AVANT-PROPOS

1 DÉFINITION DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ, CONTENU ET ARTICULATION AVEC LES SCHÉMAS ET LES PROGRAMMES THÉMATIQUES DE NIVEAU RÉGIONAL

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit les priorités au sein du territoire.

Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS). Le PTS, dans une logique de territoire, vise à :

- Apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social
- Optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels….
- Mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : il en est ainsi des actions visant la mutualisation des moyens, les coopérations entre structures.

Les propositions d'action du PTS ont également été construites au regard des contenus des autres plans, afin d'éviter la redondance - principe de subsidiarité- et venir en déclinaison ou renforcement lorsque cela était utile.

Par autres plans, on entend ici aussi bien les autres programmes obligatoires de mise en œuvre des schémas, à savoir le PRAPS, le PRIAC, le PRGDR et le programme Système d'information et télémédecine, que le Plan régional de Santé environnement de 2e génération (PRSE2) ou les schémas du Conseil Général.

Concernant le territoire de Loire-Atlantique, **les priorités sont ciblées principalement sur les enjeux de maillage, parcours et gradation des soins, dans une approche populationnelle ou par pathologie, en particulier pour la santé mentale**.

S'y ajoutent également quelques priorités en **santé environnementale.**

Elles ne prétendent donc pas à l'exhaustivité ni à épuiser les problématiques départementales.

Le PTS 44 est donc centré sur des actions de coopération, mutualisation, collaboration mais aussi adaptation de l'offre, qui demandera même dans un contexte contraint quelques moyens nouveaux. L'essentiel est que cette coopération soit intégrée dès le début de la réflexion.

2 ENJEUX PROPRES DU TERRITOIRE AUXQUELS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ RÉPOND

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS sur les particularités du territoire de Loire-Atlantique et de bien **identifier les sujets majeurs dans ce département**, deux groupes de travail de la conférence de territoire se sont réunis au 1er semestre 2011 autour des thématiques suivantes, issues des premiers échanges au sein de la conférence :

- santé mentale et handicap psychique,
- addictions,
- situation de handicap et dépendance, notamment au grand âge,
- accès aux soins.

Les travaux de ces groupes ont également été enrichis de diverses contributions qui en sont le prolongement direct.

La synthèse de ce travail de réflexion sur la territorialisation du diagnostic régional a été présentée à la conférence de territoire du mois de juin 2011.

Signalons enfin que les réflexions d'un groupe de travail des établissements de santé publics ayant une activité en santé mentale installé par la Délégation Territoriale en décembre dernier ont également alimenté la rédaction du PTS 44.

Les réflexions et travaux portés par les anciennes conférences de territoire peuvent et doivent trouver un prolongement dans les nouvelles perspectives ouvertes par le Projet Régional de Santé et le PTS, la logique « filière de soins » qui les sous-tendaient gardant tous son sens au sein de l'organisation de « parcours de soins » plus larges et plus souples des personnes. La lisibilité et la qualité des filières constituent un appui et non pas un obstacle pour le parcours des personnes.

Un territoire dynamique et contrasté :

Sans reprendre le diagnostic territorialisé qui a déjà fait l'objet d'autres documents[1], les caractéristiques majeures du territoire qui impactent également les questions de santé sont les suivantes :

- **un dynamisme démographique globalement important**[2], par l'accroissement naturel de la population comme l'arrivée de nouveaux actifs ou retraités, souvent accompagnés de leurs propres parents, mais avec de fortes variations suivant les secteurs du département,

- **la juxtaposition de zones urbaines denses, dont la métropole régionale et de zones rurales** parfois isolées et moins attractives, avec des problématiques spécifiques notamment de précarité sociale ou de « bien vieillir »,
- **des situations de santé particulièrement contrastées**, avec de façon globale, une situation plus défavorable dans les territoires situés au Nord et à l'Ouest du département[3].
- comme la Vendée voisine, la Loire-Atlantique est **un département littoral accueillant une forte population touristique**, principalement dans la zone côtière.

Un programme de travail au plus près des besoins du territoire

Le PTS du Loire-Atlantique comporte 17 fiches, que l'on peut regrouper comme suit :

Quelques actions ciblées de santé environnementale

Il importe également de considérer les expositions aux risques environnementaux et de veiller à assurer sur le département un bon niveau de qualité des milieux de vie.

Trois fiches portent sur des actions de santé environnementale.

Deux d'entres elles ont pour objectif la préservation de la qualité de l'environnement et de ses usages sanitaires (eau potable, baignade..). La troisième vise à soutenir et mobiliser les acteurs locaux importants dans la promotion de la santé environnementale que sont les collectivités territoriales (notamment dans le domaine de l'habitat en lien avec le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne installé en 2011 en Loire-Atlantique).

Ces actions s'articulent avec le PRSE2, élaboré en collaboration avec les partenaires régionaux impliqués dans le champ de la santé environnementale. Celui-ci trouve également un lien cohérent avec d'autres plans régionaux tels que le plan Ecophyto.

Un fort enjeu d'adaptation de l'offre, particulièrement en santé mentale :

Dans ce contexte démographique et humain bien particulier, le département présente un fort **enjeu d'adaptation de l'offre de santé,** tant quantitative que qualitative ou plus largement relative à l'évolution des types de structures et leurs modalités d'organisation et de coordination.

L'essentiel des fiches porte en conséquence sur l'organisation de la gradation des soins, et la définition de maillage et parcours de santé, dans une approche populationnelle ou par pathologie, que ce soit au titre :

- De la **prévention ciblée** vers certains publics, les jeunes pour l'addictologie mais sans exclusive - la situation du département au regard de la surmortalité liée à l'alcool étant particulièrement prégnante-, la petite enfance, les personnes vieillissantes en situation de handicap, les personnes âgées (2 fiches)
- De la **santé mentale** et du handicap psychique, enjeu majeur dans le département (2 fiches)
- Des **personnes en situation de handicap**, une réflexion s'imposant, cinq ans après la loi de 2005 et le développement de nombreuses structures sur le bilan qu'il convient d'en tirer pour poursuivre et orienter la mise en œuvre du PRIAC, mais également identifier clairement les modalités d'accompagnement au sens larges de certains publics, les enfants et les jeunes d'un côté, les personnes en situation de handicap et de vieillissement de l'autre (3 fiches)
- De la prévention et de la prise en compte de la diminution de l'autonomie chez les **personnes âgées**, notamment pour faire face au défi que représente la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées (2 fiches)

Quelques actions de coopérations transversales interinstitutionnelles, non spécifiques à une population ou une pathologie

Cinq fiches portent sur des actions plus spécifiquement institutionnelles ou interinstitutionnelles, en ce qu'elles ont pour objectif d'optimiser l'utilisation des ressources et/ ou ont l'ambition de préserver ou restaurer l'attractivité de certains métiers, postes ou secteurs.

La fiche relative à l'offre de premier recours et au maillage du territoire relève également de ce groupe d'actions

Ces 17 fiches constituent la trame d'un programme de travail de cinq années pour le territoire.

Elles sont également d'un niveau de détail différencié, suivant l'avancement de la réflexion, celle-ci devant s'appuyer sur une large association des partenaires et nécessitant souvent si ce n'est une étape d'état des lieux préalable sur la thématique a minima une appropriation et un partage de diagnostic entre les acteurs de santé, afin de faire vivre sur le territoire la démocratie sanitaire.

L'association et l'engagement de tous sont en effet un des meilleurs gages de l'amélioration de la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens.

1 Voir le panorama statistique annexé au PRS

2 Le département gagne environ 12000 personnes par an, soit 120 000 en 10 ans.

3 Cf. Indicateurs de santé – Spécificités territoriales en Loire-Atlantique – octobre 2011. http://ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/etudes_publications/observation_analyses/indicateurs-sante-ars-loire-atlantique-oct2011.pdf

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Action n° 1 : Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescent

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 2 : Organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur les territoires de proximité

Action n° 3 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques

Action n° 4 : Coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

Action n° 5 : Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

Action n° 6 : Définir les modalités d'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

Action n° 7 : Faire évoluer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en lien avec le Conseil Général de Loire-Atlantique

Action n° 8 : Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour personnes âgées en perte d'autonomie dans le département

Action n° 9 : Organiser une offre spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Action n° 10 : Favoriser et inciter à la mutualisation de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux entre EMS et entre ES et EMS) pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Action n° 11 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé

Action n° 12 : Organiser l'accès aux spécialités médicales

Action n° 13 : Améliorer la fluidité des parcours des patients en sortie de court séjour

Action n° 14 : Conforter l'offre de premier recours en la structurant sur les territoires ruraux ou peu denses en professionnels de santé

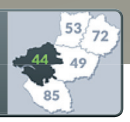
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

Action n° 15 : Préserver la qualité des eaux et des milieux sur les zones littorales et prévenir les risques sanitaires liés à leurs usages.
Renforcer l'information des professionnels et du public.

