé

INDICATEUR

Nombre de filières formalisées par territoire de santé

OBJECTIF N°25 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

- Les enjeux économiques actuels et la raréfaction des moyens humains conduisent à rechercher une utilisation rationnelle des ressources, tout en optimisant les modes de fonctionnement et en recherchant des économies d'échelle.
- Le maintien de certaines activités structurantes, comme la biologie, impliquent une mutualisation et / ou des regroupements de plateaux techniques, au sein (ou entre) des structures hospitalières.
- Les études de type benchmark ont mis en évidence des marges de progression. La réorganisation consécutive des plannings et / ou des services peut permettre une augmentation d'activité, des recettes supplémentaires, ainsi qu'une diminution des dépenses.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Atteindre la taille critique pertinente pour les établissements et les services.
- Optimiser les organisations en recherchant des économies d'échelle sur un certain nombre de fonctions : logistiques, techniques, médico-techniques.
- Sur chaque territoire, optimiser les modalités de fonctionnement des établissements et des services : amplitudes d'ouverture, zones de couverture, mutualisation de certains postes en temps partagé, développement d'expertises spécifiques, ... Par exemple en santé mentale, chaque antenne de secteur continue d'accueillir la totalité des pathologies. Cependant l'investissement de certaines antennes sur des pathologies spécifiques permettra une mutualisation graduée, pour la prise en charge des cas les plus complexes.
- Soutenir la création de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

LA COOPÉRATION ET LA COORDINATION

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Les mutualisations et réorganisations ont permis de dégager des marges de manœuvre financières dans les établissements de santé

LEVIERS

- Contrats de Retour à l'Equilibre
- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), qui définit les modalités de mise en place des GCS et CHT

POINTS DE VIGILANCE

- Les réorganisations et les mutualisations sont difficiles à mettre en œuvre se heurtent au manque d'habitude de partenariat des établissements
- Les coopérations, maintenant possibles entre secteur public et secteur privé,

POPULATION CONCERNEE

Les établissements de santé

ACTEURS CONCERNES

Les établissements de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Programme Territorial de santé

INDICATEUR

Nombre de conventions de coopération entre établissements de santé (publics ou privés), y compris constitutives de GCS ou CHT



LA MAÎTRISE DES RISQUES

La maîtrise des risques concernant la santé des populations est la troisième Orientation Stratégique du Projet Régional de Santé. Elle se décline en deux axes, prévention et promotion de la santé intégrés dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale, pour le premier et, la mobilisation pour réduire les inégalités de santé, pour le second.

Appliquée au domaine des soins, la maîtrise des risques pour la santé répond à deux enjeux.

Le premier enjeu se fonde sur une démarche préventive au regard des risques, qui se concrétise par trois objectifs. Pour le premier, partant de la nécessité d'anticiper le risque de pénurie de professionnels de santé, il s'agira de mettre en œuvre une stratégie durable pour couvrir les territoires (objectif 26). Pour le second, il s'agira de mieux coordonner la culture de la qualité et de la gestion des risques (infections nosocomiales, pharmaco-vigilance, etc.) dans les établissements de santé (objectif 27). Enfin, pour le troisième, à partir de l'exercice professionnel, il s'agira de faire assurer un rôle de vigilance et de signalement des risques observables notamment dans l'environnement du patient (objectif 31).

Le second enjeu porte plus directement sur la maîtrise des inégalités sociales de santé, en s'intéressant à des populations spécifiques ou aux conditions d'accès à la santé. Ainsi, l'objectif 28 devrait permettre de s'assurer, en tous lieux, des possibilités d'accès à la santé au tarif opposable. Les objectifs 29 et 30 visent, en renforçant l'accès au droit commun, à permettre une meilleure accessibilité à la santé, en particulier et respectivement pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes les plus éloignées du soin.

OBJECTIF N°26 :

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

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

- La pyramide des âges des professionnels de santé est élevée, ce qui génèrera de nombreux départs en retraite dans les années à venir
- Dans certaines spécialités et certains secteurs géographiques, la faible démographie des professionnels de santé pose un problème d'offre de soins
- Tous les établissements n'ont pas mis en œuvre une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) performante. Or, une projection des années d'activité des professionnels est indispensable pour anticiper les besoins prévisionnels en ressources humaines. Cette absence d'anticipation majore les difficultés de recrutement des établissements, notamment sur certains territoires.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Observer la démographie des professionnels et réaliser des projections dynamiques pour anticiper et modéliser les ressources humaines potentielles
- Développer la GPEC dans les établissements, pour adapter les organisations aux projections de la situation envisagée (scénarios et modélisation)
- Modifier en conséquence le nombre d'étudiants dans chaque profession
- Définir et mettre en œuvre une politique d'attractivité des professionnels
- Recentrer les professionnels sur leur cœur de métier

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les « zones blanches » en professionnels de santé sont limitées
- Dans les établissements, les politiques de recrutement sont optimisées, en veillant à équilibrer les pyramides des âges
- Les politiques internes de ressources humaines des établissements de santé sont adaptées aux caractéristiques des salariés (exemple : développement d'actions de prévention des risques liés au vieillissement au travail, dans un établissement dont la pyramide des âges est élevée)
- Une étude a été menée sur les motivations de choix d'exercice des professionnels de santé libéraux (exercice libéral : en solo, en cabinet de groupe, en maison, pôle ou centre de santé ; choix d'exercice en tant que remplaçant ; exercice salarié ; exercice mixte libéral et salarié). Les résultats de cette étude ont permis de réorienter les politiques d'attractivité du système de santé.

LA MAÎTRISE DES RISQUES

LEVIERS

- Volet social du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- Les établissements de plus de 300 salariés sont tenus de produire un bilan social annuel (décret 88-951 du 7 octobre 1988 et circulaire d'application du 1er février 1990).
- Les aides accordées aux professionnels de santé s'installant et exerçant en zone fragile

POINTS DE VIGILANCE

- Tous les établissements ne disposent pas d'un logiciel de ressources humaines leur permettant de connaître les caractéristiques de leurs salariés (âge, ancienneté dans l'établissement, parcours professionnel, ...)
- L'ARS n'a pas compétence directe pour la fixation du nombre d'étudiants des différentes professions de santé

POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé, étudiants, libéraux et / ou salariés

ACTEURS CONCERNES

- Les établissements de santé
- Les facultés, écoles, instituts de formation des professionnels de santé
- Les Ordres professionnels
- Le Conseil Régional
- Les Unions Régionales des Professions de Santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

INDICATEUR

Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale

OBJECTIF N°27 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

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

- Dans les établissements de santé, la gestion des risques est actuellement assurée par des responsables, qui sont, chacun, référents d'un thème précis, avec, par ailleurs, un pilotage de la qualité. Chacun d'eux rédige un bilan annuel et complète les indicateurs présents dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. La gestion des risques est donc, souvent, répartie entre les différents comités.
- Progressivement, depuis plus de dix ans, la culture de la gestion des risques est montée en charge dans les établissements de santé. Elle reste néanmoins perfectible.
- Comme il n'existe pas d'instance régionale pour chaque comité, l'activité ne peut pas être harmonisée.
- Par ailleurs, la structuration du bilan annuel varie d'un comité à l'autre.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Conforter une culture de la gestion des risques au sein des établissements, en articulation avec le management de la qualité.
- Unifier, articuler, coordonner la gestion des risques, actuellement dispersée dans les établissements, comme celle des infections nosocomiales ou de la pharmacovigilance, en s'appuyant sur les référents respectifs.
- Assurer un pilotage d'ensemble au niveau régional, tout en s'appuyant sur les compétences et les organisations déjà existantes.
- Dans tous les établissements, mettre en place un bilan annuel uniformisé, pour disposer d'un état des lieux régional des risques.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Un pilotage régional de la gestion des risques est mis en place
- Les établissements renseignent un « bilan annuel type »

LEVIERS

- Les comités existants
- Les travaux réalisés par les instances régionales de certains comités (par exemple : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN))
- La certification des établissements par la Haute Autorité de Santé

POINT DE VIGILANCE

Assurant leur fonction de référent(s) thématique(s) en plus de leur exercice professionnel, les référents manquent fréquemment de temps, entre autres pour rédiger leur bilan annuel

POPULATION CONCERNEE

Les professionnels de santé

ACTEURS CONCERNES

- Les établissements de santé
- L'Union Régionale des Professions de Santé (URPS) des Médecins Libéraux et la conférence des présidents de CME publics et privés

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional et local

INDICATEUR

Taux d'établissements de santé certifiés HASV 2010, présentant une cotation A sur l'item 8b (Pratique Exigible Prioritaire (PEP)) : «Fonction gestion des risques»

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°28 : OPPOSABLE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

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

Selon le rapport 2009 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) :

- La fréquence des dépassements d'honoraires médicaux réduit l'accès à l'offre de soins au tarif opposable et, simultanément, l'égalité d'accès aux soins
- En France, en euros constants, entre 1990 et 2006, le montant des dépassements d'honoraires a augmenté de 68%
- Cette augmentation concerne surtout les spécialistes, notamment les gynécologues, les ophtalmologistes, les chirurgiens, les anesthésistes, ...
- Dans certaines zones, l'évolution de la démographie médicale peut générer

une diminution de l'offre de soins des praticiens exerçant aux tarifs opposables, notamment dans certaines spécialités.

- L'existence d'une offre de soins, sans dépassement d'honoraire, est un facteur d'accès aux soins d'autant plus important, que les revenus des assurés sont faibles. Or, dans la région des Pays de la Loire, si l'on rapporte la densité en médecins du secteur 1, à la population à bas revenus (niveau de vie inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC)), la Vendée et la Mayenne ressortent comme problématiques pour l'accès aux soins

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Analyser l'accessibilité à l'offre de spécialité au tarif opposable et identifier les zones où cet accès n'est pas assuré
- Dans chaque territoire de santé, assurer aux ligériens une offre de spécialité au tarif opposable pour les soins dont ils ont besoin
- En cas de regroupement public-privé, de structures hospitalières, maintenir une accessibilité au tarif opposable dans chaque spécialité concernée
- Afficher systématiquement et de manière visible pour le patient, les tarifs des soins dentaires et d'optique pratiqués par les professionnels de santé

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Une prise en charge au tarif opposable est assurée à tout patient accueilli dans le cadre de l'une des Missions de Service Public
- Dans chaque Territoire de Santé, au moins une offre au tarif opposable est assurée aux ligériens, pour tous les soins dont ils ont besoin

LEVIERS

- La définition des Missions de Service Public dans la loi HPST
- La Convention médicale
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé
- L'amélioration de l'information à l'utilisateur (affichage, devis, site d'information, ...)

POINTS DE VIGILANCE

- Il faut trouver comment étendre cette accessibilité financière (obligatoire dans le cadre des missions de service public) à l'ensemble du panier de soins, aussi bien en établissement de santé, qu'en médecine de ville
- L'évolution de la démographie médicale, ainsi que l'augmentation de la population vieillissante (accroissement probable de la demande) ne constituent pas des éléments favorables à la pratique d'honoraires au tarif opposable
- Pour le secteur ambulatoire, la généralisation de l'accessibilité doit passer par un accord entre l'ARS et les représentants des professionnels concernés, éventuellement en concertation avec les représentants des usagers

POPULATION CONCERNEE

Les usagers du système de santé et, plus particulièrement, ceux à faibles revenus

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé, notamment les spécialistes
- Les associations d'usagers

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, local

INDICATEUR

Pourcentage des professionnels de santé en secteur 1 (tarifs opposables) par spécialité et par territoire

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°29 : OPPOSABLE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

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

- La grande majorité des établissements de santé est déjà aux normes concernant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap. De gros progrès ont également été faits avec l'augmentation des signalisations en braille. Par contre, très peu d'établissements sont équipés en signaux sonores pour les malvoyants.
- D'ici à 2015, l'ensemble des cabinets des professionnels de santé devront être accessibles aux personnes handicapées.
- Les nouveaux cabinets doivent d'ores et déjà se mettre aux normes avec les règles d'accessibilité, notamment à destination des personnes à mobilité réduite.
- L'organisation des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux, doit permettre à toute personne, quelque soit son handicap, de pouvoir accéder aux soins.
- Le numéro d'appel d'urgence (114) pour les sourds et malentendants est opérationnel.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Faciliter l'accessibilité dans les cabinets et les établissements de santé :
 - application du droit commun, lorsque cela est possible
 - mise en place de dispositifs adaptés, dans les autres cas : lieu spécifique, circuit court, équipement, communication, ...
- Pour la prévention et / ou les soins bucco-dentaires, instaurer un accompagnement, ainsi que des protocoles et une prise en charge spécifiques.
- Former les représentants des usagers qui participent aux différentes instances intervenant dans le domaine de l'accessibilité.
- Interfacier le système d'information des SAMU Centre 15 au 114.

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Au niveau architectural, tous les cabinets des professionnels de santé de la région sont accessibles aux personnes en situation de handicap, dans le respect des conditions posées par le cadre législatif
- Des protocoles ont été mis en place pour permettre l'accessibilité à l'offre de soins des personnes en situation de handicap :
 - dans le cadre du droit commun lorsque cela est possible
 - ou par la mise en place de dispositifs adaptés dans les autres cas
- Les SAMU Centre 15 intègrent les données non vocales issues du 114.

LEVIERS

- loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation, modifiant le code de la construction et de l'habitation
- possibilité de s'appuyer sur le cahier des charges des Maisons de Santé Pluri-professionnelles pour intégrer l'accessibilité et porter les dispositifs adaptés
- contractualisation

POINT DE VIGILANCE

Coût des dispositifs

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé
- Les associations d'usagers
- Les établissements de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

INDICATEUR

Taux d'établissements de santé certifiés HAS-V 2010 présentant l'appréciation «oui» sur l'EA « L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.» (critère 16a)

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°30 :

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

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

- Les soins dispensés aux détenus, ainsi que la lutte contre l'exclusion sociale, font partie des Missions de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique
- Pour les détenus :
 - cette Mission de Service Public est couverte en nombre de centres dans la région : tous les centres pénitentiaires de la région disposent d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)
 - en revanche, durant la détention, on constate des insuffisances dans l'accès aux soins (délais d'attente élevés) et des difficultés à la sortie (problème d'ouverture des droits à l'Assurance maladie, manque de préparation, ...)
- Pour les exclus :
 - cette Mission de Service Public est couverte en nombre de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans la région
 - cependant, on constate fréquemment des besoins de soins, non pris en charge
 - le circuit est généralement méconnu, et les aides (Aide Médicale d'Etat (AME), Couverture Maladie Universelle (CMU), Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), Aide à l'acquisition Complémentaire Santé (ACS), ...) ne sont pas toujours sollicitées
- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :
 - on constate que les médecins généralistes sont souvent démunis (insuffisance de la coordination de proximité avec le secteur psychiatrique, ...)

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Pour les détenus :
 - assurer les soins dans les conditions les plus proches du droit commun (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI))
- Pour les exclus :
 - les accompagner pour les amener vers une offre de soins
 - s'assurer de la présence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), d'une antenne, ou d'un lien formalisé avec une PASS, dans chaque établissement de santé
 - développer une coordination régionale des PASS pour mutualiser les expériences et faire appel aux compétences des PASS les plus importantes
- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques :
 - assurer une collaboration entre le médecin généraliste de ville et le Centre Médico-Psychologique (CMP)
 - activer ou réactiver les conseils locaux de santé mentale

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- La continuité et la sécurité des soins sont assurées à tout patient détenu
- Il n'y a plus de rupture de prise en charge des soins à la sortie du milieu carcéral
- Chaque établissement de santé prend en charge les exclus par le biais d'une PASS, d'une antenne ou d'un lien avec une PASS
- La coordination régionale des PASS assure une cohérence dans les dispositifs proposés aux personnes exclues
- Des liens formalisés et opérationnels existent entre la médecine de ville et les CMP
- Les conseils locaux de santé mentale jouent pleinement leur rôle

LEVIERS

- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) dans sa partie concernant les Missions de Service Public (UCSA), qui pourraient être diffusés pour reproduction éventuelle
- S'appuyer sur les travaux des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
- S'appuyer sur la PASS régionale

POINTS DE VIGILANCE

- Absence fréquente de droits ouverts aux prestations de l'Assurance maladie, à la sortie du milieu carcéral ou pendant les périodes d'aménagement de peine.
- Difficulté d'amener les exclus vers le système de soins. Difficulté de les orienter vers le premier recours plutôt que vers les services d'urgence.
- L'accès aux soins psychiatriques est difficile dans certains départements « sinistrés » en psychiatres (longs délais en pédo-psychiatrie par exemple)

POPULATION CONCERNEE

Personnes éloignées du soin

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé
- L'Assurance Maladie
- Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DR-JSCS), Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

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

INDICATEUR

Nombre de personnes accueillies par les PASS

LA MAÎTRISE DES RISQUES

OBJECTIF N°31 :

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

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

Les professionnels de santé ne sont pas plus sensibilisés aux enjeux du développement durable que l'ensemble de la population

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Veiller à la qualité environnementale des bâtiments :
 - garantir la qualité et la maintenance des réseaux d'eau et d'air intérieur, ainsi que celle du confort thermique
 - s'engager dans une politique de développement durable
- Mobiliser les établissements pour la mise aux normes de leurs locaux (accessibilité, amiante, bruit, ...)
- Travailler avec les professionnels de santé sur la problématique des déchets, dans les cabinets libéraux et au domicile des patients
- Informer et responsabiliser les professionnels de santé sur les actions possibles en matière de développement durable
- Intégrer systématiquement un volet «environnement et développement durable» dans les projets d'établissement
- Promouvoir la responsabilité sociétale des professionnels de santé et des établissements sur :
 - l'emploi des travailleurs en situation de handicap
 - l'appui des seniors
 - toute logique de non discrimination au travail

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Les performances énergétiques des bâtiments des établissements et structures de santé se sont améliorées
- Les professionnels de santé ont amélioré leur sensibilité au développement durable
- Les projets d'établissement ont inclus un volet «environnement et développement durable»
- Des protocoles, relayés par des actions de communication, ont été mis en place pour développer les gestes éco-responsables

LEVIERS

- La nouvelle Stratégie Nationale de Développement Durable pour la période 2010-2013, adoptée le 27 juillet 2010 par le Comité Interministériel pour le Développement Durable
- La contractualisation (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé et Maisons de Santé Pluri-professionnelles)
- Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE)

POINT DE VIGILANCE

La mise aux normes environnementales des bâtiments n'est guère envisageable que lors d'importants travaux de rénovation, nécessitant un financement important

POPULATION CONCERNEE

L'ensemble de la population

ACTEURS CONCERNES

- Les professionnels de santé
- Les usagers
- Les directeurs d'établissements de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Local

INDICATEUR

Pourcentage des établissements de santé certifiés HAS V 2010 présentant une cotation A sur l'item 7e «Gestion des déchets»

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Cette partie est opposable dans sa totalité. Elle s'inscrit en cohérence avec les orientations stratégiques et l'ensemble des objectifs des trois schémas. Pour les activités soumises à autorisations, les objectifs d'organisation, les implantations et les indicateurs sont définis par activités des soins.

