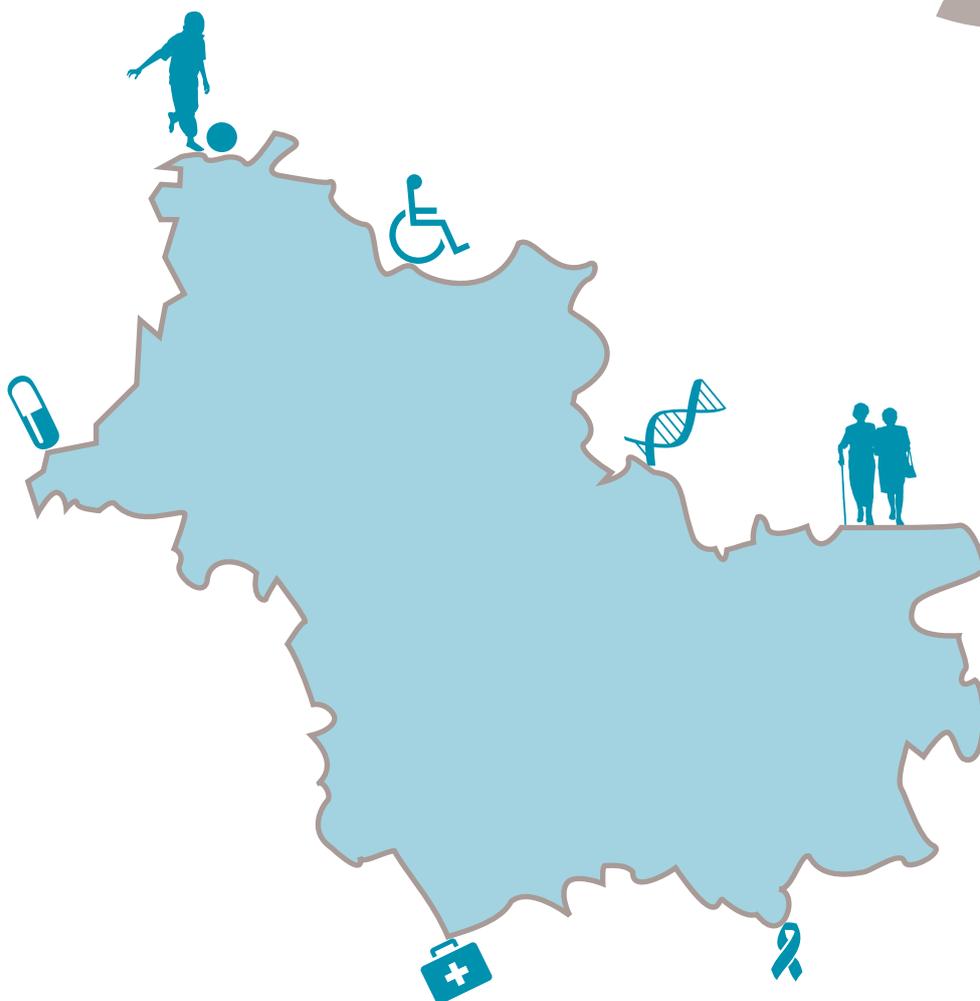


# Programme territorial de santé de Loir-et-Cher

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 27 mai 2013  
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre le 25 juin 2013

[www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr)

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Centre

## **SOMMAIRE**

<b>Préambule.....</b>	<b>3</b>
<b>1ère partie : l'identité du territoire .....</b>	<b>6</b>
1-1 Analyse des données .....	6
1-2 Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire .....	16
<b>2<sup>ème</sup> partie : La territorialisation des actions de santé.....</b>	<b>17</b>
2-1 Le rôle de la conférence de territoire .....	17
2-2 la structuration géographique du territoire.....	18
2-3 L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santé.....	20
<b>3<sup>ème</sup> partie : les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire de Loir et Cher .....</b>	<b>22</b>
3-1 Définition de la notion de parcours.....	22
3-2 Le programme d'actions.....	23
3-3 Les modalités de suivi et d'évaluation du programme territorial de santé.....	29
<b>Glossaire des sigles.....</b>	<b>30</b>

## Préambule

L'une des ambitions de la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) est de privilégier la transversalité des politiques publiques dans une logique d'approche territoriale. L'exposé des motifs de la Loi HPST précise que l'action de l'ARS repose sur trois orientations fondamentales :

- **renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé** : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;
- simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'assurance maladie ;
- mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé : les ARS vont renforcer la capacité d'action collective de notre système de santé.

La territorialisation vise à répondre aux besoins locaux de santé. L'objectif principal de la territorialisation est le déploiement de la politique nationale et régionale de santé dans les différents territoires de la région, en tenant compte des particularités et des besoins qui peuvent les différencier. La territorialisation se veut donc le contraire d'une application uniforme et standardisée des orientations régionales.

Au travers de cet objectif, plusieurs enjeux liés à la territorialisation peuvent être mis en évidence :

- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales
- Encourager et faciliter la coordination des acteurs
- Affiner la connaissance des besoins locaux
- Garantir la pertinence et l'efficacité des moyens
- Dynamiser les territoires

**La Loi HPST prévoit la possibilité de décliner le Projet Régional de Santé (PRS) au moyen de programmes territoriaux de santé (PTS).** Chaque programme territorial peut donner lieu à plusieurs contrats locaux de santé (CLS). Ces programmes territoriaux sont facultatifs.

Le territoire de la région Centre est vaste et étendu. Si les problèmes de santé rencontrés dans les territoires sont sensiblement les mêmes, ces problèmes s'y posent avec une acuité différente dans ses différents points. Les atouts et les faiblesses des territoires, dont il faut tenir compte pour organiser l'offre, sont également différents d'un territoire à l'autre.

**C'est la raison pour laquelle le principe de l'élaboration de programmes territoriaux apparaît intéressant au regard des objectifs suivants :**

- **programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques.** Le PTS est un outil de programmation des actions à conduire sur un territoire donné sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS : promotion et prévention de santé dont santé environnementale, offre de soins ambulatoire et hospitalière et accompagnement médico-social.
- **recenser l'ensemble des outils via lesquels l'ARS pourra intervenir** (création de filières par exemple, etc.) **auprès des acteurs de la région**, qu'il s'agisse de collectivités territoriales, d'offres de soins, d'associations, etc.
- **mettre en cohérence les démarches locales de santé existantes avec le PRS.** Le PTS a également pour objectif d'assurer l'**adéquation des démarches locales de santé avec le reste du PRS** sur le territoire concerné et de les réorienter si besoin.
- **associer les instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé.** Le PTS permet aux ARS d'intégrer dans les territoires concernés les **propositions des conférences de territoire** tout en les **resituant dans le cadre stratégique du projet régional de santé.** L'article L.1434-17 du Code de la santé publique dispose que la conférence de territoire vise à mettre en cohérence « *les projets territoriaux sanitaires* », au sens des démarches locales de santé, avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique.

Cette compétence attribuée à la conférence de territoire vient **confirmer son rôle dans le cadre de l'élaboration des PTS. La conférence devient garante de l'articulation entre le processus descendant de déclinaison du PRS et le processus ascendant de prise en compte des démarches locales de santé.**

- **Rendre lisibles les critères de l'ARS permettant d'évaluer les opportunités de lancement des contrats locaux de santé.**
- **Communiquer et concerter avec les partenaires institutionnels susceptibles de s'engager dans un CLS avec l'ARS.**

Aussi, il apparaît nécessaire de faire de ce PTS **un outil de référence souple, adaptable et partagé entre les acteurs intervenant dans le domaine de la santé sur un territoire donné.** Il est donc privilégié de ne pas l'inscrire dans le cadre législatif du Projet régional de santé pour éviter le formalisme et les modalités de concertation induits. Il est en effet important que ce programme s'appuie prioritairement sur les conférences de territoire et qu'il puisse évoluer de façon réactive.

Il est proposé d'ancrer ce PTS sur le territoire de santé « juridique » ; il devient ainsi l'outil stratégique de référence de la mise en œuvre du PRS, partagé entre la conférence de territoire et l'ARS dont l'organisation administrative s'appuie sur une délégation installée dans chacun des six départements de la région et en charge de l'animation territoriale. Pour autant, il a vocation à identifier les territoires de projet infra-départementaux d'ores et déjà existants ou à dynamiser.

Les propositions du PTS sont construites en complémentarité des autres plans afin d'éviter des redondances (principe de subsidiarité) et pour les décliner ou les renforcer lorsque cela est utile.

## **Méthodologie**

Les travaux ont été lancés par la délégation territoriale du Loir et Cher de l'ARS en lien avec les membres du bureau lors de la conférence de territoire du 17 janvier 2013.

Une démarche projet a été enclenchée afin d'identifier au niveau du diagnostic les filières de prise en charge qui rencontrent des difficultés, voire des ruptures de parcours au sein du département, et pour dégager des actions d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale, de coordination des acteurs, de mutualisation et de coopération entre structures.

Pour mémoire, la conférence de territoire avait produit fin 2011 des fiches de diagnostic par thématiques en amont de la construction du PRS. Il a été convenu de capitaliser ces travaux de diagnostic qui ont permis d'identifier des problématiques prioritaires pour le Loir et Cher, notamment la démographie médicale, la filière gériatrique, la santé mentale.

L'équipe projet interne à la DT 41 a préparé les éléments de bilan (statistiques, dispositifs) et a assuré la consolidation du document type « programme territorial de santé » proposé par l'ARS.

Des groupes de travail (*voir annexe 4*) ont été organisés au 1er trimestre pour actualiser le diagnostic territorial, identifier les ruptures dans le parcours des patients, proposer des fiches-actions relatives à des filières de prise en charge à améliorer. Il a été convenu d'associer des institutions extérieures à la conférence de territoire (services de l'Etat, caisses, services techniques du conseil général).

Le bureau de la conférence est l'instance de suivi du projet qui oriente au fur et à mesure les travaux, avant la validation finale en conférence de territoire.

Le calendrier prévisionnel fixé est le suivant :

- bureau de la conférence du 13 décembre 2012 : lancement de la démarche, validation de la méthodologie, réflexions sur le diagnostic et les pistes d'actions,  
  
5 thèmes ont été identifiés : lutter contre la désertification médicale, améliorer la prise en charge du patient (notamment urgences, santé mentale, handicap, personnes en situation de précarité), consolider la filière gériatrique, développer les coopérations, promouvoir la prévention,
- conférence du 17 janvier 2013 : lancement de la démarche, validation de la méthodologie, présentation d'éléments du diagnostic territorial,
- constitution des groupes de travail en lien avec le bureau de la conférence pour le 25 janvier 2013 (animation confiée à un binôme, membre du bureau, représentants au niveau technique de la conférence de territoire, et partenaires extérieurs).
- groupes de travail (5 groupes, une dizaine de participants par groupe). Le format retenu est le séminaire de travail d'une journée : séminaires du 8 février (diagnostic, territoire pertinent) et du 25 mars (fiches-actions), réunissant de manière concomitante les groupes de travail avec des temps de restitution plénière ; la méthodologie visait à favoriser une cohésion entre les partenaires et une transversalité des actions entre les différents domaines d'intervention.
- restitution des fiches-actions au bureau de la conférence le 11 avril 2013, réajustement par messagerie avec les groupes de travail et les animateurs pour mi-mai 2013.
- validation du programme territorial de santé par la conférence de territoire : 27 mai 2013.
- validation par le Directeur Général de l'ARS : 25 juin 2013.

Le projet de programme territorial de santé a été présenté le 27 mai 2013 aux membres de la conférence de territoire du Loir et Cher qui en ont approuvé les priorités à l'unanimité.

Le Directeur Général de l'ARS du Centre a validé ce programme le 25 juin 2013.

## **1ère partie : l'identité du territoire**

Cette première partie vise à analyser les données statistiques contenues dans *l'annexe 1* afin de dégager les caractéristiques principales relatives à la population, au territoire, à l'offre, aux dynamiques locales.

### **1-1 Analyse des données**

#### **Le profil démographique aujourd'hui et demain**

Pour rappel, le Loir et Cher est un département à tendance rurale et semi-rurale, situé entre 2 pôles régionaux équidistants (Tours et Orléans).

Il compte 327 868 habitants (1er janvier 2012) ; 48 % vivent en zone rurale (communes de moins de 2.000 habitants).

La croissance démographique du département est proche de la moyenne régionale ; à noter un taux conjoncturel de fécondité plus élevé : 2,22 en 2009 (2,04 en région).

Il convient de signaler la démarche prospective engagée par le conseil général : Loir et Cher 2020.

#### **Les indicateurs sociodémographiques**

##### **Les personnes âgées**

Une population plus âgée que la moyenne régionale (1er janvier 2012) :

-20 ans : 23,3% (24% en région)

+ 75 ans : 11,5 % (10% en région)

Un vieillissement attendu de la population (1er janvier 2020) :

-20 ans : 22,8% (24% en région)

+ 75 ans : 12 % (10,6 % en région)

##### **Les personnes handicapées**

La part des allocataires de l'AAH au niveau de la population de 20 à 64 ans (2,2 %) est proche de la moyenne nationale (2,4 %).

##### **Les personnes en situation précaire**

Les indicateurs relatifs aux minima sociaux et à l'emploi sont proches de la moyenne régionale :

- taux de chômage (2012) : 8,8 % au dernier trimestre 2012, moins élevé que le niveau national,

- allocataires du RSA (2010) : 45 ‰ (région 47 ‰),

- bénéficiaires de la CMU-C (2010) : 5,2% (contre 5,3% en région).

#### **Les indicateurs de santé**

Le Loir et Cher est en surmortalité prématurée par rapport à la France hexagonale, de même que par rapport à l'ensemble de la région Centre. Environ un tiers des décès sont associés à des causes dites « évitables », c'est-à-dire des décès qui auraient pu être évités par une réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, autres conduites à risques, etc.). Elle est par ailleurs plus importante au Nord et au Sud du département.

Le taux de mortalité prématurée est supérieur à la moyenne régionale dans trois domaines: tumeurs, appareil circulatoire, traumatisme, empoisonnement et causes externes, alcoolisme.

### *Taux standardisé de mortalité pour suicide*

Le taux de mortalité par suicide est supérieur au niveau régional : pour les hommes 33,7 (contre 32,6), pour les femmes 9,2 (contre 8,3).

L'indice comparatif de mortalité par suicide est de 134 pour le département, supérieur au niveau régional (118). Les suicides touchent pour la majorité des actifs.

### *Nombre de personnes traitées pour diabète*

Le taux de mortalité par diabète 2008/2010 est de 3735, supérieur au niveau régional (3608).

La CPAM a évalué à 15 037 le nombre de personnes diabétiques/325 183 habitants, soit 4,6% de la population en 2009, avec 1000 nouveaux cas/an.

### *Taux d'IVG, dont IVG chez les mineures*

La part des IVG concernant les mineures était nettement supérieure au niveau régional en 2009 (8,9% contre 7 %) pour s'en rapprocher en 2010 (7,1%). Cependant il demeure des difficultés d'accès aux IVG pour les mineures au niveau des arrondissements de Vendôme et de Romorantin-Lanthenay.

### *Données sur les dépendances (alcool, tabac)*

Au niveau de la population jeune, l'enquête ESCAPAD de 2005 effectuée sur des jeunes de 17 ans montrait que le Loir et Cher présentait un profil particulièrement consommateur par rapport au reste de la région Centre, avec notamment un usage régulier d'alcool, une consommation de cannabis et des niveaux d'expérimentation de champignons hallucinogènes, d'ecstasy et de cocaïne plus élevés.

Réinitialisée en 2008 puis en 2011 à l'échelon régional, l'enquête a montré une stabilisation des usages entre ces deux périodes, excepté pour le tabac dont l'usage quotidien a augmenté tandis que l'expérimentation du poppers et des champignons hallucinogènes a diminué. Par ailleurs, les ivresses répétées ont également augmenté.

Enfin, dans le Loir-et-Cher, l'alcool est impliqué en 2011 dans 34 accidents dont 8 mortels, soit 10% des accidents de la route et 20% des accidents mortels. Les conducteurs âgés de 18 à 24 ans représentent 24% des impliqués des accidents avec présence d'alcool et 27% dans les accidents mortels avec alcool. Cette dernière proportion est nettement supérieure à la moyenne régionale (19%).

### *Données sur la santé mentale*

Données générales : « Plus d'un tiers de la population française en 2005 a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, dont un cinquième dans l'année » (source : Etude d'impact annexée à la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement).

En conséquence, parmi les 251.000 adultes de plus de 20 ans vivant dans le Loir-et-Cher, on peut estimer qu'au moins 84.000 personnes ont été, sont ou seront affectées par des troubles mentaux temporaires ou permanents. Et parmi ces 85.000 personnes, 17 000 personnes sont aujourd'hui affectées par l'une ou l'autre de ces pathologies mentales. Autre estimation, celle avancée par l'Unafam qui considère que 2% de la population souffre de troubles psychiques avérés (sous-ensemble du total des pathologies mentales) et nécessite une prise en charge adaptée, soit 6.600 personnes pour le Loir-et-Cher.

## **Les inégalités cantonales de santé** (cartographie sur la base des travaux de l'ORS annexe 2 p. 10)

Une étude confiée à l'ORS (Observatoire Régionale de la Santé) a conduit en 2010 à l'analyse de 57 indicateurs sociodémographiques, de mortalité, d'offre de soins, de séjours hospitaliers et d'admissions en affection de longue durée. Cette étude a permis de répartir les cantons du département en 5 classes, dont les caractéristiques sont les suivantes :

Canton de classe A : Socialement favorisés - Sous mortalité générale et prématurée - Offre de soins satisfaisante. Cette classe représente 13.9% de la population.

Canton de classe B : Villes centre forts contrastes sociaux - Surmortalité prématurée - Très bonne offre de soins. Cette classe représente 36.4% de la population.

Canton de classe C : Forte proportion de jeunes peu ou pas diplômés – Beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD - Sous mortalité générale - Bien desservis par les services hospitaliers. Absence de canton de classe C dans le Loir et Cher.

Canton de classe D : Faible offre de soins - Surmortalité par morts violentes. Cette classe représente 40.37% de la population.

Canton de classe E : Ruraux - Surmortalité générale et par suicide - Très faible offre de soins. Cette classe représente 9.33% de la population.

Le département du Loir-et-Cher réunit des cantons de typologie A B D E avec une majorité de cantons de typologie D.

3 Cantons sont de typologie E (Mondoubleau, Montoire sur le Loir, Montrichard).

Les 3 cantons de typologie B et pour partie D de la communauté de communes du Romorantinois et du Monestois sont couverts par une démarche de contrat local de santé : Blois, pays Vendômois, et communauté de commune du Romorantinois et du Monestois.

Dans les cantons B, D, E le taux de mortalité prématurée (nombre de décès au cours de l'année d'individus âgés de moins de 65 ans, sur la population totale des moins de 65 ans) est supérieur à la moyenne régionale. Les principales causes identifiées sont les tumeurs, les affections de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements, des causes externes (suicides et accidents par mort violente) et l'alcoolisme.

La problématique suicide et accidents par morts violentes est toutefois majeure dans les cantons D et E.

Cette cartographie peut constituer une grille de lecture pour mener des actions ciblées sur des zones du territoire. L'annexe 6 du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) permet d'analyser les leviers d'action à mobiliser auprès de l'ensemble des partenaires.

La typologie D, majoritaire dans le Loir et Cher, met en évidence une problématique d'accessibilité géographique aux services. La réduction des inégalités de santé est conditionnée par l'action conjuguée de plusieurs acteurs :

- l'ARS : articulation des domaines ambulatoire et hospitalier, actions préventives de comportements à risques (addictions, alcool, tabac, accidents de la circulation),
- le Conseil général : maintien à domicile, transports, PMI,
- l'Etat : plan de prévention des accidents de la route.

## **Les caractéristiques du territoire en santé-environnementale.**

La région Centre est l'une des régions de France les plus concernées par les non-conformités en pesticides et nitrates, les départements d'Eure-et-Loir et du Loiret étant particulièrement touchés. C'est dans ce contexte qu'une démarche a été engagée en juin 2010 par l'ARS du Centre, la DREAL et la DRAAF du Centre avec pour objectif l'amélioration de la qualité des eaux distribuées. Cette démarche, validée par le Comité Régional d'Administration (CAR) en octobre 2010, est construite sur un état des lieux de la situation ainsi que sur la mise en place de programmes d'intervention

départementaux. Elle constitue l'action n°11 du projet d'action stratégique de l'Etat (PASE) 2011-2013.

La première phase de la démarche a consisté à réaliser un état des lieux de la qualité des eaux vis-à-vis des nitrates et pesticides établi en 2010, puis consolidé en 2011. Au niveau régional, 115 unités de distribution (UDI) non conformes ont été identifiées et 36 UDI présentaient une eau à la limite de la conformité. Ces 151 UDI sont alimentées par 144 captages (35 000 m<sup>3</sup>/j) et permettent d'alimenter près de 176 000 habitants.

La 2ème phase de la démarche a consisté en l'élaboration de programmes d'intervention départementaux dans chaque département de la région. Ces programmes ont deux objectifs. D'une part il s'agit d'identifier et de suivre les plans d'actions que les collectivités ou les porteurs de projets (communautés de communes, syndicat intercommunal d'eau potable, etc.) doivent mettre en œuvre en cas de non-conformité de l'eau distribuée. D'autre part il s'agit de définir les mesures à mettre en place par les services de la DDT (Direction Départementale des Territoires) et de la DTARS pour inciter les collectivités à mettre en œuvre un plan d'actions.

Ces programmes d'intervention départementaux s'inscrivent dans le prolongement des mesures déjà mises en œuvre dans les départements pour réduire les non-conformités récurrentes en nitrates et pesticides de l'eau distribuée.

Le programme d'intervention du Loir et Cher a été établi conjointement par la DDT41 et la DTARS 41 fin 2012. Il a été adopté lors du comité de pilotage stratégique de la MISEN – mission interservices de l'eau et de la nature, pilotée par la préfecture le 5 mars 2013.

### **Les eaux destinées à la consommation humaine.**

Sur le plan qualitatif, l'eau distribuée en Loir-et-Cher demeure globalement de bonne qualité (cf cartes en annexe, extraites de l'état des lieux de la qualité des eaux distribuées au 31 décembre 2011).

Pour les eaux destinées à la consommation humaine, la valeur limite en nitrates est fixée à 50mg/l. Dans le département de Loir-et-Cher, toutes les unités de distribution délivrent de l'eau conforme au regard des nitrates depuis 2003. Le syndicat de Sainte-Gemmes (227 habitants) distribue une eau dont la teneur est proche de la norme et reste donc à surveiller. La teneur moyenne en 2011 était de 47mg/l pour une norme fixée à 50mg/l.

Vis à vis des pesticides, 4 UDI sur 159 restent non conformes en 2011, ce qui concerne 0,5% de la population du département. La molécule qui présente les plus fortes concentrations à l'origine des non-conformités est la déséthyl-atrazine. Trois autres unités de distribution présentent une eau dont les teneurs en pesticides sont proches voire dépassent ponctuellement la norme de qualité : Averdon (1450 habitants) ; Vallières les Grandes (770 habitants) ; Ouzouer le Doyen (935 habitants).

### **La protection des captages d'eau.**

Sur les 188 captages AEP que compte le département fin 2011, seuls 166 sont considérés comme « protégeables » (les autres rencontrent des problèmes de qualité, de vétusté de l'ouvrage ou ne répondent pas aux orientations du schéma directeur AEP du département). Fin 2011, 139 captages disposent d'un arrêté de déclaration d'utilité publique (D.U.P.) instaurant les périmètres de protection, soit 82 % des 166 captages protégeables du département.

### **La prévention de la légionellose.**

Chaque année une dizaine de cas isolés de légionellose est déclarée en Loir-et-Cher (pour une cinquantaine en région Centre).

Ces cas ont systématiquement fait l'objet d'une enquête afin de tenter de découvrir la source d'exposition (réseau d'eau chaude sanitaire, tour aéro-réfrigérante,...) et d'une information auprès de chaque patient sur les recommandations d'usage (température de production supérieure à 60°C, entretien et détartrage régulier de la robinetterie, purge des réseaux non utilisés,...).

Chaque année, environ 9 établissements sanitaires et médico-sociaux font l'objet de contrôles et de prévention. Les cas nosocomiaux déclarés par des établissements sanitaires et médico-sociaux sont

rare (uniquement 1 en 2011). De plus des actions d'information et de conseils sont faites lors de déclaration de concentrations élevées en légionelles sur les réseaux d'eau chaude sanitaire.

### **Les eaux de loisirs.**

Les eaux des piscines et de baignades naturelles sont globalement de bonne qualité. 73 établissements (piscines et baignades) font l'objet d'un contrôle sanitaire réglementaire. Un suivi spécifique est opéré pour la baignade artificielle de Mont près Chambord dans le cadre d'un protocole de gestion et de surveillance préfectoral mis en place depuis son ouverture compte tenu de l'absence d'encadrement réglementaire pour ce type de baignade.

Pour le Loir et Cher, le bilan annuel est globalement bon sur le plan microbiologique. Des efforts importants sont à réaliser par les exploitants pour garantir des eaux conformes sur le plan physico-chimique, notamment sur l'ajustement des produits de désinfection. A noter que le parc de piscines publiques dans le Loir et Cher est vétuste.

### **La prévention des risques auditifs.**

Une opération d'amélioration acoustique des bâtiments, cantines scolaires et salles de repos accueillant des enfants est réalisée depuis 2009 dans le département. A ce jour, 24 collectivités territoriales ont pu bénéficier de subventions de l'Etat.

Chaque année, entre 8 et 15 dossiers relatifs à des plaintes de bruit de voisinage sont traités en lien avec les collectivités territoriales.

Des outils de sensibilisation aux risques liés à l'écoute de la musique amplifiée sont mis à disposition des collèges et lycées du département (mallettes pédagogiques).

### **La lutte contre l'habitat insalubre et indigne.**

La lutte contre l'habitat indigne et non décent sous toutes ses formes (insalubrité, immeubles menaçant ruine) constitue un des enjeux prioritaires du Plan Départemental d'Actions pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD). La Caisse d'Allocations Familiales de Loir-et-Cher est maître d'ouvrage de la MOUS Habitat Indigne (Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale) depuis le 1er janvier 2010.