Action n° 16 : Préserver la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

Action n° 17 : Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ



Action n° 1 ■ Renforcer l'accès à la prévention multirisque pour les adolescents

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 1 du schéma régional de prévention : «Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles»
Objectif 3 du schéma régional de prévention : «Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie»

Argumentaire territorialisé de l'action

Pour être efficace, les actions de prévention doivent être globales et réalisées à des étapes sensibles de la vie, comme l'enfance et l'adolescence.

Selon les données de l'ORS, des problématiques territoriales spécifiques existent sur le département de Loire Atlantique :

- mortalité supérieure à la moyenne régionale liée à la consommation excessive d'alcool : de 51% sur St Nazaire et l'Estuaire, de 45% sur le Pays-de-Retz , de 32% sur Machecoul-Legé, de 20% sur Châteaubriant-Derval-Nozay et Presqu'île guérandaise)
- si le département de Loire-Atlantique connaît une mortalité par suicide de 11% supérieure à la moyenne régionale, le territoire de Châteaubriant-Derval-Nozay se distingue par une mortalité par suicide supérieure de 37% à la moyenne régionale.

La prévention des comportements à risques pour les adolescents constitue une priorité et doit s'intégrer, dans une approche populationnelle en prenant en compte les défis de santé des jeunes de façon très large, tous risques confondus, de manière à appréhender les comportements à risques en matière d'addictions, du mal être et du suicide, conduites à risques sexuels chez les jeunes, bruit (écoute de musique amplifiée).

Ces actions peuvent prendre des formes diverses et adaptées aux publics cibles (intervention avec l'Éducation Nationale dans le cadre de la convention EN-ARS, adopter des modes d'intervention sur le principe du « aller vers» comme les milieux festifs; les actions dans les structures de la jeunesse, d'insertion ou de la justice, les MDA, les FJT…)

Il importe donc de mettre en œuvre des actions ciblées en matière de prévention et de promotion de la santé pour aller à la rencontre de ces jeunes et de leurs aidants, des parents en difficulté et/ou en situation de précarité, proposer des groupes ressources pour offrir aux acteurs de l'adolescence un lieu de réflexion, des propositions de co-formation.

Territoire d'action

Département, avec une attention particulière pour certains secteurs et notamment l'Ouest et le Nord du département.

Leviers particuliers sur le territoire

- Actions existantes mais insuffisamment développées en matière d'information, de sensibilisation, afin de renforcer les compétences psychosociales des jeunes, collégiens et des lycéens, des étudiants, des apprentis.
- Appui sur l'expérience des associations, des structures intervenant dans le champ de l'addictologie et du suicide, de la MDA et de la MSA.
- Contrats Locaux de Santé
- Appui sur le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé Pays de la Loire.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

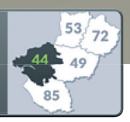
Associer les élus et le monde enseignant à la dynamique de la prévention chez les adolescents. Garantir l'accueil par des professionnels formés

Résultat attendu sur le territoire

Réduction des comportements à risques chez les jeunes (addictions, sexuels, suicide, bruit, exclusion sociale…)

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux des actions de prévention existantes pour ce public	2012		ARS	MDA- CG – CHS-associations de prévention- structures en addictologie Éducation Nationale Usagers
2	Développement d'une antenne MDA sur le nord du département	2012-2013	dotation de financement des MDA	ARS	MDA- CG – CHS-associations de prévention- structures en addictologie
3	Développement d'actions de prévention multirisques auprès des adolescents et jeunes	2012-2016	Appel à projet prévention et promotion de la santé Contrats locaux de santé	ARS	Collectivités- associations de prévention et promotion de la santé Education Nationale Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 2 ■ Organiser une prise en charge coordonnée des addictions sur les territoires de proximité

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 11 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Articuler les dispositifs de soins, et médico-sociaux au sein de chaque territoire»

Objectif 14 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation «

■ Argumentaire territorialisé de l'action

En Loire-Atlantique, l'offre de soins en addictologie doit évoluer pour plus d'efficience, par une meilleure connaissance et lisibilité du dispositif auprès des usagers, par un effort d'articulation et de coordination des structures sur les territoires de proximité pour une prise en charge globale des usagers.

L'objectif est ainsi de faire progresser la mutualisation des compétences et des interventions et de mettre en place d'abord un lieu unique pour les missions obligatoires (accueil, information, évaluation, orientation) sur Châteaubriant, Ancenis, puis sur St-Nazaire

En continuité avec le schéma addictologie régional précédant, la coexistence de plusieurs CSAPA spécialisés sur le même territoire n'est pas remise en cause, sous réserve d'une bonne articulation des moyens pour réaliser les missions obligatoires des CSAPA, formalisée pour la prise en charge médicale, la réduction des risques et les missions facultatives comme la prévention.

La couverture du territoire nécessiterait d'être complétée sur les 4 sites principaux du département (Nantes, Saint-Nazaire, Ancenis et Châteaubriant) :

Avec au moins une antenne généraliste assurant les missions obligatoires communes et dans la mesure du possible, les missions obligatoires spécialisées

Sur Ancenis et Châteaubriant, le principe d'un guichet unique CSAPA sera prévu avec la recherche d'un dispositif commun d'initialisation des traitements de substitution.

Les besoins des zones rurales devront être pris en considération et supposent un maillage d'antennes CSAPA ou consultations avancées.

Le renforcement des coopérations entre CSAPA doit assurer :

- une meilleure gouvernance
- une meilleure réponse aux besoins
- une meilleure performance de l'offre de soins en addictologie.

Il conviendra également de développer les articulations avec les médecins de ville , les services hospitaliers d'addictologie, les pharmaciens de façon à améliorer le parcours de soins pour les patients addictifs (notamment en apportant des réponses plus adaptées en matière d'offre de soins pour les traitements de substitution et la possibilité d'accueil bas seuil pour les publics fragiles) ainsi que les activités de réduction des risques y compris en milieu festif.

■ Territoire d'action

Département.

■ Leviers particuliers sur le territoire

Associations, CSAPA, établissements hospitaliers, réseaux en addictologie notamment sur Nantes, St Nazaire, Châteaubriant et Ancenis.

S'appuyer sur un état des lieux en matière de bilan diagnostic

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Lisibilité du dispositif pour les usagers et les professionnels.

Associer les collectivités locales au maillage territorial

Mobiliser des acteurs investis dans la prévention: conseil général (petite enfance), Éducation Nationale (jeunes en milieu scolaire)

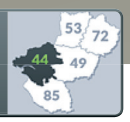
Résultat attendu sur le territoire

Apporter pour l'usager plus de lisibilité et d'amélioration de l'offre de soins afin de l'aider à bien identifier les acteurs en addictologie.

Mieux articuler, coordonner, mutualiser et rendre plus efficients les pôles médico-sociaux en matière d'addictologie dans le cadre d'une dynamique territoriale

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Amélioration de la coordination de l'offre en matière de CSAPA	2012-2013		ARS	Associations gestionnaires, CHT, établissements de santé, Usagers
2	implantation d'une nouvelle antenne sur Pornic	2012-2013	Enveloppe MS	ARS	Associations gestionnaires, Usagers
3	développement de consultations avancées	2013-2014	Enveloppe MS	ARS	Associations gestionnaires, Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 3 ■ Développer et diversifier les modalités de prises en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux et de pathologies psychiatriques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectifs 24 du schéma régional d'organisation des soins :
«Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés»

Objectifs 29 du schéma régional d'organisation des soins :
«Assurer l'accessibilité de l'offre de soins aux personnes en situation de handicap»

Argumentaire territorialisé de l'action

- Délais d'attente très importants en consultation comme en hospitalisation
- Insuffisance de temps paramédicaux (psychologues, psychomotriciens…)
- Insuffisance des capacités actuelles des hôpitaux de jour avec, en moyenne, quatre à cinq enfants par place
- Faible capacité en hospitalisation complète (4,6lits/100.000h, versus 11,26 France entière) non compensée par les autres modalités de prise en charge
- Absence d'hôpitaux de jour «adolescent», hors de l'agglomération nantaise
- Réponse insuffisante à l'urgence et à la prise en charge de nombreux troubles (tentatives de suicide, surcharges pondérales, phobies scolaires …) avec notion de perte de chance pour les enfants concernés
- Impact sur la pédopsychiatrie des politiques de réduction des capacités d'hébergement pour adolescents prises par d'autres acteurs;
- Difficultés pour répondre aux recommandations, notamment celles de l'HAS, relatives aux procédures d'évaluations et d'interventions en matière de TED, faute de moyens suffisants.