Trois grands principes devront être respectés par les titulaires des autorisations :

- les conditions techniques réglementaires de fonctionnement,
- les dynamiques de coopération avec le premier recours, les autres établissements de santé et le secteur Médico-Social,
- la qualité des prestations et l'efficacité, en lien avec la contractualisation.

Les autorisations seront accordées avec la préoccupation de garantir une répartition adaptée au sein des territoires de santé.

1 ■ Médecine

La répartition des implantations de médecine semble équilibrée et ne fait pas apparaître de zones désertiques particulièrement critiques. La région des Pays de la Loire se positionne à un taux de 1,86 lits et places pour 1 000 habitants (moyenne pour la France en 2008 : 2,14 lits). La répartition des taux d'équipement (lits et places pour 100 000 habitants) est inégale d'un territoire de santé à l'autre : les taux les plus faibles sont situés dans les départements 85 et 44 (respectivement : 1,37 et 1,58), les plus élevés sont dans les départements 49 et 72 (respectivement : 2,07 et 2,01). Concernant le taux de recours en Pays de la Loire (nombre d'entrées en hospitalisation complète de médecine pour 100 000 habitants), le taux est inférieur à la moyenne nationale (83,06 pour 95,22).

Certains services de médecine sont amenés à fermer, notamment l'été. Dans ces établissements, l'enjeu sera d'assurer une capacité d'accueil suffisante pour répondre aux besoins, sur toute l'année, par une gestion rigoureuse des disponibilités en lits et une coordination avec les autres établissements.

Les centres hospitaliers anciennement dénommés Hôpitaux Locaux ou les ES-PIC de proximité fournissent, aujourd'hui,

à des degrés divers, des prestations de médecine, de SSR et de SLD, ainsi que des prestations Médico - Sociales. Ils devront poursuivre leur évolution pour renforcer leur rôle d'appui aux acteurs de santé de premier recours et à la filière organisée des soins hospitaliers. Ils devront veiller à la pertinence des admissions des patients en fonction des référentiels. Ils ont vocation par ailleurs à développer des prises en charge spécifiques en proximité (soins de fin de vie par exemple).

Les alternatives à l'Hospitalisation Complète, dont l'Hospitalisation à Temps Partiel, seront développées - dans une logique d'autorisation - dans les établissements autorisés en médecine. A ce titre les Centres Hospitaliers disposant d'une autorisation de médecine, devraient, également, disposer de places en Hospitalisation à Temps Partiel, notamment pour la réalisation de bilans gériatriques.

Actuellement, 26 établissements ont une autorisation d'activité de médecine, en Hospitalisation à Temps Partiel (sur 64 établissements autorisés en médecine, en hospitalisation complète). Il s'agit essentiellement des CHU, des Centres Hospitaliers, des CRLCC et des cliniques privées.

ORGANISER LA GRADUATION DES PRISES EN CHARGE :

En termes d'organisation, il y a lieu de distinguer :

- la médecine polyvalente et la médecine spécialisée,
- des niveaux de proximité, de recours, et de référence,
- des types de populations accueillies (pédiatrie et gériatrie),
- des structures mono et poly-spécialisées.

Les établissements s'inscriront dans une organisation graduée en trois niveaux :

■ un niveau de proximité

Il concerne la médecine polyvalente et, possiblement, le court séjour gériatrique. Il repose sur des unités qui doivent tendre vers une taille minimale de 20 lits afin d'assurer un véritable projet en médecine avec une équipe dédiée.

■ Un niveau de recours

Il concerne les structures prenant en charge des pathologies nécessitant une spécialisation des techniques médicales, des compétences multidisciplinaires et des plateaux techniques d'exploration.

■ Un niveau de référence ou d'expertise

Il répond au besoin d'un degré élevé d'expertise, tant pour le dépistage, les explorations, le diagnostic, le traitement, que pour l'enseignement et la recherche. L'accès à un plateau technique spécialisé doit permettre la prise en charge de pathologies complexes, très spécifiques ou rares.

Un cahier des charges fixera, par niveau, les missions, les compétences requises en termes de spécialités, ainsi que leur masse critique, l'équipement minimal ou optimal du plateau technique, l'organisation à développer, les modalités de coordination, de collaboration et de mutualisation.

Les objectifs suivants seront poursuivis :

- Améliorer la qualité des soins au sein de chaque établissement,
- Améliorer la gestion des lits disponibles et centraliser l'information de cette

disponibilité, pour garantir l'aval des urgences, en journée,

- Garantir la permanence et la continuité des soins des établissements de santé,
- Favoriser les activités programmées et les entrées directes dans les services de court séjour, afin d'éviter les attentes aux urgences,
- Préparer la sortie d'hospitalisation de médecine avec les structures de SSR, d'HAD, la médecine de ville et le secteur Médico - Social, y compris les SSIAD,
- Améliorer la disponibilité des plateaux techniques et programmer l'ensemble des explorations sur la durée du séjour, pour diminuer les DMS, voire prévenir les hospitalisations itératives,
- Organiser l'offre hospitalière d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en lien avec l'offre d'ETP du premier recours,
- Améliorer la coordination des parcours de soins entre les établissements,
- Renforcer et formaliser les liens de complémentarité et de coopération entre les établissements de santé autorisés en médecine, assurant différents niveaux de prises en charge (mutualisation d'équipes et de moyens, relais d'avis spécialisés, réseaux de télé-médecine, partages de protocoles, plans de formation communs). La formalisation des relations devra se faire dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou dans le cadre de conventions avec les établissements.
- Le développement des prises en charge, sans hébergement hospitalier, doit être encouragé. L'hospitalisation A Domicile (HAD), qui représente une modalité, de proximité, de réponse au besoin de prise en charge hospitalière, doit être déployée. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional, avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé. Il n'y aura pas de nouvelle structure d'HAD autonome supplémentaire. Par contre, l'extension de l'aire géographique est possible.

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

● La pédiatrie

En termes d'organisation, il y a lieu de distinguer :

- les implantations des structures de pédiatrie (services)
- les sites d'hospitalisation, autorisés en médecine et, pouvant accueillir des enfants. Il paraît indispensable d'identifier les établissements de médecine adultes, susceptibles de répondre à des besoins de prise en charge médicale pédiatrique (accès à des actes techniques,

pathologies aiguës ou suivi de pathologies chroniques), notamment, lorsque les services de pédiatrie sont d'accès difficile ou imposent des temps de trajet excessifs.

● La gériatrie

Afin de répondre aux besoins de court séjour, l'implantation de ces services se fera prioritairement dans les établissements disposant d'un service d'urgence.

INDICATEURS

- Taux d'évolution de la DMS, pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en HAD ou en SSR
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Les opérations de création et de transformation concerneront essentiellement :

- l'ajout d'une implantation de médecine sur l'agglomération nantaise,
- un regroupement ou une conversion pour les établissements suivants :

● En Loire Atlantique :

- Hôpital Local de Nozay,
- Hôpital Local Loire et Sillon (Savenay),
- Hôpital Intercommunal de la Presqu'île (Guérande, le Croisic),
- Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire (Vértou, Le Loroux-Bottereau).
- Hôpital Intercommunal du Pays de Retz (Paimboeuf/Pornic)

● En Maine et Loire :

- Hôpital Local de Candé,
- Hôpital Local Lucien Boissin de Longue Jumelles,
- Hôpital de Saint Georges sur Loire, regroupement avec l'hôpital de Chalonnes sur Loire,

Le regroupement est encouragé pour les établissements de :

- Martigné Briand et Doué la Fontaine,
- Chaudron en Mauges et Beaupréau,

La réorganisation des sites est préconisée pour l'hôpital local du Baugeois et de la Vallée.

● En Mayenne

- Hôpital Local de Villaines La Juhel.

IMPLANTATIONS

Le tableau, ci-dessous, présente les implantations actuelles et les cibles.

Elles sont comptées en dénombant les différentes adresses d'implantation des établissements autorisés. Lorsque des établissements, gérés par des entités juridiques (EJ) différentes, ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation a été comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés, implantées en Pays de Loire, mais dont les EJ sont dans une autre région, sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations, l'activité s'effectuant sur une aire géographique.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation en raison de non-conformité à des conditions réglementaires, ou ne la justifierait plus à la suite de restructuration, transformation, regroupement, son activité de médecine sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Médecine	20	16
Maine et Loire	Médecine	20	17
Mayenne	Médecine	9	8
Sarthe	Médecine	9	9
Vendée	Médecine	10	10
Total Région	Médecine	68	60

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

2 ■ Chirurgie

La région des Pays de la Loire compte 43 établissements disposant d'une autorisation de chirurgie, avec regroupement sur site géographique unique, pour bon nombre d'entre eux, par exemple :

- Regroupement privé / privé : Le Mans avec le Pôle Santé Sud ou Angers avec le Village Santé Angers Loire
- Regroupement public / privé avec partage d'activités entre la chirurgie et la gynécologie obstétrique : Châteaubriant, Les Sables, Fontenay le Comte, Saumur
- Regroupement entre un CHU et un CLCC à Angers.

La constitution de pôles public / privé, dans les villes moyennes, a permis de consolider l'offre de chirurgie de proximité.

En termes d'amélioration d'accès, de qualité et d'efficacité des soins, les objectifs suivants seront poursuivis :

- Garantir la qualité / la sécurité des soins, avec des équipes de taille suffisante et un bon niveau d'activité, tout en maintenant le maillage actuel, satisfaisant en terme d'accessibilité

- En chirurgie maxillo-faciale et en stomatologie, l'accessibilité aux soins chirurgicaux doit être améliorée dans certains territoires de santé

- En chirurgie cardiaque, le délai d'attente entre le diagnostic et la prise en charge doit diminuer. Une évaluation à deux ans sera assurée.

- L'accessibilité aux soins chirurgicaux doit être garantie dans ses différentes spécialités et dans une logique de graduation des soins

- Le développement de la chirurgie ambulatoire

- La recommandation minimale d'activité pour une implantation de chirurgie est fixée au seuil de 1 500 séjours par an. Cette recommandation ne concerne pas les établissements pratiquant principalement une activité de cancérologie et les établissements ayant une activité de maternité.

- Permettre un accès direct aux plateaux techniques spécialisés en chirurgie de la main, notamment en urgence et en lien avec le réseau des urgences.

INDICATEURS

- Nombre d'implantations dont le niveau annuel d'activité est inférieur à 1500 séjours chirurgicaux
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours
- Taux de chirurgie ambulatoire

- Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)

- Taux de patients retournant directement au domicile, après une intervention de chirurgie orthopédique programmée.

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de chirurgie pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

Dans le territoire de santé de Loire-Atlantique, la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire regroupera le Centre Hospitalier et les établissements mutualistes de Saint-Nazaire.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ et établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Chirurgie	15	15
Maine et Loire	Chirurgie	7	7
Mayenne	Chirurgie	4	4
Sarthe	Chirurgie	5	5
Vendée	Chirurgie	6	6
Total Région	Chirurgie	37	37

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

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

La répartition actuelle des maternités et des services de néonatalogie, sur le territoire régional, sont le reflet des évolutions apportées au fil des SROS précédents. Cette répartition et ce maillage par vingt-quatre maternités, dix services de soins de néonatalogie et trois services de réanimation néonatale, sont adéquats au regard des besoins. S'y ajoute une activité de HAD en Vendée et Maine et Loire.

Le respect des normes techniques de fonctionnement est, cependant, en tension en raison d'une tendance à la concentration des ressources humaines spécialisées dans les grands centres, en particulier pour la pédiatrie. Le maintien du maillage passe par la mutualisation des équipes et la coopération entre les établissements.

L'accessibilité à la planification familiale et à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un enjeu fort. La disponibilité pérenne et la qualité de l'offre d'IVG passent par l'intégration de l'IVG dans les activités des services de gynécologie obstétrique des établissements publics.

Le réseau régional de périnatalité -Réseau Sécurité Naissance- est un atout pour soutenir l'amélioration de la qualité, la promotion des bonnes pratiques, l'adéquation des orientations et pour développer les outils pour la coopération et la coordination des services.

PÉRINATALITÉ, INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Pour garantir l'accès, la qualité et l'efficacité des soins, les principes suivants seront suivis :

- Le maintien du maillage, le respect de la gradation des soins, une bonne organisation des transferts, pour garantir un bon accès aux soins et réduire la saturation des maternités avec activité de réanimation néonatale.
- La création d'équipes de territoire, de taille suffisante, constituées, notamment, de pédiatres, sera encouragée afin d'assurer la continuité et la permanence des soins au sein de chaque maternité et service de néonatalogie.
- Le réseau régional de périnatalité doit poursuivre ses missions de coordination des acteurs et d'évaluation des organisations et de la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique.
- Pour les établissements pratiquant la gynécologie obstétrique, la réalisation des IVG sera assurée par tous les établissements publics ainsi que par les établissements privés qui le souhaitent. Les articulations, entre les établissements pratiquant les IVG, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et, les professionnels de santé libéraux, seront renforcées.
- Le dépistage précoce, chez les nouveau-nés présentant un risque de handicap, la continuité des prises en charge et l'accompagnement des parents, devront être soutenus. Les Centres d'Action Médico - Sociale Précoce (CAMSP) devront bénéficier des moyens adaptés pour développer l'approche diagnostic, en articulation avec les unités de néonatalogie, les services de pédiatrie, les pédiatres et les généralistes libéraux, les services de PMI, de pédopsychiatrie et le réseau « Grandir ensemble ».
- L'hospitalisation à Domicile (HAD) représente une modalité de réponse au besoin de prise en charge hospitalière qui pourra être déployée pour les grossesses pathologiques ou à haut risque. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional avec une offre d'HAD dans chaque territoire de santé. Il n'y aura pas de nouvelle structure d'HAD autonome supplémentaire. Par contre, l'extension de l'aire géographique est possible.

INDICATEURS

- Nombre de nouveau-nés transférés en réanimation néonatale
- Taux de césariennes par maternité et par territoire de santé
- Nombre d'établissements pratiquant des IVG et pourcentage des IVG médicalementeuses

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement dans la répartition des maternités, développement de l'HAD.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités

juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations, l'activité s'effectuant sur une aire géographique.

IMPLANTATIONS

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	3	3
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	7	7
Maine et Loire	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	5	5

>>>

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Mayenne	Gynécologie obstétrique	2	2
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	1	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	0	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total	3	3
Sarthe	Gynécologie obstétrique	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	1	1
	Total	3	3
Vendée	Gynécologie obstétrique	4	4
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie simple	0	0
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs	1	1
	Gynécologie obstétrique avec néonatalogie soins intensifs et réanimation néonatale	0	0
	Total	5	5
Total Région		23	23

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

L'activité d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) concerne des couples en âge de procréer, qui doivent avoir recours à des équipes et des techniques spécialisées pour initier et développer une grossesse. Ce parcours, souvent long et difficile, se réalise dans un délai médian de 5 ans (début de recherche d'une grossesse, à la naissance d'un enfant par FIV).

Les chances de mettre un enfant au monde, avec cette technique, sont évaluées à 23 % des cycles engagés, pour 60 % des couples engagés dans la démarche.

En 2008, 20 136 enfants sont nés à la suite d'une AMP, dont 63 % effectuées par une ICSI (micro injection de spermatozoïdes). Cela représente 2,4 % des naissances en France.

>>>



Cette activité est cadrée par des normes juridiques, en particulier, l'âge civil de la mère fixé à moins de 43 ans, l'hétérosexualité et l'intra conjugalité de la procréation, l'établissement d'une filiation génétique.

La France, comparée aux autres pays européens, pour lesquels il existe un recensement exhaustif (Danemark, Allemagne, Royaume-Uni), se situe dans la moyenne, en matière d'accès aux soins et de résultats. Ces données générales peuvent cependant masquer des données plus hétérogènes en régions.

Les activités de prélèvement et de conservation des gamètes sont soumises à autorisation de même que les activités de fécondation in vitro et de transfert d'embryon :

Les autorisations concernent des activités cliniques et des activités biologiques

1. Les activités cliniques :

- Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP ;
- Prélèvement de spermatozoïdes ;
- Transfert des embryons en vue de leur implantation ;
- Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don ;
- Mise en œuvre de l'accueil des embryons ;

2. Les activités biologiques :

- Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle ;
- Activités relatives à la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation, comprenant notamment le recueil, la préparation et la conservation du sperme, la préparation des ovocytes et la fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation ;

- Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue d'un don ;
- Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue d'un don ;
- Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux en application de l'article L.2141-11 ;
- Conservation des embryons en vue d'un projet parental ;
- Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci.

Dans la région Pays de la Loire, l'assistance médicale à la procréation proposant la fécondation in vitro est réalisée dans trois territoires de santé: En Loire atlantique dans 4 sites nantais, en Maine et Loire dans un site à Angers, en Sarthe dans un site au Mans. Par ailleurs la préparation et conservation du sperme est réalisée par un laboratoire au moins dans chaque territoire de santé.

Un enjeu important pour l'Assistance médicale à la procréation est de concilier d'une part des exigences de qualité qui nécessitent un volume d'activité suffisant et un système de management de la qualité très performant. Et d'autre part une disponibilité et une accessibilité adéquate en raison des contraintes du parcours d'AMP avec la contrainte des injections quotidiennes.

Pour répondre à cet enjeu, il est essentiel d'assurer une bonne coordination entre les professionnels qui accompagnent les femmes dans leur parcours en proximité et ceux qui réalisent les activités à haut niveau de technicité comme la fécondation in vitro. L'enjeu est d'éviter des renoncements en cours de parcours et d'assurer une qualité de prise en charge pour tous les couples.

OBJECTIFS

Conforter l'offre d'AMP existante dans la région pour en assurer la qualité.

Assurer une articulation entre la prise en charge de proximité et la prise en charge

très spécialisée qui met en œuvre les fécondations in vitro dans une logique de réseau afin d'accompagner les couples et d'éviter les renoncements

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

INDICATEURS

Le taux de recours aux activités cliniques d'AMP (des femmes en âge de procréer)

Le nombre de couples qui quittent le système avant la quatrième tentative (sans enfant)

Le nombre de couples qui vont au-delà de quatre tentatives (avec le nombre de tentatives)

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Ajout d'une activité de fécondation in vitro (FIV) biologique et clinique pour le territoire de santé de la Vendée.