A ce jour, plus de 90% des signalements concernent des logements non conformes aux règles d'hygiène du Règlement Sanitaire Départemental et/ou aux caractéristiques du logement décent (décret du 30 janvier 2002).

Le nombre d'arrêtés préfectoraux pris, toutes procédures confondues, est d'environ 2 par an entre 2003 et 2011, pour 284 signalements dont 150 logements visités.

Le nombre de signalements annuels varie de 26 à 53. Depuis la mise en place de la MOUS « Habitat indigne », les visites de logements signalés sont devenues systématiques.

En Loir et Cher, de 2000 à 2011, aucun cas de saturnisme infantile n'a été déclaré.

### **La prévention des risques liés à l'amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.**

Un bilan des contrôles menés depuis 2006 dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux du département a été finalisé fin 2011-début 2012. Il en ressort les éléments principaux suivants :

2 établissements présentent de l'amiante friable dont l'état de conservation (n=1) est jugé satisfaisant mais avec une surveillance à réaliser tous les trois ans.

90% des établissements possèdent des matériaux amiantés non friable (dalles de sol, conduites de ventilation ou pluviale, toit ou bardage en fibrociment), majoritairement en bon état et parfois en état dégradé.

88% des établissements ont une DTA (Directive Territoriale d'Aménagement) conforme à la réglementation, mais oublient de le présenter ou de le mettre à jour lors d'intervention sur les bâtiments.

## L'ambrosie.

Les principales pathologies engendrées du fait de la dispersion des pollens de cette plante invasive sont des rhinites, des conjonctivites, des trachéites urticaires, des eczémas et également des crises d'asthme chez les personnes sensibles.

Actuellement il n'existe pas de développement important d'ambrosie en Loir-et-Cher mais la région Centre est la troisième région Française impactée après les régions Rhône-Alpes et Auvergne. Les départements du Cher et de l'Indre sont particulièrement infestés. L'ambrosie progresse le long des cours d'eau et colonise progressivement les bords de Loire, infestant ainsi les départements du Loiret, du Loir-et-Cher et de l'Indre et Loire. Un problème lié à l'ambrosie pourrait donc émerger dans les années à venir.

## **L'offre sanitaire et médico-sociale disponible.**

### **1) Le domaine ambulatoire.**

Le Loir et Cher connaît une répartition inégale des différents professionnels de santé. Ainsi, bien qu'une seule zone au nord du département soit qualifiée de fragile par le SROS, plusieurs bassins de vie sont sous dotés, voire très sous dotés, au niveau de l'offre paramédicale.

Le Loir et Cher présente en 2013 une densité de médecins généralistes libéraux de 85,7 pour 100 000 habitants, supérieure au niveau régional (83,2 pour 100 000 habitants). Cependant le département connaît depuis 2009 une forte baisse des ressources en médecins généralistes (de 319 à 281 MG entre 2009 à 2013). La proportion de médecins généralistes de moins de 55 ans en 2013 est la plus faible des départements de la région (45,5% pour le Loir et Cher contre 52,1% pour la région Centre, source RPPS/INSEE).

Plusieurs zones fragiles ont été identifiées par l'ARS sur le département. Ces zones, déclinées par bassins de vie, varient selon les professions concernées, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Certains bassins de vie ont une dimension interdépartementale.

Professionnels concernés	Bassins de vie sous dotés	Bassins de vie très sous dotés
Médecins généralistes		Mondoubleau
Infirmiers	Lamotte Beuvron	Montoire-sur-le-Loir Montrichard Saint-Aignan
Masseurs kinésithérapeutes	Cloyes-sur-le-Loir Blois 1er canton (hors Blois) Blois 2ème canton (hors Blois) Bracieux	Mondoubleau Saint-Calais Montoire-sur-le-Loir Contres Salbris Vierzon
Orthophonistes	Vineuil Montrichard	Saint-Calais Blois 1er canton (hors Blois) Blois 2ème canton (hors Blois) Mer Saint-Aignan Selles-sur-Cher Romorantin-Lanthenay Lamotte-Beuvron

Les données concernant les professionnels de santé méritent d'être regardées avec précaution, notamment concernant la prise en compte des temps partiels et des départs à la retraite, des médecins à exercice particulier et des médecins ne participant pas aux gardes.

L'organisation et le temps de travail des nouveaux médecins diffèrent de ceux des médecins plus âgés, proches de la retraite.

Le Loir et Cher se caractérise par une permanence des soins ambulatoires (PDSA) qui se délite progressivement au fur et à mesure des départs à la retraite : des réquisitions dans certains secteurs jusque février 2012, une recherche d'une contractualisation quant à la gestion quotidienne des imprévus en journée, avec une expérimentation sur le vendômois et la vallée du Cher.

La révision du cahier des charges le 27 mai 2013 a conduit à réorganiser certains secteurs, à généraliser l'arrêt de la garde à 22 heures en semaine sur tout le département et à maintenir la PDSA jusqu'à minuit le samedi, dimanche et jours fériés.

Des secteurs sont particulièrement fragiles : Mondoubleau, Salbris, Saint Aignan.

Dans le Loir-et-Cher, trois maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont actuellement en fonctionnement : la MSP de Mondoubleau (ouverture janvier 2009), la MSP de Oucques (ouverture janvier 2011), la MSP de Montrichard (ouverture juillet 2012). Les projets sont portés par la communauté de communes ou la municipalité, et sont financés par des crédits de l'Etat, des collectivités territoriales. Un pôle de santé s'est ouvert fin 2012 sur Selles-sur-Cher, financé directement par les professionnels de santé.

Trois projets sont en cours de travaux ou en projet :

- la MSP portée par la CdC du Controis à Contres (arrondissement de Blois) qui a reçu en février 2012 un accord pour un financement sur le CPER ;
- la MSP portée par la CdC de Beauce et Gâtine à St Amand Longpré (arrondissement de Vendôme) qui a reçu en juillet 2012 un accord de financement sur le CPER ;
- la MSP portée la commune de Châtres-sur-Cher et la CC de Romorantin.

Enfin, le dispositif « PAIS » (*Plateforme Alternative d'Innovation en Santé*) a été initié en 2009 à Saint Georges sur Cher et ensuite étendu à Soins en Sologne et St Aignan. L'intérêt de cette expérimentation réside dans la gestion des imprévus en journée, par la désignation d'un médecin chargé de cette mission chaque jour et par un filtrage en amont efficient via un secrétariat commun aux médecins participant au dispositif. Le dispositif mobilise 21 médecins généralistes sur la vallée du Cher.

## **2) L'offre hospitalière** (voir cartographie en annexe).

Le département dispose de :

- 3 centres hospitaliers (Blois, Vendôme, Romorantin),
- 18 établissements de santé de court et de moyen séjour 4 hôpitaux locaux,
- 2 cliniques MCO,
- une structure d'HAD,
- 12 établissements de SSR (polyvalents, spécialisés),
- 3 cliniques privées pratiquant la psychothérapie institutionnelle,
- 4 sociétés gérant des équipements et/ou matériels lourds.

La conclusion en 2012 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les offreurs de soins a permis de les inscrire dans les filières de prise en charge sur le territoire en cohérence avec les objectifs du PRS.

### **3) L'offre pour personnes âgées.**

L'offre de prise en charge des personnes âgées dans le département est la suivante au 01/01/2013 :

Places EHPAD	Capacité autorisée	Capacité installée
HP	4 513	4 498
Dont HT non Alz.	57	57
Dont unité Alz.	423	408
Dont PASA	94	94
+ HT Alz.	51	51
+ AJ Alz. En EHPAD	72	72
+ Petite unité de vie	20	20
Places total EHPAD	4 656	4 641
AJ autonome	12	12
USLD en SSR	160	160
Places de SSIAD	775	775
Foyers logement	519	519
PLACES TOTALES	6 122	6 107

Le taux équipement en places d'EHPAD est globalement satisfaisant, et supérieur aux valeurs régionales.

Le taux d'équipement des SSIAD est inférieur à celui de la région et a justifié la création de 34 places. Il persiste une inégalité des taux d'équipement en infra-départemental.

Il convient de signaler que le département compte une majorité d'EHPAD publics, et quelques EHPAD de petite taille (40 lits), ayant conduit fin 2012 au regroupement de deux EHPAD sur l'arrondissement de Romorantin-Lanthenay.

### **4) L'offre en faveur des personnes handicapées.**

#### **a) Enfants.**

Enfance Handicapée	Capacité autorisée au 31/12/2012	taux d'équipement départemental	taux d'équipement régional
IME- JES-IEM	412	5,41	6,04
ITEP	157	2,06	1,22
SESSAD -SAFEP/SSEFIS	262	3,44	2,86
Instituts pour sourds	0	0,00	0,34
Total	831	10,91	10,46

- Le taux d'équipement en Institut Médico-éducatif (IME) est le plus faible de la région Centre mais les dernières créations de structures sont orientées vers l'accueil temporaire (autisme, polyhandicap), permettant un répit des aidants familiaux. Une intervention précoce et innovante pour les jeunes présentant un retard psychomoteur important est réalisée par une équipe « hors les murs » du jardin d'enfant spécialisé.
- A noter une absence d'établissements pour sourds et handicapés moteurs, mais une prise en charge assurée par des services ambulatoires (SAFEP/SSEFIS et SESSAD).
- Le taux d'équipement en Services d'Education et de Soins A Domicile (SESSAD) est le plus élevé de la région Centre avec une couverture territoriale complète par la sectorisation des SESSAD.
- Un taux d'équipement en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogiques (ITEP) plus élevé que le taux régional, en cours d'adaptation pour la prise en compte des jeunes présentant des troubles psychiques.
- Une hausse continue du nombre de jeunes de plus de vingt ans pris en charge dans les établissements de l'éducation spécialisée faute de place sur le secteur adultes handicapés (44 au 01/06/2013).

**b) Adultes.**

<b>Adultes Handicapés</b>	Capacité autorisée au 31/12/2012	taux d'équipement départemental	taux d'équipement régional
MAS	100	0,61	0,62
FAM	218	1,33	0,89
SSIAD PH	61	0,37	0,24
SAMSAH	65	0,40	0,27
ESAT	598	3,64	3,74
Total	1 042	6,35	5,76

- Un taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) (polyhandicap et handicap psychique) supérieur au taux régional à partir de janvier 2013 avec l'ouverture d'une MAS pour handicapés psychiques de 45 places à Naveil.
- Le second taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et en Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) le plus élevé de la région Centre, dont 2 établissements à vocation interrégionale (déficients auditifs avec troubles associés à Oucques et grands handicapés physiques à Montoire-sur-le-Loir).
- Un taux d'équipement en ESAT inférieur au taux régional, dont 2 établissements à vocation interrégionale (déficients auditifs à Oucques et handicapés moteurs à Lunay).
- Le taux d'équipement en places spécifiques de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes handicapées le plus élevé de la région, qui couvre l'ensemble des cantons.
- La présence d'un des trois centres de rééducation professionnelle et d'un des deux centres de pré-orientation situés en région Centre (Les Rhuets à Vouzon).
- L'intervention de trois Groupes d'Entraide Mutuelle à Blois et Vendôme dont deux pour handicapés psychiques et un pour personnes présentant les séquelles d'un traumatisme crânien.

## **5) L'offre en prévention.**

### **- L'offre dans le domaine de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité.**

Le département dispose d'établissements et de services sociaux :

- 142 places en CHRS, 84 places en Pension de familles dont 10 places dédiées à un public en souffrance psychique (résidence accueil), 20 places de stabilisation, 20 places pour hommes en abri de nuit, 54 places d'hébergement d'urgence pour familles.
- Un accueil de jour pour personnes à la rue et personnes souffrant d'isolement.
- Une équipe mobile santé précarité avec une triple dimension : sociale (éducateur CIAS du Blaisois), santé (infirmière Osons nous soigner), addictions (animatrice Vers un réseau de soins).

Des établissements et services spécifiques pour publics en situation précaire sont également mobilisés :

- 3 lits halte soins santé,
- une équipe psychiatrie précarité (EMPP) rattachée au CH de Blois,
- des permanences d'accès aux soins (PASS) gérées par le CH de Blois et par le CH de Vendôme

*Porteur(s) d'actions de prévention : ACEP Tsigane 41, Osons Nous Soigner.*

### **- L'offre dans le domaine des addictions.**

Etablissements de santé :

- consultations (sevrage et orientation si besoin vers une post-cure),
- équipes de liaison et de soins en addictologie dans les centres hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin-Lanthenay.

Services médico-sociaux : structures spécialisées, bien implantées, proposant un sevrage ambulatoire, un suivi médical et psychologique

- CSAPA (ANPAA 41) : prise en charge des problématiques alcool et tabac, option jeux pathologiques – Blois ; antennes de consultation Vendôme, Romorantin-Lanthenay, Saint-Aignan et Mer.
- CSAPA (VRS) : prise en charge des problématiques drogues illicites, option jeux pathologiques – Blois ; antennes Vendôme et Romorantin-Lanthenay
- CAARUD (VRS) : réduction des risques ; prise en charge des usagers de drogues dont l'alcool et les médicaments mésusés.
- Services de prévention ANPAA 41 et VRS

*Porteur(s) d'actions de prévention : Vers un Réseau de Soins (VRS), L'Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie (ANPAA), mouvement vie libre, alcool assistance la croix d'or*

### **- L'offre dans le domaine de la santé mentale.**

- Pension de famille (ou résidence accueil) de 10 places pour personnes en souffrance psychique : convention entre l'ASLD et le CH de Blois pour la prise en charge de personnes sortant du CH ;
- L'EMPP fait le lien entre les professionnels du social et les professionnels de la santé.

Le projet « Familles gouvernantes », porté par l'UDAF, est en cours. Il vise au regroupement dans une maison de plusieurs personnes en souffrance psychique avec la présence d'une gouvernante

*Porteur(s) d'actions de prévention : missions locales du Vendômois, du Romorantinais et du Blaisois, UNAFAM 41.*

- **L'offre dans le domaine de la périnatalité et des maladies transmissibles.**

- 3 Centre d'information, de dépistage et de Diagnostic des Infections sexuellement transmissibles et (CIDDIST),
- 3 centres de vaccination,
- Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF),
- 3 Centres de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT).

Porteur(s) d'actions de prévention : Mouvement Français Planning Familial 41 Mutualité Française Centre.

- **Porteur(s) d'actions de prévention dans le domaine des maladies chroniques** : Association Française des diabétiques de Loir-et-Cher.

- **Porteur(s) d'actions de prévention dans le domaine de la nutrition** : CCAS de Romorantin-Lanthenay, croix marine, Union Régionale pour l'habitat des Jeunes (URHAJ), mutualité française Centre.

- **Coordinations départementales.**

- Quatre coordinations territoriales des acteurs en éducation pour la santé / promotion de la santé sont pilotées par l'antenne du Loir et Cher de la FRAPS (Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé) Elles portent sur les thèmes de la nutrition et l'activité physique ; les addictions ; la vie affective et sexuelle ; la santé mentale et prévention du suicide.
- La coordination santé précarité de la ville de Romorantin Lanthenay.
- La coordination prévention suicide Vendôme.

- **Réseaux de santé.**

- Le réseau santé nutrition diabète 41 (RSND) ;
- Le REZO addictions 41 ;
- La maison des adolescents (MDA) ;
- Réseau territorial de cancérologie ONCO 41.

## **1-2 Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire.**

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS, la conférence de territoire a fourni en novembre 2011 des travaux qui ont permis d'identifier des sujets majeurs pour le département du Loir et Cher, notamment la démographie médicale, la prise en charge des personnes âgées, la santé mentale.

Les partenaires ont actualisé ces travaux lors de séminaires du 8 février et du 25 mars 2013, en intégrant la dimension de parcours et de gradation des soins, et de maillage du territoire.

Sans reprendre le diagnostic territorial, qui a fait l'objet de fiches par filière de prise en charge (*annexe 2*), les caractéristiques principales du territoire qui impactent les questions de santé sont les suivantes :

- un département à tendance rurale (Perche, Beauce, Sologne), à équidistance de 2 pôles régionaux (Tours et Orléans),
- un département touché par le vieillissement de la population,
- des facteurs de santé défavorables, en particulier le suicide, l'alcoolisme, les conduites à risque, le diabète,
- un département considéré globalement comme bien équipé au niveau de l'offre ambulatoire, sanitaire, médico-sociale, avec des disparités infradépartementales, au détriment du Nord, et de l'Est,

- une démographie médicale fragile, avec la plus forte proportion de médecins de plus de 55 ans de la région,
- des ruptures de parcours identifiés dans plusieurs filières,
- une médecine de proximité qui ne parvient pas à répondre complètement aux demandes de soins non programmés,
- des tensions au niveau des urgences, en partie liées à l'accueil des personnes âgées,
- des difficultés de prise en charge des jeunes en souffrance psychique (absence de places en d'hospitalisation complète adaptée à l'ensemble des besoins pour les enfants et adolescents),
- des blocages pour l'accueil d'enfants en IME, saturés par des jeunes en aménagement Creton,
- des acteurs bien implantés dans le champ de l'addictologie, avec une complémentarité et une territorialisation des interventions à développer,
- des dispositifs à revisiter au niveau du public et/ou de la zone géographique d'intervention, notamment : maison des adolescents, lits halte soins santé, équipe mobile psychiatrie précarité, permanences d'accès aux soins de santé,
- un réseau local constructif avec les services de l'Etat, du conseil général, les caisses, les associations et établissements, avec des dynamiques locales : PAIS, coordinations territoriales (plateforme vivre autonome 41, FRAPS, santé précarité sur Romorantin-Lanthenay, suicide sur le Vendômois).

## 2<sup>ème</sup> partie : La territorialisation des actions de santé.

**Organiser la territorialisation suppose de définir préalablement le niveau géographique pertinent :**

Le territoire de santé est une notion administrative et opposable dans le cadre de la planification de l'offre de soins (article L.1434-9 du CSP) et de l'installation des conférences de territoires. En région Centre, le département a été retenu comme territoire de santé par le directeur général de l'ARS le 23 juillet 2010 à la suite d'une consultation recueillant l'unanimité des parties prenantes à la discussion.

Le territoire de proximité (ou territoire d'action ou de projet) renvoie à un espace de proximité et de coopération, issu de volontés locales. Les contours de ce territoire sont donc variables et mouvants en fonction des acteurs qui le portent et des évolutions du projet dans le temps. Les contours du territoire d'action varient également en fonction du sujet traité (offre de premier recours, prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, etc) et souvent du degré de spécialité de l'offre concernée.

Considérant le caractère mouvant d'un territoire de projet et la nécessité de tenir compte des volontés et des dynamismes locaux pour garantir la réussite et la pérennité d'un projet, l'ARS du Centre n'a pas souhaité dans le PRS définir a priori et risquer de figer dans le temps les contours des territoires de proximité. **Aussi le présent programme territorial de santé est construit au niveau du territoire de santé, siège de la conférence de territoire.**

**Néanmoins, il importe – en infra-territoires de santé – de réfléchir aux territoires de projet les plus pertinents au regard de l'existant.** 2-1 Le rôle de la conférence de territoire.

L'article L. 1434-17 du Code de la santé publique dispose que « la Conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».

Le PTS permet d'intégrer les propositions des conférences de territoire tout en les situant dans le cadre stratégique du projet régional de santé. La conférence de territoire devient ainsi garante de l'articulation entre le processus descendant de déclinaison du PRS et le processus ascendant de prise en compte des démarches locales de santé.

Sa composition en différents collèges (représentants des usagers, des collectivités territoriales et des différents « offreurs de santé ») en fait un lieu privilégié de débat et de propositions pour la mise en place de parcours de prise en charge articulés « prévention/soins, ambulatoires/soins hospitaliers/médico-social/social ».

## **2-2 La structuration géographique du territoire.**

La forme du département de Loir-et-Cher, étirée nord-ouest/sud-est rend difficile la perception d'une entité départementale. L'orientation des trois vallées principales qui coupent le Loir-et-Cher en trois zones génère des flux interdépartementaux plutôt que départementaux. D'où l'importance de l'axe Vendôme-Blois-Romorantin, seul lien fédérateur de ces trois tronçons aux caractéristiques différentes : Perche, Beauce, Sologne.

### **Les territoires relevant du code officiel géographique (voir carte en annexe 1)**

La commune et l'intercommunalité.

La zone d'emploi.

### **Les outils complémentaires de l'INSEE.**

Les bassins de vie : « *Le découpage de la France en « Bassins de vie » est un « outil » proposé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale* ».

Le nouveau découpage centré sur les équipements et non plus sur les flux domicile-travail, situe à 28 le nombre de bassins de vie dans le département.

### **Le schéma départemental de coopération intercommunale.**

Le département compte actuellement 21 communautés de communes.

La réforme de l'intercommunalité menée par M. Le Préfet devrait aboutir à 15 intercommunalités fin 2013.

### **Les territoires de référence utilisés par les partenaires de l'ARS.**

La structuration géographique des services du Conseil général s'appuie sur 5 maisons départementales de cohésion sociale (Blois-agglomération, Nord Loire, Sud Loire, Romorantin-Lanthenay et Vendôme).

Les grands bassins de vie du Conseil régional : un travail est actuellement engagé sur le bassin de vie de Romorantin-Lanthenay.

### **Les territoires de projet déjà formalisés dans le domaine de la santé.**

Les territoires de référence pour l'offre hospitalière : le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent schéma sanitaire avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes de la région, approche confortée par le choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous-préfectures.

Le Loir et Cher comprend trois zones (arrondissement de Vendôme, arrondissement de Blois, arrondissement de Romorantin) avec un centre hospitalier au milieu (une zone ligérienne et deux zones rurales).

Le département compte 5 pays : Vendômois, Beauce Val de Loire, des Châteaux, Grande Sologne, Vallée du Cher et Romorantinais.

Au niveau des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, il convient de signaler que le département comprend une zone déficitaire pour les médecins généralistes : Mondoubleau.

Le Loir et Cher ne comprend pas de communautés hospitalières de territoire.

Le découpage en psychiatrie est le suivant :

- psychiatrie générale : 3 secteurs, correspondant aux 3 arrondissements,
- pédopsychiatrie : 2 secteurs (intersecteur Nord qui s'appuie sur le CH de Blois, un intersecteur sud qui s'appuie sur le secteur de Romorantin)

La carte d'intervention des SSIAD est découpée en 17 zones.

Un atelier santé ville est géré par la ville de Blois.

### **Éléments de prospectives.**

Les groupes de travail ont interrogé systématiquement le niveau de territoire pertinent d'intervention selon les filières.

Il ressort qu'elles s'organisent souvent autour des 3 arrondissements, au regard de la présence des 3 centres hospitaliers.

Il convient cependant de signaler des habitudes de travail des acteurs, et d'accès aux soins des habitants tournées vers des départements limitrophes :

- le Nord (Mondoubleau, Droué) vers la Sarthe,
- le Nord Est (Mer) vers le Loiret,
- le Sud Ouest (Montrichard, Saint Aignan) vers l'Indre et Loire,
- l'Est (Salbris, Lamotte Beuvron, Romorantin-Lanthenay) vers le Loiret ou le Cher.

Un bassin de santé de proximité apparaît important à délimiter autour des médecins généralistes ; plusieurs découpages sont évoqués : cantons, bassins de vie (anciens et nouveaux de l'INSEE, ceux du conseil régional) qui ne sont pas appropriés au niveau local.

Il convient aussi d'évoquer les secteurs définis pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA) : actuellement 12 secteurs pour la semaine, 10 secteurs pour le week-end ; une révision du zonage SROS est suggérée par les professionnels du premier recours.

Les acteurs se réfèrent plus facilement à l'intercommunalité (pour rappel 15 zones sont envisagées).

Afin de favoriser le parcours du patient, il convient de se référer à une échelle qui soit repérable pour le patient (proche des cantons) ; un rayonnement de 20-30 minutes apparaît être raisonnable.

Les gardes s'organisent à une échelle intercommunale.

Pour les autres soins, notamment spécialisés, ils sont accessibles autour des 3 centres hospitaliers, voire au chef lieu de département, ou en interdépartemental (exemple unité neuro-vasculaire).

L'accès aux urgences à moins de 30 minutes semble assuré, dans le département, en mobilisant des moyens infra et interdépartementaux.

Pour la filière gériatrique, l'organisation autour des 3 arrondissements a été retenue, après avoir exploré le découpage des 5 maisons de cohésion sociale.

Dans le domaine des personnes handicapées, des pratiques d'orientation sont également tournées vers les départements voisins pour les zones limitrophes : Indre et Loire et Loiret. Par ailleurs, le rayonnement de référence des services est environ de 30 km.

Pour les actions de prévention, une territorialisation est recherchée par plusieurs intervenants, avec une réflexion qui paraît à approfondir. L'ancrage sur les trois arrondissements ne semble pas suffisant, et des territoires non couverts sont notamment signalés :

- au Nord : Ouzouer le Marché, Oucques, Josnes,
- au Sud : Contres, Montrichard et Pontlevoy,
- à l'Est : Lamotte Beuvron et Salbris .

Une réflexion apparaît à poursuivre, par exemple autour des 5 zones définies par le Conseil général.

En conclusion, l'organisation pour l'offre hospitalière, médico-sociale, de premier recours (pour les spécialistes) est principalement fondée sur 3 zones intermédiaires recoupant les 3 arrondissements, en lien avec la zone d'attractivité des 3 centres hospitaliers.

Compte tenu de la position géographique du Loir et Cher entre les 2 pôles régionaux de Tours et Orléans, la référence à 5 zones, recoupant plus ou au moins les 5 pays, ou les 5 maisons de cohésion sociale du Conseil général est parfois suivie.

Pour le premier recours, une dizaine de bassins de proximité se dessinent, qu'il convient de confirmer compte tenu de la coexistence de plusieurs découpages bassins de vie et de la révision de l'intercommunalité en cours, voire avec une étude des zones de patientèles.

Les territoires de projet des 3 Contrats Locaux de Santé sont valorisés pour décliner des expérimentations et des bonnes pratiques.

### ***2-3 L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santé.***

Le Contrat Local de Santé (CLS) est une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 dite « loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires » : l'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique dispose notamment que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclu par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

Il est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes composantes : prévention, soin et médico-social. Il incarne la dimension intersectorielle de la politique de santé dans le but de mieux répondre aux enjeux d'accès aux soins, aux services, et à la prévention des personnes, notamment des personnes vulnérables, et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local.