D'où la nécessité de :

- Garantir l'accès aux soins et réduire les durées d'attente de prise en charge
- Pérenniser les structures ayant fait preuve de leur pertinence et dont le financement est incertain ;
- Augmenter le nombre de lits d'hospitalisation à Nantes comme à Saint-Nazaire, mais en développant les alternatives à l'hospitalisation et les structures ambulatoires compte tenu du sous-équipement notoire de certains secteurs.
- Augmenter les capacités du service d'accueil familial thérapeutique «enfant» (AFTE), l'étendre au nord-Loire et revaloriser le statut des familles d'accueil
- Abonder les moyens des secteurs les moins dotés, afin de leur permettre de remplir leurs fonctions
- Améliorer le lien entre la psychiatrie et le secteur médico-social (équipe mobile de liaison).

Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

Leviers particuliers sur le territoire

Bonne coopération entre les acteurs publics et privés (Apsyades)

Travail en partenariat avec les acteurs non sanitaires : PMI, médico-social, PJJ, éducation nationale, associations des usagers (UNAFAM….).

Adaptabilité et organisation pragmatique des secteurs

Points de vigilance particuliers sur le territoire

S'assurer de l'égalité d'accès à des soins de qualité à l'ensemble de la population concernée

Donner les moyens nécessaires à la pédopsychiatrie pour répondre aux besoins existants et à 5 ans, sans pour autant obérer ceux de la psychiatrie adulte.

Résultat attendu sur le territoire

Diversification de la palette des prises en charge

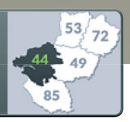
Fluidification des parcours des usagers

Réduction des délais d'attente des primo consultations et des prises en charge en hospitalisation de jour ou complète.

Amélioration de la qualité des prises en charge

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etat des lieux de la pédopsychiatrie et réflexion sur l'évolution de la sectorisation	2011-2012	Données d'activité et de moyens, dont PMSI	ARS	Etablissements de santé publics et privés
2	Développement de l'accueil familial thérapeutique	2011-2012	Financement	ARS	Etablissements de santé publics, CHT
3	Amélioration, développement et diversification des prises en charge ambulatoires ou à domicile (VAD, HAD, équipe mobile…)	2012-2013	Financement DAF, Autre tarification	ARS	Etablissements de santé publics, CHT
4	Augmentation de la capacité d'hospitalisation complète sur le département et détermination du/des lieux d'implantation.	2013-2015	Financement DAF	ARS	Etablissements de santé publics, CHT

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 4 ■ Coordonner les parcours des jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite dans ses dimensions d'accompagnement social, médico-social, sanitaire et de soutien à la scolarité

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n° 8 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
Assurer l'adéquation des prises e, charges aux âges-clé de la vie»

Objectif n° 11 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire»

Objectif n°15 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Promouvoir une analyse partagée avec les Conseils généraux et les MDPH pour adapter l'offre aux besoins»

Objectif n°24 du schéma régional d'organisation des soins :
«Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés»

Argumentaire territorialisé de l'action

- Compte tenu du nombre très important de jeunes de la protection de l'enfance et/ou ayant besoin d'une prise en charge psychiatrique pris en charge dans les établissements médico-sociaux et des situations complexes qui en résultent, une meilleure coordination entre les différents acteurs (secteur médico-social, protection de l'enfance, pédo-psychiatrie, psychiatrie) est à mettre en œuvre afin d'éviter des ruptures dans la prise en charge toujours préjudiciables au jeune ;
- Il faut favoriser la scolarisation en milieu ordinaire de jeunes présentant des troubles du comportement, des troubles envahissants du développement ainsi que celle des jeunes déficients intellectuels avec troubles associés
- L'intervention ponctuelle d'un service ou d'équipes mobiles auprès de l'enfant et de son entourage pourrait permettre, dans certains cas, d'éviter l'exclusion scolaire ou le recours à un SESSAD ou à un établissement (prévention auprès de la petite enfance).
- Par ailleurs, les besoins des jeunes présentant des troubles du comportement sont très fluctuants, les dispositifs qui les prennent en charge doivent pouvoir être souples, réactifs d'apporter la meilleure réponse au meilleur moment. Le jeune doit pouvoir passer d'un mode de prise en charge à un autre selon ses besoins (externat, internat, famille d'accueil, semi-internat, de nouveau internat…). Il s'agit d'éviter toute rupture dans leur parcours, de le rendre fluide ;

Les objectifs poursuivis :

- Faciliter la coordination entre tous les acteurs pour permettre un parcours sans rupture ;
- Mise en place de dispositifs souples permettant de penser la prise en charge du jeune en termes de parcours ;
- Mise en place de relais pour faciliter le passage entre la scolarité et l'insertion professionnelle, entre la vie en institution ou dans sa famille et l'accession à un logement autonome…
- Cette fiche, centrée sur l'offre médico-sociale, doit s'articuler étroitement avec la précédente, de par le public ciblé.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

Travail déjà réalisé par certaines associations

-Développer les dispositifs innovants

Points de vigilance particuliers sur le territoire

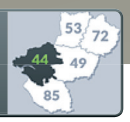
- Respect de la réglementation (en particulier pour permettre la facturation)
- Notion d'hébergement d'urgence qui n'est pas forcément compatible avec une notion d'efficience

Résultat attendu sur le territoire

- Diminution du nombre de situations d'urgence
- Diminution du nombre de jeunes déscolarisés

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	• Développer les dispositifs innovants comme les IME ou le ITEP hors les murs ou encore des équipes mobiles et réfléchir à leur périmètre d'action ; • Favoriser les initiatives des établissements visant à mettre en œuvre des dispositifs, des procédures permettant de coordonner tous les acteurs (exemple DIAPPA) ; • Inscrire dans les CPOM de chaque ITEP son adhésion à ISIS afin qu'il y ait partage des situations les plus difficiles ; • Renforcer le lien avec la psychiatrie par des conventions • Développer les internats séquentiels, les familles d'accueil • Envisager des équipes mobiles pouvant intervenir sur les lieux d'hébergement tels que les foyers de l'enfance, les foyers de la PJJ, ou les lieux de scolarisation	2012-2016	Valorisation du temps de coordination	ARS	Associations gestionnaires Protection de l'Enfance Pédopsychiatrie et psychiatrie Représentants des usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 5 ■ Développer et diversifier les modalités de prises en charge des adultes atteints de pathologies psychiatriques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 14 du schéma régional d'organisation des soins :
«Sécuriser et optimiser l'organisation de la prise en charge des urgences»

Objectif 21 du schéma régional d'organisation des soins :
«Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie»

Objectif 24 du schéma régional d'organisation des soins :
«Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés»

Objectif 25 du schéma régional d'organisation des soins :
«Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation»

Objectif 30 du schéma régional d'organisation des soins, déclinaison opérationnelle « patients psychiatriques ou handicapés psychiques » :
«Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun»

Objectif 11 du schéma régional d'organisation médico-sociale, secondairement :
«Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire»

Objectif 16 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les réintégrer dans un système de droit commun»

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'offre de soins de santé mentale pour les adultes est confrontée à un double défi majeur : la nécessité de répondre à une demande croissante, à la fois du fait de l'accroissement démographique du département mais également de l'augmentation du recours aux soins de santé mentale, et la nécessaire adaptation de l'offre tant en terme de volume que de typologie des structures et d'articulation entre les différents partenaires, sanitaires et médico-sociaux dans un contexte de tension sur les ressources, humaines en particulier, pour ne pas parler de la mise en œuvre de la loi sur les soins sans consentement du 5 juillet dernier, dernier élément majeur de complexité survenu.