IMPLANTATIONS

● AMP clinique

AMP Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

AMP Transfert d'embryons en vue de leur implantation	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

AMP Prélèvement de spermatozoïdes	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	4	5

■ AMP Biologique

AMP Préparation et conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	5	5
Maine et Loire	4	4
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1
Total	12	12

AMP Fécondation in vitro sans ou avec micromanipulation	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	6	7

AMP Recueil et traitement du sperme en vue de dons	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	1	1

AMP Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux art L2141-11	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

AMP Conservation des embryons en vue d'un projet parental	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total	6	6

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

4 ■ Psychiatrie

La demande de soins en santé mentale est en progression constante comme en témoigne l'accroissement de 4 % de l'activité ambulatoire des secteurs de psychiatrie entre 2008 et 2009. Le développement souhaité des modes de prise en charge, dits alternatifs à l'hospitalisation complète, ne doit pas masquer la situation de saturation des lits constatée dans les services et établissements de psychiatrie, notamment par déficit de solutions d'aval. Si la prise en charge des urgences psychiatriques est un enjeu fort pour l'entourage des patients, la prévention des situations de crise est une priorité. Les enjeux d'articulation entre les médecins généralistes et les psychiatres hospitaliers,

dont il convient de souligner le déficit démographique, sont particulièrement forts.

La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est une Mission de Service Public pour les établissements de santé, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique. Les établissements spécialisés en psychiatrie et les services de psychiatrie en centres hospitaliers assurent cette mission et la couverture de cette mission est assurée sur l'ensemble du territoire. Toutefois, l'impact de la mise en œuvre de la récente loi sur les soins sans consentement sera à évaluer.

LES OBJECTIFS SONT LES SUIVANTS :

- La prise en charge des urgences psychiatriques doit reposer sur des filières territoriales organisées, lisibles, avec une orientation protocolisée des patients. Il convient également de développer les organisations pour les demandes de soins non programmés
- Les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social doivent être renforcées. Ces articulations concerneront notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles et maisons de santé pluri-professionnelles. Le développement des équipes mobiles, si besoin, intersectorielles, devra faciliter le décloisonnement en intervenant auprès des structures médico-sociales et hospitalières non psychiatriques. Une attention particulière sera portée sur l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux.
- Le développement des prises en charge sans hébergement hospitalier doit être poursuivi, sans toutefois réduire les capacités d'hospitalisation complète. A ce titre, les projets expérimentaux de prises en charge à domicile seront évalués sur un ou deux territoires de santé.
- Il n'y aura pas de structure de psychiatrie autonome supplémentaire. Par contre, de nouvelles modalités de prise en charge sont envisagées.
- Une réponse adaptée doit être apportée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de troubles envahissants du développement, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires. L'approche inter-sectorielle pour les prises en charge spécialisées et pour la prise en charge et la prévention des crises au domicile sera favorisée.
- Mise en place d'équipes mobiles d'intervention en urgence.

INDICATEURS

- Nombre de patients hospitalisés à temps complet, depuis plus d'un an, par territoire de santé
- Evolution du taux d'hospitalisation sans consentement, par territoire de santé

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pour un maillage régional équilibré, dans les départements qui ne disposent pas de l'ensemble de ces offres de soins, prévoir la création d'activité de psychiatrie, en hospitalisation partielle, de jour et de nuit, en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique, que ce soit en secteur infanto-juvénile ou adulte.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Dénombrement des activités actuelles sur la base des autorisations détenues par les entités juridiques.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	2	2
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	4	4
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	6	6
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	7	7
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	4	4
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	2	2

>>>

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Maine et Loire	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	5	5
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1
Mayenne	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	2	3
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	4	4
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	2	3
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en postcure	0	0

>>>

>>>

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Sarthe	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en postcure	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1	
Vendée	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation complète	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de jour	1	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie infanto juvénile de placement familial	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation complète	3	3
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de jour	2	2
	Activité de psychiatrie adulte en hospitalisation partielle de nuit	0	1
	Activité de psychiatrie adulte en appartement thérapeutique	1	1
	Activité de psychiatrie adulte en placement familial	1	1
Activité de psychiatrie adulte en postcure	1	1	

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

5 ■ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Les travaux d'organisation des soins en SSR jusqu'en 2008 avaient le triple objectif d'atteindre une équité d'équipement dans les territoires de recours, de moderniser l'organisation de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) - regroupement des plateaux techniques, rapprochement géographique des prescripteurs de court séjour - et d'effectuer des renforts ciblés en personnels, dans les structures de SSR, pour atteindre un minimum recommandé.

Les décrets d'avril 2008 ont conduit à la définition de bornes basse et haute pour exprimer l'encadrement adapté en SSR - polyvalents et spécialisés - dans la région, à partir des ressources existantes. Une

restructuration des soins de suite pour enfants a déjà eu lieu.

Les centres hospitaliers anciennement dénommés Hôpitaux Locaux ou les ES-PIC de proximité fournissent, aujourd'hui, à des degrés divers, des prestations de médecine, de SSR et de SLD, ainsi que des prestations Médico - Sociales. Ils devront poursuivre leur évolution pour renforcer leur rôle d'appui aux acteurs de santé de premier recours et à la filière organisée des soins hospitaliers. Ils devront veiller à la pertinence des admissions des patients en fonction des référentiels. Ils ont vocation par ailleurs à développer des prises en charge spécifiques en proximité (soins de fin de vie par exemple).

OBJECTIFS

Le recours des personnes aux structures de SSR doit encore évoluer et s'améliorer pour s'inscrire dans une dimension transversale avec l'ambulatoire, le médico-social et le social.

Il s'agira :

- d'améliorer le juste recours aux structures de SSR, tout en encourageant les admissions directes par les professionnels du premier recours
- de tendre vers une taille minimale de 30 lits afin d'assurer un véritable projet en SSR.
- de poursuivre le développement de l'Hospitalisation à Temps Partiel (HTP), par redéploiement de moyens.
- de déployer les dispositifs d'orientation,

en s'appuyant sur l'outil Trajectoire en établissements de santé

- de développer les prises en charge sans hébergement hospitalier. L'hospitalisation à Domicile (HAD) représente une modalité de réponse au besoin de prise en charge hospitalière qui devra être déployée. Il s'agira de couvrir l'ensemble du territoire régional avec une offre d'HAD dans chaque territoire. Il n'y aura pas de nouvelle structure d'HAD autonome supplémentaire. Par contre, l'extension de l'aire géographique est possible.
- de poursuivre la mise en œuvre des SSR spécialisés à temps partiel ou à temps complet :

INDICATEURS

Les indicateurs porteront sur les résultats des trois années précédentes

- Pourcentage des séjours de chirurgie orthopédique programmée suivis, dans les 30 jours, d'une prise en charge en SSR
- Part des entrées directes (en provenance du domicile)
- Evolution du nombre de prises en charges en HTP
- Proportion des patients pris en charge en HTP quatre ou cinq fois par semaine (en SSR spécialisé)

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Les opérations de créations et de transformations concernent essentiellement les établissements suivants par regroupement ou conversion.

En Loire-Atlantique

- Réorganisation au sein de l'hôpital intercommunal de la presqu'île (Guérande - Le Croisic)
- Regroupement Tourmaline Maubreuil sur un seul site (Saint Herblain)
- Regroupement sur un seul site à Saint Nazaire des activités SSR de PenBron (La Turballe) et des Océanides (Pornichet)

En Maine et Loire

Le regroupement est encouragé pour les établissements de :

- Martigné Briand et de Doué La Fontaine
- Chaudron en Mauges et Beaupréau

La réorganisation des sites est préconisée pour l'hôpital local du Baugeois et de la Vallée

En Vendée

- Répartition d'activité entre l'hôpital de Noirmoutier et le CH Loire Vendée Océan (La Guérinière)

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

L'HAD n'est pas comptabilisée dans les implantations, l'activité s'effectuant sur une aire géographique.

Soins de suite (à l'exclusion des soins de suite spécialisés)

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Soins de suite	25	24
Maine et Loire		24	24
Mayenne		8	8
Sarthe		14	14
Vendée		15	15

>>>

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

Soins de suite spécialisés

Territoire de santé	Orientation	Implantations actuelles			Implantations cibles		
		Adultes	Juveniles	Enfants	Adultes	Juveniles	Enfants
Loire-Atlantique	Appareil locomoteur	7	3	1	5	3	1
	Système nerveux	6	3	1	5	3	1
	Cardiovasculaire	6			5		
	Maladies respiratoires	2	1	1	3	1	1
	Système digestif et métabolique	1	1	1	3	1	1
	Onco hématologie		1	1	1	1	1
	Conduites addictives	1			2		
	Personne âgée polypathologique	3			3		
Maine et Loire	Appareil locomoteur	3	1	1	3	1	1
	Système nerveux	3	1	1	3	1	1
	Cardiovasculaire	3			4		
	Maladies respiratoires	1	1	1	2	1	1
	Système digestif et métabolique	1			3	1	1
	Onco hématologie	1			1	1	1
	Conduites addictives	1			3		
	Personne âgée polypathologique	3			3		
Mayenne	Brûlés				1	1	
	Appareil locomoteur	1			1		
	Système nerveux	1			1		
	Cardiovasculaire	3			3		
	Maladies respiratoires				1		
	Système digestif et métabolique	1			1		
	Onco hématologie						
	Conduites addictives	1			1		
Sarthe	Personne âgée polypathologique	1			1		
	Appareil locomoteur	3	1	1	3	1	1
	Système nerveux	3	1	1	3	1	1
	Cardiovasculaire	2			3		
	Maladies respiratoires	1			1		
	Système digestif et métabolique	2			2	1	1
	Onco hématologie	1			1		
	Conduites addictives	2	1	1	2	1	1
Vendée	Personne âgée polypathologique	1			1		
	Appareil locomoteur	3			3	1	1
	Système nerveux	3			3	1	1
	Cardiovasculaire	1			2		
	Maladies respiratoires	1			1		
	Système digestif et métabolique	1			1		
	Onco hématologie						
	Conduites addictives	2			2		
Personne âgée polypathologique	2			2			

6 Soins de Longue Durée (SLD)

Ces dernières années, le nombre d'implantations des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) a été redéfini et un certain nombre d'USLD a été entièrement transféré dans le secteur médicosocial.

Dès lors, les axes de développement porteront sur les principes suivants :

- Le respect du maillage des territoires (villes moyennes / grandes villes)
- L'identification d'unités viables sur la base de 30 lits (opérations de regroupement à mener)

L'objectif poursuivi est de clarifier la mission des Unités de Soins de Longue Durée :

En ce qui concerne le fonctionnement, conformément à la circulaire DHOS du 10 mai 2007, il est recommandé :

- que la capacité minimale d'une USLD soit de 30 lits
- que la coordination soit assurée par un gériatre et que l'équipe soit formée à la gériatrie
- qu'un projet individualisé soit établi pour toutes les prises en charge
- qu'une IDE et une aide soignante soient présentes 24h/24
- que la permanence des soins médicaux soit organisée.

INDICATEURS

Taux de SMTI constatés en USLD dans le cadre des coupes PATHOS

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des condi-

tions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même si plusieurs EJ ou établissements exercent

l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées. Une possibilité reste ouverte pour envisager une évolution d'implantation cible en USLD de la Vendée au profit du Maine et Loire.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Soins de longue durée	14	14
Maine et Loire	Soins de longue durée	6	6
Mayenne	Soins de longue durée	4	4
Sarthe	Soins de longue durée	7	7
Vendée	Soins de longue durée	9	9
Total Région	Soins de longue durée	40	40

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

7 ■ **Activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie**

L'état des lieux réalisé dans le schéma précédent a montré une bonne adéquation de l'offre à la demande.

OBJECTIFS

■ **Constituer un maillage pertinent pour le territoire régional**

■ **Maintenir l'activité de traitement des cardiopathies de l'enfant par voie endovasculaire sur un seul centre.**

■ **Garantir les critères de qualité pour les centres d'angioplastie coronaire**

■ dans les centres formateurs d'angioplastie : un seuil d'activité d'au moins 600 angioplasties par an,

■ dans les autres centres : un seuil d'activité d'au moins 350 angioplasties par site

■ une astreinte d'angioplastie reposant sur au moins 3 opérateurs

■ la mise en place d'un contrôle de qualité

■ **Participer au registre régional des syndromes coronariens aigus ST+ pour tous les centres d'angioplastie coronaire.**

■ **Inscrire la cardiologie interventionnelle dans une filière de soins**

Les plateaux, qui disposent de l'angioplastie coronaire, doivent être accessibles, en permanence par entrée directe ou par transfert. La prise en charge d'aval doit être organisée et il est préconisé que les établissements, titulaires d'une autorisation d'angioplastie coronaire, définissent les conditions d'un partenariat avec une structure de réadaptation cardiaque, lorsqu'ils ne disposent pas eux-mêmes de ce type d'activité.

■ **Se doter de moyens matériels adaptés**

La configuration doit permettre d'exercer cette activité dans des salles dédiées et il est recommandé qu'elles soient à proximité des salles d'intervention chirurgicale classiques. Les salles d'imagerie numérisée et d'angiographie numérisée, qui ne sont pas à proximité d'un plateau technique chirurgical, disposent d'une salle de surveillance post-interventionnelle, située à proximité de la salle d'intervention.

■ **Poursuivre les adaptations dans l'organisation des équipes médicales**

L'évolution des techniques, d'une part, et la fragilité démographique en cardiologues, d'autre part, doivent nécessairement conduire à un décloisonnement entre les équipes médicales.

L'activité interventionnelle doit s'intégrer dans une approche collégiale. Les centres, amenés à faire de la rythmologie interventionnelle sur un type d'acte précis, doivent exercer leur activité dans un partenariat étroit avec un centre de référence, dans le cadre d'une convention.

Une mutualisation des moyens est à rechercher, pour constituer des équipes en nombre suffisant. Les plateaux techniques sont ouverts à des intervenants extérieurs notamment libéraux.

■ **Le développement de la télémédecine est encouragé.**

INDICATEURS

- Nombre d'angioplasties coronaires par implantation
- Nombre d'interventions pour cardiopathies de l'enfant
- Nombre d'actes de rythmologie interventionnelle

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement.

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des condi-

tions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Région	Cardiopathies de l'enfant	2	2
Loire-Atlantique	Rythmologie interventionnelle*	3 dont une limitée aux actes de traitement du flutter**	3 dont une limitée aux actes de traitement du flutter**
	Cardiopathies de l'enfant : ré-interventions à l'âge adulte	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	3	3
Maine et Loire	Rythmologie interventionnelle*	2	2
	Cardiopathies de l'enfant : ré-interventions à l'âge adulte	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Mayenne	Rythmologie interventionnelle*	0	1 limitée aux actes de traitement du flutter**
	Autres cardiopathies de l'adulte	1	1
Sarthe	Rythmologie interventionnelle*	2	2
	Autres cardiopathies de l'adulte	2	2
Vendée	Rythmologie interventionnelle*	1	1
	Autres cardiopathies de l'adulte	1	1

(*) Cette activité comprend les actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.

(**) L'autorisation de rythmologie est destinée à permettre la réalisation d'ablations de flutter ; en conséquence, l'activité de rythmologie relevant d'une autorisation se fera en lien avec un centre référent (dont l'autorisation comporte l'ensemble des actes de rythmologie interventionnelle).

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

8 ■ Médecine d'urgence

Pour l'activité du SAMU centre 15, le SROS III, révisé pour tenir compte des décrets du 22 mai 2006, constatait une augmentation de 52 % des appels entre 2001 et 2004. Une augmentation de 14% du nombre de dossiers de régulation médicale a par ailleurs été constatée entre 2006 et 2010. L'activité des services d'urgences est aussi en majoration constante et tout particulièrement dans les structures de recours et pour les urgences pédiatriques.

Il convient d'ajouter à ces éléments de constat, ceux fournis par le rapport «Mardegan» sur la nécessaire modernisation des SAMU (6 juillet 2010).

Les missions relevant de l'Aide Médicale Urgente entrent dans le cadre des Missions de Service Public, au sens de l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique.

Ces missions sont d'ores et déjà assurées sur l'ensemble du territoire régional.

La principale difficulté réside dans l'adaptation des ressources humaines à la fluctuation du niveau d'activité. Une des solutions pourrait passer par l'amélioration des systèmes d'information et de télécommunication des SAMU avec une meilleure interopérabilité. Ceci pourrait en effet faciliter la mutualisation entre Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA).

Un certain nombre de questions sont soulevées : l'opportunité de la conservation de toutes les structures d'urgences et de SMUR ; l'opportunité de faire fonctionner les 5 CRRA 24 h/ 24 ; l'organisation des structures, pour répondre à l'afflux estival, sur les côtes de Loire Atlantique et de Vendée.

OBJECTIFS

- Conserver l'organisation de la gestion des appels reposant sur un SAMU par département et encourager le développement des coopérations inter-SAMU
- Centraliser la régulation régionale des transports hélicoptérés sur le SAMU 44. Le renfort de l'HELI-SMUR, par un second appareil, sera étudié en même temps que l'actualisation du maillage territorial des SMUR terrestres. Des coopérations avec les régions voisines seront recherchées.
- Organiser la réponse du SMUR Pédiatrique sur deux sites (Nantes et Angers).
- Conduire une réflexion approfondie en vue d'adapter le nombre de structures des urgences et de SMUR à l'activité et prendre en compte les besoins liés aux variations saisonnières. Ceci amènera à mutualiser l'activité des CRRA, à optimiser le nombre des implantations de SMUR terrestres et, parallèlement, le nombre de SMUR saisonniers, ainsi que l'activité de l'HELI-SMUR. Et ce, à moyens constants.
- Concernant la structure des urgences : nécessité d'implantations principales d'urgence, fonctionnant 7 jours sur 7 et d'implantations secondaires, rattachées à une implantation principale, ayant une activité uniquement saisonnière.
- Organiser l'accès direct à des plateaux techniques adéquats notamment lorsque le pronostic vital ou fonctionnel est engagé (infarctus, AVC). C'est également le cas concernant les urgences qui relèvent du centre de la main.

Il conviendra par ailleurs de veiller la cohérence entre les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) établis par les préfets de département et le présent schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par le directeur de l'agence régionale de santé.

INDICATEURS

Nombre de passages pour 100 000 habitants

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

■ Concernant les structures des urgences :

- CH Vendée : évolution de l'organisation de la réponse aux soins non programmés sur les territoires couverts par l'hôpital (Roche sur Yon, Montaigu et Luçon) dans une logique d'équipes multi-sites. Cette organisation sera articulée avec la permanence des soins ambulatoires, l'offre de santé de premier recours, l'offre hospitalière de chacun des sites et le développement de consultations avancées spécialisées.
- Réorganisation de la réponse aux ur-

gences sur le site de Laval dans le cadre d'un GCS de moyens (au plus tard fin 2012) avec accueil du public sur un seul site (24h/24) et avec une équipe mutualisée.