Le Contrat local de santé a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux de santé, notamment portés par les élus locaux, en veillant à leur articulation et leur cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Ces projets, qui reposent sur des diagnostics locaux de santé publique, contribuent à l'instauration d'un débat local sur les problématiques de santé du territoire entre institutions, professionnels, associations, population...

L'ARS du Centre a impulsé, dès sa mise en place, l'outil du CLS au titre de sa politique de réduction des inégalités de santé entre territoires notamment au moyen d'un cahier des charges spécifique afin de :

- dynamiser les territoires pour lesquels les porteurs de projets sont peu nombreux, malgré l'existence de mauvais indicateurs de santé,
- mettre en œuvre la politique régionale au plus près du terrain et développer une logique ascendante prenant en compte les besoins des habitants,
- sensibiliser et mobiliser tous les acteurs locaux aux priorités de santé publique,
- décloisonner et mettre en synergie les différentes politiques publiques.

Le projet territorial de santé est un outil de déclinaison du projet régional de santé au niveau du territoire de santé – le département en région Centre. Il est un document transversal permettant d'atteindre les objectifs des schémas et programmes. Les CLS constituent l'un des moyens d'intervention mis en place avec les collectivités territoriales à un niveau géographique plus fin.

Dans le Loir et Cher, deux CLS sont conclus : Ville de Blois (2011) et Pays du Vendômois (2012).

Les axes du CLS de la ville de Blois signé le 14 décembre 2011 entre la préfecture, l'ARS du Centre et la ville de Blois sont :

- axe 1 : Faciliter l'accès aux droits et aux soins ;
- axe 2 : Prévenir, Dépister, Promouvoir la santé ;
- axe 3 : Favoriser le bien-être et la santé mentale ;
- axe 4 : Favoriser l'autonomie et la prise en charge des personnes âgées ;
- axe 5 : Maintenir et attirer, sur la ville de Blois, des professionnels de santé ;
- axe 6 : Mieux vivre dans sa ville : vivre dans un environnement sain et agréable.

Le CLS du pays Vendômois signé entre l'ARS, le pays, le conseil régional, la préfecture s'articule autour de 2 axes et 5 priorités :

- Axe 1. La valeur ajoutée d'un travail local de proximité : rôle du territoire.
  - Connaitre, se connaître.
  - Promouvoir l'attractivité du Pays Vendômois pour les professionnels de Santé.
- Axe 2. Le parcours Santé d'un habitant : prise en charge d'une personne malade ou d'un habitant :
  - Les actions de prévention.
  - L'accès aux soins pour tous.
  - Le suivi de la prise en charge.

Un contrat est en cours d'élaboration avec la communauté de communes du Romorantinais-Monestois (2013).

## **3<sup>ème</sup> partie : les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire de Loir et Cher.**

Le présent PTS n'a pas pour objectifs de décliner de façon systématique les actions relevant du PRS. Outil conçu comme évolutif et opérationnel, sa première rédaction pourra par ailleurs être complétée ultérieurement en intégrant le cas échéant, au fur et à mesure, les fruits des travaux menés par la conférence de territoire.

En effet certaines des priorités du PRS ont déjà trouvé leurs déclinaisons au travers de dispositifs réglementaires (régime des autorisations, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ...) ; d'autres peuvent être déclinées sur le territoire régional sans nécessiter une nouvelle réflexion territorialisée compte tenu de la précision des schémas.

En revanche le PTS a un rôle majeur de déclinaison transversale des priorités du PSRS réparties par type d'offre dans les schémas. Pour cette raison, il est proposé de décliner les priorités territoriales en fondant la réflexion sur la notion de parcours de santé.

### ***3-1 Définition de la notion de parcours.***

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.

Penser une prise en charge des personnes en terme de parcours sur le long terme s'inscrit dans la logique de plusieurs grandes lois de la décennie précédente qui placent l'utilisateur au centre de la prise en charge, notamment la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La notion de parcours répond aussi à la nécessaire évolution de notre système de santé afin notamment de faire face à la progression des maladies chroniques, responsables de la majorité des dépenses et de leur évolution, et qui nécessitent une prise en charge transversale avec de multiples intervenants.

L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé, permettant à la fois de mieux soigner et de mieux dépenser.

Le périmètre des parcours s'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'Etat et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont vocation à s'inscrire à la fois dans le temps (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et dans l'espace (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

## 3-2 Le programme d'actions.

Le PTS vise à favoriser la transversalité entre les domaines de la prévention, de l'ambulatoire, du sanitaire, du médico-social, et la territorialisation des actions au sein du département. Il est centré sur des actions d'adaptation de l'offre, de coordination, de coopération.

Les acteurs ont dégagés au travers des travaux des groupes 5 axes stratégiques, qui se déclinent en des fiches-actions transversales, et des fiches-actions par filière de prise en charge.

- 1) Rendre lisibles les dispositifs pour les acteurs, et le public.
- 2) Favoriser la coordination des acteurs en confortant les lieux existants, et leur professionnalisation.

Des fiches-actions ont été proposées par les groupes de travail, comme des prérequis d'un parcours de soins cohérent et coordonné.

- 3) Promouvoir la prévention à tous les stades.
  - **Prévention primaire** : actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas.
  - **Prévention secondaire** : actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes.
  - **Prévention tertiaire** : actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation.

La dimension de la prévention est à intégrer dans chacun des parcours et apparaît en sous-action de manière plus ou moins développée dans cette 1<sup>ère</sup> version du programme.

Des sujets pouvant impacter plusieurs filières, le suicide, le diabète, la santé environnementale, sont présentés dans un axe transversal de promotion de la prévention.

La conférence de territoire souhaite apporter une vigilance particulière à la prévention à destination des jeunes enfants, notamment face à l'emprise d'internet qui peut avoir des conséquences sur la structuration de l'enfant et du futur adulte.

- 4) Consolider le maillage territorial, aller vers le public.
- 5) Développer les coopérations (système d'information, ressources humaines) et organiser des activités à vocation départementale.

*La filière périnatalité n'a pas été traitée, et sera initiée lors de la prochaine revue du programme territorial de santé.*

Le PTS compte 10 objectifs, et 35 fiches-actions (*annexe 3*) ; celles-ci présentent un niveau de détail différencié, et selon l'avancement de la réflexion, des modalités de mise en œuvre seront à préciser.

**Objectif 1 - Préalable : améliorer la lisibilité des dispositifs et la coordination des acteurs.**

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
1.1 : Améliorer la lisibilité des filières de prise en charge.	ARS	Associés : CG, CPAM, MSA, FRAPS, Associations, ESMS, Etablissements de santé, Etablissements et services sociaux, MDPH Potentiels : ASEPT Berry Touraine, ordres des professions libérales, organismes de formation et de l'insertion professionnelle	2013/2014
1.2 : Améliorer la coordination des acteurs en confortant les instances existantes.	ARS	Associés : Collectivités territoriales, CG, Associations, FRAPS, ESMS, Etablissements de santé, Etablissements et services sociaux et médico-sociaux, MDPH, caisses (CPAM, MSA) Potentiels : organismes de formation et de l'insertion professionnelle, professionnels libéraux, secteur mutualiste, aidants familiaux	2013/2016

**Objectif 2 - Relever le défi des professionnels de santé.**

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
2.1 : Faciliter l'installation des médecins généralistes.	ARS, CG	Associés : CPAM, CDOM, les CH, DUMG - faculté de médecine,	2013/2016
2.2 : Développer la médecine de proximité et promouvoir l'établissement de santé hors les murs.	ARS, CPAM, MSA	CDOM, CG, les 3 CH, MSP	2013/2014
2.3 : Favoriser les protocoles de coopération entre les professionnels de santé.	ARS (pour les libéraux) Chaque établissement (pour les professionnels en interne)	Ordres des professionnels de santé	2013/2014
2.4 : Développer les exercices regroupés.	ARS, Etat, collectivités territoriales	CDOM, CG, collectivités territoriales	2013/2015
2.5 : Développer les coopérations avec la médecine de proximité avec le champ social.	ARS/CG	CPAM, MSA, CARSAT, CDOM, les CH, les associations	2014/2015

### Objectif 3 - Améliorer la prise en charge aux urgences.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
3.1 : Adapter l'organisation des urgences.	ARS à terme SAMU/CH Blois pour l'animation du réseau territorial	Etablissements autorisés médecine d'urgence, Ets MCO, SSR, Psy, ESMS, CODAMUPS, CDOM, URPS, Conseil général	2013/2014

### Objectif 4 - Consolider la filière gériatrique.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
4.1 : Organiser la filière gériatrique au niveau infra départemental.	ARS, à terme 3 CH	CH (pôle gériatrique, service des urgences), EHPAD, CG, Plateforme 41 / MAIA, SSIAD, services aide à domicile	2013
4.2 : Renforcer le repérage des situations de fragilité.	Pôle gériatrique du CHB	ARS, CG, CH, EHPAD, Vivre autonome 41	2014/2016
4.3 : Mettre en place un conseil téléphonique gériatrique.	3 CH	Associés : ARS, CG, Potentiels : CDOM, CDOI, Plateforme Vivre Autonome, MAIA	2013/2014
4.4 : Améliorer la coordination entre les unités d'accueil et d'urgence (UAU), l'hospitalisation à domicile (HAD), EHPAD.	HAD	Associés : Services d'urgences du CH Blois, de la polyclinique, du CH Vendôme, du CH Romorantin-Lanthenay, CH, EHPAD  Potentiels : Urgences des départements limitrophes.	2014
4.5 : Accompagner le déploiement de la télémédecine et optimiser l'utilisation du DLU dans les EHPAD.	ARS	Ordre des médecins, généralistes et spécialistes libéraux, médecins coordonnateurs, directeurs et infirmiers des EHPAD.	2013 /2014

### Objectif 5 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des publics vulnérables

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
5.1 : Améliorer le maillage et la couverture territoriale des dispositifs d'accès aux soins sanitaires et médico-sociaux	ARS	Associés CG - CH – ESMS – gestionnaires CAMSP, SAMSAH - HAD	2014/2016
5.2 : Améliorer l'accès et la continuité des soins des populations vulnérables, en situation de précarité	URIOPSS/ONS	Associés : CG, services sociaux, PMI professionnels libéraux, SDIS, ESMS ; établissements de santé,	2014/2016
5.3 : Améliorer la prise en charge des soins dentaires des	ARS/MDPH	Associés : CPAM, MSA, CG, ordre des chirurgiens- dentistes, associations,	2013/2014

personnes handicapées et personnes âgées.		établissements Potentiels : Mutualité Française	
5.4 : Renforcer le lien entre les acteurs de la santé et du social pour les publics en grande précarité.	DDCSPP/ ARS	Associés : ONS, ASLD (dont le SIAO), CCAS, CIAS, MCS, CPAM, Emmaüs solidarité, VRS, CH Blois, Bio solidaire, PACT 41, France Terre d'Asile, FJT, autres associations...  Potentiels : professionnels de la santé (services psychiatriques de hôpitaux, des cliniques), CMP, SAMSAH	2013

#### Objectif 6 - Améliorer la continuité du parcours des personnes souffrant d'un handicap.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
6.1 : Eviter les ruptures et les blocages dans le parcours des personnes handicapées	ARS/CG	ESMS, Education Nationale, ASE, MDPH, CFA, Cap Emploi	2013/2015
6.2 : Développer les coopérations entre les différents partenaires concernés par l'accueil des enfants en ITEP	Les 4 ITEP avec une coordination par l'ITEP Herbault	Associés : les IME ; les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie ; l'Education nationale, MDPH, ARS, l'ASE, URIOPSS...	2013/2016
6.3 : Mieux prendre en charge les personnes en situation de handicap vieillissantes	ARS /CG/MDPH	Associés : Associations gestionnaires secteurs PH / PA.	2013/2014

#### Objectif 7 - Assurer la continuité du parcours en santé mentale.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
7.1 : Renforcer l'accompagnement des 12-15 ans présentant des difficultés complexes et multiples	ARS	Associés : équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie publiques et privées- Maison des Adolescents- services de pédiatrie  ESMS, Education Nationale, CG, ASE, MDPH, Associations de familles (UNAFAM, TANDEM...)  Potentiels : CFA, Cap Emploi,	2013/2014
7.2 : Mettre en œuvre une continuité du parcours santé mentale pour les adultes	ARS	Collectivités territoriales (dont celles pilotant un CLS), établissements de soins et médico-sociaux, association d'aïdants (dont Unafam) Hôpitaux et cliniques, établissements médico-sociaux, Unafam, ONS, collectivités territoriales	2013/2015

### Objectif 8 - Structurer la filière addictions.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
8.1 : Consolider la filière de prise en charge des patients en addictologie (tabac compris)	ARS	Les centres hospitaliers de Blois, Romorantin-Lanthenay et Vendôme, VRS, ANPAA 41, le réseau Addictions 41, les associations, Education nationale, les établissements sociaux et médico-sociaux, mouvements d'anciens buveurs, le conseil général, la maison des adolescents	2013/2014

### Objectif 9 - Promouvoir la prévention.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
9.1 : Garantir les relais locaux dans le domaine de la prévention	ARS	CG, FRAPS, Education nationale, médecine universitaire, associations (ONS, réseaux...)	2013/2015
9.2 : Renforcer la prévention du suicide	ARS	Tout public : CIAS, FRAPS (coordination départementale santé mentale), CPAM, MSA, gendarmerie. 15/24 ans : DSDEN (Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale), DDCSPP, la maison des adolescents (MDA), CFA, missions locales, BIJ, PIJ. 25/44 ans : médecine du travail (+intérim) Personnes âgées : Services d'aide à domicile, CG (Conseil Général) : travailleurs sociaux des maisons de la cohésion sociale... Personnes en situation de précarité : CG (travailleurs sociaux des maisons de la cohésion sociale ...), DDCSPP, bailleurs sociaux, EMPP, ONS, accueil de jour...	2014/2015
9.3 : Développer la complémentarité des acteurs au niveau de la prévention et de la prise en charge des diabétiques	CPAM 41 et RSDN41	Associés : AFD41, ARS, établissements de santé  Potentiel : Conseil Général	2013/2014
9.4 : Favoriser la formation des professionnels de santé dans le domaine santé environnement et promouvoir la santé environnementale auprès des collectivités	ARS	Professionnels de santé, Collectivités territoriales (communes, conseil général, conseil régional)	2014/2016

9.5 : Lutter contre l'habitat indigne et insalubre	ARS	Collectivités locales, travailleurs sociaux du conseil général, PACT41, ADIL, DDT, CAF, MSA	2013/2016
9.6 : Poursuivre l'action de sensibilisation au traitement acoustique des établissements sensibles accueillant du public	ARS	DDT de Loir et Cher – DREAL centre	2013/2016
9.7 : Poursuivre la sensibilisation du jeune public aux risques liés à l'écoute de musique amplifiée	ARS	Mobilisé : Direction de l'académie Potentiel : Mutualité Française	2013/2016

### Objectif 10 - Développer les coopérations.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
10.1 : Organiser une équipe mobile pour la prise en charge de la douleur	CH Blois	Associés : ensemble des acteurs du champ sanitaire	2013/2016
10.2 : Mettre en place une filière accidents vasculaires cérébraux	CH Blois	Associés : l'ensemble du secteur médico-social et du sanitaire (SSR La Ménaudière, SSR L'Hospitalet...)	2013/2016
10.3 : Consolider le dispositif territorial de soins palliatifs	CH de Blois	Tous les établissements de santé et du médico-social du 41 ; les associations d'usagers et de bénévoles à l'accompagnement ; le comité départemental des soins palliatifs	2013/2016
10.4 : Développer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social en disposant d'une GPEC partagée	URIOPSS	Ensemble des acteurs du champ sanitaire et du médico-social	2013/2015
10.5 : Favoriser les échanges entre les professionnels de santé via le système d'information de santé	GCS télésanté centre	Associés : ARS, établissements sanitaires et médico-sociaux de la vallée du Cher, les établissements d'Amboise expérimentant la mise en place du volet médical de synthèse, les médecins généralistes libéraux Les collectivités territoriales	2013/2014

### ***3-3 Les modalités de suivi et d'évaluation du programme territorial de santé.***

#### **Le suivi.**

Le programme territorial de santé est actualisé par la conférence de territoire qui joue le rôle de comité de suivi. Elle se réunira au moins une fois par an pour préciser les modalités de mise en œuvre des 35 fiches-actions et dresser l'état d'avancement des mesures prévues.

Les travaux de bilan et d'évaluation sont préparés en amont par le bureau de la conférence. La délégation territoriale de l'ARS est chargée d'organiser l'interface avec les différents acteurs locaux et le niveau régional.

#### **L'évaluation.**

Chaque fiche-action comporte des indicateurs de suivi et de résultat, qui sont définis en cohérence avec les objectifs retenus pour le Projet Régional de Santé. Ces indicateurs pourront être ajustés en vue de la première restitution annuelle.

## Glossaire des sigles.

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé  
**ACT**: Appartement de Coordination Thérapeutique  
**AEP** : Alimentation en Eau Potable  
**ALD**: Affection Longue Durée  
**ARS**: Agence Régionale de Santé  
**ASLD** : Association d'Accueil, de Soutien et de Lutte contre les Détresses  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues  
**CAF**: Caisse d'Allocations Familiales  
**CCAS**: Centre Communal d'Action Sociale  
**CDAG**: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit  
**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées  
**CDC** : Communauté de Communes  
**CG**: Conseil Général  
**CH**: Centre Hospitalier  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CIAS** : Centre Intercommunal d'Action Social  
**CIDDIST**: Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles  
**CLAT**: Centre de Lutte Anti Tuberculose  
**CLS**: Contrat Local de Santé  
**CMP**: Centre Médico Psychologique  
**CMU**: Couverture Maladie Universelle  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CPEF** : Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF),  
**CPER** : Contrat de Projet Etat-Région  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CSAPA**: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
**CV** : Centre de Vaccination  
**DDCSPP**: Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations  
**DDT** : Direction Départementale des Territoires  
**DG ARS**: Directeur Général de l'ARS  
**DLU** : Dossier de Liaison d'Urgence  
**DRAAF** : Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
**DREAL** : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement  
**DT ARS** : Délégation Territoriale de l'ARS  
**DTA** : Directive Territoriale d'Aménagement  
**DUMG** : Département Universitaire de Médecine Générale  
**EHPAD**: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EMPP**: Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
**ESMS** : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux  
**FEADER** : Fonds européen agricole pour le développement rural

**GEVA** : Guide d'Evaluation des besoins de compensations de la personne handicapée

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IME** : Institut Médico-éducatif

**ITEP** : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

**FIR** : Fonds d'Intervention Régional

**FRAPS** : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HPST**: Hôpital Patient Santé Territoire

**IST**: Infection Sexuellement Transmissible

**IVG** : Interruption Volontaire de Grosse

**MAIA**: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MILDT**: Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

**MMG**: Maison Médicale de Garde

**MOUS** : Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**MSP**: Maison de Santé Pluridisciplinaire

**ORS** : Observatoire Régional de Santé

**PAÏS** : Plate forme Alternative Innovation Santé

**PASA** : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

**PDAHI** : Plan Départemental Accueil Hébergement Insertion

**PDALPD** : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

**PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoire

**PRIAC** : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

**PRS** : Plan Régional de Santé

**PTS** : Programme Territorial de Santé

**RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

**RSA** : Revenu de Solidarité Active

**SAFED** : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence de Réanimation

**SROSMS** : Schéma Régional d'Organisation des Services médico-sociaux

**SRP** : Schéma Régional de Prévention

**SSEFIS** : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**URHAJ** : Union Régionale pour l'habitat des Jeunes

**ULSD** : Unité de Soins de Longue Durée

**UNAFAM** : Union Nationale de Familles ou d'Amis de Personnes Malades et Handicapés Psychiques

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Données**

**Annexe 2 : Fiches diagnostic**

**Annexe 3 : Fiches actions**

**Annexe 4 : Tableaux de composition de groupes de travail**

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

Population au 1er janvier 2012

en nombre

	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>327 868</b>	<b>76 343</b>	<b>162 081</b>	<b>51 615</b>	<b>37 830</b>
bassin démographique					
Vendôme	79283	18 066	37 787	13 042	10 389
Blois	140131	34 737	72 669	19 572	13 153
Romorantin	108 454	23 541	51 624	19 000	14 289
région Centre	2 538 590	610 262	1 300 221	373 185	254 922

source : Insee, recensement de la population

en %

	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>23,3</b>	<b>49,4</b>	<b>15,7</b>	<b>11,5</b>
bassin démographique				
Vendôme	22,8	47,7	16,4	13,1
Blois	24,8	51,9	14,0	9,4
Romorantin	21,7	47,6	17,5	13,2
région Centre	24,0	51,2	14,7	10,0

source : Insee, recensement de la population

Projection de population au 1er janvier 2020

en nombre

	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	314 706	68 255	143 451	65 607	37 393
Eure-et-Loir	445 882	112 649	215 011	77 248	40 974
Indre	234 426	47 938	105 299	50 122	31 067
Indre-et-Loire	631 633	149 920	306 227	109 678	65 808
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>344 519</b>	<b>78 390</b>	<b>156 515</b>	<b>68 178</b>	<b>41 436</b>
Loiret	686 114	171 106	333 279	117 349	64 380
Centre	2 657 280	628 258	1 259 782	488 182	281 058

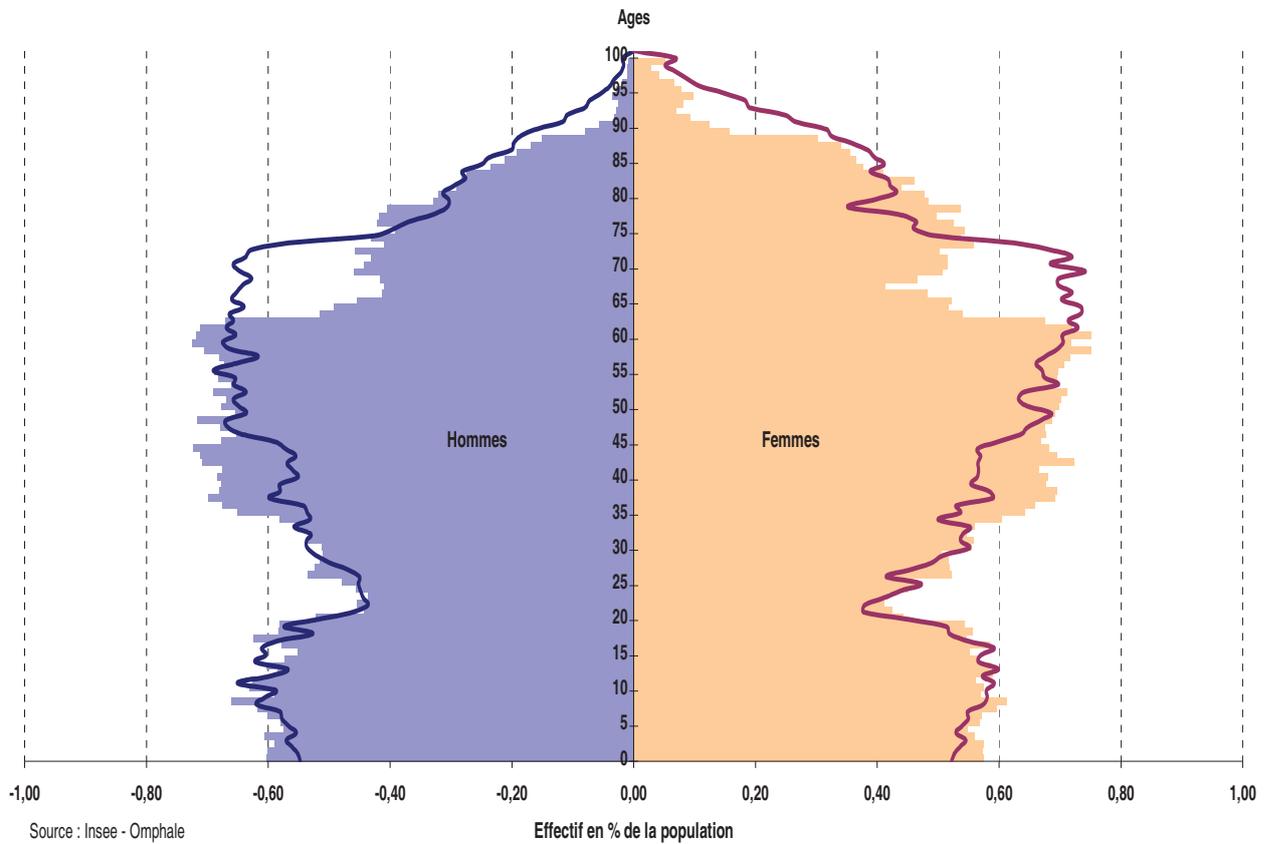
Source : Insee, Omphale

en %

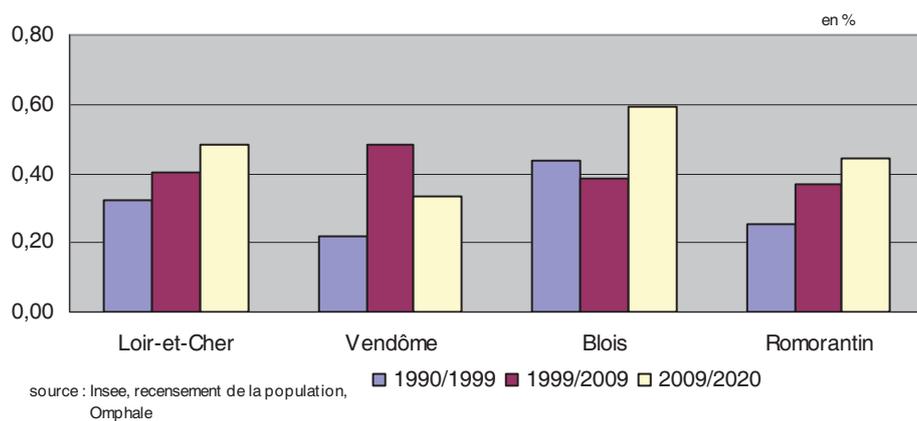
	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	21,7	45,6	20,8	11,9
Eure-et-Loir	25,3	48,2	17,3	9,2
Indre	20,4	44,9	21,4	13,3
Indre-et-Loire	23,7	48,5	17,4	10,4
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>22,8</b>	<b>45,4</b>	<b>19,8</b>	<b>12,0</b>
Loiret	24,9	48,6	17,1	9,4
Centre	23,6	47,4	18,4	10,6