Cette problématique qui n'est pas propre au département y est cependant particulièrement aigue : la saturation des lits de psychiatrie est constante depuis 2010 pour les 4 établissements du département qui hospitalisent régulièrement non seulement hors département mais également hors région..

La différenciation de l'évolution démographique selon les zones du territoire départemental, pose également la question de la redéfinition des secteurs, déjà engagée par certains établissements par fusion de secteurs initiaux. La sectorisation, garantie d'une réponse en tout point du territoire, doit être revisitée pour continuer de répondre à cet objectif fondateur.

Cette tension sur les lits a également pour conséquence un retard à la prise en charge mais également des sorties plus précoce qu'il ne serait souhaitable.

Une tension interne importante caractérise également les établissements du département, du fait de l'accueil de patients particulièrement lourds, et qui ne ressortent pas pour autant du secteur « UMD ». Le projet d'USIP départementale, intermédiaire entre le secteur et l'UMD, peut être réétudié dans ce contexte.

Au-delà et en amont de la mise en œuvre du PRIAC et du SROS, une réflexion et un plan d'action global sont nécessaires pour répondre aux enjeux dans le département à différents niveaux :

- au plus près des personnes, et notamment des familles, en développant l'aide aux aidants et en complétant le maillage des GEM, avec une attention particulière au milieu rural où se pose des questions d'isolement,
- en coordination interinstitutionnelle, afin de prendre en compte la dimension « soins » en même temps que des réponses de type sociétal (précarité, isolement, souffrance psychique liée à la famille ou d'autres situations de rupture)
- le lien doit également être fait avec la médecine de ville, quel que soit son lieu d'installation (maison de santé notamment) pour accroître la prévention, le dépistage précoce, faciliter les liaisons entre médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie et permettre ainsi une meilleure réponse aux troubles mentaux fréquents, sans oublier les soins somatiques de ces patients.
- la prise en charge du handicap psychique, avec le développement des SAMSAH inscrit dans le PRIAC est également un élément majeur de réponse.

Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé

Leviers particuliers sur le territoire

Forte implication des acteurs dans le travail de coopération inter-partenaires, notamment avec les acteurs non sanitaires

Adaptabilité et organisation pragmatique des secteurs

Points de vigilance particuliers sur le territoire

S'inscrire dans le cadre d'une réflexion régionale sur l'adaptation de l'offre S, MS et de ville,

S'assurer de l'égalité d'accès à des soins de qualité à l'ensemble de la population concernée

S'assurer que les moyens soient suffisants au regard des besoins existants et à 5 ans dans le département.

Résultat attendu sur le territoire

Diversification de la palette des prises en charge

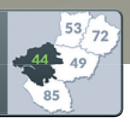
Fluidification des parcours des usagers

Réduction des délais d'attente des primo consultations et des prises en charge en hospitalisation de jour ou complète.

Amélioration de la qualité des prises en charge

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	État des lieux de la psychiatrie adulte et réflexion sur l'évolution de la sectorisation	2011-2012	Appui sur un groupe de travail régional Données d'activité et moyens, dont PMSI	ARS	Établissements de santé publics et privés, CHT, UNAFAM
2	Réalisation d'une étude pour le développement des SAMSAH handicap psychique et services associés (SAVS) (cf. demande CG44)	2011-2012	Appui sur un groupe de travail régional	ARS	Établissements de santé publics et privés, CHT, UNAFAM Conseil général 44
3	Définition d'un plan d'action priorisé départemental et intersectoriel (sanitaire et médico-social) de développement, création, adaptation des prises en charge ambulatoires, en établissement ou à domicile, (VAD, HAD, équipe mobile, accueil familial thérapeutique, etc….)	2011-2012	Financement DAF / T2A Reconversion Financements autres	ARS	Établissements de santé publics et privés, CHT, UNAFAM Conseil général 44 Infirmiers libéraux

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 6 ■ Définir les modalités d'adaptation de l'offre en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 5 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la réponse»

Objectif 6 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Institutionnaliser des rencontres périodiques entre instances décisionnaires et de planification sur les territoires» (ARS, DRJSCS, Education Nationale, collectivité territoriale, Directions du Travail, ASE, PJJ…)

Objectif 8 du schéma régional d'organisation médico-sociale :
«Assurer l'adéquation des prises en charges aux âges-clé de la vie»

Objectif 15 du schéma régional de prévention :

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

Argumentaire territorialisé de l'action

L'offre d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap s'est fortement développée avec les plans nationaux successifs mais doit encore être adaptée pour répondre à différents enjeux :

- Certaines zones du département apparaissent peu dotées en établissements et services (selon un diagnostic à affiner, deux zones ressortent particulièrement: Châteaubriant et le Pays de Retz) ;
- L'accompagnement des enfants de 0 à 6 ans présente des lacunes impactant l'activité des CAMSP qui se voient contraints de répondre aux demandes non satisfaites de prise en charge par les SESSAD (aujourd'hui pour qu'une demande de prise en charge SESSAD soit réalisée, il faut un délai de deux ans) ; Il s'agit de favoriser la prise en charge et l'orientation précoces en évitant l'errance dans le système de santé.
- La mise en exergue de problématiques spécifiques (handicap mental, autisme…) conduisent les associations à réfléchir sur des thématiques similaires, des complémentarités sont donc à trouver ;
- Le maintien en milieu ordinaire nécessite la mise en œuvre de dispositifs spécifiques pour accompagner la scolarisation, la formation professionnelle des jeunes en situation de handicap, conforter les insertions professionnelles, le maintien à domicile… il convient d'adapter les structures et les services pour faciliter le parcours des personnes en situation de handicap et offrir un accompagnement personnalisé adapté aux besoins.

Selon l'état des lieux et le recensement des besoins, une évolution des agréments des établissements et services est à envisager afin de répondre au mieux aux besoins des personnes et aux exigences de qualité et d'efficience des dispositifs d'accompagnement. En parallèle, il faut encore développer les complémentarités, les subsidiarités tant en termes de tranches d'âge, de déficiences et de pathologies qu'en termes de territoire. Ce travail au niveau du territoire (hormis pour les déficiences sensorielles) doit permettre de maintenir une offre de soins de proximité. Il existe déjà des coopérations entre établissements, des réseaux qu'il convient de prendre en compte et de pousser plus loin.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

- Appels à projets
- Révision des agréments
- Utilisation des possibilités offertes par les articles D 313-2 et R 313-2-1 du Code de l'action sociale et des familles qui prévoient la possibilité d'étendre la capacité des établissements et services dans le cadre d'une extension non importante (seuil de 30 % en une ou plusieurs fois) ainsi que la transformation d'établissements et de services, s'il n'y pas modification de la catégorie de population accueillie sans passer par des appels à projet ;
- Contractualisation

Points de vigilance particuliers sur le territoire

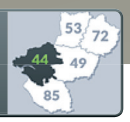
- Concertation avec l'Education Nationale
- Concertation avec la MDPH

Résultat attendu sur le territoire

- Diminution des jeunes en attente de places ;
- Diminution des temps de transport ;
- Désengorgement des CAMSP leur permettant de répondre aux recommandations de l'HAS sur l'autisme tant pour le diagnostic que pour l'accompagnement par une prise en charge précoce et intensive ;

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	• Affiner l'état des lieux et le diagnostic	2012	Redéploiement de places ou places nouvelles	ARS	Education Nationale Associations gestionnaires MDPH Représentants des usagers
	• Partager le diagnostic avec les différents partenaires	2012			
	• Favoriser les coopérations	2012-2016			
	• Modifier les agréments pour adapter les établissements et services à l'évolution des besoins	2012-2016			
	• Redéployer, transformer les places selon une stratégie déterminée afin de répondre de manière adaptée et complémentaire sur chaque territoire	2012-2016			

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 7 ■ Faire évoluer l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en lien avec le Conseil Général de Loire-Atlantique

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 8 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«Assurer l'adéquation des prises en charges aux âges-clé de la vie»

Objectif 11 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux»

Argumentaire territorialisé de l'action

L'allongement de l'espérance de vie concerne également les personnes en situation de handicap. Ainsi d'ici 2030, 1,2 millions de ces personnes auront plus de 60 ans.