■ Concernant les SMUR :

Pas de modification

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule implantation est comptée (même

si plusieurs EJ ou établissements exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	5	5
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Maine et Loire	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	4	4
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Mayenne	SAMU	1	1
	SMUR	3	3
	Antenne SMUR	0	0
	Structure des urgences	4	4
	Structure des urgences pédiatriques	0	0
Sarthe	SAMU	1	1
	SMUR	2	2
	Antenne SMUR	1	1
	Structure des urgences	7	7
	Structure des urgences pédiatriques	1	1
Vendée	SAMU	1	1
	SMUR	4	4
	Antenne SMUR	2	2
	Structure des urgences	7	7
	Structure des urgences pédiatriques	0	0

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

9 ■ Réanimation

Pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins, les objectifs poursuivis sont les suivants :

- L'objectif d'amélioration de l'accessibilité à la réanimation, pour la région, nécessite un ajustement des capacités des sites existants, notamment dans les structures autorisées pour les activités spécialisées relevant du SIOS.
- L'inter-région Ouest a pour objectif la création d'un réseau de réanimation pédiatrique et réanimation pédiatrique spécialisée, afin de gérer au mieux l'orientation des patients, par une régulation interrégionale des transports pédiatriques, de favoriser des projets de recherche multicentriques, de mettre en place des staffs à l'échelle de chaque région et à l'échelle de l'inter-région, de proposer des formations destinées aux

médecins et au personnel paramédical. Cette organisation doit permettre la reconnaissance de compétences spécifiques dans la région : les pathologies neurologiques à Angers, les pathologies cardiaques et la réanimation des grands brûlés à Nantes.

- Le maintien d'une activité de réanimation pédiatrique rattachée à la réanimation néonatale, dans les sites bénéficiant d'un service de chirurgie et de médecine pédiatriques, est préconisé.
- Un maillage territorial pour la prise en charge des patients nécessitant une Assistance Respiratoire ExtraCorporelle (AREC), en lien avec la couverture des Unités Mobiles d'Assistance Circulatoire (UMAC), sera défini pour garantir l'accessibilité à ce type de soins sur l'ensemble de la région.

INDICATEURS

Pour la réanimation :

- Taux d'occupation
- Taux de recours / Taux de refus
- DMS
- Part des IGS2

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Pas de changement.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activité	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Réanimation	3	3
	Réanimation pédiatrique spécialisée	1	1
Maine et Loire	Réanimation	2	2
	Réanimation pédiatrique	1	1
Mayenne	Réanimation	1	1
Sarthe	Réanimation	1	1
	Réanimation pédiatrique	1	1
Vendée	Réanimation	1	1

10 ■ Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

Les axes de développement porteront sur l'offre de trois niveaux, dans chaque territoire de santé :

- Une prise en charge à domicile : hémodyalyse et dialyse péritonéale, avec une couverture de l'ensemble de la région
- Une prise en charge «hors centre» : Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) et centres d'auto-dialyse, selon une organisation de proximité (au moins une structure, par territoire de santé)
- Une prise en charge en centre d'hémodyalyse

Les orientations sont les suivantes :

- Promouvoir le dépistage et la prévention de l'IRC
- Mobiliser les médecins généralistes sur l'enjeu du dépistage
- Favoriser l'accès aux consultations de néphrologie

- Développer des stratégies de traitement efficaces
- Renforcer la prise en charge précoce de l'IRC
- Faciliter l'accès à la dialyse péritonéale
- Développer la dialyse hors centre
- Soutenir la transplantation rénale
- Agir sur les leviers de lutte contre la pénurie d'organes
- Organiser le suivi des greffés
- Garantir une prise en charge de qualité, la plus efficace possible
- Favoriser la prise en charge de proximité
- Déployer le recours à la télémédecine

INDICATEURS

- Taux de prise en charge en dialyse hors centre
- Taux de prise en charge en Dialyse Péritonéale (DP)
- Ratio : nombre de greffes sur nombre de patients dialysés

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

- Conservation du même nombre de centres d'hémodyalyse
- Développement des UDM au bénéfice de structures hors centre de dialyse avec apport de la télémédecine pour assurer la qualité et la sécurité des soins.
- Rapprochement des nouvelles UDM et des unités d'auto-dialyse

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé.

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

● Centre d'hémodialyse pour enfants

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1

● Centre d'hémodialyse

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	4
Maine et Loire	4	4
Mayenne	1	1
Sarthe	2	2
Vendée	2*	2*

* 1 des 2 centres a une activité saisonnière en plus de son activité permanente

● Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	4	6
Maine et Loire	4	5
Mayenne	1	3
Sarthe	2	5
Vendée	1	5

● Unité d'Auto-Dialyse (UAD)

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	7	7
Maine et Loire	5	5
Mayenne	1	1
Sarthe	4	4
Vendée	7*	7*

* 1 des unités a une activité saisonnière en plus de son activité permanente

● Hémodialyse à domicile

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	2	2
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1

● Dialyse péritonéale à domicile

Territoires de santé	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	2	2
Mayenne	1	1
Sarthe	1	1
Vendée	1	1

L'ORGANISATION DES ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION

11 ■ Traitement du cancer

Le cancer reste la première cause de mortalité en France. Pour autant, si le nombre de cancers et le nombre de décès par cancer a augmenté entre 1980 et 2005, le risque de décéder d'un cancer a lui diminué. Les progrès dans les thérapeutiques en sont à l'origine mais le système de santé et la société doivent s'adapter à ces parcours souvent très longs.

La prise en charge du cancer concerne plusieurs modalités de traitement, toutes soumises à autorisation : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, chimiothérapie.

La chimiothérapie est une activité en progression constante, principalement en hospitalisation à temps partiel et 9 établissements concentrent 89% de cette activité.

La radiothérapie connaît une croissance régulière, évaluée à 2% par an, et concerne plus d'un patient sur deux atteint d'un cancer : les appareils et techniques de radiothérapie évoluent dans le sens d'une plus grande efficacité et d'un plus grand respect des tissus sains, donc bénéficient d'un meilleur rapport efficacité/tolérance.

Les objectifs sont les suivants :

- L'accès aux soins en cancérologie doit être garanti dans chaque territoire de santé
- L'accès aux soins de chimiothérapie doit être amélioré en proximité, uniquement pour la réalisation de chimiothé-

INDICATEURS

- Part des séjours de médecine en cancérologie en Hospitalisation de Jour
- Part des séjours en cancérologie en HAD pour des traitements curatifs

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

- Réorganisation de la réponse aux activités de chimiothérapie sur un seul site à Laval dans le cadre d'un GCS de moyens (au plus tard fin 2012), avec accueil du public sur un seul site et avec une équipe mutualisée.
- regroupement de l'activité de chimiothérapie sur un seul site à l'ouverture de la Cité sanitaire à Saint-Nazaire
- création d'une activité de chirurgie des cancers ORL dans le territoire du Maine et Loire

rapies prescrites par un centre autorisé. Ceci nécessite le développement :

- de sites associés,
- de la prise en charge en HAD des patients atteints de cancer
- de la chimiothérapie en ambulatoire.
- l'accès aux soins complexes, hyper spécialisés et innovants, doit être favorisé et organisé dans le cadre d'une organisation régionale unique, fédérée autour des deux CHU et de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).
- La conjugaison des impératifs de prise en charge en proximité et de qualité de prise en charge, pour les enfants, doit reposer sur une organisation graduée des plateaux techniques de cancérologie pédiatrique, à l'échelle de l'interrégion ouest, ainsi que sur une organisation régionale pour l'accès aux soins de support, y compris ceux effectués au domicile.
- L'accès à des soins adaptés, pour les personnes âgées atteintes de cancer, doit être amélioré. Le pilotage des projets d'onco-gériatrie et la diffusion d'une culture onco-gériatrique par une Unité de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG), seront favorisés dès sa labellisation par l'INCa.
- Le SROS PRS, pour l'imagerie médicale, prendra en compte l'accroissement des besoins en Equipement Matériels Lourds (EML) pour la cancérologie, avec les appareils d'IRM au premier chef.

- Nombre de patients pris en charge en chimiothérapie dans les établissements associés

- création d'une activité de chirurgie des cancers ORL dans le territoire de la Mayenne

Dans le cas où une implantation ne pourrait conserver son autorisation de traitement du cancer pour des raisons de non-conformité à des conditions réglementaires, son activité sera transférée sur une autre implantation existante du même territoire de santé, déjà autorisée pour la même modalité de traitement.

IMPLANTATIONS

Les implantations sont comptées en dénombrant les établissements autorisés implantés à des adresses différentes. Lorsque des établissements gérés par des entités juridiques (EJ) différentes ont été autorisés à se regrouper sur un même site, une seule

implantation est comptée (même si plusieurs EJ, ET exercent l'activité sur ce site).

Les activités des établissements autorisés implantés en Pays de Loire mais dont les EJ sont dans une autre région sont comptabilisées.

Territoire de santé	Activités	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	Chimiothérapie	7	7
	Radiothérapie externe	3	3
	Curiethérapie	2	2
	Radioéléments en source non scellée	3 (dont 1 uniquement en ambulatoire)	3 (dont 1 uniquement en ambulatoire)
	Chirurgie des cancers	Digestif : 8* Sein : 9* Gynécologie : 8* Urologie : 8 Thoracique : 5 ORL : 7 1 site non spécialisé	Digestif : 8 Sein : 9 Gynécologie : 8 Urologie : 8 Thoracique : 5 ORL : 7 1 site non spécialisé
Maine et Loire	Chimiothérapie	5	5
	Radiothérapie externe	1	1
	Curiethérapie	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 7 Sein : 6 Gynécologie : 5 Urologie : 4 Thoracique : 4 ORL : 3	Digestif : 7 Sein : 6 Gynécologie : 5 Urologie : 4 Thoracique : 4 ORL : 4
Mayenne	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 4 Sein : 1 Gynécologie : 1 Urologie : 2 Thoracique : 1 ORL : 0	Digestif : 4 Sein : 1 Gynécologie : 1 Urologie : 2 Thoracique : 1 ORL : 1



SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

>>>

Territoire de santé	Activités	Implantations actuelles	Implantations cibles
Sarthe	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 4 Sein : 2 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 2 ORL : 3	Digestif : 4 Sein : 2 Gynécologie : 2 Urologie : 3 Thoracique : 2 ORL : 3
Vendée	Chimiothérapie	2	2
	Radiothérapie externe	1	1
	Radioéléments en source non scellée	1	1
	Chirurgie des cancers	Digestif : 5 Sein : 4 Gynécologie : 3 Urologie : 3 Thoracique : 0 ORL : 2	Digestif : 5 Sein : 4 Gynécologie : 3 Urologie : 3 Thoracique : 0 ORL : 2

*incluant le regroupement d'établissements sur la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire en date du 29/11/2011.

12 ■ Diagnostic prénatal (DPN) et examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

Le rôle important – et sans doute amené à se développer – de la génétique dans les activités de diagnostic prénatal comme postnatal amène à présenter ensemble, dans le présent schéma, les activités de diagnostic prénatal et les activités d'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

L'introduction de cette dernière activité dans un SROS, inédite, amène à une réflexion globale sur l'offre en génétique en région Pays de Loire. Il convient toutefois de garder à l'esprit que la spécialisation de ce domaine, pour la recherche des affections rares, implique une approche à un niveau national, voire international.

■ DIAGNOSTIC PRE-NATAL, Y COMPRIS PAR DES ANALYSES RELEVANT DE LA GENETIQUE

Les activités de diagnostic prénatal soumises à autorisation regroupent les examens diagnostics afin d'identifier si l'embryon est porteur d'une maladie grave, invalidante et/ou curable. Elles comprennent, d'une part, les examens de biologie (biologie moléculaire, hématologie, immunologie, biochimie, y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels) et, d'autre part, les activités de cytogénétique et génétique moléculaire.

■ Objectifs et principes d'organisation

En matière de diagnostic prénatal, et plus spécifiquement de dépistage de la trisomie, l'analyse des marqueurs sériques maternels couplée avec le résultat de l'échographie fœtale permet de déterminer l'importance du risque et d'envisager soit une choriocentèse soit une amniocentèse de confirmation.

Lorsqu'un risque de malformation est avéré, la conduite à tenir qui pourra être proposée est élaborée dans le cadre pluridisciplinaire et collégial du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal au nombre de trois dans la région.

Le diagnostic anténatal par les marqueurs sériques maternel couplé à une échographie permet si les résultats sont transmis rapidement de réaliser une choriocentèse à un terme plus précoce que l'amniocentèse, réduisant d'autant les délais de prise de décision. A ce jour, l'activité d'analyse biochimique des marqueurs sériques maternels n'est proposée que dans 3 des départements de la région. Le nombre de naissances en Vendée (7 718 en 2009, soit 17% des naissances de la région) justifie la création, dans ce département, d'une telle activité.

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Création d'une activité d'analyses portant sur des marqueurs sériques maternels dans le territoire de Vendée

IMPLANTATIONS

■ Analyses biologiques

DPN - BIOCH - Analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		1
Total	2	3

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

DPN – BIOCH - Analyse de biochimie, y compris le analyses portant sur les marqueurs sériques maternels	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

DPN – BIOCH - Analyses de biochimie fœtale à l'exclusion des marqueurs sériques	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique		
Maine et Loire		
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total	1	1

DPN Analyses en vue de diagnostic de maladies infectieuses, y compris les analyses de biologie moléculaire	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

● Analyses génétiques

DPN Analyse de génétique moléculaire	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	1	1
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe		
Vendée		
Total	2	2

DPN Analyse de cytogénétique, y compris les analyses cytogénétique moléculaire	Implantations actuelles	Implantations cibles
Loire-Atlantique	2	2
Maine et Loire	1	1
Mayenne		
Sarthe	1	1
Vendée		
Total	4	4

■ EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EM- PREINTES GENETIQUES A DES FINS MEDICALES

La génétique post-natale concerne les jeunes enfants dans le cadre d'un diagnostic effectué en pédiatrie (par exemple un retard mental). Elle concerne aussi les adultes pour lesquels la recherche vise à identifier soit des facteurs de risques face à une pathologie connue, soit des facteurs protecteurs ou de bonne réponse à un traitement (pharmacogénétique).

La génétique comprend trois «spécialités» complémentaires et dépendantes les unes des autres dans la démarche diagnostique : la génétique clinique, la cytogénétique et la génétique moléculaire. La cytogénétique et la génétique moléculaire sont des activités de laboratoires soumises à autorisation.

■ Objectifs et principes d'organisation

Dès lors qu'une analyse de génétique moléculaire est réalisée, les normes de bonne pratique imposent qu'elle soit précédée d'une consultation de génétique médicale. Pour en assurer un bon accès, le maillage territorial doit reposer sur au moins une consultation de génétique clinique par territoire de santé. Compte-tenu des spécificités de cette discipline et de la ressource médicale, cette consultation pourra prendre la forme de consultations «avancées».

Les moyens de diagnostic et de prise en charge des personnes et de leur famille seront organisés de façon graduée, identifiant un centre de génétique clinique à vocation régionale (pouvant être multi-sites) , articulé avec les laboratoires de génétique et les unités de recherche afin de renforcer l'expertise, de mutualiser les

compétences et de limiter les prescriptions d'analyses non pertinentes.

Les laboratoires relèvent de deux niveaux d'expertise graduée, tant en cytogénétique qu'en génétique moléculaire. Une offre spécialisée sur des pathologies polygéniques rares sera à distinguer d'un dépistage plus courant portant sur une ou deux mutations d'un même gène. Ceci se traduira le cas échéant par une gradation des laboratoires selon le niveau de complexité de l'analyse

- analyse partielle d'un ou plusieurs gènes pour en diagnostiquer les mutations fréquentes

- analyse exhaustive d'un ou plusieurs gènes pour en diagnostiquer les mutations rares.

L'amélioration de la qualité et la lisibilité de l'offre pour les patients et les médecins traitants sera recherchée. Il conviendra de structurer l'offre entre les laboratoires afin de favoriser la coopération en réseau et de garantir la mise en œuvre d'un lien étroit avec les centres de génétique clinique d'une part et une articulation avec les filières de prise en charge des maladies rares d'autre part.

L'autorisation des laboratoires pratiquant les analyses de génétique est une obligation nouvelle inscrite au SROS PRS. Il existe aujourd'hui quatre laboratoires pratiquant cette activité dans trois départements de la région. Dans cette phase d'attribution de premières autorisations leur nombre et répartition dans la région sera maintenue. Une évaluation de la couverture effective des besoins de la région sera réalisée au cours du SROS PRS.

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

Reconnaissance d'activité de cytogénétique et de biologie moléculaire dans les territoires de Loire Atlantique sur deux sites, de Maine et Loire et de Sarthe.

L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION

● Implantations en génétique postnatale

Territoire de santé	Activité	Implantations
Loire-Atlantique	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	2
Maine et Loire	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	1
Mayenne		
Sarthe	Cytogénétique, dont cytogénétique moléculaire Génétique moléculaire	1
Vendée		
Total Région		4

INDICATEURS

Nombre de laboratoires organisés en réseau

Existence d'un centre de génétique clinique structuré et répondant à ses missions

13 ■ Imagerie médicale

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

La réflexion stratégique relative au développement de l'imagerie médicale doit également prendre en compte la situation régionale au regard de la démographie médicale. Avec 9,1 radiologues pour 100.000 habitants, les Pays de la Loire présente un déficit démographique important.

Les axes de développement porteront sur les orientations suivantes :

- 1 ■ Favoriser un égal accès à l'imagerie médicale de la population :
 - Mettre en œuvre un plan volontariste de développement soutenable de l'offre en équipements matériels lourds.
 - Veiller au maintien, au sein des territoires et en proximité d'une offre de radiologie conventionnelle.
- 2 ■ S'assurer de l'efficacité de fonctionnement des équipements, de la pertinence des actes et de la maîtrise des risques associés
 - Éviter la réalisation des actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants

- Veiller à l'efficacité de l'utilisation des plateaux techniques en renforçant les dynamiques de mutualisation et le déploiement d'appareils plus efficaces
- Mieux maîtriser la gestion des risques spécifiques de l'imagerie médicale (diminution de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants)
- Accompagner le progrès médical et le soutien à l'innovation

3 ■ Assurer, en mobilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication et le potentiel de la télémédecine, une organisation de l'imagerie médicale en région qui garantisse :

- Une permanence des soins mutualisée associant l'ensemble des acteurs publics et privés au sein des territoires de santé
- Des filières d'expertise clairement définies et opérationnelles (AVC, ...) prenant appui sur des protocoles validés et des centres ressources identifiés
- Dans le cadre de l'ENRS (Espace Numérique régional de Santé), le déploiement d'une infrastructure technique régionale permettant un réel partage de l'information, un accès assuré aux images et un développement, régional harmonisé entre l'ensemble des acteurs des PACS.