Source : Insee, Omphale

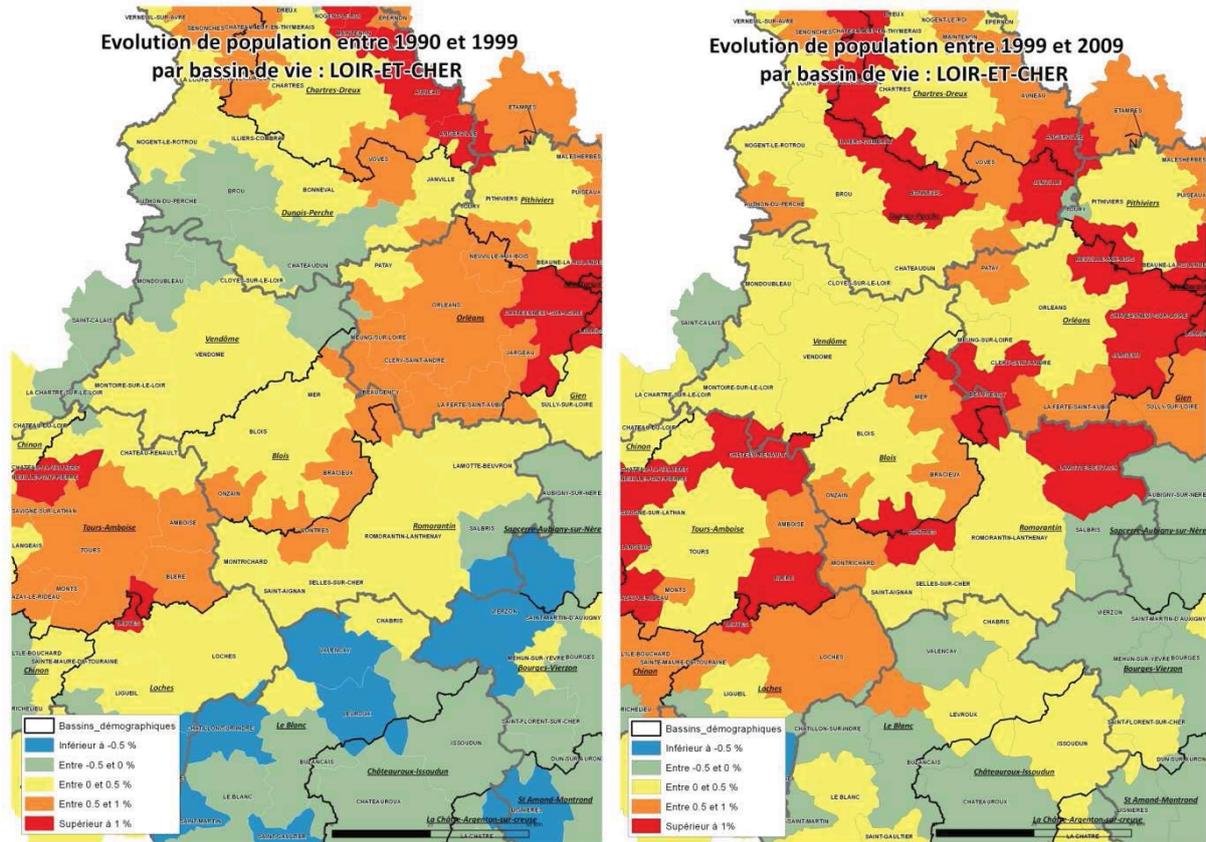
Structure de la population par sexe et âge  
dans le Loir-et-Cher en 2009 et 2020



Évolution annuelle de population



Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données



**Espérance de vie en 2009**

	A la naissance en 2009		A la naissance en 1990		A 60 ans en 2009	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cher	76,6	83,8	72,8	81,5	21,3	26,2
Eure-et-Loir	77,7	83,9	73,2	81,1	22,2	26,6
Indre	77,1	83,3	73,4	81,1	21,7	26,3
Indre-et-Loire	78,7	85,0	74,5	82,4	23,0	27,3
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>77,3</b>	<b>83,8</b>	<b>73,5</b>	<b>82,1</b>	<b>22,2</b>	<b>26,7</b>
Loiret	78,0	84,3	73,7	81,7	22,5	26,7
Centre	77,7	84,2	73,6	81,7	22,3	26,7
Métropole	77,8	84,3	72,9	81,0	22,2	26,8

source : Insee, estimations de population - état civil

## Mortalité

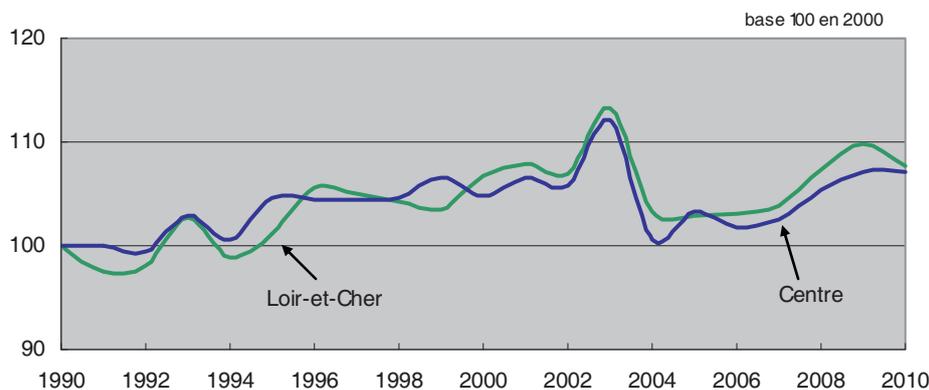
	2010			1990		
	Nombre de décès	taux de mortalité (‰)	taux de mortalité infantile (‰)	Nombre de décès	taux de mortalité (‰)	taux de mortalité infantile (‰)
Cher	3 597	11,4	1,9	3 609	11,2	8,2
Eure-et-Loir	3 812	8,8	3,3	3 516	8,8	8,3
Indre	3 052	12,9	2,9	2 933	12,3	6,8
Indre-et-Loire	5 148	8,8	3,4	4 781	9,0	6,8
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>3 550</b>	<b>11,0</b>	<b>2,7</b>	<b>3 298</b>	<b>10,8</b>	<b>6,1</b>
Loiret	5 583	8,6	3,6	4 974	8,5	7,8
Centre	24 742	9,7	3,2	23 111	9,7	7,4
Métropole	538 319	8,6	3,6	526 201	9,3	7,4

Le taux de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants

source : Insee, estimations de population - état civil

## Évolution des décès



source : Insee - état-civil

## Taux de mortalité prématurée en 2007 - 2009

pour 100 000 habitants

	Années 2007 - 2009							
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
<b>Hommes</b>								
Toutes causes	328,4	275,7	322,3	252,5	294,0	261,2	280,5	278,5
dont :								
tumeurs	131,8	111,6	111,5	97,8	116,3	101,0	109,1	104,7
appareil circulatoire	47,9	36,1	51,5	34,2	34,8	38,2	39,1	40,3
traumatisme, empoisonnement et causes externes	61,8	49,8	69,4	50,3	60,7	53,1	55,3	49,2
alcoolisme	9,0	6,8	12,0	8,1	7,6	7,8	8,2	7,0
<b>Femmes</b>								
Toutes causes	130,2	126,4	133,6	121,5	128,3	125,5	126,2	126,1
dont :								
tumeurs	59,9	66,0	61,3	63,3	57,9	61,4	61,9	59,9
appareil circulatoire	14,4	12,9	13,3	9,6	13,7	14,1	12,8	13,2
traumatisme, empoisonnement et causes externes	21,1	14,3	20,7	16,9	16,1	17,9	17,4	15,3
alcoolisme	1,6	1,0	3,6	2,0	1,7	1,9	1,9	1,5

Note : taux de mortalité prématurée : nombre de décès au cours de l'année d'individus âgés de moins de 65 ans, sur la population totale des moins de 65 ans.

Pour les taux régionaux ou départementaux, il s'agit des taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine.

Champ : décès avant 65 ans pour 100 000 habitants.

Source : Inserm, CepiDc.

**Taux standardisés 2008-2010 de mortalité prématurés par âge  
(moins 65 ans)**

*pour 100 000 habitants*

	Suicides		Maladies de l'appareil circulatoire		Tumeurs	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Cher	33,8	6,7	49	14,3	124,4	121,7
Eure-et-Loir	23,4	5,1	36,3	11,4	110,7	67,7
Indre	31,3	7,6	50,1	15,8	110,1	69,9
Indre-et-Loire	22,6	6,9	32,3	9,9	100,9	61,1
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>25,6</b>	<b>8,1</b>	<b>36,7</b>	<b>15,5</b>	<b>119,6</b>	<b>56,1</b>
Loiret	21,6	7,3	37,6	14,4	100,6	62,7
Centre	25,0	6,9	38,9	13,1	108,8	62,9
France métropolitaine	21,4	7,2	38,5	12,6	102,5	59,5

*source : CépiciDc*

Diabète sucré		Accidents de transport		Abus d'alcool (vc psychose alcoolique)	
Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
4,2	1,2	16,2	4,3	8,4	2,0
2,9	0,7	16,8	3,7	7,9	1,4
4,3	0,8	19,4	5,5	10,7	2,7
2,9	0,6	11,8	2,9	6,5	1,7
<b>3,8</b>	<b>0,6</b>	<b>19,1</b>	<b>4,1</b>	<b>7,9</b>	<b>1,7</b>
3,4	1,7	14,5	2,5	7,1	2,2
3,5	1	15,4	3,4	7,7	1,9
1,3	2,3	10,3	2,5	6,7	1,5

**Taux standardisés 2008-2010 de mortalité par âge**

*pour 100 000 habitants*

	Suicides		Maladies de l'appareil circulatoire		Tumeurs	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Cher	37,8	8,2	300,5	192	391,7	182,1
Eure-et-Loir	31,3	7,2	271,1	178,5	359,7	184,3
Indre	42,8	7,6	341,3	198,3	364,3	189,9
Indre-et-Loire	27,8	8,1	247,2	146,9	333,9	164,3
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>33,7</b>	<b>9,2</b>	<b>270,9</b>	<b>170,4</b>	<b>357,6</b>	<b>162,0</b>
Loiret	30,9	9,3	273,4	164,6	345,3	177,9
Centre	32,6	8,3	277,4	170,7	354,6	175,4
France métropolitaine	26,3	8,1	278,4	170,9	342,4	170,5

*source : CépiciDc*

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

Diabète sucré		Maladie de l'appareil digestif		Accidents de transport		Abus d'alcool (yc psychose alcoolique)	
Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
28,2	16,4	51,8	26,5	15,8	5,0	12,2	2,2
21,7	13,3	42,5	27,5	16,4	4,1	11,0	2,0
27,2	17,4	61,5	25,1	17,4	5,2	12,2	3,2
19,9	9,7	43,9	24,0	11,6	3,7	8,5	2,1
22,8	12,6	48,4	28,0	19,1	4,6	10,0	1,6
22,0	15,1	46,8	22,9	14,7	3,1	9,0	2,7
22,9	13,7	47,9	25,3	15,1	4,0	10,1	2,3
20,8	13,4	47,4	25,9	10,6	2,9	7,6	1,8

### Indice comparatif de mortalité (ICM) par suicide

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	2001	2008	2001	2008	2001	2008
Cher	123	127	108	121	121	127
Eure-et-Loir	122	107	113	81	122	102
Indre	133	155	123	120	133	148
Indre-et-Loire	123	101	112	107	121	103
Loir-et-Cher	138	137	154	117	145	134
Loiret	114	114	110	117	114	116
Centre	124	119	118	110	124	118

Source : Inserm CépiDC Insee (Exploitation Fnors)

L'ICM est le rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge révolu (moins d'un an à 95 ans et plus) étaient identiques aux taux nationaux (100).

### Nombre de suicides (par âge, par sexe)

	2000		2010	
	Homme	Femme	Homme	Femme
15-24 ans	6	0	2	0
25-34 ans	7	1	6	2
35-44 ans	8	2	15	0
45-54 ans	14	7	11	4
55-64 ans	4	1	7	7
65-74 ans	11	4	6	1
75-84 ans	5	5	3	2
85-94 ans	5	2	3	0
95 ans et plus	1	0	0	0
Total	61	22	53	16

source : Inserm, CépicDc

# Programme territorial de santé du Loir et Cher

## ANNEXE 1 : données

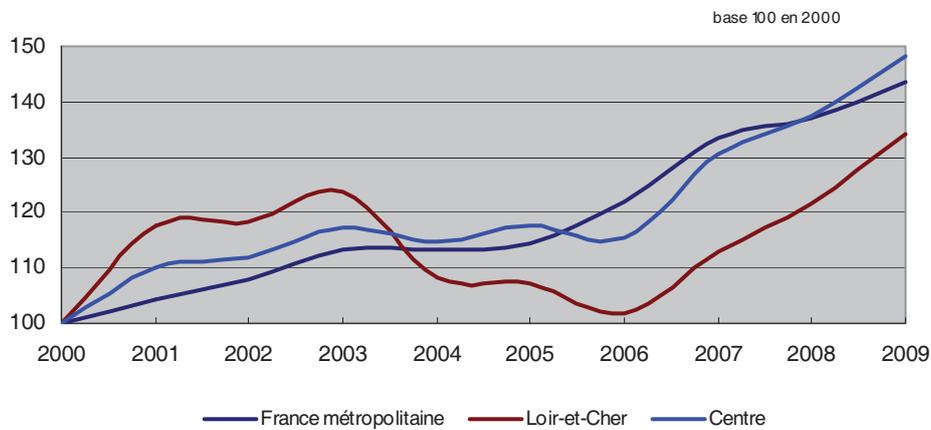
### Affections longue durée

Nombre de nouveaux cas (incidence) - tous âges

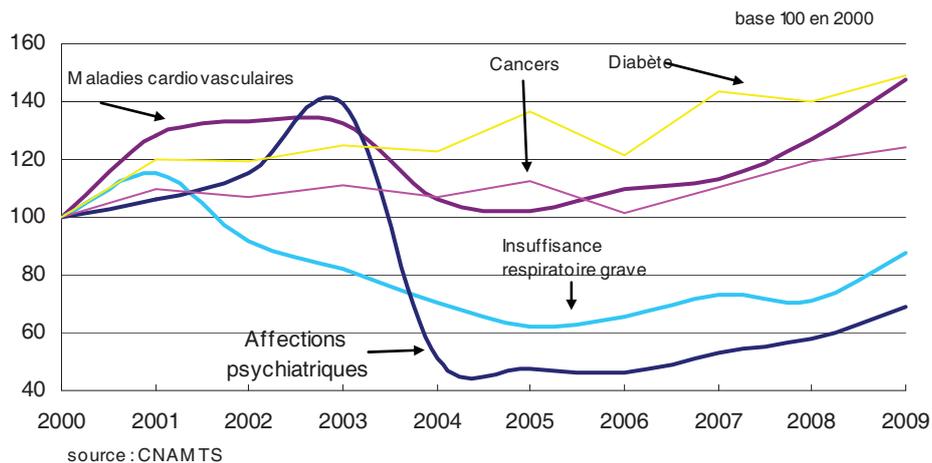
	Nombre de nouveaux cas (incidence) - tous âges									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Ensemble</b>	<b>4344</b>	<b>5102</b>	<b>5144</b>	<b>5381</b>	<b>4704</b>	<b>4650</b>	<b>4419</b>	<b>4899</b>	<b>5276</b>	<b>5822</b>
dont										
Cardiovasculaires	1 263	1 618	1 681	1 671	1 340	1 286	1 386	1 429	1 603	1 866
Cancers	1 225	1 342	1 312	1 356	1 309	1 377	1 244	1 353	1 464	1 523
Diabètes	682	817	812	851	836	933	829	979	956	1 017
Affections psychiatriques	510	541	587	712	262	243	235	272	296	353
Maladie Alzheimer					287	239	205	246	298	328
<i>A partir de 2004 création de l'ALD Alzheimer jusqu'à lors rattaché aux troubles mentaux</i>										
insuffisance respiratoire grave	164	189	150	135	115	102	108	120	117	144

Sources : CNAMTS

### Évolution des ALD



### Évolution des principales ALD



Diabète

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

	Nombre de personnes en ALD	Taux standardisé de mortalité (2008/2010)
<b>Loir et Cher</b>	<b>11 780</b>	<b>3735</b>
Centre	86 740	3608

**Natalité**

	2010		1990	
	Nombre de naissances	taux de natalité (‰)	Nombre de naissances	taux de natalité (‰)
Cher	3 339	10,4	3 726	11,6
Eure-et-Loir	5 714	13,1	5 436	13,7
Indre	2 220	9,4	2 437	10,3
Indre-et-Loire	6 885	11,6	6 607	12,5
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>3 776</b>	<b>11,5</b>	<b>3 554</b>	<b>11,6</b>
Loiret	8 750	13,0	7 927	13,6
Centre	30 684	11,8	29 687	12,5
Métropole	800 655	12,6	762 507	13,4

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année  
source : Insee, estimations de population - état civil

**Professionnels de santé**  
Exerçant à titre libéral ou salarié au 1.01.2012

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	<b>Loir-et-Cher</b>	Loiret
Médecins généralistes	373	503	291	958	<b>453</b>	800
Médecins spécialistes	333	459	197	1 247	<b>367</b>	841
<b>Ensemble des médecins</b>	<b>706</b>	<b>962</b>	<b>488</b>	<b>2205</b>	<b>820</b>	<b>1641</b>
Chirurgiens dentistes	145	175	92	306	<b>142</b>	293
Sages femmes	61	117	47	182	<b>85</b>	177
Infirmiers	2 174	2 854	1 580	5 114	<b>2 263</b>	4 396
Masseurs kinésithérapeutes	193	265	121	593	<b>263</b>	519
Orthophonistes	55	87	38	269	<b>72</b>	164
Orthoptistes	7	7	4	36	<b>7</b>	22
Pédicures-podologues	44	78	36	104	<b>61</b>	110
Ergothérapeutes	28	35	23	57	<b>30</b>	58
Psychomotriciens	30	45	25	78	<b>33</b>	64
Audio-prothésistes	11	14	14	30	<b>16</b>	21
Opticiens-lunetiers	100	132	77	227	<b>130</b>	227
Manipulateurs ERM	86	134	77	357	<b>106</b>	251
<b>Pharmaciens</b>	<b>290</b>	<b>460</b>	<b>241</b>	<b>748</b>	<b>338</b>	<b>724</b>
dont titulaires d'officine	154	157	<b>118</b>	<b>256</b>	<b>139</b>	257
<b>Nb d'officines pharmaceutiques (2)</b>	<b>121</b>	<b>128</b>	<b>94</b>	<b>213</b>	<b>116</b>	<b>219</b>
<b>Nb laboratoires privés d'analyses médicales</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>37</b>

(1) Le champ de ces statistiques est constitué par l'ensemble des professionnels de santé ayant déclaré une activité. Il exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi. Dans Adeli lorsqu'un professionnel déclare plusieurs activités, c'est l'activité principale qui est retenue pour l'élaboration de ces statistiques. Dans le RPPS, c'est l'activité la plus récente qui intervient en premier lieu.

(2) y compris pharmacies mutualistes

Sources : D.R.E.E.S. - ARS - ADELI - FINISS - ASIP-RPPS, traitements DREES

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

**Professionnels de santé libéraux**

En exercice au 1.01.2012

densité pour 100

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
<b>Médecins généralistes y.c remplaçants</b>							
nombre	258	329	200	682	308	551	2 328
densité	83	77	86	116	94	84	92
dont praticiens de 55 ans et plus	131	163	110	250	169	294	1 117
<b>Médecins généralistes hors remplaçants</b>							
nombre	238	316	182	601	287	523	2 147
densité	77	74	78	102	88	80	85
dont praticiens de 55 ans et plus	127	159	106	236	163	280	1 071
<b>Médecins spécialistes</b>							
nombre	190	248	111	608	230	473	1 860
densité	61	58	48	103	70	72	73
dont praticiens de 55 ans et plus	115	133	71	278	142	242	981
<b>Chirurgiens dentistes</b>							
nombre	134	158	81	286	125	271	1 055
densité	43	37	35	48	38	41	41
<b>Infirmiers</b>							
nombre	305	260	311	519	321	456	2 172
densité	98	61	134	88	98	69	85
<b>Masseurs kinésithérapeutes</b>							
nombre	157	200	95	471	191	405	1 519
densité	51	47	41	80	58	62	60

Sources : DREES - RPPS traitements DREES

**Médecins spécialistes libéraux**

Selon la spécialité exercée au 1.01.2012 (2)

Spécialités exercées	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
<b>Spécialités médicales</b>	115	152	61	346	126	287	1 087	34 213
Dont :								
Anesthésie-réanimation	12	10	9	38	13	31	113	4 120
Cardiologie	18	28	7	49	16	37	155	4 620
Dermato-vénérologie	7	10	5	41	10	26	99	3 411
Gastro-entéro-hépatologie	9	9	6	20	8	16	68	2 118
Gynécologie médicale	10	15	5	23	15	25	93	3 151
Pédiatrie	8	10	2	38	10	23	91	2 985
Radiodiagnostic	23	33	10	60	23	57	206	5 968
Rhumatologie	8	8	4	20	7	13	60	1 844
<b>Spécialités chirurgicales</b>	52	76	33	173	67	130	531	17 208
Dont :								
Chirurgie générale	8	12	3	12	6	13	54	1 659
Gynécologie-obstétrique	6	13	6	22	6	22	75	2 345
Ophthalmologie	11	21	9	50	21	33	145	4 952
Oto-rhino-laryngologie	11	10	7	19	11	17	75	2 297
Chirurgie maxillo-faciale et Stomat	2	3	3	16	3	7	34	1 056
Psychiatrie	20	13	13	73	32	40	191	6 536
Biologie médicale	3	7	4	15	5	15	49	1 176
Médecine du travail, santé publique	0	0	0	1	0	1	2	115
<b>Ensemble spécialités</b>	190	248	111	608	230	473	1 860	59 248

Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

**Médecins spécialistes salariés exclusifs**

Selon la spécialité exercée au 1.01.2012

Spécialités exercées	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
<b>Spécialités médicales</b>	<b>67</b>	<b>115</b>	<b>48</b>	<b>365</b>	<b>81</b>	<b>207</b>	<b>883</b>	<b>29 763</b>
Dont :								
Anesthésie-réanimation	13	27	11	76	13	41	181	6 321
Cardiologie	4	7	4	29	7	11	62	1 864
Dermato-vénérologie	0	2	0	11	0	4	17	629
Gastro-entéro-hépatologie	1	9	6	14	5	10	45	1 327
Gynécologie médicale	1	0	2	5	4	0	12	509
Pédiatrie	5	13	3	58	11	37	127	4 253
Radiodiagnostic	3	5	4	28	5	14	59	2 169
Rhumatologie	1	6	3	7	2	8	27	722
<b>Spécialités chirurgicales</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>53</b>	<b>240</b>	<b>7 206</b>
Dont :								
Chirurgie générale	6	4	7	37	2	5	61	1 912
Gynécologie-obstétrique	6	14	6	15	7	18	66	1 613
Ophthalmologie	3	0	0	6	2	2	13	745
Oto-rhino-laryngologie	3	3	1	11	2	4	24	668
Chirurgie maxillo-faciale et Stomat	1	1	0	3	0	0	5	156
Psychiatrie	27	33	11	73	21	45	210	7 642
Biologie médicale	6	7	2	19	2	7	43	1 599
Médecine du travail, santé publique	20	26	9	82	15	56	208	7 136
<b>Ensemble spécialités</b>	<b>1 584</b>	<b>143</b>	<b>211</b>	<b>86</b>	<b>639</b>	<b>137</b>	<b>368</b>	<b>53 346</b>

Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES

**Les interruptions volontaires de grossesse**

	2007		2008		2009		2010	
	nombre	mineures (%)						
Cher	755	7,2	798	7,8	772	7,6	786	6,9
Eure-et-Loir	1205	8,0	1268	5,5	1236	5,5	1239	7,1
Indre	399	6,5	481	7,1	444	8,1	481	7,3
Indre-et-Loire	1393	7,7	1348	6,5	1291	6,3	1267	7,6
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>885</b>	<b>6,8</b>	<b>779</b>	<b>7,3</b>	<b>776</b>	<b>8,9</b>	<b>870</b>	<b>7,1</b>
Loiret	2084	7,0	1987	6,4	1907	7,1	1892	6,6
Centre	6721	7,3	6661	6,6	6426	7,0	6535	7,0