Les structures d'accueil, d'hébergement ou d'insertion professionnelle n'ont pas toujours intégré cette donnée dans leur projet d'établissement ou de service d'origine.

Dans certains cas, c'est tout le lien social qui peut disparaître lorsque le travailleur handicapé est en retraite.

La réflexion sur le vieillissement ne se limite pas aux travailleurs handicapés, elle concerne également les personnes en MAS, en FAM. Quel projet pour elles ? Rester en MAS ou en FAM (ce qui nécessite de revoir le projet d'établissement, les animations, la formation des personnels…) ? Créer des structures particulières ? Des unités à l'intérieur d'EHPAD ?

Une association de Loire-Atlantique a recensé 315 personnes «vieillissantes» dans ses seules structures.

Cette réflexion doit aussi prendre en compte les personnes handicapées vieillissantes à domicile tant en termes de relais dans l'accompagnement que d'aide aux aidants.

Il s'agit de définir une politique d'accompagnement en faveur des personnes handicapées vieillissantes (mise en place de dispositifs permettant le maintien du lien social, de l'accès aux soins, création de structures d'hébergement spécifiques, mise en place de formations pour les accompagner,…). Une coordination et des partenariats sont à créer entre les MAS/FAM et les EHPAD/SSIAD/SAD notamment pour ce qui concerne les partages de pratiques.

Pour les personnes en ESAT, il s'agira d'accompagner l'outil développé par la DIRRECTE avec l'appui d'un cabinet de consultants qui propose des actions afin d'anticiper la problématique du vieillissement des travailleurs handicapés.

Territoire d'action

Territoire départemental

Leviers particuliers sur le territoire

PRIAC

Outil pour les ESAT élaboré par la DIRRECTE

Points de vigilance particuliers sur le territoire

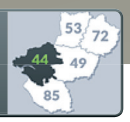
Doit s'appuyer sur une réflexion régionale

Résultat attendu sur le territoire

- Adaptation des structures et services au parcours des personnes handicapées vieillissantes
- Création de structures et de services spécifiques

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	▪ Élaborer un plan de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ▪ Mise en œuvre de ce plan en faisant évoluer l'offre ▪ Créer des services permettant de répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes (CLICS élargis, unités spécifiques, des services d'aide à domicile sensibilisés à cette population…	2012-2016	Redéploiement de places ou places nouvelles	ARS DIRRECTE CG	Associations gestionnaires Représentants des usagers et associations d'usager (dont malades du SIDA et COREVIH)

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 8 ■ Assurer un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médico-sociale de proximité pour personnes âgées en perte d'autonomie dans le département

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n° 11 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire»

Objectif n°12 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne»

Objectif n°13 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

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

Objectif n°14 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«Améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation»

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'un des objectifs du SROS III volet « personnes âgées » était d'adapter l'offre de soins aux besoins de la personne âgée, par la mise en place d'une filière gériatrique complète et l'organisation de réponses spécifiques pour les personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie.

Dans les deux territoires de recours Nantes et Saint-Nazaire, les professionnels ont défini les bases de leurs filières gériatriques : une charte pour Saint-Nazaire et une convention constitutive sur Nantes ont été rédigées.

Le contexte a évolué :

La Loi HPST, l'ARS, un seul territoire de santé en Loire-Atlantique, prise en compte des acteurs du médico-social imposent de retravailler la filière gériatrique en élargissant :

- le périmètre de réflexion : Nantes et Saint-Nazaire font maintenant partie d'un même territoire dont la filière doit être organisée et graduée en fonction des besoins.
- le périmètre d'action : les acteurs du champ médico-social et les libéraux, bien que cités auparavant doivent être partie prenante de la réflexion sur l'organisation de la filière gériatrique en Loire-Atlantique

Il s'agit de rénover la filière gériatrique en élargissant son périmètre d'action et d'acteurs. Pour y arriver, il faut un maillage coordonné de l'offre sanitaire et médicosociale de proximité sur le territoire.

■ Territoire d'action

Territoire départemental et des territoires infra-départementaux, dit de proximité

■ Leviers particuliers sur le territoire

- le schéma gérontologique départemental
- le CPOM/ les conventions tripartites
- les conventions de partenariat
- les différentes formules de coopérations (GCSMS, GCS, GIE…)
- outil trajectoire

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Assurer la cohérence des coopérations entre les acteurs sur les territoires de proximité afin d'éviter un foisonnement.

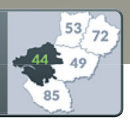
Résultat attendu sur le territoire

La réorganisation de la filière gériatrique passe par :

- une meilleure coordination des acteurs
- une meilleure circulation de l'information
- une mutualisation entre les acteurs

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Faire un état des lieux de la filière, des coopérations existantes	2012		ARS	Les acteurs sanitaires et médicosociaux CG CODERPA CLICs Usagers
2	Analyser les besoins	2013		ARS	CG CODERPA CLICs Usagers
3	Définir avec les acteurs de terrain sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur des territoires de proximité l'organisation pertinente afin de permettre une prise en charge adaptée et coordonnée de la personne âgée dépendante	2014-2015		ARS	Les acteurs sanitaires et médicosociaux CG CODERPA CLICs Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 9 ■ Organiser une offre spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 11 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«articuler les dispositifs de soins, sociaux et médicaux sociaux au sein de chaque territoire»

Objectif 12 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne»

Objectif 13 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

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

Argumentaire territorialisé de l'action

Le plan Alzheimer 2008-2012 est en cours de déclinaison dans le département de la Loire-Atlantique.

Afin d'apporter un soutien accru aux aidants (objectif 1), la mesure 1 du plan prévoit le développement et la diversification des structures de répit qui se traduit en Loire-Atlantique par le développement de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, la création des plateformes de répit et d'accompagnement et la mise en place de formations pour les aidants.

Afin de renforcer la coordination des intervenants (objectif 2), la Loire-Atlantique dispose désormais d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) (mesure 4)

Afin d'améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (objectif 5 du plan), le département dispose de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD, d'Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) en EHPAD et USLD (mesure 16), d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) au CHU de Nantes (mesure 17).

Afin de permettre aux personnes atteintes par la maladie et à leurs proches de choisir le soutien à domicile (objectif 3), un appel à projet a été lancé pour des équipes spécialisés Alzheimer (ESA)

Le déploiement de ces mesures va se poursuivre en 2012.

Ces dispositifs existent. Ils vont pour certains se renforcer. Mais ils doivent pouvoir:

être clairement identifiés par les acteurs de terrain et le public

être coordonnés entre eux et avec les dispositifs de « droit commun » qui prennent également en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées (ex : un EHPAD sans PASA)

Territoire d'action

Territoire départemental et des territoires infra-départementaux, dit de proximité

Leviers particuliers sur le territoire

- le schéma gérontologique départemental
- les procédures de labellisation

les conventions de partenariat

Points de vigilance particuliers sur le territoire

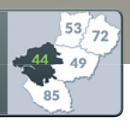
L'offre ne sera pas identique d'un territoire de proximité à l'autre

Résultat attendu sur le territoire

Le résultat attendu est une meilleure prise en charge, coordonnée du malade Alzheimer et d'apporter une aide accrue aux aidants

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Faire un état des lieux - des structures existantes (labellisées et autres) - des coopérations existantes entre elles.	2012		ARS	CG44 Avec les acteurs du secteur sanitaire et médicosocial Usagers (association France Alzheimer notamment)
2	Définir avec les acteurs de terrain sanitaires, sociaux et médico-sociaux les coopérations à créer, ou à renforcer pour améliorer la prise en charge des personnes et l'aide apportée aux aidants	2012		ARS	CG44 Avec les acteurs du secteur sanitaire et médicosocial Usagers
3	Déployer le plan Alzheimer Labellisation UHR, PASA, MAIA, ESA... création d'AJ, HT	2012	Enveloppe MS	ARS	CG44 Gestionnaires d'établissements et de services Usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 10 ■ Favoriser et inciter à la mutualisation de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux entre EMS et entre ES et EMS) pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 14 du schéma régional d'organisation médico-sociale :

«retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des structures médico-sociales par la mutualisation»

Objectif 25 du schéma régional d'organisation des soins :

«retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation»

Argumentaire territorialisé de l'action

La qualité de la prise en charge d'une personne en situation de handicap réside dans la capacité des établissements et services à pouvoir répondre à tous ses besoins, à l'accompagner dans sa globalité et à mettre en œuvre tous les axes du projet personnalisé y compris médical. Or, la pluridisciplinarité de la prise en charge n'est pas toujours réalisée car :

- Les établissements ont du mal à pourvoir les postes de pédopsychiatre ou de psychiatre, d'orthophoniste, de psychomotricien…
- Cette difficulté à répondre à certaines demandes (d'orthophonistes, de psychologue, de psychomotricien) conduit les parents à demander des prises en charge en libéral lesquelles posent le problème des doubles prises en charge au regard de l'assurance maladie qui considère que les établissements et services doivent être en mesure de réaliser tous les soins prescrits

Pour rendre ces postes plus attractifs, l'une des solutions consisterait à les mutualiser entre association gestionnaires de structures afin de proposer des temps de travail plus complets, en veillant à ce que la distance entre les différents lieux de travail d'une même personne reste raisonnable.