OBJECTIFS

IRM

L'objectif est d'atteindre le taux cible du plan cancer de 12 IRM par million d'habitant avec une diversification des équipements.

La diversification du parc des IRM repose sur une dynamique de mutualisation des acteurs et la présence d'une IRM polyvalente.

L'IRM 3 tesla doit être disponible en région pour accompagner le développement de la recherche.

Scanners

L'objectif est d'atteindre le taux national d'équipement de 14,4 Scanners par million d'habitant

Gamma-caméras

Actuellement tous les territoires sont dotés d'un plateau de scintigraphie.

L'activité de ces équipements n'augmente que faiblement. Il y aura une place pour une implantation supplémentaire à Saint-Nazaire ce qui sera cohérent avec les missions de la cité sanitaire.



L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS SOUMISES À AUTORISATION



TEP

- Actuellement six autorisations de TEP ont été attribuées.
- Cinq équipements sont installés. Le deuxième appareil de l'IRCNA de Nantes n'a débuté son activité qu'au cours de l'années 2010 et cette activité va croître encore en 2011 et 2012.
- Le CHU d'Angers n'a pas mis en œuvre son autorisation de deuxième équipement.
- L'activité régionale des TEP croît en moyenne de 20% par an.
- La mise en service de l'équipement d'Angers va absorber une partie de l'activité

L'installation d'un équipement supplémentaire sur le site du CH Vendée est possible sous réserve de disposer d'effectifs suffisants notamment en termes de médecins.

INDICATEURS

- Part des sites disposant de l'accès H24 à l'IRM
- Suivi des délais de rendez-vous à l'IRM ou au scanner
- Proportion d'UNV avec accès permanent IRM
- Proportion sites urgences pédiatriques et accès permanent IRM
- Proportion examens par appareil IRM pour pathologies cancéreuses
- Nombre de coopérations par TS entre plusieurs sites portant sur la télé-médecine pour interprétation à distance
- Evolution du nombre d'actes en radiologie conventionnelle (notamment crâne, thorax, ASP)

CRÉATIONS ET TRANSFORMATIONS

IRM

L'évolution attendue dans les territoires de santé est la suivante :

- En Loire Atlantique : 5 nouvelles machines pour un objectif de 15 IRM
- En Maine et Loire : 4 nouvelles machines pour un objectif de 10 IRM
- En Mayenne : 2 nouvelles machines pour un objectif de 4 IRM
- En Sarthe : 3 nouvelles machines pour un objectif de 7 IRM
- En Vendée : 2 nouvelles machines pour un objectif de 6 IRM

Radiologie conventionnelle

La radiologie conventionnelle garde une place importante dans l'activité d'imagerie.

Les cabinets libéraux conventionnels sont un élément essentiel pour garantir l'accessibilité à l'imagerie. Le soutien au maintien d'un maillage raisonnable de cabinet de radiologie conventionnel est un objectif du schéma régional.

L'objectif est de conserver une cible d'un cabinet de radiologie conventionnelle pour 20 000 habitants et une accessibilité d'une ressource en imagerie médicale qui ne dépasse pas 30 kilomètres.

L'IRM 3 tesla doit être disponible en région pour accompagner le développement de la recherche.

Gamma caméra

Une implantation supplémentaire à Saint-Nazaire en cohérence avec les missions de la cité sanitaire.

TEP

Une implantation supplémentaire en Vendée.

IMPLANTATIONS

● Répartitions d'IRM

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils IRM
Loire-Atlantique	15
Maine et Loire	10
Mayenne	4
Sarthe	7
Vendée	6

● Répartitions des scanners

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils scanner
Loire-Atlantique	18
Maine et Loire	12
Mayenne	5
Sarthe	8
Vendée	8

● Répartitions des gamma caméras

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils gamma camera
Loire-Atlantique	12
Maine et Loire	5
Mayenne	1
Sarthe	4
Vendée	2

● Répartition des TEP

Territoire de santé	Objectif cible en nombre d'appareils TEP
Loire-Atlantique	3
Maine et Loire	2
Mayenne	0
Sarthe	1
Vendée	1

AVANT-PROPOS

Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge, mobiliser et redéployer des moyens pour permettre une réponse diversifiée, de proximité et personnalisée en privilégiant, chaque fois que possible, le milieu ordinaire de vie avec pour finalité une diminution du délai d'attente pour l'accès à un service : voilà l'enjeu du schéma régional d'organisation médico-sociale.

S'appuyant et capitalisant sur les schémas départementaux arrêtés par les Conseils Généraux, les objectifs de ce schéma concernent l'ensemble des acteurs de santé. La région bénéficie également d'un tissu associatif très diversifié et particulièrement actif.

C'est la qualité de cet existant, qui permet d'envisager la mise en oeuvre des évolutions nécessaires à la prise en compte, dans un contexte d'augmentation de la demande et d'enveloppes budgétaires contraintes, de l'exigence d'amélioration de la réponse aux usagers.

Les usagers eux-mêmes doivent être acteurs de leur propre santé. Placer la personne au coeur du système d'accompagnement médico-social, c'est d'abord centrer la démarche d'accompagnement sur les souhaits que la personne exprime et l'éclairer dans ses choix. C'est ensuite en tenir compte dans une élaboration systématisée des projets personnalisés. C'est aussi prendre en compte le couple aidant/aidé. Dès lors, la place des **aidants naturels** doit être reconnue et leur rôle réaffirmé.

Les représentants d'usagers doivent être sollicités, encouragés à s'exprimer sur le fonctionnement interne des établissements et services, afin de garantir l'amélioration constante de la qualité de service.

Pour aider chaque personne dans ses choix, il sera nécessaire de **conforter les lieux d'information accompagnée** en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé.

Les professionnels du soin et du médico-social ont également une responsabilité particulière. Plusieurs professionnels pouvant être mobilisés autour d'une même personne pour faciliter la prise en charge globale de celle-ci, il est indispensable d'aboutir à une évaluation partagée à partir d'un **dossier unique** enrichi par tous.

Au sein de chaque territoire, la coordination des dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux est nécessaire. Elle sera variable selon la nature des problèmes rencontrés (centre de ressources régional pour l'autisme, organisation infra-territoriale pour la santé mentale...). La coordination entre les professionnels exige que soit identifié, auprès de chaque personne, **un référent** qui variera selon le niveau de complexité des problèmes rencontrés.

Tous les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ont besoin d'outils partagés (dossier unique, mais aussi dossier d'inscription standardisé pour l'entrée en établissement, etc...).

L'exigence d'une qualité accrue formulée par nombre d'usagers, ainsi que la disponibilité de ressources limitées imposent de retrouver des marges de manoeuvre financières. **La mutualisation de certaines prestations** ou le regroupement de certains services constituent des pistes d'amélioration. De même, faut-il envisager **une gradation de l'offre sur un territoire** par un maillage garantissant l'accès de tous à un service de qualité.

Le renforcement des accompagnements favorisant **la vie en milieu ordinaire**, souhaitée par la majorité des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, sera recherché. De même, l'accès à l'expertise ou aux centres de ressources spécialisés sera facilité afin d'aider professionnels et usagers dans leur travail d'accompagnement, tant à domicile qu'en institution.

Les risques de rupture sont aggravés à certains **âges-clé** correspondant à des étapes significatives de la vie (arrivée à l'âge scolaire, entrée dans la vie professionnelle, etc...). Il convient d'anticiper ces moments charnières par une prise en charge adaptée.

Une politique régionale médico-sociale impose également de mieux équilibrer l'offre sur le territoire. Dans cette perspective, et pour préparer les choix futurs en matière d'équipement et de services, il est indispensable de **promouvoir une analyse partagée** avec les Conseils Généraux et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour adapter l'offre aux besoins, avec une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans les systèmes de droit commun.

Enfin, les structures médico-sociales sont confrontées, comme les autres acteurs, à une exigence de qualité. Dans sa pratique quotidienne, chaque professionnel a le souhait d'apporter un accompagnement et des soins de qualité aux personnes prises en charge. Il importe cependant de renforcer et de **promouvoir encore davantage une culture de la qualité** et de la bientraitance permettant de mobiliser l'ensemble des professionnels et de fédérer leurs interventions.

Plus largement, les enjeux sociétaux en matière d'environnement et de développement durable exigent une attention de tous les acteurs économiques parmi lesquels les structures médico-sociales.

Là encore, échanges de bonnes pratiques, réflexions croisées et mutualisations garantiront une meilleure efficacité.

Tels sont les grands axes d'une politique médico-sociale qui sont déclinés dans les 18 objectifs du schéma ci-après.



LA PLACE DE LA PERSONNE

- Systématiser les projets d'accompagnement personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge **210**
- Prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne. **213**
- Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux **215**
- Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé **217**

UNE OFFRE GRADUÉE

- Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne **219**
- Favoriser la vie en milieu ordinaire **221**
- Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers **224**
- Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie **226**
- Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements au sein de la région et par territoire de santé **229**

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels **231**
- Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire **233**

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne **235**
- Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne **237**
- Retrouver des marges de manoeuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation **239**

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

- Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils Généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins **241**
- Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun **243**
- Promouvoir la culture de la qualité et de la gestion des risques dans les structures médico-sociales **245**
- Mobiliser les structures médico-sociales sur leur responsabilité sociétale notamment en matière environnementale **247**



LA PLACE DE LA PERSONNE

«La personne au coeur des préoccupations du système de santé» est la première orientation stratégique du Projet Régional de Santé.

Mettre la personne au coeur des préoccupations du système de santé, c'est tenir compte de sa situation, de son contexte de vie et de ce qui est important pour elle. Le secteur médico-social accompagne, à tous les âges, les personnes en situation de handicap. Ce chapitre propose quatre objectifs pour relever trois défis.

D'abord, intégrer le projet personnalisé de chacun dans l'accompagnement tout au long de la vie et mieux associer l'entourage à cette démarche lorsque cela est nécessaire. Les deux premiers objectifs répondent à cet enjeu en systématisant le projet personnalisé et en reconnaissant l'importance du rôle des aidants.

Ensuite, permettre aux instances créées par les réformes sur le droit des usagers de mieux jouer leur rôle dans l'amélioration de la qualité et de la réponse aux attentes dans les établissements et les services. Le troisième objectif renforce le rôle de ces instances.

Enfin, rendre lisible au public et aux professionnels un secteur médico-social dont la grande diversité et multiplicité des acteurs en fait la richesse mais aussi la complexité. Le quatrième objectif vient compléter la plateforme d'informations (prévue dans le cadre du SROS) permettant d'accéder à l'ensemble de l'offre en santé de la région, en proposant un accompagnement personnalisé dans les lieux où le public cherche à s'informer.

OBJECTIF N°1

Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge

Orientation stratégique de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé -Etre acteur de sa santé - Une démarche centrée sur la personne

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit la mise en place systématique de projets personnalisés, en établissements et dans les services, pour les personnes en situation de handicap. Près de 10 ans après, le chemin à parcourir reste important. Dans le continuum d'une étude ANESM, une étude ARS 2010, réalisée sur 12 établissements, fait état d'un pourcentage de 16% d'EHPAD ayant rédigé un projet de vie personnalisé pour l'ensemble de leurs résidents.

Il s'agit d'aller au-delà de la seule transmission d'informations relative à la per-

sonne pour aller vers la formalisation d'un projet de vie respectant le choix de vie de la personne. Ce document a vocation à suivre la personne, s'actualiser et s'adapter tout au long de sa vie et à fédérer les intervenants dans leur accompagnement.

Par ailleurs, la participation de la personne (et de son entourage) est essentielle dans cette démarche de construction du projet personnalisé pour lui permettre d'être acteur (respect de ses souhaits, de son choix de vie et des modalités d'accompagnement qu'il juge appropriées).





DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Institutionnaliser des réunions de constitution des projets personnalisés pour une élaboration collective pluri-professionnelle,
- Associer la personne et ses proches à l'élaboration de ces projets pour une meilleure individualisation et appropriation,
- Associer systématiquement le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur à l'élaboration du projet de soins, au service du projet de la personne,
- Définir les modalités de la révision et de la réévaluation du projet,
- Identifier un référent auprès de la personne (pouvant évoluer au cours du parcours), garant du respect du suivi de la personne et du respect de son projet personnalisé,
- Développer à destination des professionnels une offre de formation intégrant une approche psycho-sociale de la personne,
- Développer une offre de formation permettant la progression de compétence des professionnels pour la construction des projets personnalisés,
- Accompagner les professionnels par la mise à disposition d'outils et les échanges de bonnes pratiques concernant l'élaboration et le suivi de projets personnalisés.

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes concernées par un accompagnement en établissement ou par un service médico-social

ACTEURS CONCERNES

Tous les acteurs du champ social et de la santé : professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant en ambulatoire et en établissements, professionnels des services et établissements médico-sociaux, Conseils Généraux, Conseil Régional, communes

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LEVIERS

Appui à prendre sur la loi du 2 janvier 2002 et sur les expériences déjà réalisées dans la région

Appui sur la commission des usagers

Inscription du projet personnalisé dans les cursus de formation des professionnels

Intégration du projet personnalisé dans les objectifs des CPOM et conventions tripartites pour les établissements et services médico-sociaux

Commission des usagers de la CRSA

LA PLACE DE LA PERSONNE

POINTS DE VIGILANCE

Articulation entre les différents acteurs l'Éducation Nationale (EN), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), milieu du travail...)

Des choix alternatifs doivent exister pour construire un vrai projet

Définition d'évènements «sentinelle»

Uniformisation excessive de la méthode

Formatage excessif du projet de vie

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Systématisation des projets personnalisés dans les établissements et services médico-sociaux

Quel que soit son âge, chaque personne en situation de handicap est détentrice de son projet personnalisé.

INDICATEURS

% des personnes suivies en établissement ou service médico-social bénéficiant d'un projet personnalisé

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme territoriaux de santé (PTS)

OBJECTIF N°2

Prendre en compte la place de l'aidant naturel dans la réponse à la personne

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

L'aidant naturel est une personne de l'entourage familial, amical ou de voisinage.

Le soutien qu'il apporte est essentiel au maintien à domicile. Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes et d'éviter ou retarder l'entrée en établissement. Il faut donc l'associer au projet de vie et à l'accompagnement.

Il faut une approche spécifique de l'aidant pour lui permettre d'assumer son rôle, pour tenir compte de ce qu'il est en capacité de faire, de son propre besoin, et de l'appui qu'il peut attendre.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

● Faire participer l'aidant aux décisions

- Mettre en place un temps d'échange spécifique avec l'aidant aux étapes-clé de l'accompagnement,
- Associer les aidants à l'élaboration du projet de vie, à son évolution et prendre en compte son avis,
- Tenir compte des potentialités de l'aidant dans les décisions concernant la personne.

● Apporter un soutien aux aidants

- Donner les moyens à l'aidant d'assumer

son rôle y compris pour anticiper et gérer les situations d'épuisement et de crise : lui permettre de participer à des formations, d'avoir des échanges avec d'autres aidants (groupes de pairs, groupes de parole, équipe de thérapie familiale...),

- Lui permettre de préserver sa vie personnelle : promouvoir le développement de l'accueil alternatif, temporaire, de nuit et/ou de jour,
- Prévoir des solutions qui permettent de répondre aux situations d'urgence.

POPULATION CONCERNEE

Tous les aidants naturels.

ACTEURS CONCERNES

L'ensemble des aidants naturels. Les acteurs du champ social et de la santé, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les centres de ressources, les

maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les structures de services à la personne, les Conseils Généraux, les communes, les fédérations et associations, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les mandataires judiciaires.

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra départemental

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

Le plan Alzheimer et notamment la circulaire du 30 juin 2011 qui prévoit le développement de dispositifs d'accompagnement et de répit des aidants

Le plan autisme

Le plan pluriannuel de création de places notamment pour les modes d'accompagnement diversifiés et souples

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

POINTS DE VIGILANCE

Dispersion actuelle des fonctions de conseil et d'information (CLIC, plateformes, centres ressources...)

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Les aidants sont associés à l'élaboration du projet de vie et à son suivi

Des dispositifs de formation et d'appui sont proposés à tous les aidants

Les réponses en situation de crise et d'épuisement sont opérationnelles et connues des aidants

INDICATEUR

Taux d'évolution du nombre de lits et places en hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et les programmes territoriaux de santé (PTS)

OBJECTIF N°3

Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Etre acteur de sa santé - Une démarche centrée sur la personne

La participation des usagers constitue un axe fort des lois de 2002 et 2005 ainsi que des plans Alzheimer, autisme, santé mentale, addictions et autres plans de santé publique.

Des efforts restent à faire notamment pour faciliter et renforcer l'expression collective des usagers. Il s'agit également d'amplifier leur rôle dans les dynamiques d'amélioration de la qualité des établissements et services médico-sociaux.

Faute d'être connues, les instances de conciliation puis de médiation ne sont pas utilisées de manière optimale pour que les usagers puissent se faire entendre. Des informations suffisantes, des échanges ou une bonne médiation pourraient améliorer les prises en charge et prévenir les conflits.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Améliorer la communication autour des conseils de vie sociale, des dispositifs de médiation, des personnes qualifiées (existence, rôle, mode de saisie...),
- Améliorer le fonctionnement de ces instances et s'assurer de leur efficacité,
- Systématiser l'existence des dispositifs de médiation dans les projets d'établissement,
- Renforcer la formation des représentants des usagers pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans les instances,
- Améliorer les conditions d'exercice des bénévoles dans le cadre de leur mission de représentation des usagers,
- Mettre en place des outils de recueil et de mesure de la satisfaction des usagers en établissement et à domicile,
- Faire participer les usagers aux évaluations internes et externes,
- Organiser le retour d'information sur les enquêtes de satisfaction et sur leur impact en termes d'amélioration des services.

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes prises en charge en établissement ou par des services médico-sociaux

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels du champ médico-social, les associations et les organismes gestionnaires, les associations représentatives des usagers, les Conseils Généraux, les communes

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LA PLACE DE LA PERSONNE

LEVIERS

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et conventions, contrats locaux de santé

Loi de 2005 : plan alzheimer, plan autisme, plan santé mentale, plans addictions et autres plans de santé publique

Commission des usagers de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

POINTS DE VIGILANCE

Capacité de mobilisation des usagers et leur représentativité (durée de séjour ou de prise en charge limitée, expression orale...)