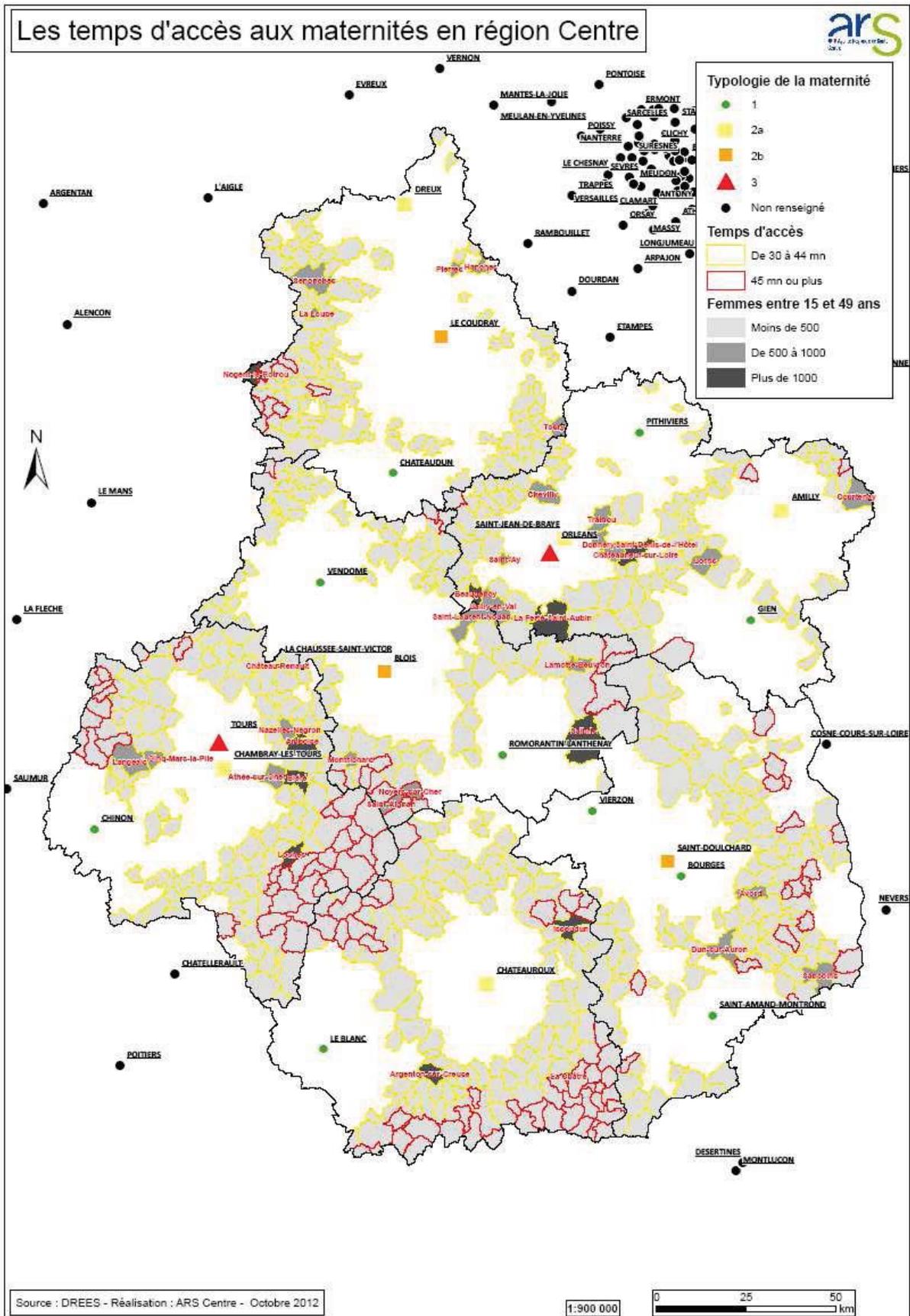
source : DREES, bulletins IVG

**Temps d'accès à une maternité**

	moins 10mn	10-19 mn	20-29 mn	30-44 mn	45 mn ou plus	Total	temps acces moyen (en minutes)
Cher	40,6	18,9	22,3	16,9	1,2	100,0	17,2
Eure-et-Loir	23,0	36,1	25,0	13,0	2,9	100,0	17,9
Indre	27,3	18,3	15,8	30,8	7,8	100,0	21,6
Indre-et-Loire	34,1	24,7	18,7	20,2	2,3	100,0	20,2
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>28,5</b>	<b>24,5</b>	<b>24,2</b>	<b>19,4</b>	<b>3,4</b>	<b>100,0</b>	<b>19,9</b>
Loiret	28,7	32,8	23,2	15,1	0,2	100,0	16,7
Centre	30,3	27,6	21,8	18,0	2,3	100,0	18,5

source : PMSI-MCO 2010 et distancier odomatrix pour le calcul des distances communes à communes

nota : le temps accès moyen modifié est calculé en ayant supprimé les temps d'accès supérieur à 90 minutes et conservé les maternités des départements limitrophes les plus proches



### Campagne de dépistage du cancer du sein

	Nombre de femmes dépistées	Population cible	Taux de participation 2010-2011
Cher	33 182	50 831	65,3
Eure-et-Loir	36 830	60 456	60,9
Indre	21 363	38 023	56,2
Indre-et-Loire	56 189	86 215	65,2
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>32 729</b>	<b>51 380</b>	<b>63,7</b>
Loiret	47 087	91 990	51,2
Centre	227 380	378 895	60
National	4 793 968	9 159 132	52,3

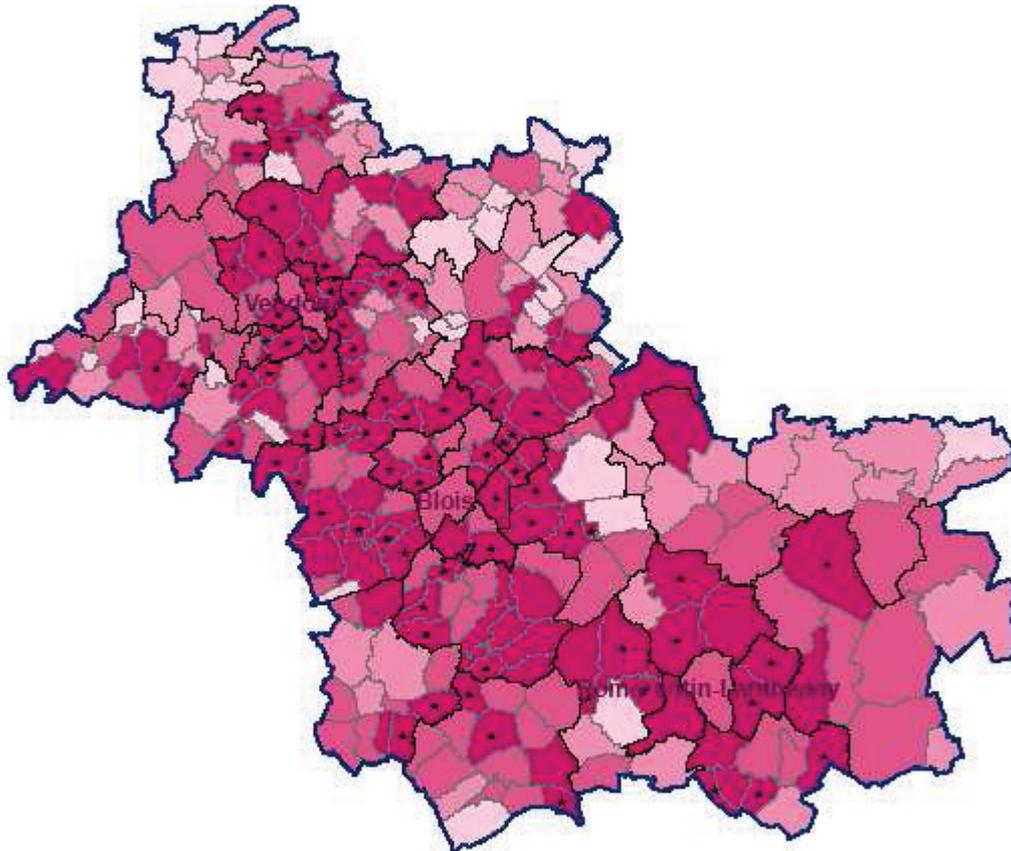
source : Invs

### Campagne de dépistage du cancer colorectal

	Nombre de personnes dépistées	Population cible (50-74 ans)	Taux de participation standardisé 2010-2011
Cher	38 029	98 873	44,7
Eure-et-Loir	34 633	118 071	33,9
Indre	21 905	74 238	33,0
Indre-et-Loire	57 650	165 291	42,3
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>35 350</b>	<b>99 418</b>	<b>42,5</b>
Loiret	49 911	178 865	32,0
Centre	237 478	734 756	37,7
France	4 994 335	17 593 896	32,1

source : Invs, campagne 2010-2011

## Taux de participation communal au dépistage du cancer du sein (2009-2010) - Loir-et-Cher (41)



### Légende :

 Découpage cantonal

#### Taux de participation

 0,00% - 50,00%

 50,01% - 58,37%

 58,38% - 66,21%

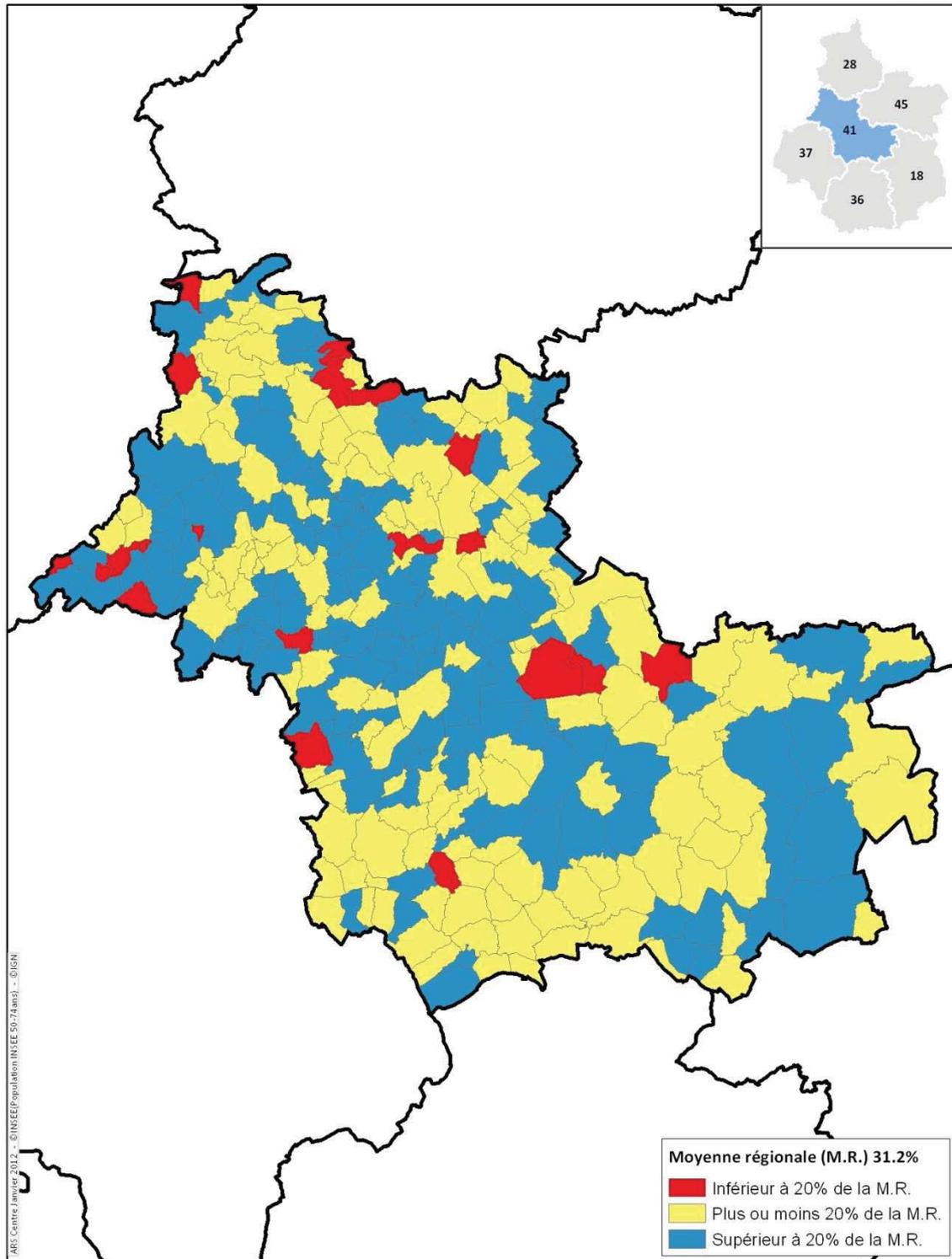
 66,22% - 100,00%

#### Taux de participation $\geq 70\%$

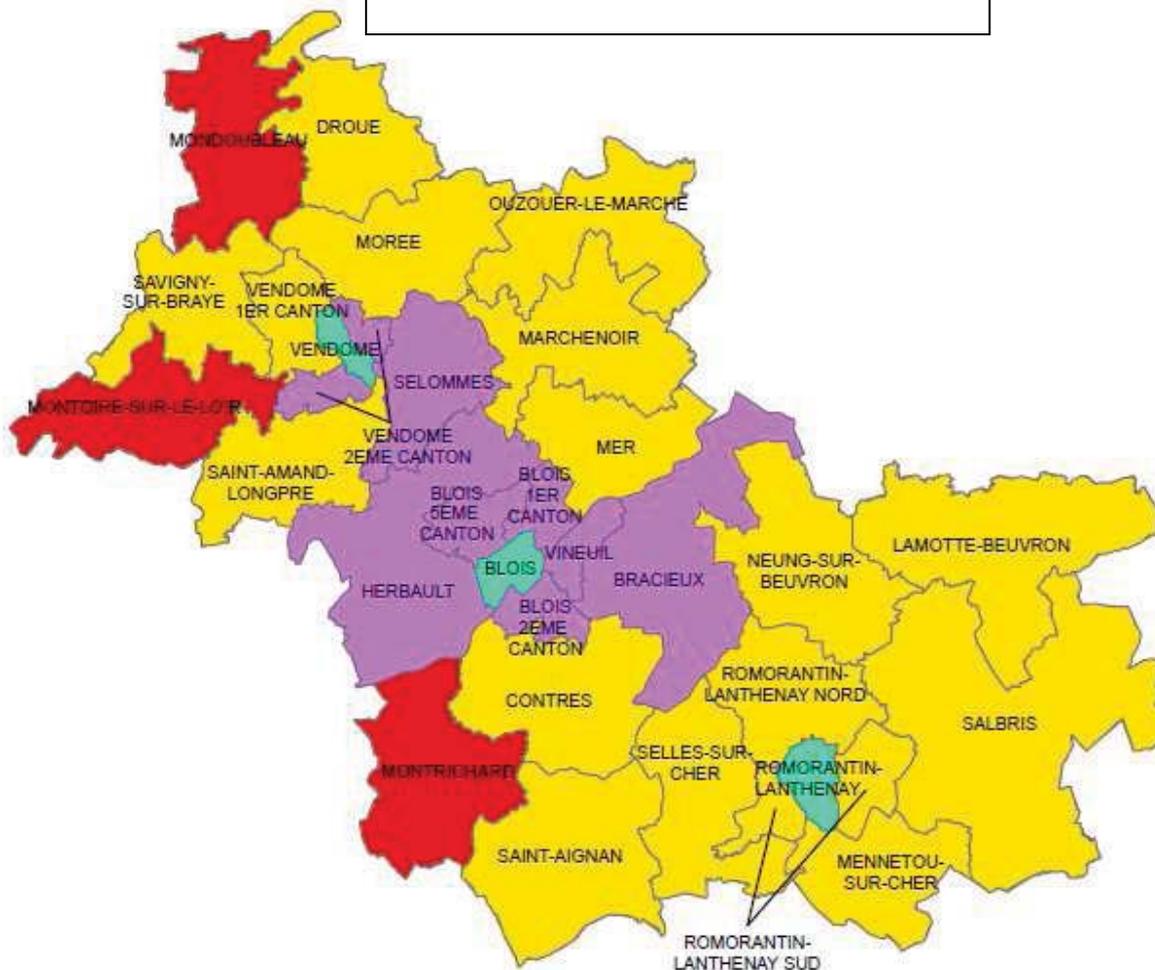
★ Taux de participation  $\geq 70\%$

Source : ARS du Centre - IGN©

Dépistage du cancer colorectal en région Centre  
Participation cumulée en 2009 et 2010 (en %)  
LOIR-ET-CHER



Les inégalités cantonales de santé  
ORS (août 2010)



**Classe A**

**Socialement favorisés**  
**Sous mortalité générale et prématurée**  
**Offre de soins satisfaisante**

**Classe B**

**Villes centre forts contrastes sociaux**  
**Surmortalité prématurée**  
**Très bonne offre de soins**

**Classe C**

**Forte proportion de jeunes peu ou pas diplômés**  
**Bcp de séjours hospitaliers et d'ALD,**  
**Sous mortalité générale**  
**Bien desservis par les services hospitaliers**

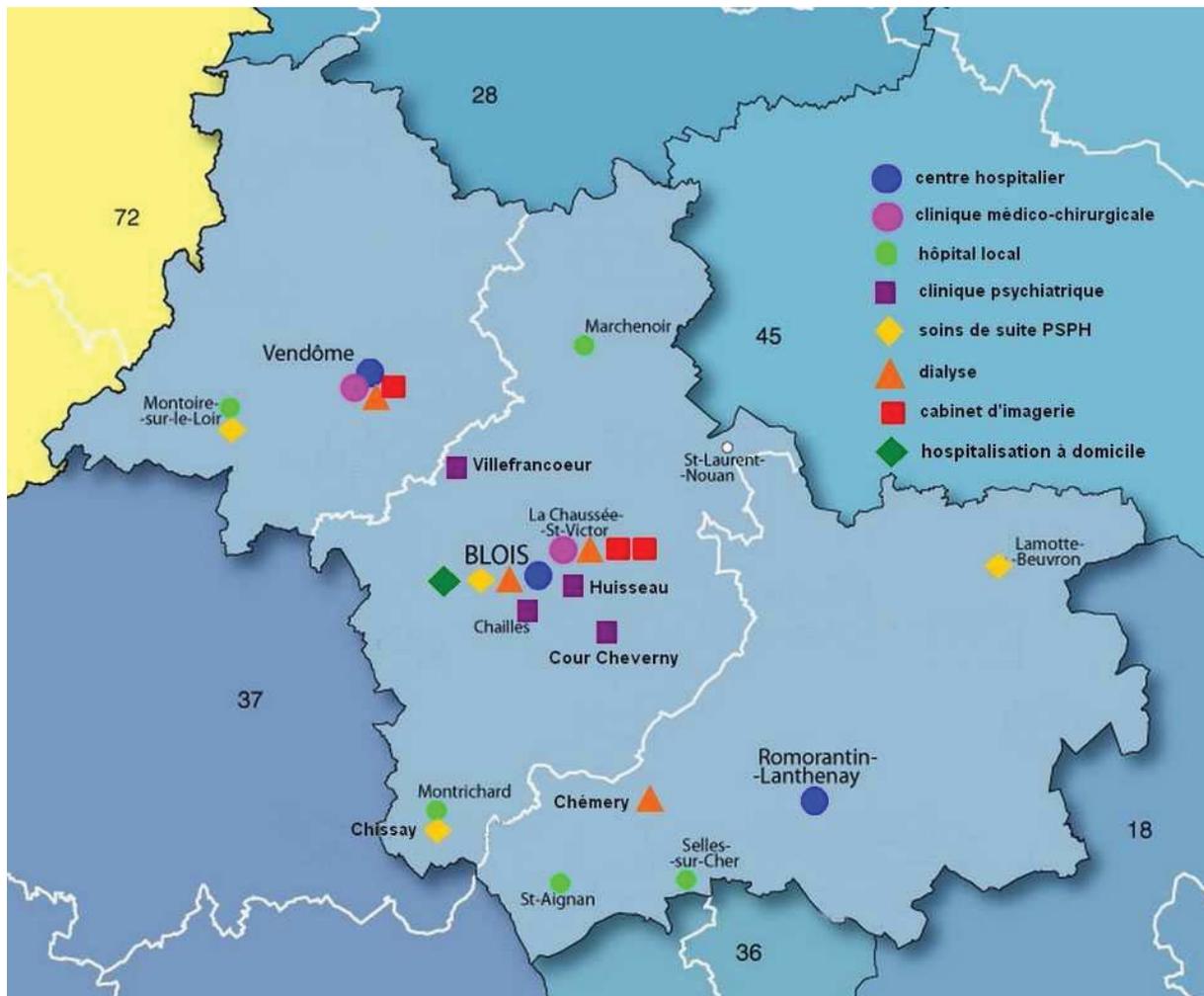
**Classe D**

**Faible offre de soins**  
**Surmortalités par morts violentes**

**Classe E**

**Ruraux**  
**Surmortalité générale et par suicide**  
**Très faible offre de soins**

Offre dans le champ sanitaire



Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

### Personnes âgées

	Indice de vieillissement *	Personne âgée de plus de 60 ans			Personne âgées potentiellement dépendantes (+ 60 ans)		
		2010	2020	Évolution 2010/2020	2010	2020	Évolution 2010/2020
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>1,17</b>	<b>91 425</b>	<b>109 620</b>	<b>19,9</b>	<b>8 560</b>	<b>9 842</b>	<b>15,0</b>
Bassins démographiques							
-Blois	0,94	33 846	41977	24,0	2 816	3 322	18,0
-Romorantin	1,41	34 012	40494	19,1	3 398	3 874	14,0
-Vendôme	1,30	23 567	27149	15,2	2 346	2 645	12,7
<b>Centre</b>	<b>1,03</b>	<b>640 892</b>	<b>769 239</b>	<b>20,0</b>	<b>58 690</b>	<b>66 731</b>	<b>13,7</b>

source : Insee, études personnes âgées potentiellement dépendantes

\* Indice de vieillissement = pop 60 ans et plus / pop - 20 ans

### Nombre établissements accueillant des personnes âgées

	Centre de Jour	Etab. Accueil temporaire	Logement Foyer	Maison de Retraite	Ensemble
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>54</b>	<b>68</b>
-Blois	2	0	3	15	20
-Romorantin	0	0	6	22	28
-Vendôme	0	0	3	17	20

source : Finess au 15/11/2012

### Accueil des personnes âgées

	Centre		Loir-et-Cher		Vendôme		Blois		Romorantin	
	Places autorisées	Places installées								
Centre de Jour	162	162	23	23	0	0	23	23	0	0
Etab. Accueil temporaire	228	221	0	0	0	0	0	0	0	0
Logement Foyer	4 068	3 732	545	521	245	215	180	181	120	125
Maison de Retraite	36 593	28 204	4 572	4 485	1 479	1 434	1 341	1 326	1 752	1 725
Ensemble	41 051	32 319	5 140	5 029	1 724	1 649	1 544	1 530	1 872	1 850

### Taux d'équipement au 1.01.2012 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Équipement	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire, lits USLD)	128,6	125,9	122,0	125,4	129,6	123,2	125,6	126,6
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	20,9	15,5	21,5	22,6	19,5	19,8	20,1	19,9
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	115,3	116,2	109,9	103,8	116,7	111,9	111,7	103,3

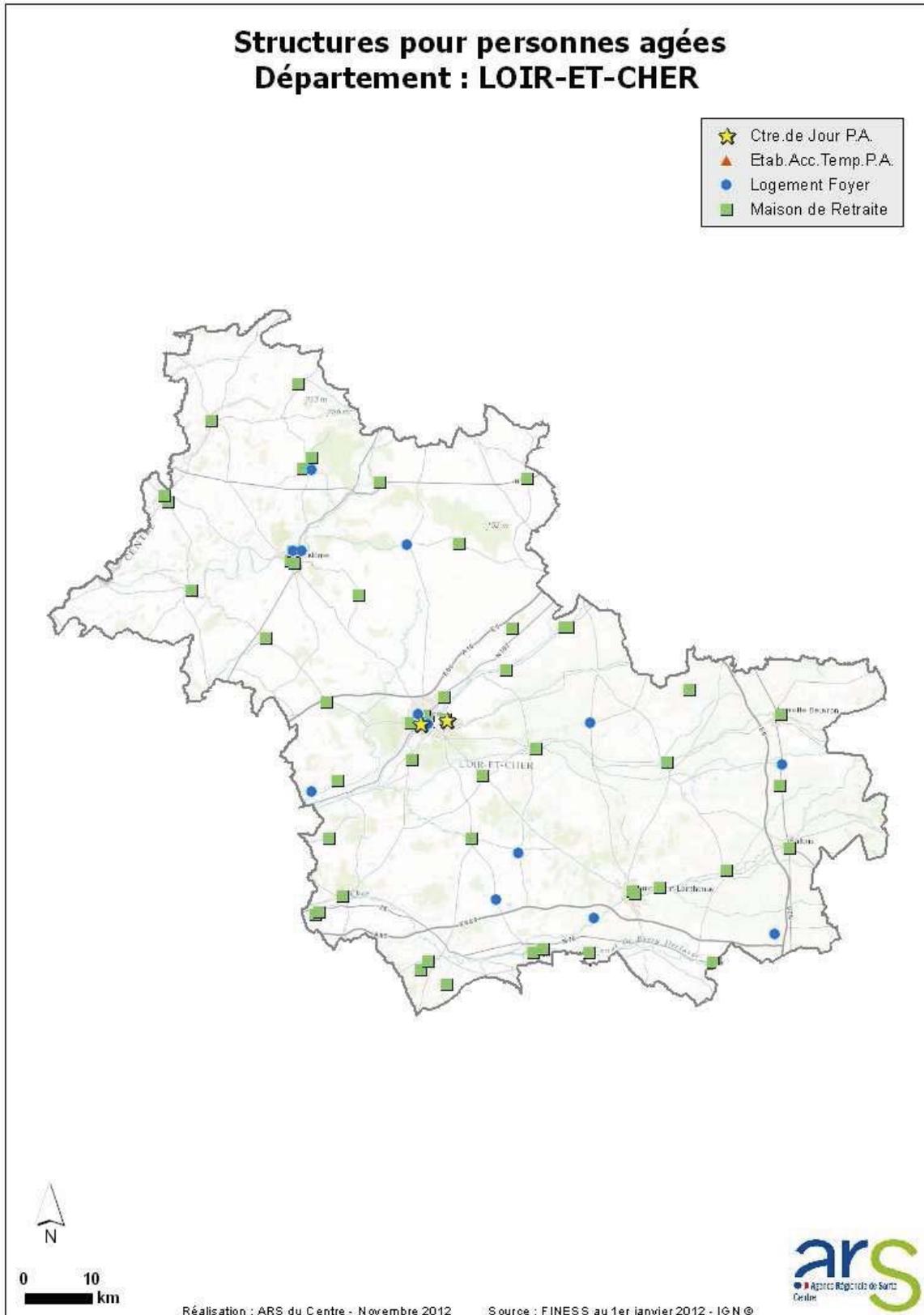
Sources : DREES - ARS - FINISS

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

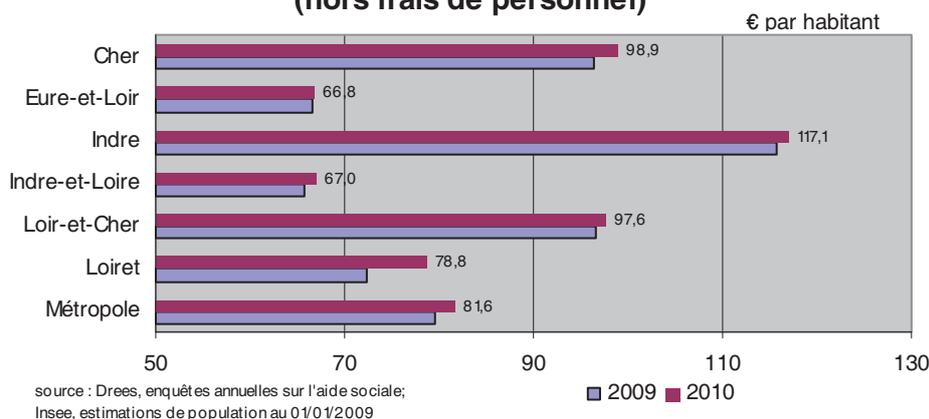
**Nombre places Alzheimer**

	EHPAD			Centre accueil de jour autonome
	maison retraite		accueil temporaire	
	Hébergement Complet	Accueil de Jour	Hébergement Complet	
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>378</b>	<b>45</b>	<b>29</b>	<b>23</b>
Blois	184	18	11	23
Romorantin	105	9	16	0
Vendôme	89	18	2	0