Le territoire infra-départemental s'impose ainsi qu'une coopération approfondie entre employeurs et associations gestionnaires.

Territoire d'action

Territoire départemental, infra-départemental

Leviers particuliers sur le territoire

Mutualisation inscrite dans le CPOM

La plate-forme régionale d'information de santé constituera un levier à la disposition des professionnels.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Bon maillage territorial

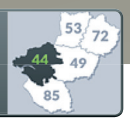
Prendre en compte l'aspect sociologique des attentes des jeunes médecins en terme de mode d'exercice.

Résultat attendu sur le territoire

Diminution du nombre de postes vacants des «ressources rares» : psychiatres, pédopsychiatres orthophonistes, psychomotriciens….

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	• Favoriser le rapprochement avec les structures sanitaires notamment les CHS qui pourraient être employeurs ; • Communiquer, par exemple en conviant les internes en psychiatrie à des journées d'information sur les structures médico-sociales	2012-2014		ARS	Associations gestionnaires Psychiatrie

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 11 ■ Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 15 du schéma régional d'organisation des soins :
« Optimiser l'utilisation de la ressource médicale pour la permanence des soins en établissement de santé en renforçant les mutualisations»

Argumentaire territorialisé de l'action

L'organisation de la PDSES doit être territorialisée. Trois niveaux de territoire ont été retenus :

- le territoire régional
- le territoire départemental
- le territoire de proximité.

A partir de l'état des lieux recensant les différents type de gardes et astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES est en cours et un niveau de territoire devra être attribué à chacune.

Les spécialités concernées sont les suivantes :

1.Spécialités chirurgicales :

- viscéral, orthopédie, gynécologie obstétrique
- ORL, vasculaire, urologie, ophtalmologie
- neurochirurgie – chirurgie cardiaque – chirurgie infantile – chirurgie plastique – grands brûlés – chirurgie de la main

2.Spécialités médicales :

- médecine polyvalente et gériatrique (en WE), cardiologie et gastroentérologie au cas par cas selon les territoires. L'intervention d'un gastroentérologue peut être justifiée dans les territoires de proximité très peuplés ou desservant une île.
- cardiologie interventionnelle - USIC – néphrologie en centre – gastroentérologie- pneumologie – pédiatrie- neurologie pour les UNV - médecine interne (en WE) – angiologie
- dermatologie, infectiologie

3.Autres spécialités

- Imagerie.

L'organisation de la PDSES doit permettre un maillage territorial adapté aux besoins de soins de la population, en cohérence avec la gradation des soins hospitaliers par spécialités médicales et chirurgicales, dans le cadre d'une stratégie régionale.

Territoire d'action

Territoire départemental et territoires de proximité selon les différentes spécialités médicales et chirurgicales, en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé.

Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT unique sur le département (CH de Pouancé en 49 inclus)

Regroupement public-privé sur Saint Nazaire dans le cadre de la cité sanitaire.

Regroupement public-privé sur Châteaubriant dans le cadre du pôle de santé de Choisel.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Statuts différents des médecins entre établissements publics, établissements privés lucratifs et ESPIC.

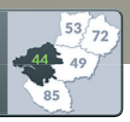
Résultat attendu sur le territoire

Mutualisation des ressources médicales.

Adéquation de l'offre sanitaire de permanence avec les besoins de couverture sanitaire de la population.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etat des lieux de la PDSES à actualiser	1er trimestre 2012	Données statistiques	ARS	Fédérations Etablissements
2	Elaboration du schéma cible de la PDSES pour le territoire départemental et les territoires de proximité	2ème trimestre 2012		ARS	Fédérations
3	Négociation des regroupements de gardes et astreintes	3ème trimestre 2012		ARS	CHT Fédérations hospitalières
4	Détermination des financements des regroupements de gardes et astreintes	3ème trimestre 2012	Connaissance des enveloppes de crédits alloués à la PDSES (MIGAC…)	ARS	
5	Finalisation des modes de coopérations inter-établissements pour mettre en œuvre le nouveau schéma de PDSES	4ème trimestre 2012		ARS	CHT Fédérations hospitalières

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 12 ■ Organiser l'accès aux spécialités médicales

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 16 du schéma régional d'organisation des soins :
«Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes»

Objectif 24 du schéma régional d'organisation des soins :
«Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés»

Objectif 28 du schéma régional d'organisation des soins :
«Garantir dans chaque territoire l'accès par spécialité à une offre au tarif opposable»

Argumentaire territorialisé de l'action

Le territoire de santé de Loire-Atlantique se caractérise par une densité de médecins spécialistes libéraux notamment, légèrement inférieure à la densité nationale mais bien supérieure à la densité régionale :

- Loire-Atlantique : 82
- Pays de la Loire : 63
- France métropolitaine: 87.

Pour autant cette situation plutôt favorable, masque une hétérogénéité infra- territoriale des possibilités de recours aux spécialités médicales.

Il convient :

- d'améliorer l'accès aux médecins spécialistes afin de réduire les disparités constatées pour les patients dans certaines parties du territoire (zones rurales, quartiers urbains défavorisés…).
- d'organiser le recours des médecins traitants aux consultations de spécialistes.

Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé et des professionnels libéraux de santé

Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT unique sur le département (CH de Pouancé en 49 inclus)

Développement des maisons de santé pluridisciplinaires

Développement de la télémédecine

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Contraintes réglementaires pour l'installation des libéraux (cabinet secondaire …)

Accessibilité des locaux professionnels (personnes à mobilité réduite)

Recours à l'interprétariat pour que les professionnels de santé soient en capacité de prendre en charge les patients étrangers.

Résultat attendu sur le territoire

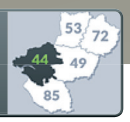
Permettre au maximum de patients d'accéder à un médecin spécialiste.

Offrir un accès au tarif conventionnel pour l'ensemble des patients au plus près de leur domicile.

Maillage territorial par le biais soit d'installation de praticiens libéraux, soit de consultations avancées hospitalières, soit d'activités médicales en temps partagé.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etat des lieux de l'offre de spécialistes	2012	Données statistiques	ARS	ORS Conseil de l'ordre URPS
2	Etat des lieux de l'accès au tarif conventionnel par territoire de proximité	2012	Données statistiques	ARS	ORS CPAM URPS Associations d'usagers
3	Recensement des outils existants favorisant la couverture du département en spécialistes	2012		ARS	
4	Négociation avec les établissements, services et professionnels concernés par spécialités	2013 - 2014		ARS	URPS CHT Fédérations hospitalières Associations d'usagers
5	Détermination et finalisation du support juridique d'organisation territorialisée des spécialités (MSP, centres de santé, GCS…)	2014 - 2015		ARS	Professionnels de santé CHT Associations d'usagers

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 13 ■ Améliorer la fluidité des parcours des patients en sortie de court séjour

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 11 du schéma régional d'organisation des soins :
«Assurer une Permanence des Soins Ambulatoires adaptée pour les cinq territoires de santé»

Objectif 17 du schéma régional d'organisation des soins :
«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»

Objectif 21 du schéma régional d'organisation des soins :
«Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec les coordinations régionales autour d'une pathologie»

Objectif 24 du schéma régional d'organisation des soins :
«Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés»

Argumentaire territorialisé de l'action

Optimiser les parcours de santé des patients du territoire en fonction des pathologies, d'abord dans la phase d'hospitalisation puis dans la phase de sortie d'hospitalisation soit en retour direct vers le domicile, soit en orientation en SSR ou en structures médico-sociales ou sociales pour une meilleure efficience globale.