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

La participation des usagers dans les instances est effective

Le point de vue des usagers est exprimé et mieux pris en compte

La qualité de la prise en charge est améliorée dans les dimensions auxquelles les usagers sont sensibles.

Le nombre de conflits et de plaintes diminue

INDICATEUR

% des établissements médico-sociaux réunissant leur conseil de vie sociale au moins 3 fois par an (fréquence réglementaire)

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programmes territoriaux de santé (PTS)

OBJECTIF N°4

Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de santé

Orientations stratégiques de rattachement : La personne au coeur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

Pour permettre à la personne de faire un vrai choix, il faut qu'elle ait connaissance de l'ensemble des solutions possibles répondant à ses besoins. Produire une information de qualité et adaptée permet à chacun d'être acteur de sa santé.

Le système de santé et les dispositifs d'accompagnement sont complexes, morcelés et souvent très techniques. Il est difficile de se repérer sans aide ou sans conseil. Ce manque de lisibilité est un facteur important d'inégalité sociale de santé.

Pour remédier à cet état de fait, une plateforme intégrée de santé (web) est prévue dans l'objectif 1 du SROS. Elle rassemblera sur support dématérialisé l'ensemble des informations sur l'offre sanitaire et médico-sociale régionale.

Pour y accéder, certaines personnes auront besoin d'un accompagnement plus personnalisé. La création de cette plateforme doit s'accompagner d'un renforcement des lieux d'information accompagnée. Ces lieux existent déjà, certains formalisés (comme les CLIC et les centres de ressources), d'autres moins, comme les pharmacies d'officine. Ce sont ces lieux d'écoute et d'information qu'il convient de conforter en s'assurant d'un maillage territorial suffisant.

La qualité de l'accompagnement de la personne, dans sa recherche d'information, constitue un élément important de respect du choix éclairé de la personne.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Formaliser le partenariat avec les lieux qui existent déjà (ex : pharmacies) pour déployer une information accompagnée,
- Susciter des approches innovantes pour élargir le maillage,
- Recenser les lieux spécifiques d'accueil et d'orientation et les rendre lisibles pour la population,
- Préciser les missions des lieux d'information accompagnée pour aider la personne à faire un choix éclairé,
- Doter ces lieux d'information accompagnée de supports d'information adaptés, tenant compte des handicaps éventuels des personnes, en lien avec les professionnels concernés

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge.

Les aidants, accompagnants et proches.

ACTEURS CONCERNES

Les pharmacies d'officine, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les maisons départementales des handicapés (MDPH), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'alzheimer (MAIA), les maisons des adolescents (MDA), les caisses primaires d'assurance maladie, les Conseils Généraux (notamment les services de protection maternelle infantile (PMI), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les maisons et centres de santé.

LA PLACE DE LA PERSONNE

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

La transversalité de la plateforme va faciliter une information complète et globale

S'appuyer sur l'existant : l'accompagnement est souvent présent de façon informelle dans le cadre d'un maillage souvent bien établi

POINTS DE VIGILANCE

Mise en place effective de la plateforme web

Qualité et actualisation des informations disponibles sur la plateforme

Investissement des structures d'écoute

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Maillage régional des lieux d'information accompagnée

Satisfaction des utilisateurs

INDICATEUR

Existence d'un « cahier des charges » des lieux d'information accompagnée précisant leur définition et leurs missions, et la liste des lieux d'information accompagnée y répondant

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

Programmes territoriaux de santé (PTS)

UNE OFFRE GRADUÉE

«La proximité organisée» est la deuxième orientation stratégique du Projet Régional de Santé. Elle implique de conforter l'offre de premier recours et d'assurer l'accès à l'innovation et aux services spécialisés. Mettre en place une offre graduée répond à ces deux enjeux.

Ces enjeux s'inscrivent dans un contexte de forte demande de maintien à domicile, qui impose de développer une **réponse de proximité équitable** sur les territoires de santé de la région.

En outre, si la vie à domicile n'est pas possible ou si le recours à l'expertise est nécessaire, il faut organiser l'accès à **des réponses adéquates**.

Pour répondre à l'enjeu du maintien à domicile et du déploiement des services en proximité, il s'agit d'abord d'organiser les différentes réponses en proximité, au niveau des territoires de santé ou à l'échelle de la région en respectant choix du lieu de vie et projet personnel. L'objectif 5 y répond.

Il s'agit également de favoriser la vie en milieu ordinaire, à domicile, à l'école et dans le monde du travail (objectif 6)

Il s'agit, enfin, d'appuyer les professionnels du premier recours par le développement de plateformes d'expertises, de centres de ressources, d'outils de diagnostic à distance et d'équipes mobiles spécialisées (objectif 7).

Cependant, deux autres dimensions sont à prendre en compte : une adaptation de l'accompagnement à chaque âge-clé de la vie (objectif 8) et une distribution de l'équipement médico-social équitable entre les cinq territoires de santé de la région pour réduire les inégalités d'accès aux services et aux établissements (objectifs 8 et 9) .

OBJECTIF N°5

Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne.

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

Aujourd'hui le souhait des personnes est majoritairement de rester vivre à domicile. Depuis de nombreuses années, les textes accompagnent cette évolution.

Il s'agit aujourd'hui de privilégier le développement des services, dont la part au sein de l'offre d'équipement est actuellement minoritaire dans la région.

Dans le respect du parcours souhaité par la personne et de son choix de lieux de vie, le schéma propose d'organiser la réponse d'une façon graduée :

- A l'échelle du premier recours, en proximité, une logique de services et d'accueil de jour/semi-internat pour permettre de répondre aux besoins de chaque personne qui souhaite et peut rester à domicile,

- A l'échelle du territoire de santé et éventuellement en infra départemental, une logique d'accueil de jour et/ou d'hébergement pour répondre aux besoins des personnes en situation de déficiences intellectuelle ou motrice et des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge dont l'état nécessite une prise en charge en établissement,

- A l'échelle de la région, d'une part, une logique d'établissements d'hébergement et d'accompagnement pour répondre aux besoins des personnes souffrant d'un handicap à prévalence faible ou nécessitant une prise en charge spécialisée et, d'autre part, une logique de centre de ressources venant en appui spécialisé sur leur domaine d'intervention.

UNE OFFRE GRADUÉE

DECLINAISON OPERATIONNELLE

● Identifier les besoins en proximité pour faire évoluer l'offre

- Adopter une logique de diversification pour offrir une palette de réponses aux besoins,

- Développer des réponses innovantes (exemple : visiteurs du soir),

- Réduire les inégalités entre les territoires.

● En logique infra-départementale :

- Soutenir le milieu ordinaire par la création de places de services (places nouvelles ou transformation de places d'établissement),

- L'équipement par territoire infra-départemental doit comporter :

- une offre polyvalente d'accompagnement précoce accessible à moins de 40 minutes du domicile,

- des places de services diversifiés pour l'accompagnement de personnes handicapées quelque soit leur âge : SESSAD et SAMSAH, SSIAD, SPASAD, SAVS, accueil de jour, de week-end, hébergement temporaire, accueil de nuit et/ou d'urgence...

- des possibilités d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) pour les jeunes handicapés,

- une antenne généraliste du CSAPA départemental.

- des consultations géographiques ou populationnelles (ex : consultations de jeunes consommateurs) avancées

● En logique de territoire de santé

- Diversifier la prise en charge en établissement,

- Développer des solutions souples.

- L'équipement par territoire de santé doit comporter :

- un CAMSP,

- des places en établissement pour déficients intellectuels moyens et profonds, pour les personnes souffrant de troubles du comportement, de handicap psychique ou de troubles envahissants du développement ou de polyhandicaps proposant :

- des places d'accueil de jour, d'accueil séquentiel, temporaire et d'internat, pendant les vacances et les week-ends,

- des SEHA, SEES, SIPFP,

- des unités spécifiques pour enfants autistes ou polyhandicapés,

- des places en ESAT,

- une offre d'accompagnement en établissement pour les personnes âgées les plus dépendantes ainsi que des réponses adaptées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (dont UHR et PASA),

- un CSAPA généraliste et polyvalent ou une coordination de deux CSAPA spécialisés, l'un «alcool», l'autre «drogues illicites»

- des antennes généralistes mutualisées, dans l'hypothèse de CSAPA spécialisés

- au moins un CAARUD

- des Lits Halte Soins Santé (LHSS) pour les personnes en situation de vulnérabilité

- une intervention des services médico-sociaux auprès des personnes en situation de handicap dans leur lieu d'accueil y compris les établissements accueillant des publics vulnérables

● En logique régionale

- Développer une réponse très spécialisée pour les personnes souffrant de handicaps rares ou nécessitant une prise en charge particulière

- Répondre à la demande d'expertise et d'appui des professionnels et d'information des usagers (centres de ressources)

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels du champ sanitaire et médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Appels à projets

Révision des autorisations

Conventions tripartites, CPOM

POINTS DE VIGILANCE

Périmètre de compétence des établissements et services

Compétence partagée avec les conseils généraux

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Disposer de services de proximité, diversifiés

Bénéficier de prises en charge institutionnelles plus souples et plus innovantes

Mettre en place une offre en services représentant a minima 30% de l'offre globale.

INDICATEUR

Part des services dans l'offre globale médico-sociale

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRIAC -PTS

OBJECTIF N°6

Favoriser la vie en milieu ordinaire

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

La loi de 2005 affirme le principe d'accessibilité universelle et donc d'accès prioritaire aux dispositifs de droit commun pour les personnes en situation de handicap. Cette approche est également retenue dans les politiques publiques en faveur des personnes âgées.

Afin de garantir le respect de ce principe, tout en respectant le choix de la personne, il convient de favoriser les conditions permettant la vie en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge.

Le schéma met la priorité sur une réponse de proximité avec une diversification de l'offre de services, ce qui permettra aux

établissements de privilégier l'accueil des personnes nécessitant un accompagnement et des soins plus importants.

Il est nécessaire d'anticiper et d'adapter les conditions matérielles et les accompagnements humains contribuant à l'autonomie des personnes au long du parcours de vie.

Cet enjeu concerne l'ensemble des politiques publiques. Il s'agit donc pour l'ARS, au-delà du développement des solutions d'accompagnement appropriées dans le champ médico-social, de soutenir un plaidoyer auprès des autres acteurs porteurs des politiques publiques.

UNE OFFRE GRADUÉE

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ Créer les conditions matérielles permettant à la personne de rester chez elle ou de vivre dans un logement collectif

- Aménagement du domicile grâce à des aides techniques, télé-alarme et télésurveillance, innovation dans le domaine des technologies d'assistance à la vie autonome (domotique...),
- Développement des aides humaines pour répondre aux besoins d'accompagnement et de suivi des personnes (accompagnateurs pour les déplacements dans la cité et l'accès aux activités culturelles),
- Améliorer l'accessibilité par l'adaptation de l'environnement: transport, voirie, espaces publics, mobiliers urbains, accès au bâti des établissements publics et privés (cabinets médicaux par exemple).

■ Renforcer la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés

- Renforcer la réflexion partagée avec l'Éducation Nationale par la tenue de réunions régulières sur les problèmes d'intégration scolaire des enfants handicapés et sur la planification coordonnée de création des classes spécialisées et des SESSAD,
- Accompagner la mise en place des cursus préprofessionnels dès l'adolescence pour faciliter l'apprentissage d'un métier et l'entrée dans le milieu ordinaire de travail (notamment «SESSAD-Pro»),
- Sensibiliser et former aux problématiques du handicap tous les professionnels intervenant auprès des enfants dans les établissements scolaires (personnels de l'Éducation Nationale, des Conseils Généraux et des communes).

■ Favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs handicapés

- Soutenir les actions menées par la DIRECCTE et les services de formation spécialisés pour une meilleure intégration et

un maintien des adultes en situation de handicap dans le milieu ordinaire,

- Accompagner la transition des travailleurs handicapés en ESAT vers les entreprises du milieu ordinaire (adaptation aux postes, suivi lors de la prise de poste...)
- Diversifier les prises en charge au sein des ESAT : mise à disposition, ESAT hors les murs...,
- Renforcer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes pour préserver le plus longtemps possible leur activité professionnelle (ex : développement du temps partiel pour tenir compte de la fatigabilité).

■ Favoriser la vie des personnes âgées à domicile

- Renforcer la concertation avec les Conseils Généraux et les communes pour coordonner les services à la personne avec les services médico-sociaux (portage de repas, aide-ménagère...),
- Développer les SPASAD.

■ Institutionnaliser des rencontres périodiques entre instances décisionnaires et de planification sur les territoires (DR-JSCS, Éducation Nationale, collectivités territoriales, directions du travail, ASE, PJJ,)

- Renforcer l'articulation institutionnelle des instances décisionnaires afin de développer un accompagnement global,
- Travailler à la fluidité des parcours en recherchant une simplification des circuits de décision tant sur le plan administratif que financier,
- Identifier les situations relevant de prises en charge partagées (PJJ, rectorat, santé) pour développer des solutions dépassant les frontières administratives et financières,
- Développer avec l'Éducation Nationale une réflexion prospective sur la scolarisation des enfants handicapés en milieu





ordinaire et en établissement spécialisé pour une meilleure articulation entre les établissements scolaires et les établissements médico-sociaux,

- Développer avec les directions du travail des actions valorisant le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap et des publics fragiles,

- Associer les collectivités locales pour une meilleure identification des besoins de la personne à domicile.

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge concernées par un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

L'ensemble de la population, des acteurs économiques et institutionnels

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental et infra-départemental

LEVIERS

Loi de 2005 posant le principe de scolarisation en milieu ordinaire Existence de partenariats

Loi de 1987 fixant 6% de salariés en situation de handicap dans les entreprises

POINTS DE VIGILANCE

Compétence partagée avec de nombreux acteurs Financements partagés

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Progression de l'intégration scolaire et de l'insertion en milieu ordinaire de travail

Progression du nombre de personnes de plus de 80 ans vivant à domicile

INDICATEUR

Pourcentage de GIR 5 et 6 à l'entrée en EHPAD

Nombre d'enfants handicapés accueillis en collège (ULIS ou classes ordinaires)

% des travailleurs handicapés en ESAT ayant accédé au milieu ordinaire

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRIAC -PTS

UNE OFFRE GRADUÉE

OBJECTIF N°7

Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers

Orientation stratégique de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter - Un accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

Les professionnels de proximité ont la responsabilité d'un accompagnement centré sur la personne dans son environnement naturel de vie.

Le souci de prendre en compte la globalité des situations ne leur permet pas de

résoudre les situations complexes qui nécessitent une expertise spécialisée.

Ces professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur des équipes spécialisées quand ils l'estiment nécessaire.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- **Développer ou conforter les plateformes d'expertise et autres centres de ressources spécialisés dans le domaine médico-social (CAMSP, centre de ressources autisme, déficiences sensorielles, handicaps rares, handicap psychique, cérébrolésés et traumatisés crâniens,...)**
- en appui aux professionnels et aux structures pour les aider à approfondir leurs connaissances et affiner leur diagnostic dans les cas complexes (mise à disposition d'informations spécialisées, journées d'études, rencontres débats...),
- à destination des aidants naturels pour qu'ils assurent un meilleur accompagnement au quotidien grâce à une connaissance plus complète du handicap auquel ils sont confrontés.
- **Faciliter les interventions d'équipes spécialisées et l'utilisation de nouveaux outils technologiques, en EMS et à domicile, pour éviter d'hospitaliser ou de déplacer les personnes**
- Aider à la décision des professionnels de proximité par la mise en place de numéros spécifiques au sein de services spécialisés,
- Développer la télémédecine dont la télésurveillance en EHPAD ou à domicile (Vidéo consultations et transmission d'images, consultations spécialisées d'orthopédie à distance, suivi de plaies vasculaires, pansements complexes en EHPAD, films «en situation quotidienne» notamment pour les troubles psychiques ou l'analyse fonctionnelle de la marche),
- Développer des équipes mobiles spécialisées (notamment gériatrique, soins palliatifs, troubles du comportement, psychiatrie, SSR...) intervenant auprès des professionnels du premier recours
- Développer les consultations avancées de spécialistes.

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Les aidants naturels

Les professionnels travaillant dans le secteur de la prise en charge des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge

ACTEURS CONCERNES

Les centres de ressources, les équipes mobiles, les établissements et services médico-sociaux, les professionnels de santé

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Information par le biais de la plateforme d'information intégrée prévue au SROS Des partenariats déjà existants

Information des services eux-mêmes sur l'existence de ce nouveau mode d'exercice

POINTS DE VIGILANCE

Méconnaissance des dispositifs d'expertise existants Multiplicité des handicaps pouvant justifier d'un centre de ressources

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Réponse aux sollicitations des professionnels et des usagers

INDICATEURS

Nombre d'EMS ayant signé au moins 1 convention avec 1 équipe mobile Délai d'attente pour un premier rendez-vous auprès d'une plateforme d'expertise

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS - PRSIPT

UNE OFFRE GRADUÉE

OBJECTIF N°8

Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges-clé de la vie

Orientation stratégique de rattachement : La maîtrise des risques concernant la santé des populations - La personne au cœur des préoccupations du système de santé - Une démarche centrée sur la personne

Les personnes sont plus particulièrement confrontées à des situations de risques à certaines périodes de leur vie.

Il convient donc d'anticiper ces moments-clé et d'assurer une prise en charge adaptée, afin d'éviter les ruptures de prise en charge et de préserver la continuité du parcours et le projet de vie des intéressés.

Tout en tenant compte de la spécificité du parcours de chacun qui peut parfois modifier le schéma type des périodes évoquées

(vieillesse précoce liée à un handicap, à un mode de vie), il s'agit de mettre en œuvre des actions ciblées à 4 périodes-clé de la vie (0-6 ans, 11-13 ans, 16-25 ans, vieillissement précoce lié au handicap) et de s'assurer de l'articulation entre les dispositifs existants pour faire face aux besoins spécifiques de ces périodes charnières.