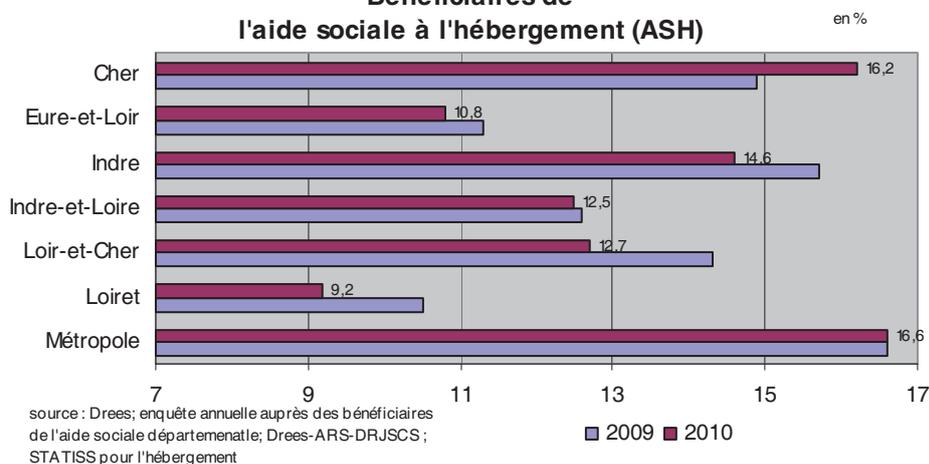
source : FINESS 15/11/2012



### Dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (hors frais de personnel)



### Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)



#### Taux d'équipement au 1.01.2012 par catégorie d'établissement : places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
<b>Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés (tout hébergement) (1)</b>	5,2	4,9	5,9	4,7	5,3	4,2	4,8	4,1
Dont :								
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	0,6	0,4	1,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)	1,0	1,2	0,9	0,7	1,6	0,5	0,9	0,6
Taux d'équipement en foyer de vie	1,3	2,2	1,7	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5
<b>Taux d'équipement en Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)</b>	3,9	3,5	4,2	4,1	3,7	3,5	3,8	3,4

Source : DREES - ARS - FINESS

(1) Maisons d'accueil spécialisées + Foyers d'accueil médicalisé + Foyers de vie + Foyers d'hébergement + Foyers polyvalents (pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans)

#### Nombre d'établissements et de services - Places par catégorie d'établissement et de services au 1.01.2012 - Taux d'équipement

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
<b>Taux d'équipement global</b> en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD) pour 1 000 jeunes de - 20 ans	8,3	7,3	8,2	7,9	7,1	6,3	7,3	6,7
<b>Taux d'équipement global</b> en SESSAD pour 1 000 jeunes de - 20 ans	2,9	2,0	3,0	3,4	3,4	2,4	2,8	2,8

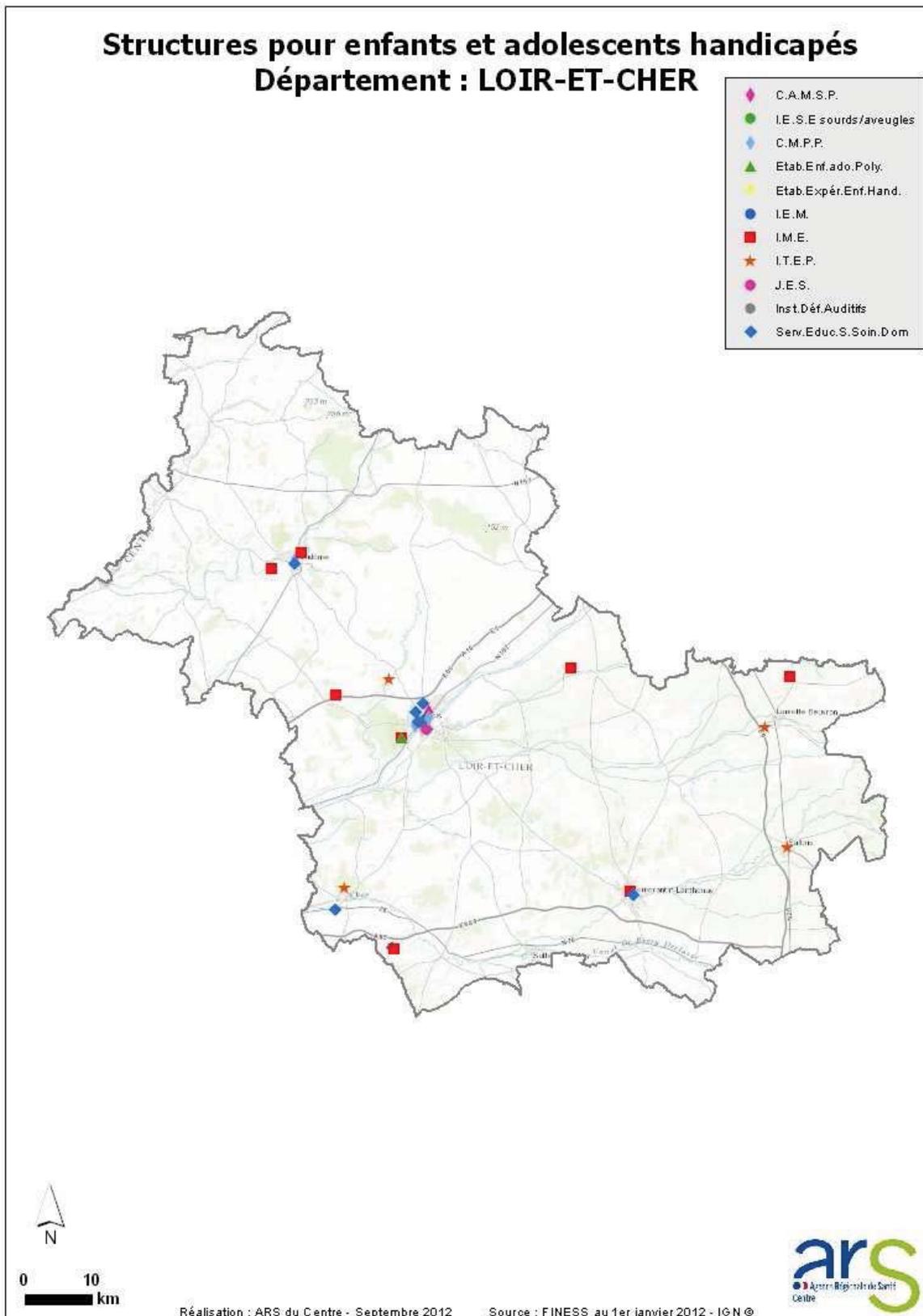
Sources : DREES - ARS - FINESS

### Les établissements pour enfants handicapés

*nombre*

	Centre	Loir-et-Cher	Blois	Vendôme	Romorantin
C.A.M.S.P.	20	1	1	0	0
C.M.P.P.	16	3	2	1	0
Etab.Enf.ado.Poly.	10	3	2	0	1
Etab.Expér.Enf.Hand.	2	0	0	0	0
I.E.M.	5	0	0	0	0
I.M.E.	56	7	3	2	2
I.T.E.P.	21	5	2		3
Inst.Déf.Auditifs	2	0	0	0	0
Inst.Ed.Sen.Sour.Ave	1	0	0	0	0
Jardin Enfants Spéc.	6	1	1	0	0
Serv.Educ.S.Soin.Dom	63	11	7	1	3
<b>Ensemble</b>	<b>202</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

source : FINESS au 19/11/2012



## Les établissements pour adultes handicapés

Nombre

	Centre	Loir-et-Cher	Blois	Romorantin	Vendôme
Ctre.Préorient.Hand.	2	1	0	1	0
Ctre.Rééducat.Prof	3	1	0	1	0
E.S.A.T.	78	11	3	4	4
Etab.Expér.A.H.	4	2	1	0	0
F.A.M.	46	8	2	1	5
Foyer de vie A.H.	77	10	3	2	5
Foyer Héberg.A.H.	66	9	1	4	4
Foyer Poly.A.H.	5	0	0	0	0
M.A.S.	23	3	1	2	0
S.A.V.S.	67	13	5	4	4
Ensemble	371	58	15	19	22

source : FINESS au 19/11/2012

## L'accueil des adultes handicapés

nb de places

	Centre	Loir-et-Cher	Blois	Romorantin	Vendôme
Ctre.Préorient.Hand.	38	18	0	18	0
Ctre.Rééducat.Prof	266	112	0	112	0
E.S.A.T.	4 869	589	178	189	222
Etab.Expér.A.H.	126	0	0	0	0
F.A.M.	1 164	218	49	7	162
Foyer de vie A.H.	2 187	247	84	56	107
Foyer Héberg.A.H.	2 022	300	92	95	113
Foyer Poly.A.H.	127	0	0	0	0
M.A.S.	804	100	40	60	0
S.A.V.S.	1 728	277	163	39	75
Ensemble	13 331	1 861	606	576	679

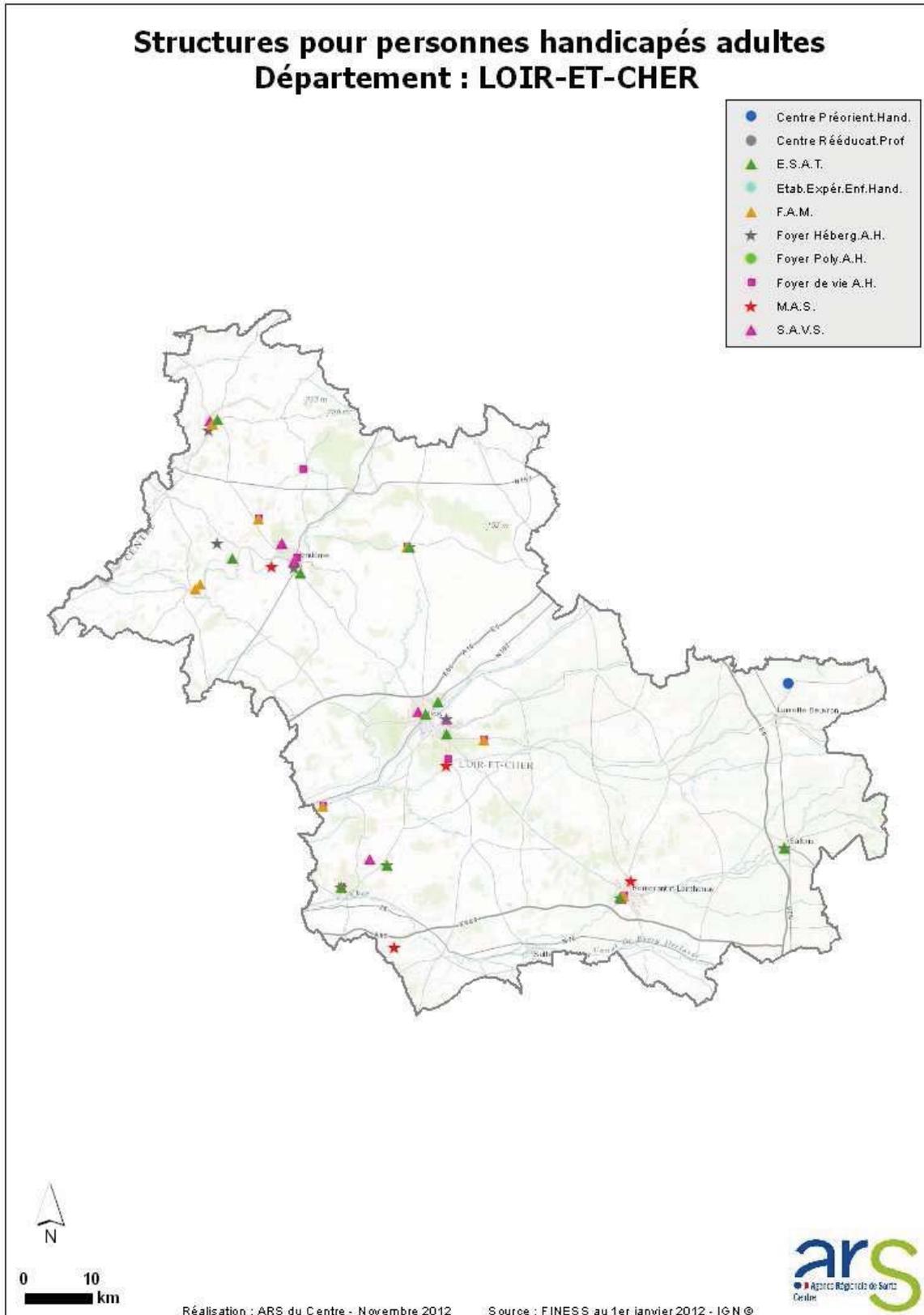
source : FINESS au 19/11/2012

## Personnes handicapées

	Part des allocataires AAH dans la population des 20 à 64 ans au 31/12/2010	Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP <sup>1</sup>	dépenses brutes de PCH et d'ACTP	
	(%)	‰	€ par habitant	€ par bénéficiaire
Cher	2,9	6	33	5 778
Eure-et-Loir	1,9	3,3	15	4 626
Indre	3,3	4,2	25	6 314
Indre-et-Loire	2,4	3	21	7 198
Loir-et-Cher	2,2	3,4	25	7 767
Loiret	1,9	3,6	15	4 328
Métropole	2,4	3,8	25	7 101

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale; Insee, estimations de population au 01/01/2010, à la date de mise à jour du tableau pour l'AAH : CNAF et MSA; Insee, estimations de population au 01/01/2009

<sup>1</sup> PCH : prestation de compensation du handicap, ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne



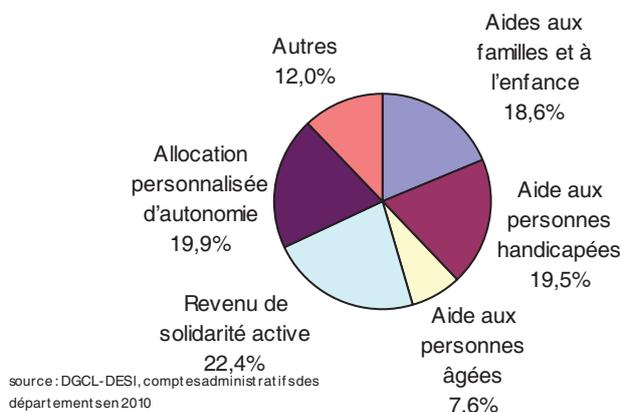
### Dépenses d'aide sociale des conseils généraux en 2010

en %

	Aides aux familles et à l'enfance	Aide aux personnes handicapées	Aide aux personnes âgées	Revenu de solidarité active	Allocation personnalisée d'autonomie	Autres	Dépenses brutes obligatoires (en euros par habitant)
Cher	20,0	20,9	10,5	24,8	16,8	7,0	570
Eure-et-Loir	21,0	24,7	7,8	21,5	16,4	8,5	424
Indre	14,8	23,3	9,5	19,1	25,1	8,2	449
Indre-et-Loire	21,9	23,7	7,0	23,5	15,5	8,5	438
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>18,6</b>	<b>19,5</b>	<b>7,6</b>	<b>22,4</b>	<b>19,9</b>	<b>12,0</b>	<b>478</b>
Loiret	22,4	24,6	4,7	24,2	19,2	4,9	421
France	21,4	19,7	7,8	26,3	16,4	8,4	503

Source : DGCL-DESL, comptes administratifs des départements.

### Les aides sociales dans le Loir-et-Cher



### Revenu de solidarité active (RSA) et couverture maladie universelle (CMU) en 2010

	Allocataires du RSA		Bénéficiaires de la CMU		Taux de couverture de la population par CMU-C (en %)
	Bénéficiaires	pour 1000 personnes de 25 à 64 ans	CMU de base	CMU complémentaire	
Cher	10 509	65	6 947	21 328	6,9
Eure-et-Loir	9 162	41	11 308	20 877	4,9
Indre	5 439	46	4 781	11 143	4,8
Indre-et-Loire	13 980	46	13 128	27 212	4,6
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>7 610</b>	<b>45</b>	<b>8 720</b>	<b>17 245</b>	<b>5,2</b>
Loiret	15 548	46	14 677	37 609	5,7
Centre	62 248	47	59 561	135 414	5,3
France	1 833 787	54	1 848 554	3 637 234	6,4

sources : Insee, estimations de population; CAF; MSA; CNAMTS

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 1 : données

**Indicateurs de distribution par Ménage**

	en euros		
	1er décile	médiane	9ème décile
Cher	9 491	25 813	55 096
Eure-et-Loir	12 108	30 449	62 660
Indre	9 423	24 175	51 667
Indre-et-Loire	10 293	27 796	60 728
Loir-et-Cher	11 214	27 921	57 761
Loiret	11 466	29 828	63 138
Centre	10 722	28 072	59 829
Métropole	9 785	28 251	64 999

© Insee Source : Insee-DGFIP Revenus fiscaux localisés des ménages

note de lecture : dans le Loir-et-Cher, 10 % des ménages déclarent un revenu annuel inférieur à 11 214 €

**Indicateurs de distribution par Ménage - Référent de 75 ans ou plus**

	1er décile	médiane	9ème décile
Cher	10 572	20 117	40 811
Eure-et-Loir	11 623	21 584	44 219
Indre	9 864	18 428	37 896
Indre-et-Loire	10 794	20 523	43 977
Loir-et-Cher	11 258	20 929	42 301
Loiret	11 725	22 386	45 966
Centre	10 996	20 797	43 112
Métropole	10 384	20 796	47 202

© Insee Source : Insee-DGFIP Revenus fiscaux localisés des ménages

note de lecture : dans le Loir-et-Cher, 50 % des ménages déclarent un revenu annuel supérieur à 20 929 €

### Les cantons et les arrondissements



Arrondissements  
Cantons

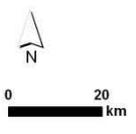


0 10 km

Réalisation : ARS du Centre - Novembre 2012 Source : INSEE ©



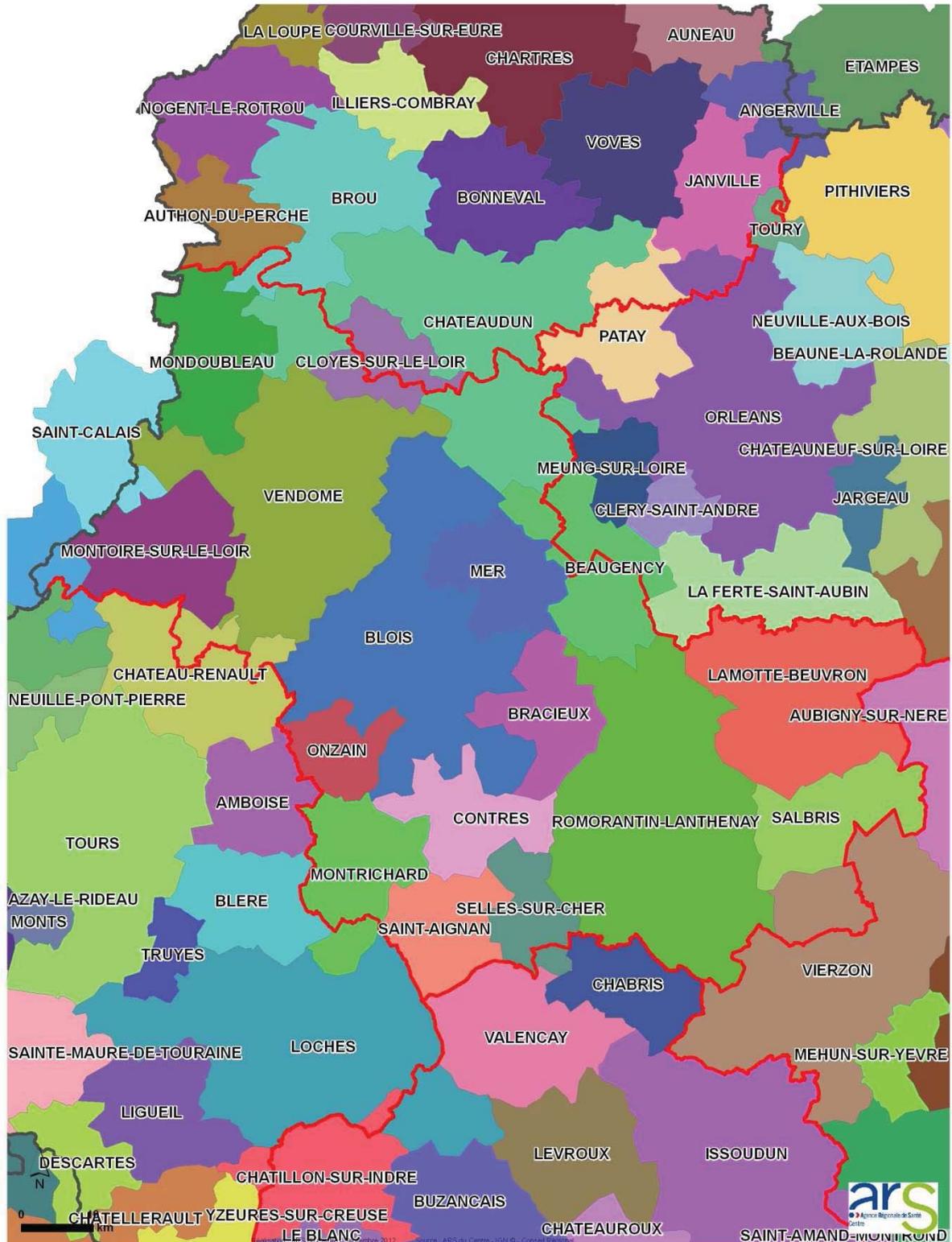
### Les Bassins démographiques



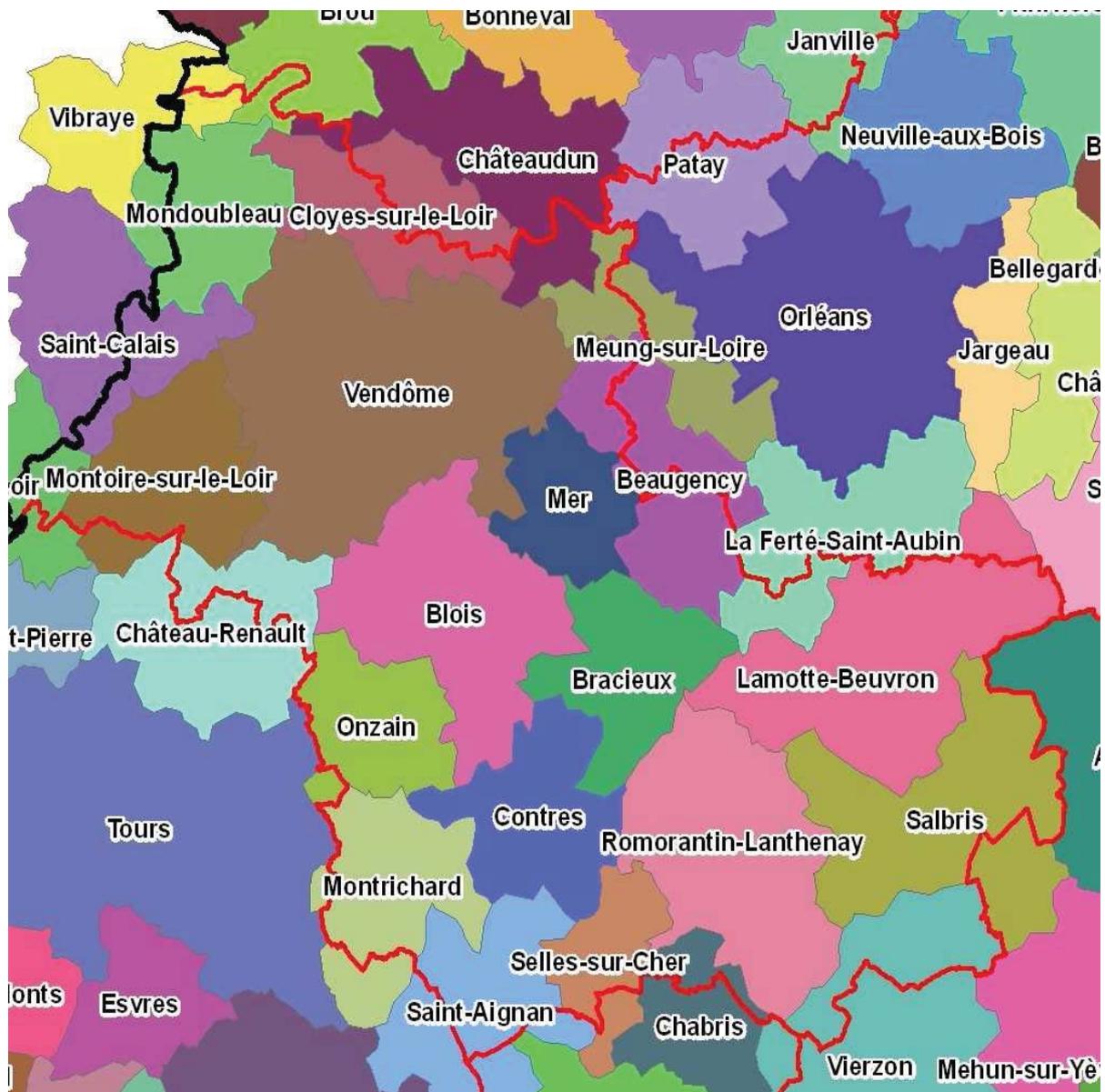
Réalisation : ARS du Centre - Septembre 2012 | Source : ARS du Centre - IGN © - Conseil Régional