Le travail pour décloisonner les dispositifs de soins en articulant les différentes interventions auprès d'une même personne est à poursuivre

La coordination des acteurs de santé dans le département par filière de soins est encore perfectible pour permettre une plus grande fluidité d'utilisation des lits de court séjour et de SSR

Il convient d'organiser les réponses de proximité aux usagers en sortie d'hospitalisation en préparant celles-ci dès l'admission. L'accompagnement du patient et de sa famille contribuent fortement à la bonne préparation de la sortie vers le domicile comme vers une institution.

Territoire d'action

Territoire départemental en tenant compte de la localisation existante des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux et sociaux

Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT unique sur le département (CH de Pouancé en 49 inclus)

Déploiement du logiciel «trajectoire» en SSR

Existence de structures d'orientation et d'information (CLIC, MAIA)

Existence de certains réseaux de santé.

CPOM des établissements.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Information des médecins généralistes sur les possibilités d'accès direct en SSR

Insuffisance en quantité et en diversité des structures d'aval

Lisibilité des réseaux de santé à conforter

Résultat attendu sur le territoire

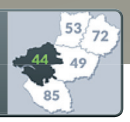
Désengorgement des lits de court séjour et de SSR.

Transfert à bon escient des patients entre les différentes structures

Diminution des délais d'attente pour l'entrée en courts séjour et SSR.hospitalières, soit d'activités médicales en temps partagé.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etat des lieux des difficultés de fluidité des parcours	2012	Données statistiques	ARS	CHT Fédérations hospitalières et médico-sociales URPS Associations d'usagers
2	Recensement des outils existants de gestion des parcours de soins	2012		ARS	CHT Fédérations hospitalières et médico-sociales URPS
3	Sélection et priorisation des filières de soins à organiser sur le territoire (par pathologie ou spécialité médicale : SSR, oncologie, périnatalité, AVC, diabète…)	2012 - 2013		ARS	Conférence de Territoire CHT Fédérations Associations d'usagers
4	Négociation avec les établissements, services et autres structures concernés par catégories de patients relevant d'un dispositif de soins à organiser en filière afin d'établir un projet médical de filière de soins	2013 - 2015		ARS	CHT Fédérations hospitalières et médico-sociales Associations d'usagers
5	Détermination et finalisation du support juridique d'organisation de chaque filière (GCS…)	2015 - 2016		ARS	CHT Fédérations

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



Action n° 14 ■ Conforter l'offre de premier recours en la structurant sur les territoires ruraux ou peu denses en professionnels de santé

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 7 du schéma régional d'organisation des soins :
«Renforcer la compétence des professionnels de santé dans la prise en charge globale de la personne»

Objectif 8 du schéma régional d'organisation des soins :
«accompagner les regroupements des professionnels de santé autour d'un projet de santé à l'échelle d'un territoire pertinent de premier recours»

Objectif 12 du schéma régional d'organisation des soins :
«Assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins»

■ Argumentaire territorialisé de l'action

L'offre de premier recours est la pierre angulaire du système de soins. Elle a besoin d'être confortée, notamment sur les territoires ruraux ou à faible densité de professionnels de santé libéraux, et d'être accompagnée dans son adaptation aux besoins en évolution de la population et aux attentes des professionnels.

Le regroupement des professionnels de santé en équipe pluri-professionnelle dans un pôle ou une maison de santé permet de conforter l'offre de proximité, de proposer des réponses plus intégrées aux problèmes complexes posés pour la prise en charge et l'accompagnement de certains patients, d'améliorer la continuité des soins, et répond aux aspirations des professionnels. Les MSP et PSP développent au plus près des usagers des actions de prévention.

Un maillage optimal du territoire sera recherché en s'appuyant sur les territoires de premier recours.

En ce qui concerne les deux agglomérations principales, des études sur l'accès aux soins des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville seront conduites pour identifier d'éventuelles difficultés et l'opportunité d'y promouvoir des maisons ou centres de santé.

Les MSP et PSP ont vocation fédérer les professionnels de santé à proximité pour construire un projet de santé à l'échelle du territoire.

■ Territoire d'action

Territoires de premier recours, communautés de communes

■ Leviers particuliers sur le territoire

Volonté des professionnels de santé d'un exercice regroupé

Volonté des élus locaux, communes et communautés de communes

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Les professionnels de santé libéraux doivent être les porteurs des projets

Il convient d'être attentif au maillage du territoire, en évitant toutefois une concentration de plusieurs MSP en immédiate proximité les unes des autres

■ Résultat attendu sur le territoire

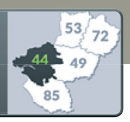
Maillage du territoire en MSP et PSP, particulièrement en zones rurales.

Les projets de santé mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, partagent des informations, développent des coopérations entre professionnels

Ces MSP ou PSP attirent des jeunes professionnels de santémédicales en temps partagé.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Accompagner les projets de MSP et PSP	2011-2015	A définir selon besoin	CATS	Membres du CATS, professionnels de santé, élus
2	Susciter des projets de MSP et PSP sur les territoires de premier recours non couverts	2012-2015		CATS	Membres du CATS, professionnels de santé, élus
3	Accompagner des études sur l'accès aux soins dans les quartiers de la politique de la ville	2012	A définir selon besoin	ARS	Communes, Préfecture

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ



Action n° 15 ■ Préserver la qualité des eaux et des milieux sur les zones littorales et prévenir les risques sanitaires liés à leurs usages.
Renforcer l'information des professionnels et du public.

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 12 du schéma régional de prévention :
« Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé »

Objectif 14 du schéma régional de prévention :
« Réduire les impacts de l'environnement »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Le département de la Loire-Atlantique présente un littoral accueillant une population dense et notamment pendant la saison estivale.

De ce fait, la zone littorale subit une pression importante liée aux activités humaines qu'il convient de maitriser au mieux pour préserver cet environnement, ses ressources et ses usages.

On peut noter en particulier que la zone littorale qui s'étend sur 125 kms recense :

- 74 sites de baignades en eau de mer surveillés,
- 21 sites de pêche à pied de loisirs répartis sur 15 communes, auxquels sont aussi souvent associés des sites de pêche professionnels.

C'est aussi un département rural avec des sites de baignade (8 sites de baignade en eau douce) et de loisirs liés à l'eau dans des secteurs reculés du littoral qu'il convient de préserver.

La préservation de la qualité sanitaire des eaux littorales nécessite une meilleure connaissance de l'environnement proche (bassin versant) au travers notamment de la mise en œuvre des profils de baignade.

En vue de prévenir les risques sanitaires liés à ces milieux et usages, une bonne connaissance et gestion/suivi des sites est nécessaire.

Aussi, il importe de sensibiliser les professionnels, les collectivités ainsi que le public sur ces enjeux, et de développer l'information sur la qualité sanitaire.

■ Territoire d'action

Littoral et zones de loisirs liées à l'eau

■ Leviers particuliers sur le territoire

Implication des collectivités, des professionnels, des usagers

Démarche type agendas 21 ou CLS

Profils baignades (outil réglementaire)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Pression touristique / affluence estivale

Problématique du développement des algues vertes

Impact financier des mesures à mettre en œuvre

■ Résultat attendu sur le territoire

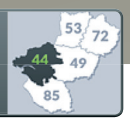
Maintien des usages de loisirs liés à l'eau en garantissant la qualité des milieux

Profils baignade à généraliser

Développement de l'information des partenaires et du public

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Accompagner les collectivités dans l'élaboration et la mise en œuvre des profils baignades	Action déjà engagée, à poursuivre et à amplifier dès 2012 Nombre et types de profils réalisés	Identification des sources de pollution Définition des mesures de gestion pour assurer la protection sanitaire de la population	ARS	Collectivités, professionnels, services de l'état
2	Sensibiliser les professionnels, les collectivités et le public sur les risques sanitaires liés à la qualité des eaux de loisirs et de sites de pêches à pied	Démarrage en 2012 et déclinaison sur la durée du plan. Nombre d'actions de sensibilisation engagées	Outils de communication et supports d'information (plaquettes, diaporama, affiches)	ARS	Collectivités, responsables d'établissements, Maîtres-nageurs, offices de tourisme, Associations d'usagers et de protection de l'environnement
3	Informer le public et les collectivités de la qualité sanitaire des sites de baignades et de pêche à pied de loisirs	Nombre de contrôles effectués Nombre et type d'actions d'information	Bilans des résultats d'analyses Outils cartographiques Outils de communication (site internet, communiqué de presse)	ARS	Collectivités, services de l'Etat (DDTM), Associations d'usagers et de protection de l'environnement, offices de tourisme..