De même il convient de tenir compte de l'évolution des besoins liés notamment au très grand âge, au-delà de 85 ans.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

● Prévenir le handicap ou son aggravation par un accompagnement médico-social précoce pour les 0 à 6 ans

- Réaffirmer le rôle des CAMSP pour les enfants «à risque» de 0 à 6 ans comme acteur de coordination de l'offre médico-sociale et sanitaire, d'observation de l'évolution des besoins et de centre de ressources pour les professionnels. Réduire leurs délais de prise en charge,
- Renforcer le dépistage et les interventions précoces auprès des enfants présentant un risque ou atteint d'un handicap (action des CAMSP, des services de PMI, développement de l'accueil en SESSAD),
- Réaffirmer la place du médecin traitant dans le repérage précoce et l'informer des dispositifs d'appui et d'expertise existants,
- Développer une politique de formation des personnels de la petite enfance (Crèches, PMI...),
- Accompagner le passage du primaire en secondaire pour les 11/13 ans
- Renforcer l'appui des SESSAD sur cette tranche d'âge,

● Soutenir et former les équipes pédagogiques,

● Proposer des solutions alternatives de scolarisation partagées entre l'Éducation Nationale (classes ordinaires ou ULIS) et classes en IME,

● Rechercher des solutions en région pour harmoniser la prise en charge des frais de transport EN/ IME/CMP,

● Repérer les situations à risques de la période de l'adolescence (addictions, suicide, santé sexuelle) et s'appuyer sur la MDA et les CSAPA pour construire des parcours d'accompagnement adaptés.

● Assurer la continuité du parcours des jeunes âgés de 16 à 25 ans

- Renforcer avec le soutien de l'EN, l'appui des «SESSAD-Pro» auprès des jeunes en «ULIS Lycées»,
- Soutenir et former les équipes pédagogiques,
- Renforcer le maillage de l'offre de services du secteur adolescents et du secteur adultes (développement des SESSAD-Pro, relais SAVS/SAMSAH dès 18 ans)





pour mieux prendre en compte des problématiques liées au passage des adolescents à l'âge adulte,

- Développer l'insertion en milieu ordinaire de travail en lien avec l'AFPA et les entreprises d'accueil,
 - Redéployer des places entre le secteur de l'enfance et le secteur des adultes en fonction des besoins identifiés sur les secteurs et dans le respect des usagers,
 - Définir des modalités d'accompagnement innovantes pour les jeunes en situation d'amendement Creton (appel à projets) et définir en partenariat avec les Conseils Généraux des critères d'admission prioritaires dans les établissements pour adultes,
 - Définir en associant les acteurs concernés, notamment l'Éducation Nationale et les Conseils Généraux, des modalités d'accompagnement innovantes pour les jeunes relevant de champs partagés (ex : ASE/PJJ/MS).
- **Anticiper l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes**
- Développer des dispositifs spécifiques et coordonnés d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, tant en institution qu'à domicile,
 - Définir des modalités de médicalisation des structures accueillant des personnes handicapées vieillissantes (ex : intervention de SSIAD, médicalisation de FO...),

● Accompagner la transition des travailleurs handicapés travaillant en ESAT vers la réduction ou l'arrêt de l'activité professionnelle,

- Renforcer la coordination entre secteur personnes âgées et secteur personnes en situation de handicap avec les Conseils Généraux pour trouver des solutions adaptées,
- Développer la problématique de l'accompagnement des PHV dans les projets d'établissement et de services,
- Adapter le dispositif d'entrée en EHPAD pour les personnes dépendantes en grande précarité.

■ **Anticiper la perte d'autonomie brutale ou progressive notamment des personnes âgées de plus de 85 ans**

- Développer des solutions innovantes d'accompagnement et de suivi, en lien avec les Conseils Généraux
- Éviter les hospitalisations par l'intervention en urgence des dispositifs médico-sociaux
- Renforcer le suivi infirmier, buccodentaire, visuel et auditif, en institution comme à domicile

POPULATION CONCERNEE

Enfants et adultes en situation de handicap aux 3 périodes clé de la vie (0-6 ans, 11-13 ans, 16-25 ans), personnes handica-

pées vieillissantes et personnes âgées de plus de 85 ans

ACTEURS CONCERNES

Les DIRECCTE, l'AFPA, la PJJ, les MDPH, les MDA, Les établissements et services médico-sociaux, l'Éducation Nationale,

les Conseils Généraux (et notamment les services de PMI et ASE), l'assurance maladie

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

UNE OFFRE GRADUÉE

LEVIERS

Partenariats déjà existants

Loi de 2005 sur le droit à la scolarisation des enfants en situation de handicap

Loi sur l'intégration des adultes en situation de handicap dans le milieu professionnel

Appels à projets

Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH)

Commission de coordination des politiques publiques médico-sociales

POINTS DE VIGILANCE

Capacités de l'enfant

Capacité des professionnels accueillant les enfants en milieu ordinaire, à accompagner les enfants en situation de handicap

Capacité des structures médico-sociales à accueillir et accompagner des personnes en situation de handicap ayant eu un parcours de vie difficile (errance, détention, addictions...) touchées par un vieillissement précoce

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Réduction du nombre des jeunes en situation d'amendement Creton

Augmentation du nombre des enfants en situation de handicap en inclusion scolaire, en secondaire,

Augmentation du nombre d'intégrations de travailleurs en situation de handicap en milieu ordinaire de travail

Augmentation du nombre de projets professionnels adaptés en fonction du vieillissement de la personne en situation de handicap

INDICATEUR

Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton en région et par département.

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRIAC - PTS

OBJECTIF N°9

Assurer une équité de traitement dans l'accès aux services et aux établissements médico-sociaux au sein de la région et par territoire de santé

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Malgré un bon niveau d'équipement général, des disparités départementales et infradépartementales importantes persistent. Le PRS doit s'attacher dans les cinq prochaines années à faire évoluer l'offre médico-sociale vers un meilleur équilibre pour permettre à chaque personne nécessitant un accompagnement de trouver une réponse en fonction de ses besoins, dans le cadre d'une prise en charge graduée.

A partir de la détermination d'un taux d'équipement pour les établissements et services respectant l'objectif national fixant la proportion entre places de services et places d'hébergement, il s'agit d'identifier les territoires déficitaires et de lancer des appels à projets pour rééquilibrer l'offre par création, restructuration et réorganisation de l'existant.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

● Réduire les inégalités territoriales :

- Viser à 5 ans une réduction d'1/3 des écarts interdépartementaux d'équipement.

● Développer l'offre de service pour les personnes en situation de handicap

● Viser à 5 ans une part des services aux personnes en situation de handicap représentant 35 % de l'offre globale.

● Viser à 5 ans, par territoire de santé, un taux d'équipement en service pour personnes en situation de handicap :

- de 3.80 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans,

- de 0.50 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

● Développer l'offre de service pour les personnes âgées

● Viser à 5 ans une part des services aux personnes âgées représentant 17% de l'offre globale.

● Viser à 5 ans, par territoire de santé, un taux d'équipement en service pour personnes âgées de 35 places pour 1000 personnes de 80 ans et plus.

● Pour les personnes atteintes de la maladie d'alzheimer, créer une plateforme de

répit et d'accompagnement par territoire, et développer les équipes spécialisées, les PASA et les UHR

● Achever le maillage territorial de l'offre médico-sociale sur le secteur de l'addictologie conformément au schéma cible développé dans l'objectif 5

● Améliorer le maillage territorial de l'offre médico-sociale sur le secteur de la précarité

● Renforcer le maillage territorial en places d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) et en lits halte soins santé (LHSS)

● Développer l'intervention des services d'accompagnement médico-social dans les structures collectives d'accueil et d'hébergement des personnes précaires

● Maintenir une pluralité de l'offre pour permettre l'accessibilité financière

● Respecter un équilibre entre structures relevant du secteur privé lucratif et du secteur non lucratif dans les projets retenus lors des procédures d'appels à projets

● Maintenir une proportion de places conventionnées à l'aide sociale suffisante

>>>

UNE OFFRE GRADUÉE

>>>

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, les publics précaires et fragiles, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels du champ médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental et infra départemental

LEVIERS

- Appels à projets
- Contractualisation

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Atteindre les taux cibles
- Réduction des écarts d'équipement interdépartementaux

INDICATEUR

Écarts de taux d'équipements, par type d'établissements et services entre territoires

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS - PRIAC

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

«La coordination des acteurs pour des parcours efficients» est le deuxième volet de l'orientation stratégique «La proximité organisée».

Développer la coordination dans le secteur médico-social, c'est donner la responsabilité à ce secteur de mieux fédérer les interventions et renforcer les coopérations des acteurs de santé pour permettre la prise en charge globale et efficiente de la personne dans son parcours de vie. La coordination concerne à la fois les professionnels de la santé, du social et du médico-social qui interviennent dans le cadre de cette prise en charge globale. Cinq objectifs répondent à trois enjeux.

D'abord, mettre en place les dispositifs permettant le partage des informations, et le développement en particulier de l'évaluation, afin que la coordination puisse être facilitée. L'objectif 10 vise à mettre en place un dossier unique alimenté par tous les professionnels.

Ensuite, mieux organiser, structurer et articuler les interventions des différents acteurs de l'accompagnement pour les responsabiliser et leur donner les moyens de travailler ensemble. Trois objectifs y répondent. L'objectif 11 propose de définir le cadre de la coordination en prenant en compte le contexte particulier de chaque territoire. L'objectif 12 confie le pilotage de la coordination au professionnel le plus adapté, médecin traitant dans les cas simples, professionnel le plus investi auprès de la personne dans les cas plus compliqués ou gestionnaire de cas dans les situations les plus complexes. L'objectif 13 propose les outils qui manquent pour partager l'information au sein d'une coopération renforcée.

Enfin, l'amélioration de l'efficience est un enjeu d'ampleur. Elle passe par la mutualisation de certaines activités ou services qui aujourd'hui pourraient être réorientés ou regroupés. C'est le 14ème objectif.

OBJECTIF N°10

Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels.

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

Une des particularités du secteur médico-social réside dans la multiplicité des acteurs intervenant auprès de la personne, chacun détenant une parcelle d'information et procédant à sa propre évaluation de la situation en fonction de son périmètre de compétence.

Or, un accompagnement personnalisé de qualité ne peut se concevoir qu'en prenant en compte la globalité de la situation (bio-psycho-sociale) de la personne.

Dans un souci d'efficacité, pour éviter de renouveler à de multiples reprises les

mêmes investigations, l'harmonisation des dispositifs d'évaluation de la personne est incontournable. Il est également nécessaire de pouvoir utiliser des documents harmonisés et partagés.

Il s'agit donc de disposer d'un document unique utilisable par tous et alimenté par tous.

La centralisation des données relatives à une personne est en effet le gage de la cohérence des interventions des professionnels et de l'adaptation du projet qui lui sera proposé.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Favoriser l'évaluation partagée de la situation de la personne : créer des lieux de rencontre et organiser des journées d'échange pour impulser une vraie coopération entre professionnels et un partage d'expériences et de pratiques
- Mettre en place un support partagé des données relatives aux soins, aux médicaments et aux données psychosociales des personnes
- Engager une démarche d'informatisation du dossier favorisant le partage d'informations, tout en prévoyant le respect de la confidentialité des données
- Développer un système unique d'évaluation commun personnes âgées / personnes en situation de handicap

POPULATION CONCERNEE

Toutes les personnes concernées par un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, les pharmaciens, les professionnels des établissements et services médico-sociaux

Les institutionnels impliqués dans l'élaboration d'outils de traitement des situations et dans la prise de décision (CNSA, Éducation Nationale, Conseils Généraux, CLIC, MDPH)

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, Départemental et infra départemental

LEVIERS

- Contractualisation
- Politique d'harmonisation des outils d'évaluation (ex : GEVA)

POINTS DE VIGILANCE

- Respect du secret médical, confidentialité des données
- Respect des dispositions CNIL
- Prise en compte du droit de veto de l'intéressé quand à la diffusion des informations le concernant
- Exigence de formation pour une bonne utilisation de l'outil GEVA

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Concertation avec les partenaires
- Développement de l'outil GEVA
- Elaboration d'un dossier-type

INDICATEUR

Existence d'un dossier-type régional d'évaluation partagée de la situation de la personne

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°11

Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicosociaux au sein de chaque territoire

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficaces

Les professionnels et les dispositifs, les décideurs et les pouvoirs publics présents sur un territoire donné sont nombreux et ne travaillent pas toujours ensemble faute de se connaître, d'autant qu'ils relèvent de secteurs, d'autorités de contrôle et de financement différents.

Ce cloisonnement des dispositifs affecte la cohérence des différentes interventions auprès d'une même personne et impacte la qualité de la prise en charge.

Il s'agit ici de définir une coordination du territoire de santé en définissant, grâce

à un renforcement de la concertation entre décideurs et structures, une organisation pour que les professionnels puissent travailler ensemble, mieux articuler leurs interventions et partager informations et pratiques.

L'objectif est d'améliorer l'organisation de l'offre et du service rendu à la population en ajustant mieux le rôle de chacun. Cette recherche d'articulation répond également à une exigence d'efficacité et d'utilisation rationnelle des crédits même si ceux-ci relèvent d'origines différentes.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ Au niveau régional

- Réorganiser le centre de ressources autisme : recentrage de son activité sur des missions de ressource (communication, documentation, politique de recherche) et de diagnostic (appui aux diagnostics complexes), avec au niveau régional, une équipe ressource sur le plan sanitaire et médico-social complétée par des antennes pluridisciplinaires départementales,

- Identifier les populations et thématiques pour lesquelles à l'instar de l'autisme ce modèle d'articulation -entre soin et accompagnement- se justifie, (santé mentale, addictologie, handicap sensoriel...),

■ Au niveau des territoires de santé

- Pour mieux évaluer, sur le territoire, les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, développer la prévention, l'hospitalisation programmée, adapter la prise en charge à domicile et prévenir le recours aux urgences, déployer une organisation en réseau qui s'appuie sur trois modèles en fonction des situations et dynamiques rencontrées dans les territoires,

- Modèle 1 : déployer des réseaux polyvalents et les filières gériatriques qui organisent en proximité, le travail en commun des professionnels du soin, du social et du médico-social,

- Modèle 2 : expérimenter le rôle coordinateur/animateur d'une équipe pluriprofessionnelle de premier recours,

- Modèle 3 : expérimentation du «CLIC élargi» pour étendre le périmètre du CLIC au delà des personnes âgées en perte d'autonomie.

- Anticiper les problématiques de santé des personnes et faciliter une prise en charge médico-sociale en amont et en cas de crise,

- Développer des réponses de proximité (consultations avancées, équipes mobiles) intervenant en soutien des équipes et des aidants,

- Améliorer l'accès à des solutions de prise en charge médico-sociales alternatives au court séjour (recours à des structures d'hébergement temporaire, d'accueil de jour et d'accueil de nuit).

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professions de santé,

Les directions départementales de cohésion sociale

Les professionnels participant à l'accompagnement d'une personne en situation de handicap quelque soit son âge

Les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Départemental, infra départemental

LEVIERS

Existence GEVA

CPOM, contrats locaux de santé, conventions de coopération des MSP, réseaux...)

Travail déjà réalisé par les réseaux de santé, les CLIC...

Conseils locaux de santé mentale

Systématisation du principe d'articulation pluri-professionnelle dans le cadre de la contractualisation (conventions tripartites,

Création de plateforme de services – prototypes préconisés par le rapport du HCAAM

POINTS DE VIGILANCE

Travail parfois isolé de certains professionnels lié à un contexte démographique défavorable

Valorisation du temps de coordination

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Diminution du nombre des recours aux urgences motivés par des difficultés de maintien à domicile

Augmentation du nombre des consultations avancées et des interventions d'équipes mobiles

INDICATEUR

% de personnes de plus de 80 ans restant à domicile

Nombre de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°12

Identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une coordination des acteurs pour des parcours efficients

Si la coordination des différentes interventions est le gage de la qualité de prise en charge globale de l'usager et de la cohérence de son parcours, la diversité des professionnels intervenant auprès d'une même personne requiert la désignation d'un professionnel garant de cette coordination.

La mission et le choix de ce professionnel doivent être adaptés en fonction du contexte d'accompagnement et de prise en charge de la personne (situation simple ou situation complexe).

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Identifier, en fonction du niveau de complexité de la situation de l'usager, le type de professionnel le mieux à même d'assurer la meilleure coordination.
 - Dans les situations simples le médecin traitant est souvent le mieux placé pour assurer une coordination légère,
 - Dans les situations plus complexes, c'est le professionnel intervenant le plus fréquemment auprès de la personne ou le plus concerné qui est le plus pertinent à assurer une coordination structurée des autres professionnels autour de la personne (infirmières, kinésithérapeutes, assistantes sociales, professionnel de l'enfance, référent ASE ou PJJ par exemple, pour les enfants bénéficiant d'un accompagnement particulier...),
 - Dans les situations les plus complexes, l'intervention d'un «gestionnaire de cas» s'inspirant du modèle développé dans le cadre des MAIA pour les malades d'Alzheimer spécialiste de la coordination, sera proposée pour garantir une pluri-professionnalité adaptée et bien coordonnée.
- Développer des outils soutenant la fonction de «responsable de la coordination» autour de la personne
 - Protocoliser l'organisation du travail autour du responsable de la coordination à partir des bonnes pratiques reconnues au niveau régional,
 - Définir le modèle de rémunération,
 - Promouvoir chez les étudiants appelés à travailler dans le secteur de la santé une culture et un modèle de travail intégrant la place du responsable de la coordination.

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Les aidants naturels

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

ACTEURS CONCERNES

Les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professions de santé,

Tous les professionnels participant à l'accompagnement d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, infra-départemental

LEVIERS

Dans le médico-social, le plan de compensation de la MDPH constitue un support pertinent.

Nouveau mode de rémunération et convention médicale nationale.

Il existe actuellement une coordination entre CLIC et MAIA (pour les personnes

souffrant de la maladie d'Alzheimer). Celle-ci pourrait jouer un rôle actif dans la coordination médico-sociale et s'étendre à d'autres publics. Par ailleurs, d'autres structures autour de la coordination des aides à domicile se développent.

La création de plateformes de services

POINTS DE VIGILANCE

Repérage du coordinateur

Légitimité du coordinateur

Prendre en compte l'existant et éviter les superpositions

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Lancement d'une concertation partenariale sur l'identification de responsables de coordination par territoire et détermination des territoires de référence

Garantir la couverture de la coordination sur tous les territoires

INDICATEUR

% des projets personnalisés comportant l'identification du responsable de la coordination autour de la personne

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°13

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

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

Les difficultés de coordination entre professionnels résultent souvent de la méconnaissance de l'existant et des interventions des autres acteurs. Elles peuvent entraîner des orientations inappropriées vers les établissements et services médico-sociaux et nuire à la qualité de la prise en charge.

Il s'agit de mettre en place des outils au service de la coordination pour les professionnels afin qu'ils travaillent et partagent l'ensemble des données concernant l'utilisateur.

Il s'agit également d'adopter une démarche d'uniformisation des données relatives à l'utilisateur et de simplifier ses démarches par la généralisation d'un dossier unique d'inscription en établissement et en service (cf. expérimentation en cours visant la mise en place d'un dossier unique informatisé d'inscription en EHPAD).