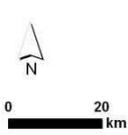
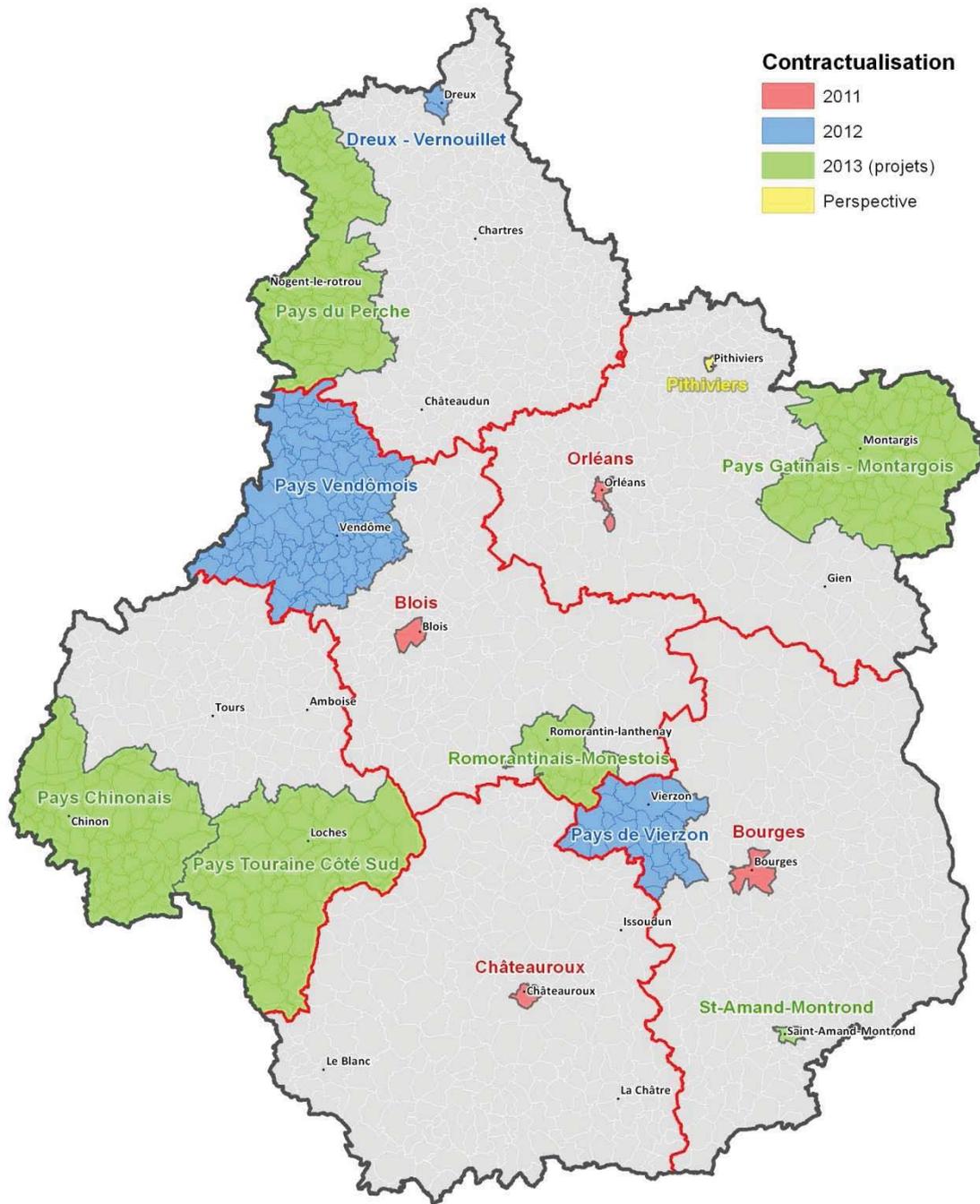
**Les Bassins de Vie**  
**Département : LOIR-ET-CHER**



Bassins de vie (INSEE décembre 2012)



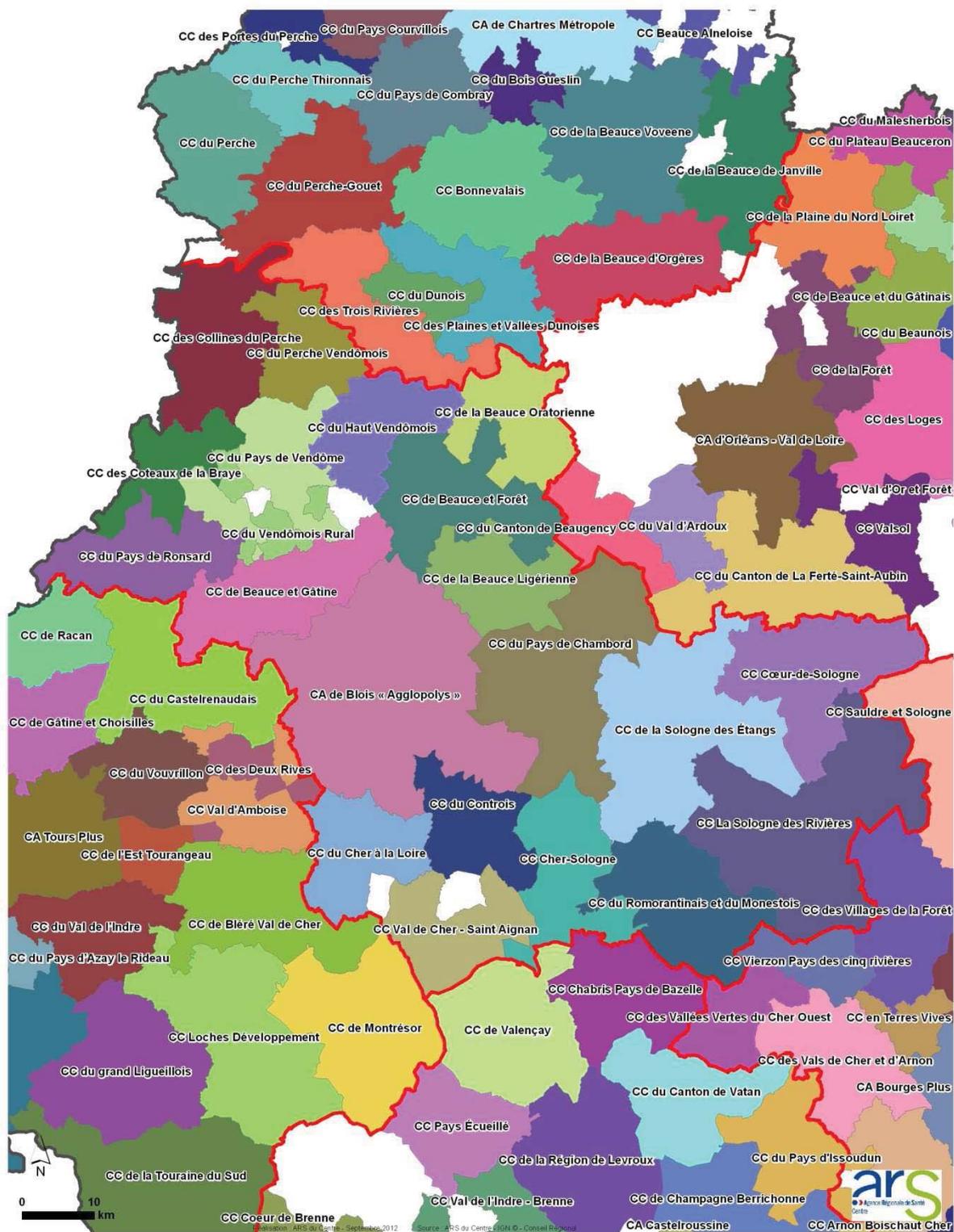
**Les contrats locaux de santé (C.L.S.)**



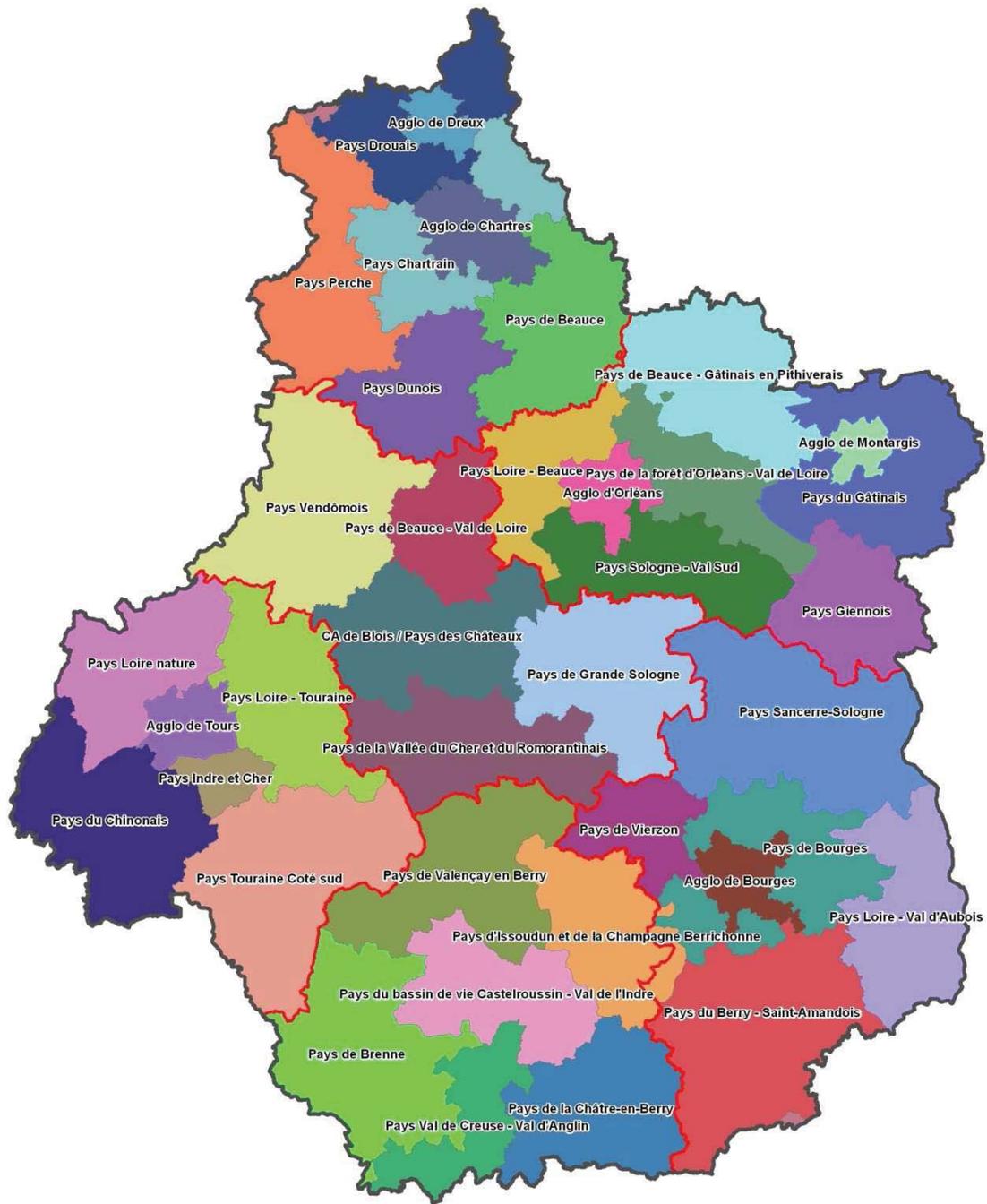
Réalisation : ARS du Centre - Septembre 2012 Source : ARS du Centre - IGN © - Conseil Régional



**Les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale  
(EPCI au 1er janvier 2012)  
Département : LOIR-ET-CHER**



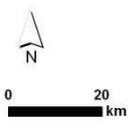
### Les Pays (Situation au 1er janvier 2012)



Réalisation : ARS du Centre - Septembre 2012 Source : ARS du Centre - IGN © - Conseil Régional



### Les Zones d'emploi 2010

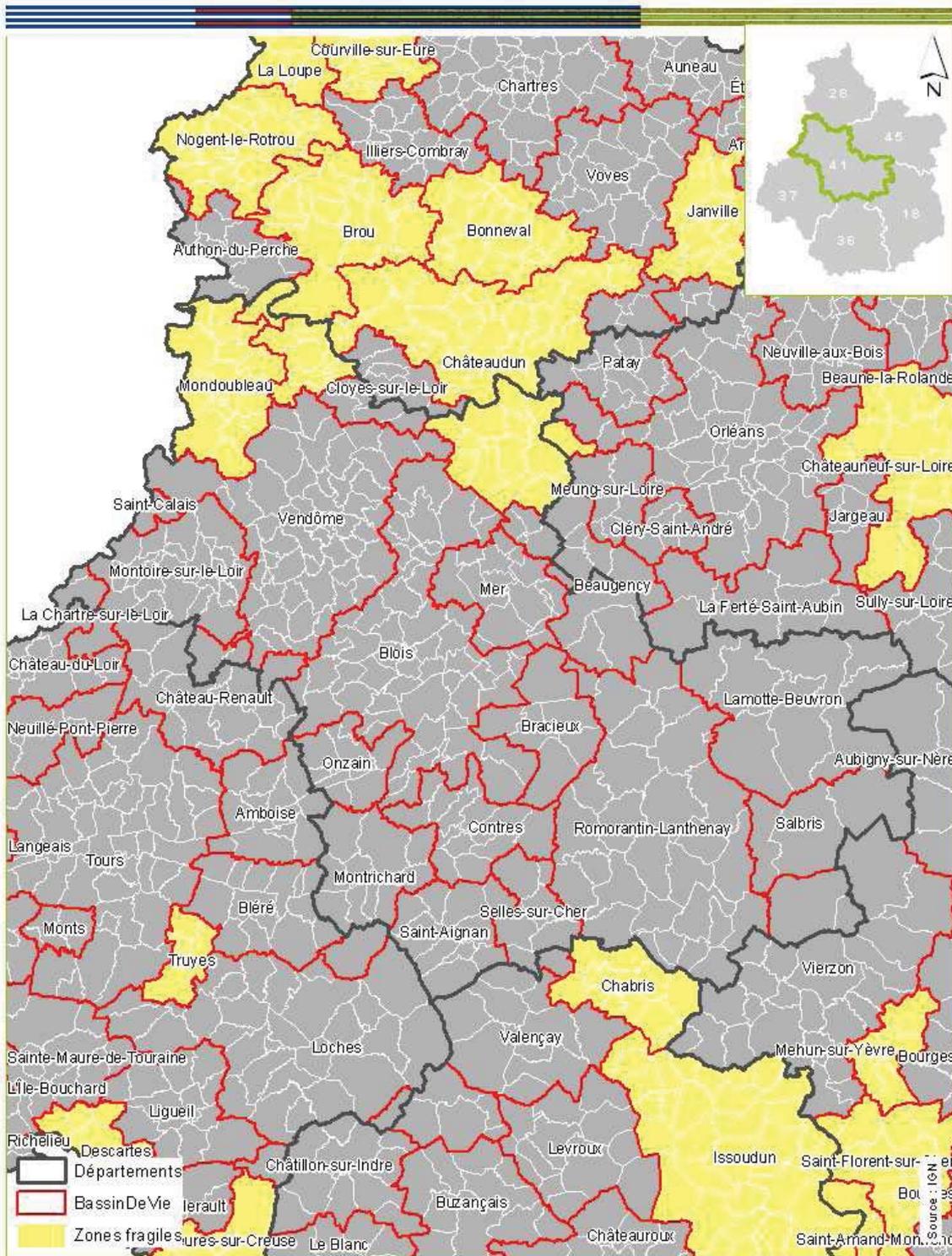


Réalisation : ARS du Centre - Septembre 2012 Source : ARS du Centre - IGN © - Conseil Régional



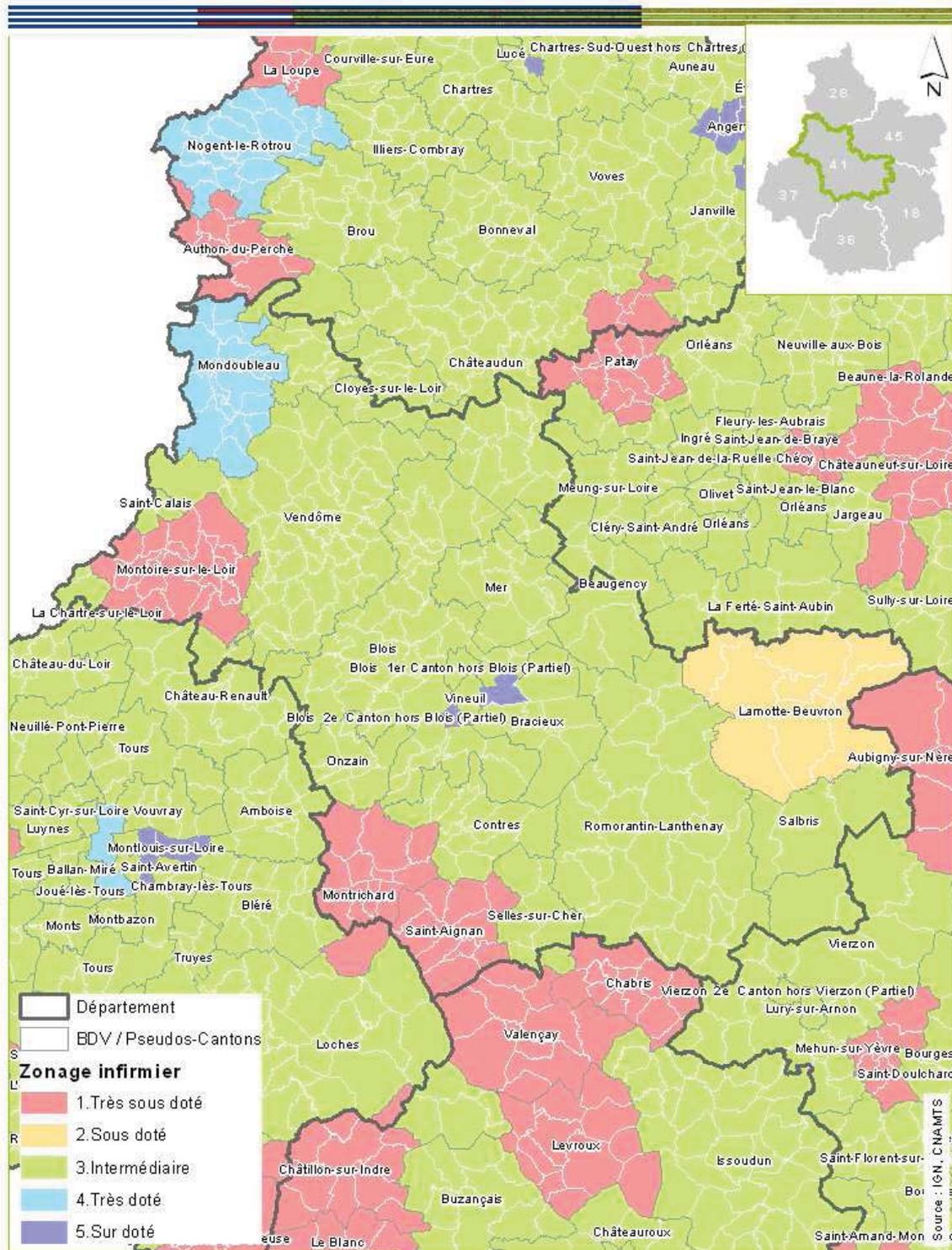
## Zonage fragile SROS en Région Centre

Département : LOIR-ET-CHER



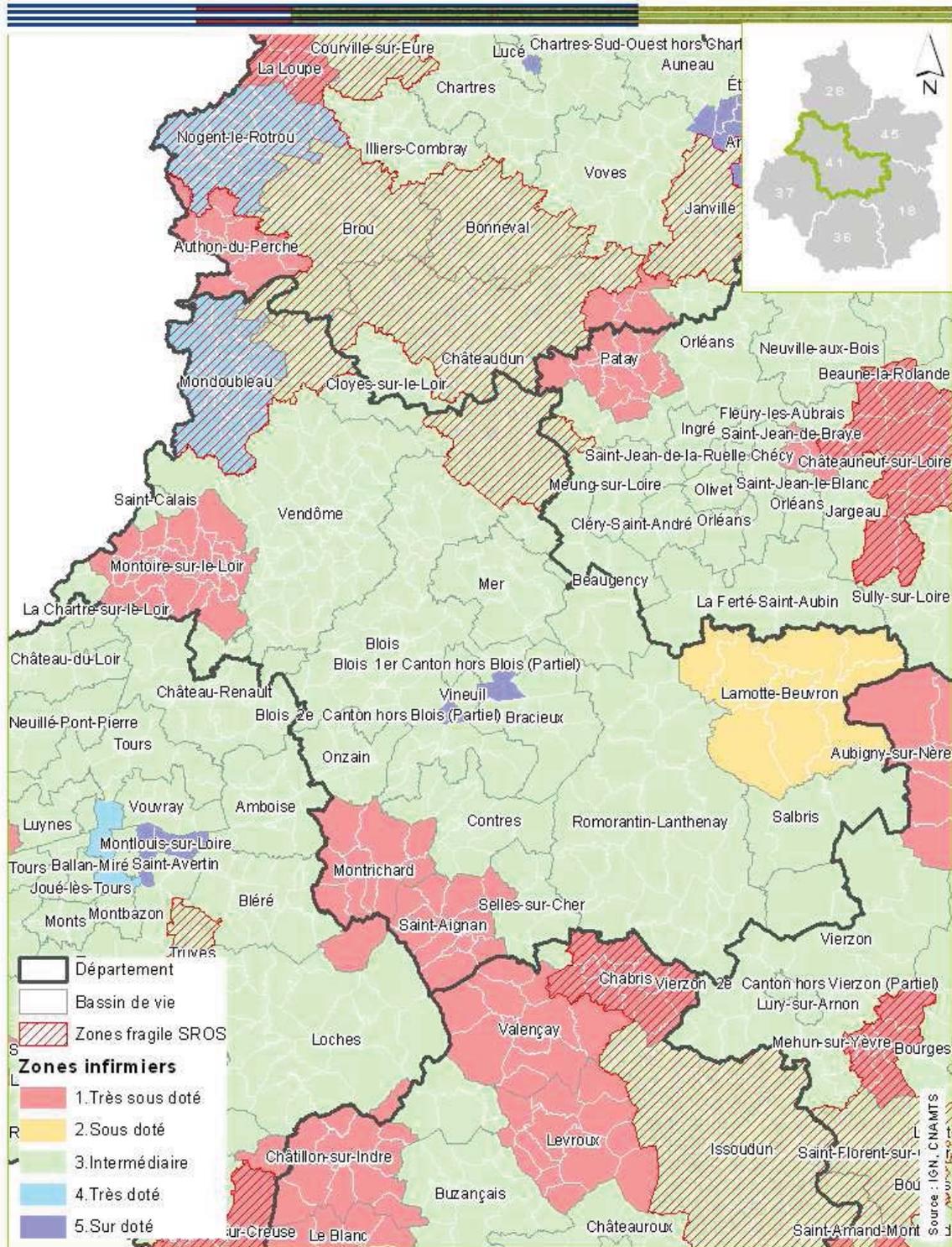
## Zones infirmiers (Bassins de Vie et pseudos cantons) en Région Centre

Département : LOIR-ET-CHER



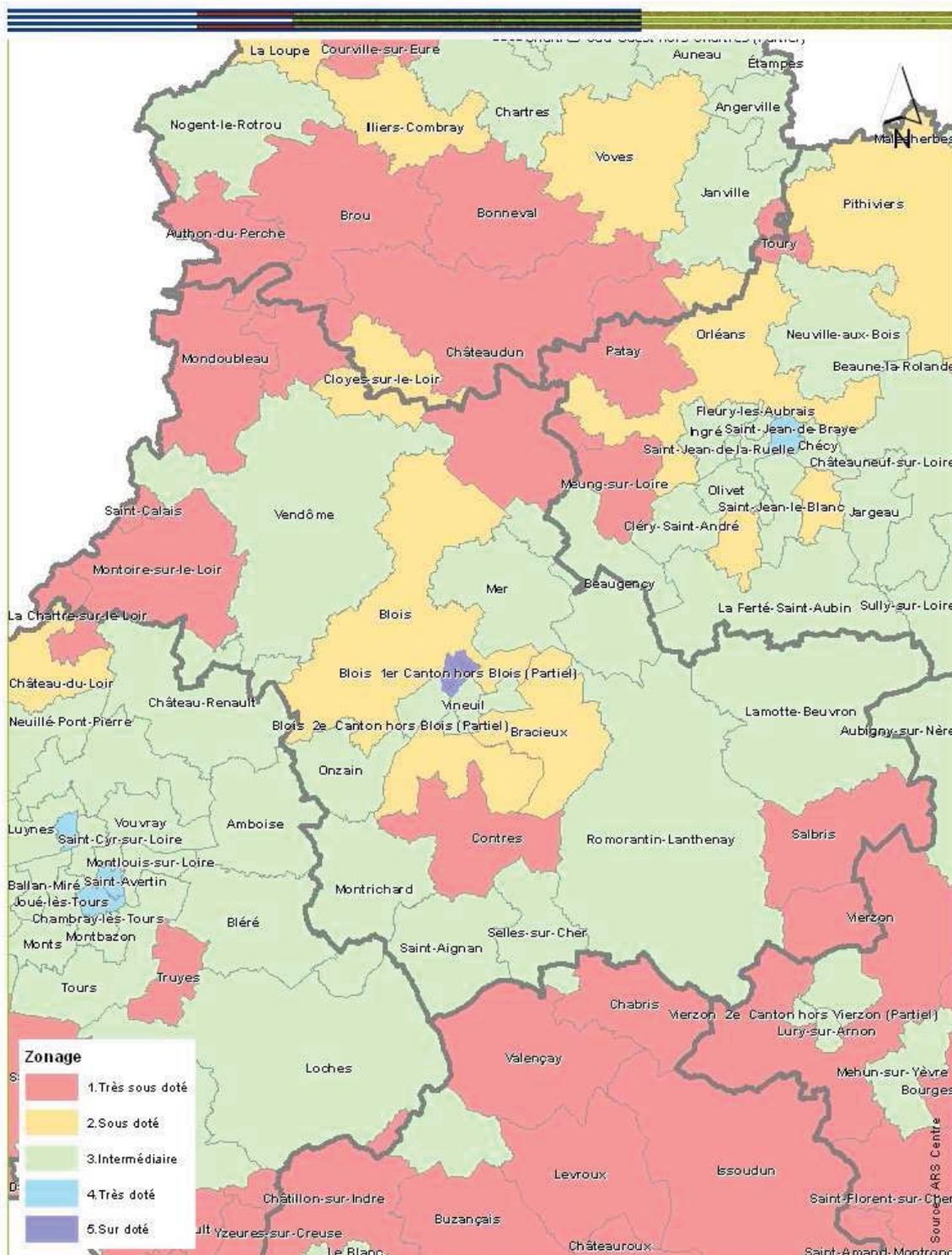
## Zones fragiles SROS et zones infirmiers en Région Centre