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ



Action n° 16 ■ Préserver la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 14 du schéma régional de prévention :
« Réduire les impacts de l'environnement »

Argumentaire territorialisé de l'action

L'eau destinée à la consommation humaine en Loire Atlantique provient pour:

- 72% des eaux de surface,
- 28% des eaux souterraines.

A ce jour, 83% des ressources du département bénéficient d'une protection par la mise en place d'une DUP (ce qui représente plus de 90% du volume d'eau distribué en Loire Atlantique).

Le PRSE2 impose 100% des captages protégés pour la fin 2013.

Il convient donc de finaliser l'instauration des **périmètres de protection** autour des captages d'eau utilisés pour la production d'eau potable et contrôler leur mise en place (respect des servitudes associées).

Cette action nécessite l'implication et la coordination des acteurs locaux (collectivités, syndicats, exploitants..).

Par ailleurs, l'eau distribuée est dans l'ensemble de bonne qualité grâce à des stations de traitement performantes. Pour autant, la dégradation des eaux de surface (matières oxydables, algues..), constituant près des 3/4 de la ressource, rend complexe l'obtention d'une eau de qualité, notamment par la présence de sous-produits de chloration (THM).

Pour garantir une eau de **qualité les usines de traitement et les réseaux** doivent être de plus en plus performants et répondre à certaines bonnes pratiques.

Il s'agit, en lien avec l'ensemble des partenaires, de contribuer à améliorer les filières de traitement par la diminution des sous produits de la chloration.

En complément, il convient de contribuer à la limitation de rejets de substances indésirables dans les réseaux d'assainissement (susceptibles de rejoindre le milieu naturel) en sensibilisant le public et les professionnels sur ce sujet.

Territoire d'action

Secteurs concernés par la protection des ressources en eau

Usines de traitement d'eau potable situées sur le département

Leviers particuliers sur le territoire

Implication des exploitants et des collectivités

Existence du schéma départemental de sécurisation de l'alimentation en eau potable

Plan d'action « Grenelle » sur les captages prioritaires

PRSE 2 :

- action 2 « protéger la qualité de la ressource en eau destinée à la consommation humaine »
- action 3 « Améliorer la qualité de l'eau distribuée dans les réseaux publics et les réseaux intérieurs »

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Risques de pollutions diffuses

Rénovation de certaines usines de traitement en cours

Impact financier des mesures à mettre en œuvre

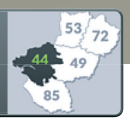
Résultat attendu sur le territoire

100% des captages d'eau potable protégés (59 captages protégés)

Amélioration des filières de traitement des usines d'eau potable

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Finaliser les périmètres de protection autour des captages d'eau utilisés pour la production d'eau potable et contrôler leur mise en place (respect des servitudes)	100 % des captages protégés en 2013 20 % des captages inspectés d'ici 2014	Procédures mises en œuvre à l'initiative de la collectivité concernée Elaboration d'un arrêté de DUP (+ prescriptions)	ARS	Police de l'eau, DREAL, syndicats exploitants, collectivités MISE, ONEMA
2	Sensibiliser le public et les professionnels sur les rejets de substances indésirables dans les réseaux d'assainissement		Outils de sensibilisation	A définir	Exploitants Associations d'usagers
3	Sensibiliser les exploitants et assurer un suivi des réseaux et des filières de traitement pour limiter la formation de sous-produits de désinfection (THM) Mise en œuvre des bonnes pratiques sur les filières de traitement eau potable	Nombre d'usines concernés par la campagne analytique Nombre de dépassements annuels Localisation des dépas-sements constatés	Etude analytique et guide des bonnes pratiques sur les filières prévus dans le cadre de l'action 3 du PRSE2 Outils de communication	ARS	Exploitants, Syndicat départemental

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LOIRE-ATLANTIQUE
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ



Action n° 17 ■ Mobiliser et soutenir les collectivités territoriales pour la promotion de la santé environnementale et la lutte contre l'habitat indigne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 12 du schéma régional de prévention :
« Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé »

Objectif 13 du schéma régional de prévention :
« Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité »

Objectif 14 du schéma régional de prévention :
« Réduire les impacts de l'environnement »

Argumentaire territorialisé de l'action

Les collectivités territoriales constituent des acteurs incontournables dans la promotion de la santé environnementale (rôle décisionnel, préventif ou de police) dans différents domaines (aménagement du territoire, déplacements, habitat, éducation à la santé,..).

Des initiatives émergent dans ce domaine qu'il convient de soutenir et de valoriser (développement de plans locaux d'actions en santé environnement, élaboration de contrats locaux de santé intégrant la santé environnementale ou au sein des agendas 21, développement de politiques de lutte contre l'habitat indigne en appui sur des réseaux locaux, prise en compte de la santé environnementale dans la gestion des bâtiments publics et ceux notamment accueillant des personnes sensibles..)

Par ailleurs sur le territoire, les capacités de réponse des collectivités ne sont pas similaires (taille, situation des communes et de leur groupement..) ce qui nécessite d'accompagner certaines collectivités pour:

La mise en œuvre d'une coopération intercommunale dans ce domaine,

La mutualisation de certains outils nécessaires à la promotion de la santé environnementale (guides techniques, cahiers des charge, outils d'observation, formations, outils de sensibilisations et d'informations..)

La mise en œuvre de leurs compétences dans la lutte contre l'habitat indigne (application du RSD)

Territoire d'action

Secteurs concernés par la protection des ressources Territoire départemental (identifier les territoires « moteur » et ceux qui nécessitent un renforcement des capacités de réponses)

Présence de nombreux logements potentiellement indignes sur le département

Leviers particuliers sur le territoire

Regroupement des communes, création des intercommunalités

Mutualisation des outils

Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne crée le 1 janvier 2011

Plans locaux d'action en santé environnement

Contrats locaux de santé/ Agendas 21

Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées, PLH

Schémas de cohérence territoriale, PLU, Plan de déplacement urbain

Relations avec les partenaires locaux et en particulier les associations représentant les usagers et de défense de l'environnement.

Points de vigilance particuliers sur le territoire

Capacités techniques et financières des collectivités

Radon : zone à risque sur le département. Attente de la nouvelle définition réglementaire des zones prioritaires et de la réglementation visant les bâtiments d'habitation.

Résultat attendu sur le territoire

Valorisation et mobilisation des collectivités territoriales dans la promotion de la santé environnementale et, en particulier, la lutte contre l'habitat indigne

Définition des actions prioritaires à promouvoir par les collectivités

Renforcement des partenariats locaux et des actions d'éducation à la santé auprès du public.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Repérage des actions portées par les collectivités et des enjeux dans les domaines de la promotion et de l'éducation à la santé environnementale, de l'aménagement, de la lutte contre l'habitat indigne	2012 Repérage réalisé Actions priorisées en fonction des territoires	Enquête auprès des EPCI PDLHI	A définir (ARS/ collectivités?)	EPCI Association des maires OPAH CDCI
2	Mobilisation des collectivités pour la mise en œuvre des actions à promouvoir localement	2013 Actions de sensibilisation menées Nombre de collectivités engagées mettant en œuvre leur compétence dans la lutte contre l'habitat indigne	développement d'actions de sensibilisation / échanges d'expérience	idem	idem
3	Soutien des collectivités pour la mise en œuvre des actions de promotion de la santé environnementale, de lutte contre l'habitat indigne…	2013- 2015 Nombre d'actions en santé environnement (contrats locaux de santé, plan d'actions SE, Agendas 21...) Outils développés et diffusés Nombre de partenariats locaux crées et d'actions d'éducation à la santé mise en place (risque auditif, qualité de l'air intérieur, radon...)	développement des outils et des pratiques pouvant faire l'objet d'une mutualisation	idem	Idem Partenaires locaux (associations, acteurs de lutte contre l'habitat indigne...)