En outre, il faut accompagner le virage informatique des professionnels et des établissements.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- **Centraliser et uniformiser les données relatives à l'utilisateur et mettre en place un dossier partagé de l'utilisateur** d'inscription et de pré-admission en établissements et en services pour simplifier les démarches de l'utilisateur,
- Informatiser les dossiers des usagers dans les établissements et services médico-sociaux,
- Mettre en place une centralisation des inscriptions.
- Créer les conditions d'échanges d'informations et d'accès à un dossier unique entre professionnels concernés (messagerie sécurisée et autres),
- **Disposer d'un document à domicile qui précise la conduite à tenir en cas de dégradation de la situation d'une personne.** Ce document guide le professionnel qui fait le constat, pour mobiliser les autres intervenants autour d'une prise en charge ou orientation alternative anticipée (exemple : hébergement temporaire ou mise en place d'un portage de repas en cas de difficulté de l'aidant).
- organiser la transmission et le traitement au quotidien d'informations.
- **Mettre en place un dossier unique d'inscription en établissements et services médico-sociaux**
- Créer ou améliorer le dossier unique

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Aidants naturels

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels participant à l'accompagnement d'une personne en situation de handicap quel que soit son âge

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Création d'un GCS e-santé

POINTS DE VIGILANCE

Actualisation des données de la plateforme

Sécurisation et modulation des droits d'accès aux données

Contenu et traçabilité des modifications

Accord de l'intéressé pour la diffusion des données personnelles le concernant

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Informatisation à la plateforme e-santé des établissements médico- sociaux et des dossiers usagers

Création d'un dossier régional unique d'inscription pour l'entrée en EHPAD

Intégration de toutes les données relatives aux dispositifs d'accompagnement et de soins en région Pays de la Loire

INDICATEUR

Taux d'établissements disposant d'un système d'informatisation des dossiers des usagers

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS, PRS IPT

OBJECTIF N°14

Retrouver des marges de manoeuvre et améliorer l'efficacité des structures médico-sociales par la mutualisation

Orientations stratégiques de rattachement : La proximité organisée - Une offre de premier recours à conforter

Le niveau d'exigence croissant des usagers, notamment en matière de prise en charge de proximité et de qualité/sécurité des prestations, couplé aux évolutions de la démographie médicale et des disponibilités financières, impose de rechercher des modes organisationnels mutualisés.

Sachant que la mutualisation doit s'entendre dans une logique de territoire mais aussi de panier de services, il s'agit de définir les prestations à mutualiser pour répondre à un objectif d'amélioration des prises en charge, notamment pour les structures n'ayant pas atteint une taille optimale.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ Tendre vers une taille optimale et adaptée pour les établissements et services médico-sociaux dans une logique d'optimisation du fonctionnement des structures

● Systématiser la réflexion sur la recherche d'une taille optimale alliant qualité de la prise en charge et rationalisation des coûts

● La référence usuelle à 80 lits en EHPAD pour pouvoir assurer, à terme, une permanence d'infirmière de nuit notamment, se justifie lorsque les structures s'inscrivent dans une logique d'investissements et sollicitent des crédits.

Un seuil de 6 places minimum est préconisé pour les accueils de jour adossés à une structure, et un seuil minimum de 10 places pour les établissements de même nature qui sont autonomes.

■ Regrouper les établissements et services dans le cadre d'un projet concerté avec et entre les acteurs

● Soutenir les opérations de fusion
Encourager chaque fois que cela s'avère possible et cohérent, les rapprochements ou regroupement d'EHPAD publics, parfois isolés, afin de permettre

la mise en commun de moyens et d'offrir un panier de services et de prestations pour des personnes âgées.

● Soutenir la réflexion sur la GPEC dans les structures

- évolution des métiers,
- identification des nouveaux métiers.

● Mutualiser certaines activités:

- Activités administratives et logistiques,
- Activités techniques,
- Développement des achats groupés,
- Organisation des transports sous tendue par l'adoption d'une logique de temps de transport maximum.

● Optimiser sur chaque territoire les modalités de fonctionnement des établissements et services

- Diversification des accompagnements par la mise en place d'une complémentarité/coopération étroite entre établissements d'un même territoire,
- Amplitude horaire d'ouverture,
- Amélioration de la zone territoriale de couverture,
- Temps partagé sur certains postes.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge bénéficiant d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, Départemental, Infra-départemental

LEVIERS

Contractualisation intégrant des logiques de regroupement

Création de CGSMS pour mutualiser

Circulaire 2010 sur la taille critique des sections ou établissements d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

POINTS DE VIGILANCE

Maintien d'un bon niveau de maillage territorial

Maintien d'une personnalisation des prestations

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Développement des CGSMS et autres formes de coopération

INDICATEUR

% d'établissements médico-sociaux inclus dans une structure de coopération (dont GCSMS)

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

La maîtrise des risques concernant la santé des populations est la troisième orientation stratégique du Projet Régional de Santé.

Mettre en place une politique de maîtrise des risques en santé dans le domaine médico-social, c'est agir sur les inégalités sociales de santé. C'est également mettre en oeuvre une dynamique d'amélioration de la qualité dans les établissements et services médico-sociaux.

Ce chapitre propose 4 objectifs pour répondre à cet enjeu.

Réduire les inégalités sociales de santé, c'est d'abord les objectiver et partager avec les Conseils Généraux et les MDPH une stratégie (objectif 15). C'est ensuite proposer un accompagnement spécifique aux personnes en situation de vulnérabilité sociale pour leur permettre d'accéder aux services de droit commun (Objectif 16).

D'autre part, l'amélioration de la qualité dans les structures médico-sociales requiert une démarche volontariste qui représente un défi face à la multiplicité des services et établissements. L'objectif 17 vise à relever ce défi. Enfin, maîtriser les risques, c'est également être exemplaire en matière de développement durable et de responsabilité sociétale. C'est le but poursuivi par l'objectif 18.

OBJECTIF N°15

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

Orientations stratégiques de rattachement : La maîtrise des risques en santé - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Pour préparer les choix futurs, il faut renforcer l'observation et l'analyse des données sur le secteur médico-social. Il s'agit d'objectiver les besoins pour tenir compte des évolutions sociologiques régionales ainsi que de l'évolution des attentes de la population en matière de santé.

Il s'agit de construire une stratégie partagée pour le futur sur la base de données objectives et partagées. Pour enrichir la réflexion, il faut pouvoir mutualiser les connaissances, les données disponibles et les analyses entre l'ensemble des acteurs de la région ainsi qu'avec le niveau national.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

- Mettre en oeuvre un programme d'études sur 5 ans en lien avec les objectifs du PRS: analyser les besoins à venir au regard de l'offre existante,
- Valoriser et partager les données qualitatives et quantitatives en termes d'attentes et de projets de vie, d'épidémiologie et de file active par territoire, mise en commun des ressources de chaque partenaire (ex : plateforme PCOSS),
- Harmoniser et objectiver les pratiques d'évaluation des MDPH de la région,
- Harmoniser les pratiques d'orientations prises par les MDPH de la région,
- Formaliser les échanges et adopter un mode de communication adapté pour une meilleure réactivité,
- Partager les analyses concernant les transferts et créations de places à réaliser entre territoires afin d'atteindre les taux d'équipement cible,

>>>

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

- Analyser les plateaux techniques des établissements et services réalisant des prestations comparables afin de déterminer des principes d'accompagnement et de financement équitables et efficaces (organigramme, coût cible),
- Définir et mettre en oeuvre une méthode pour repérer les besoins des personnes âgées et pour les évaluer en tenant compte des souhaits et projets de vie exprimés par ces personnes.

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge ayant besoin d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les Conseils Généraux, les MDPH, les CLIC, l'ORS, le CREA

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional

LEVIERS

Objectif commun d'amélioration d'anticipation pour une meilleure prise en compte de la population

POINTS DE VIGILANCE

Coûts des études sociologiques

Compétences des organismes prestataires en termes d'analyse des données

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Institutionnalisation de réunions pluriannuelles

Partage des données et des analyses

Développement d'études prospectives et d'analyse des besoins en partenariat

INDICATEUR

Nombre d'études sur l'analyse des besoins et l'évolution de l'offre médico- sociale produites dans le cadre du programme d'études ARS-CG-MDPH

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°16

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

Orientations stratégiques de rattachement : La maîtrise des risques en santé - La mobilisation pour réduire les inégalités de santé

Lutter contre les inégalités de santé est une priorité gouvernementale.

En outre, le recours au droit commun est le principe de base de l'intégration, les dispositifs spécifiques n'intervenant que lorsque cette intégration est temporairement interrompue.

Les déterminants sociaux ont un impact sur la durée de vie sans incapacité et sur la mortalité prématurée.

Il s'agit de renforcer les actions pour éviter que le système de santé dans son ensemble et notamment l'accompagnement médico-social qu'il intègre, n'aggrave ces inégalités.

Il s'agit aussi de prendre en compte les spécificités de chacun pour un accompagnement adapté au plus près des besoins.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ Mettre en oeuvre des actions en direction des publics vulnérables et/ou désocialisés

- S'attacher par tous moyens à repérer et éviter les situations d'isolement à domicile,
- Renforcer le partenariat avec les acteurs de la veille et de l'urgence sociale, ainsi qu'avec les structures hospitalières et les équipes mobiles de psychiatrie.

■ Améliorer l'accompagnement et le suivi des jeunes

- Renforcer les interventions des CSAPA dans les lieux d'enseignement et d'apprentissage,
- Renforcer les interventions précoces au sein des consultations jeunes consommateurs et des lieux de rencontre (ex : accueil de jour, services d'accompagnement social et d'hébergement comme les CHRS et les FJT, les missions locales),
- S'appuyer sur les Maisons Des Adolescents (MDA) pour concevoir des réponses médicosociales adaptées.

■ Améliorer l'accompagnement et le suivi des femmes enceintes

- Renforcer le partenariat entre les CSAPA et les établissements de santé,
- S'appuyer sur la PMI pour le repérage et le suivi des femmes enceintes vulnérables (grand isolement social, addictions, violences conjugales, naissances précoces, santé mentale),
- Anticiper l'accompagnement des femmes fragiles par des organisations adaptées associant étroitement les acteurs du médico-social, les sages-femmes et les professionnels des maternités.

■ Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes sous main de justice

- Renforcer l'articulation entre les différents intervenants (UCSA, CSAPA, SPIP, professionnels libéraux et associatifs) y compris dans les domaines de la santé mentale, des maladies chroniques invalidantes, des addictions et de la perte d'autonomie,
- Renforcer le suivi par les CSAPA des détenus consommateurs de drogues et améliorer leur suivi à la sortie de prison.

>>>

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

● Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes en grande précarité

- Soutenir les actions d'accompagnement vers la santé des personnes en grande précarité,
- Renforcer les liens avec les acteurs de la psychiatrie pour améliorer le repérage et le suivi des personnes atteintes de troubles psychiatrique en grande précarité,
- Développer les prises en charge en LHSS, pour les personnes en grande précarité et atteintes de maladies chroniques invalidantes,
- Améliorer l'accès et le maintien dans un parcours de santé :
 - favoriser les conditions de bonne obser-

vance et de prise des traitements (bagageries médicamenteuses...),

- Développer l'accompagnement médico-social et la possibilité de recours à des professionnels de santé et à l'accompagnement médico-social au sein des services d'accompagnement social et d'insertion,

- Favoriser le développement de l'interprétariat dans les services concernés.

● Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes souffrant de handicap psychique

- Renforcer l'offre de service en SAMSAH et les Groupes d'Entraide Mutuels (GEM) pour favoriser l'insertion et la socialisation des personnes souffrant de handicap psychique.

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de vulnérabilité sociale et notamment les adolescents, les femmes enceintes, les personnes souffrant d'un handicap psychique, les personnes sous main de justice

ACTEURS CONCERNES

Les services de l'Etat (notamment DDCS et DRJSCS), les Conseils Généraux, les communes, les associations, les gestionnaires d'établissements et services d'accueil d'hébergement, d'insertion, et médico-sociaux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, Départemental, Infra départemental

LEVIERS

Dynamique des PRAPS de 1ère et 2ème génération,

Schémas de protection de l'enfance,

Commissions de coordination des politiques publiques en matière médico-sociale et en matière de prévention

Projets d'établissements et services accueillant ou assurant le suivi des publics précaires

POINTS DE VIGILANCE

Barrières linguistiques

Forte individualisation de la prise en charge

Gestion de problématiques ne relevant pas que du champ de la santé

Existence de problématiques spécifiques des personnes vulnérables, distinctes des problématiques des personnes avec pratiques addictives

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Diminution des décès prématurés liés aux pratiques addictives

Diminution du nombre de femmes identifiées comme «précaires», sans suivi post-natal

Diminution des ruptures de prise en charge de détenus relative à la santé

INDICATEUR

Nombre de places de SAMSAH en faveur des personnes en situation de handicap psychique

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PRAPS, PTS

OBJECTIF N°17

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

Orientations stratégiques de rattachement : La maîtrise des risques de santé - La prévention et la promotion de la santé intégrée dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Si la qualité de la prise en charge est une préoccupation quotidienne des professionnels intervenant auprès des personnes, il est nécessaire de protocoliser cette exigence au niveau de chaque institution pour responsabiliser et coordonner l'ensemble des professionnels concernés.

La maîtrise des risques participe à la qualité et à l'efficacité du système.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ **Inciter les établissements à développer une politique de gestion des risques**

- Sensibilisation des personnels à la culture de la qualité et de la sécurité,
- Intégration dans un réseau qualité ou un réseau de lutte contre les infections associées aux soins, ou mutualisation pour créer des postes de qualifié,
- Lutte contre les événements indésirables liés aux soins dont la iatrogénie médicamenteuse et la sur-médication,
- Maîtrise de la qualité environnementale (air, eau, déchets...),

- Contractualisation sur la réalisation d'une étude des risques avec une hiérarchisation des actions à mener pour contribuer à améliorer la qualité, la coordination et la sécurité des soins.

■ **Organiser et sécuriser le circuit du médicament dans les établissements et services médico-sociaux**

- Renforcer la sûreté de prescription des médicaments par l'utilisation d'outils informatiques, la rédaction d'une liste préférentielle des médicaments à utiliser dans les EHPAD et la rédaction d'un livret du médicament,

>>>

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

>>>

- Développer les bonnes pratiques par l'élaboration dans les ESMS, de protocoles encadrant plus particulièrement les conditions de préparation des doses à administrer et de l'administration des médicaments,
- Rechercher des solutions de mutualisation pour l'achat de médicaments,
- Evaluer la pertinence du recours à une pharmacie à usage interne en fonction des territoires et en prenant en compte la pérennité des officines en milieu rural.
- **Renforcer la promotion de la bientraitance**
- Rédiger un protocole de prévention et de gestion des actes de maltraitance,
- Intégrer dans les plans de formation des établissements un module destiné à l'ensemble du personnel portant spécifiquement sur la bientraitance,
- En termes des ressources humaines, s'attacher à repérer dans les organisations de travail des professionnels accompagnant les personnes, les situations susceptibles de produire de la maltraitance.
- **Développer l'évaluation interne et externe**
- Accompagner la réalisation des évaluations réglementaires,
- Mettre en place un suivi et une analyse de leurs résultats dans une démarche d'amélioration continue de la qualité,
- Identifier et expérimenter des indicateurs de qualité et d'efficacité.

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge ayant besoin d'un accompagnement en établissement et services médico-sociaux

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels du champ médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les Conseils Généraux

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, Infra départemental

LEVIERS

Contractualisation, CPOM, Conventions tripartites

Travail avec les médecins coordinateur, les réseaux qualité, l'OMEDIT, l'ARLIN et l'ANESM,

Commissions de coordination des politiques publiques médico-sociale et prévention de la CRSA

POINTS DE VIGILANCE

Absence de culture écrite,

Organisation antérieure essentiellement axée sur la prise en charge médicale et sociale et peu sur la gestion des risques et de la qualité

Moyens en personnel dans les établissements et services

Modalités de contrôle à domicile

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Mise en place de protocoles «qualité et gestion du risque» dans les établissements et services médico-sociaux

INDICATEUR

% d'EMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

OBJECTIF N°18

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

Orientations stratégiques de rattachement : La maîtrise des risques de santé - La prévention et la promotion de la santé intégrée dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale

Les enjeux actuels en matière d'environnement et de développement durable concernent l'ensemble des acteurs économiques y compris le secteur médico-social.

Cependant, les normes règlementaires de fonctionnement des établissements prennent peu en compte les critères environnementaux.

Les professionnels du secteur médico-social, très centrés sur la personne, le sont moins face aux enjeux du développement durable.

Il faut promouvoir le respect des bonnes pratiques environnementales favorables à la santé et inciter les professionnels à se mobiliser.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

■ **Promouvoir le développement durable dans les établissements et services médico-sociaux**

- Informer et responsabiliser les professionnels sur les actions possibles en matière de développement durable
- Inciter à la réalisation de bilan énergie et d'amélioration de la gestion des fluides (eau, gaz, électricité...)
- Identifier et accompagner les établissements soumis aux effets du radon
- Sécuriser la filière de gestion des déchets
- Développer les échanges de bonnes pratiques
- **Inciter à la mise aux normes des bâtiments**
- Mobiliser les établissements et services médico-sociaux pour qu'ils aident au re-

pérage des situations d'habitat indigne et accompagnent la recherche de solution

- Mobiliser les établissements et services médico-sociaux pour la mise aux normes de leurs locaux (accessibilité, amiante, bruit...)

- Inciter les structures à intégrer systématiquement un volet développement durable dans leur projet d'établissement

■ **Promouvoir la responsabilisation sociale des structures médico-sociales**

- En matière d'emploi des travailleurs en situation de handicap, en situation d'exclusion ou bénéficiaires du RSA
- En matière d'appui des seniors
- Pour ce qui concerne toute autre logique de non discrimination au travail

LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

POPULATION CONCERNEE

Les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge bénéficiant d'un accompagnement médico-social

ACTEURS CONCERNES

Les professionnels du champ médico-social, les associations et organismes gestionnaires, les services de l'Etat impliqués dans l'habitat, les Conseils Généraux, les communes

NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE

Régional, départemental, Infra-départemental

LEVIERS

Contractualisation

Collaboration avec le Conseil Régional, Contrat de plan Etat-Région, plan global de financement pluriannuel (PGFP) soutien à l'investissement

Commissions de coordination des politiques publiques médico-sociale et prévention

POINTS DE VIGILANCE

La mise aux normes environnementale des bâtiments n'est souvent envisageable que lors d'importants travaux de rénovation

RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Amélioration des performances énergétiques des établissements

Réduction du nombre des personnes logées en habitat indigne

INDICATEUR

Nombre d'ESMS ayant conclu un contrat d'élimination des déchets d'activité de soins

PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE

PTS