Département : LOIR-ET-CHER



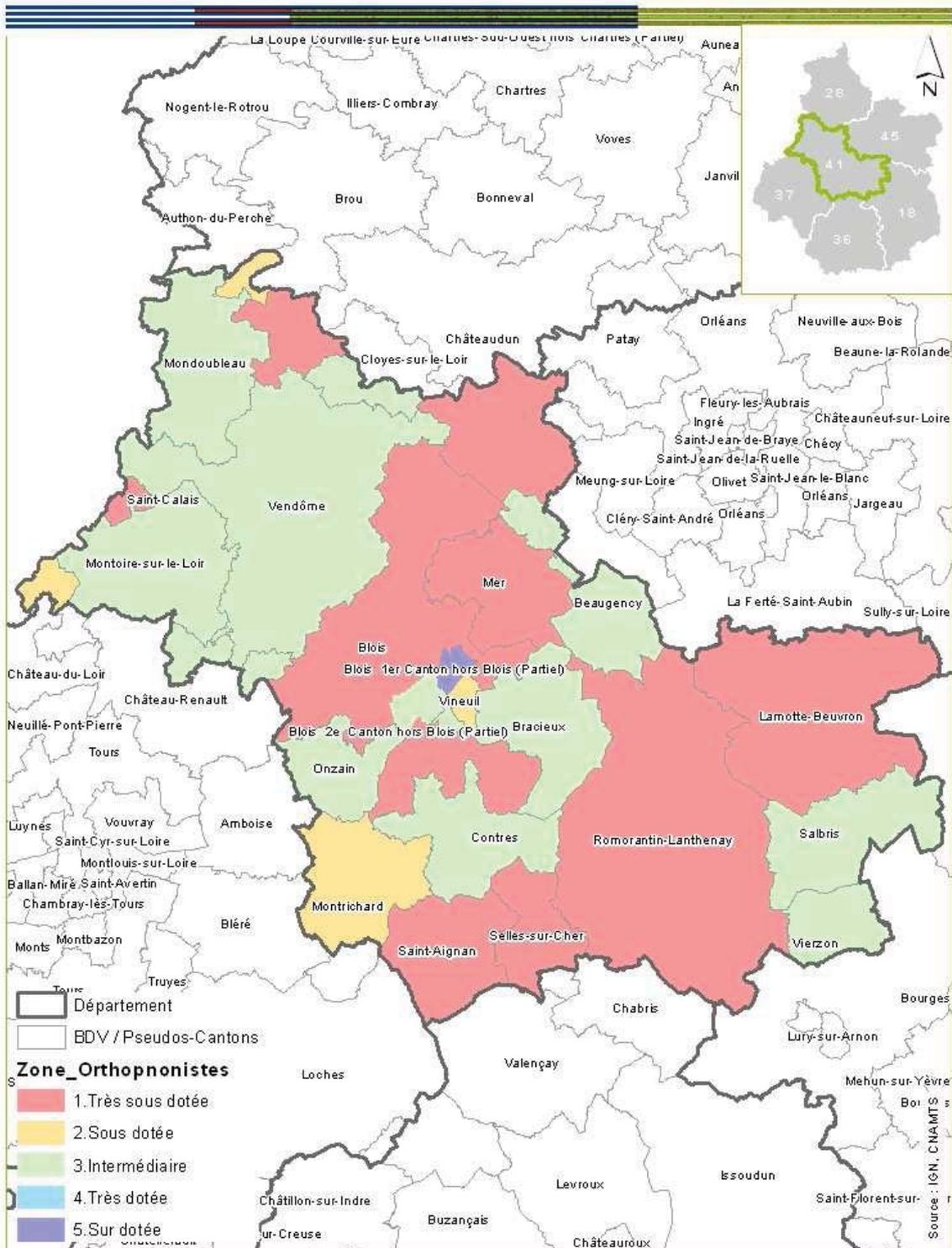
## Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : LOIR-ET-CHER



## Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département: LOIR-ET-CHER

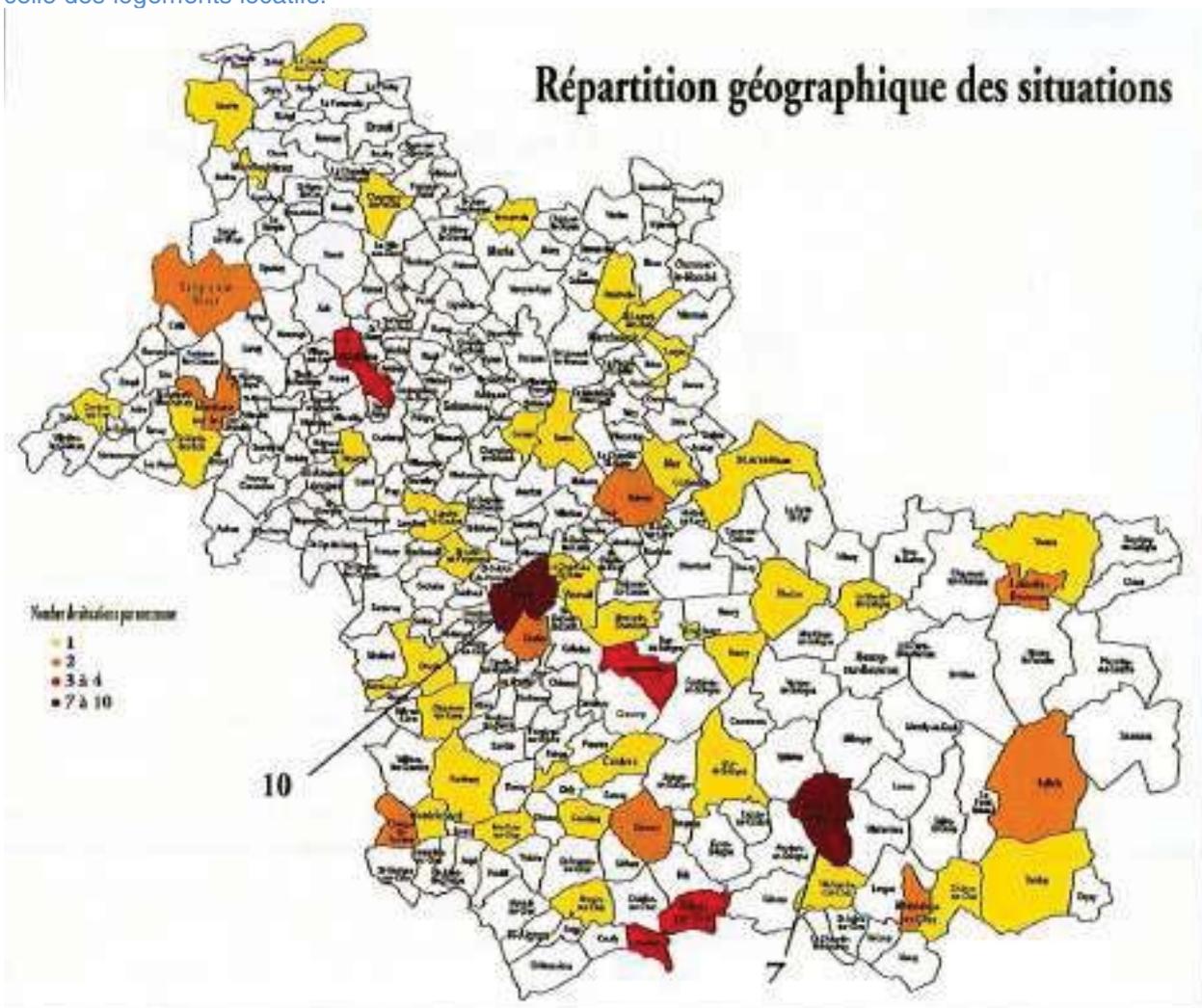


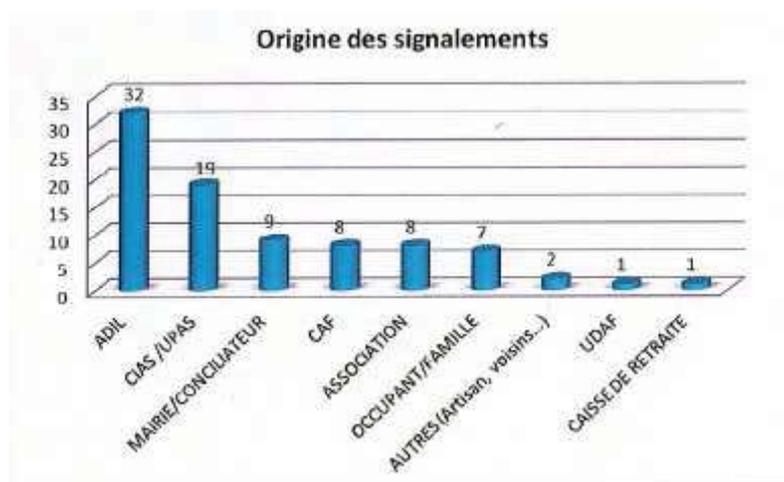
## Les caractéristiques du territoire en santé-environnementale

[Les faits marquants 2012 : \(source PACT de Loir-et-Cher\)](#)

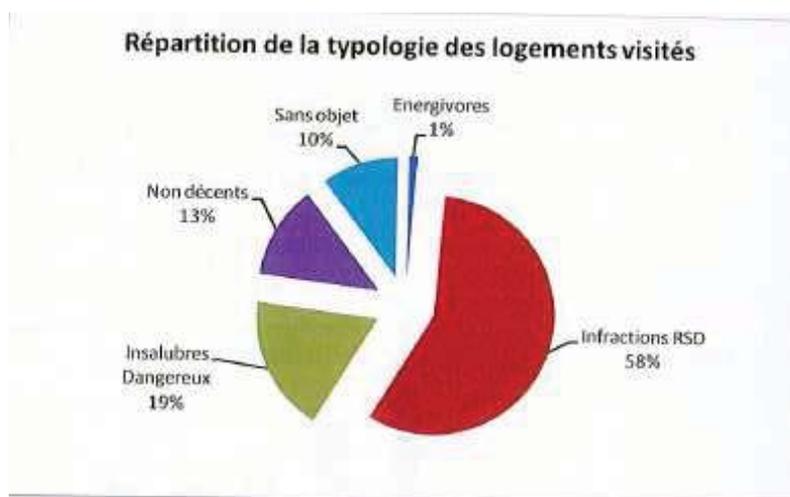


Alors que l'évolution était significative en 2011 passant de 46 dossiers à 88, en 2012 le nombre de situations traitées stagne (87 en 2012 et 88 en 2011). Les actions de communication mises en place en 2011 ont donc bien été repérées. Les services sociaux continuent à se saisir du dispositif. On constate néanmoins une diminution de la part des logements occupés par leur propriétaire au profit de celle des logements locatifs.

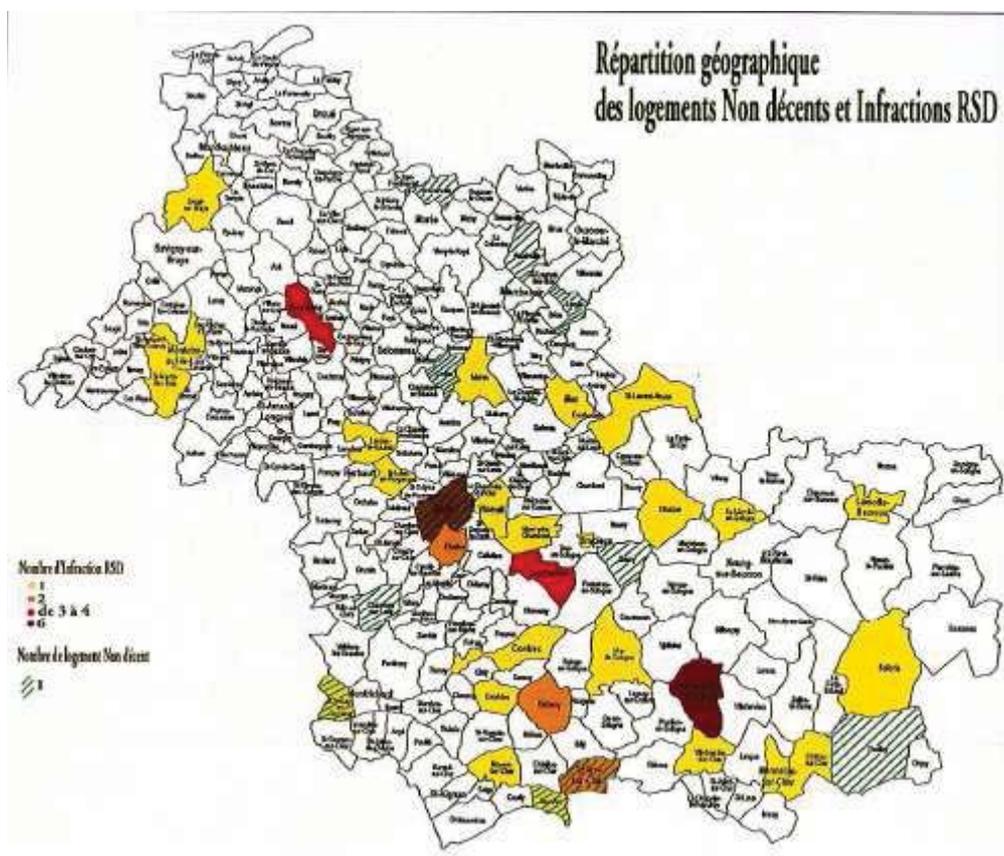
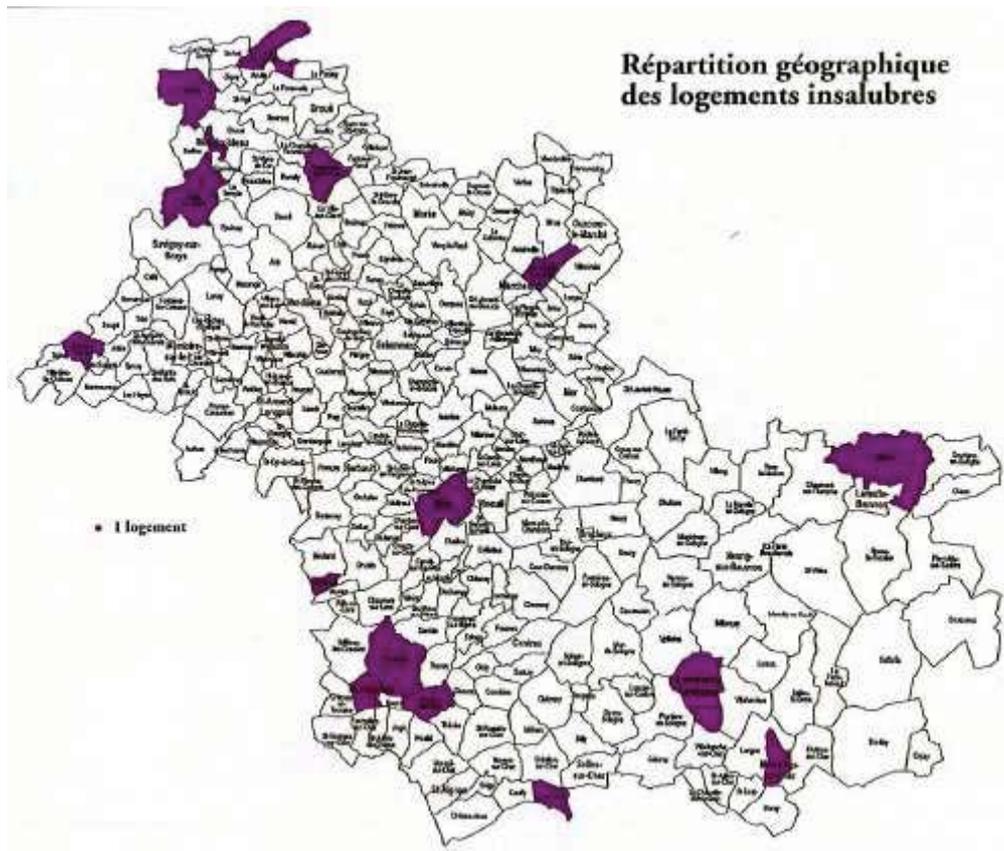




Le dispositif de lutte contre l'habitat indigne est relativement bien identifié par les partenaires institutionnels et sociaux. Plus d'un tiers des signalements émane d'un premier contact avec l'ADIL. On constate également que le dispositif est plutôt bien repéré par les collectivités territoriales.



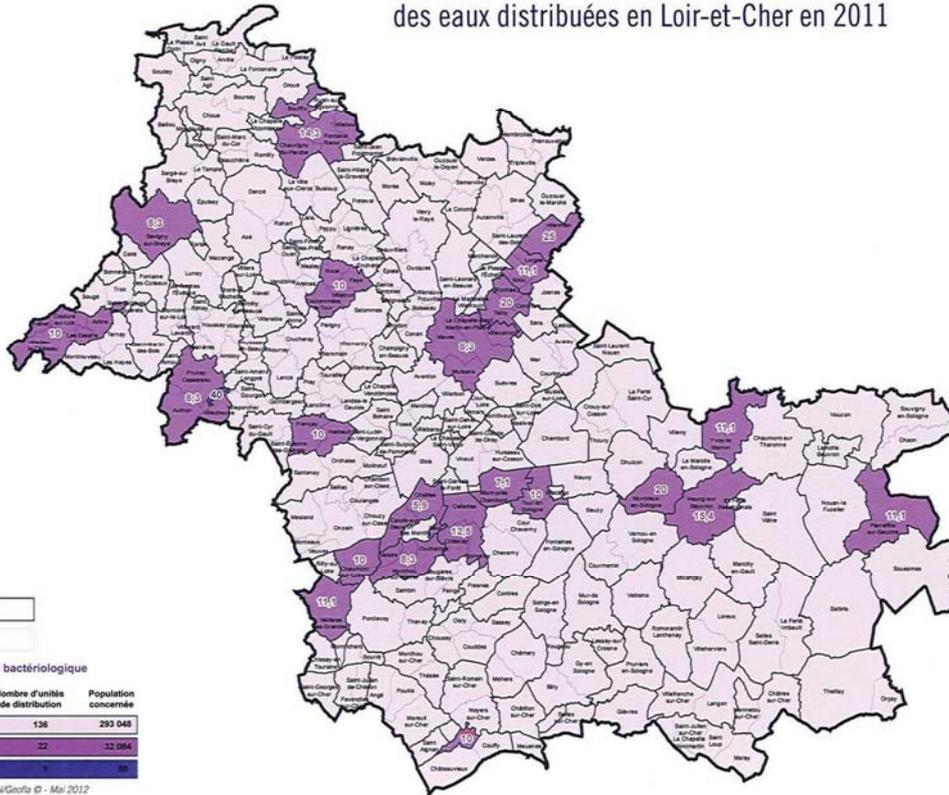
La part de logements insalubres ou dangereux est restée quasi identique (17% en 2011), les logements qualifiés de non décents ont assez nettement augmenté (6% en 2011). Un seul logement a été traité comme énergivore.





# LA QUALITÉ BACTÉRIOLOGIQUE

des eaux distribuées en Loir-et-Cher en 2011



0 10 km

Unité de distribution

Limite communale

% de non-conformité bactériologique

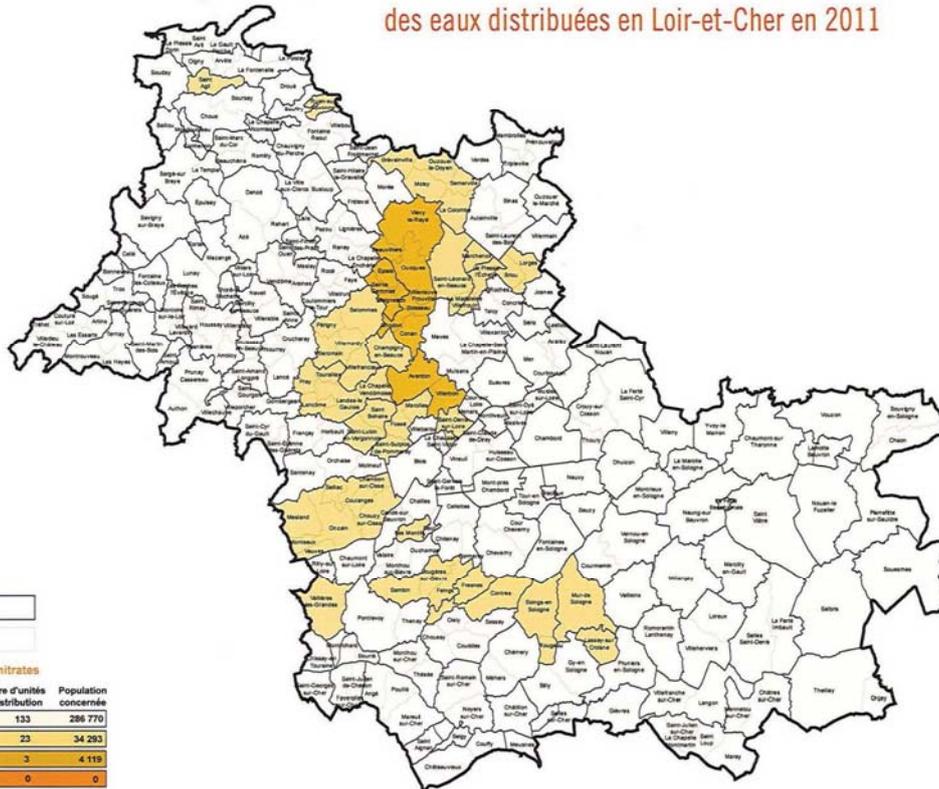
% de non conformité bactériologique	Nombre d'unités de distribution	Population concernée
≤ 5 %	136	293 048
De 5 % à 30 % inclus	22	32 084
> 30 %	0	0

Source : ARS du Centre - IGN/Geofra © - Mai 2012



# Les teneurs moyennes en nitrates

des eaux distribuées en Loir-et-Cher en 2011



0 10 km

Unité de distribution

Limite communale

Teneur moyenne en nitrates

Teneur moyenne en nitrates	Nombre d'unités de distribution	Population concernée
≤ 25 mg/l	133	286 770
De 25 à 40 mg/l inclus	23	34 293
De 40 à 50 mg/l inclus	3	4 119
> 50 mg/l	0	0

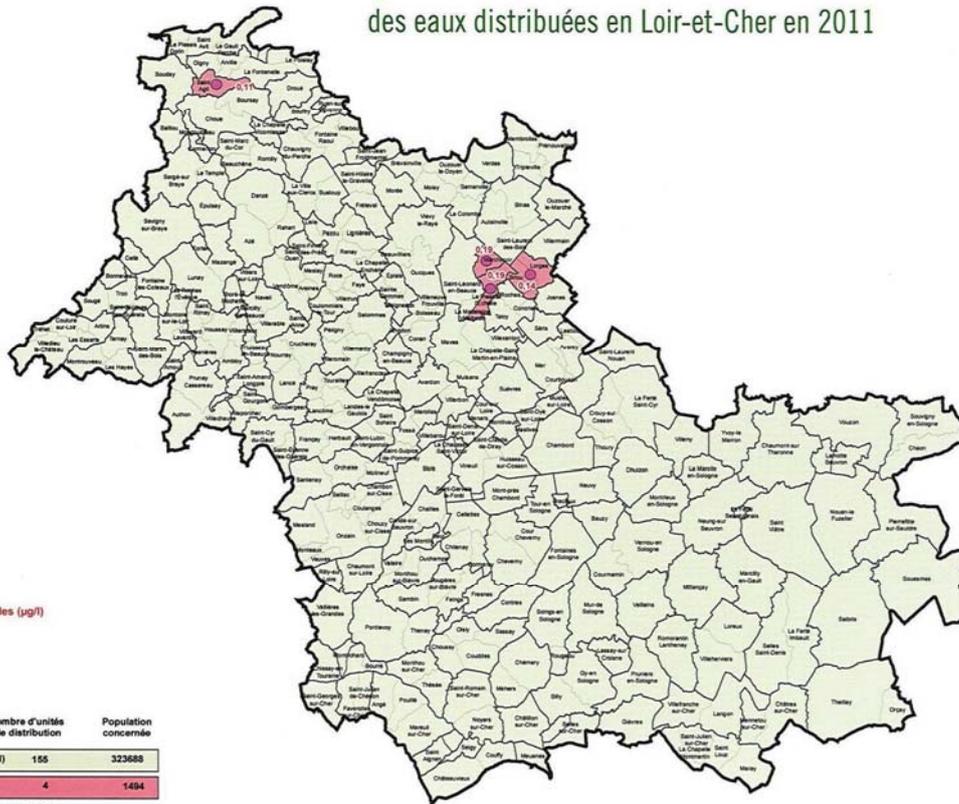
Source : ARS du Centre - IGN/Geofra © - Mai 2012





# Les teneurs maximales en pesticides

## des eaux distribuées en Loir-et-Cher en 2011



Source : ARS du Centre - IGN/Geofia © - Mai 2012



## PROTECTION DES CAPTAGES D'EAU POTABLE EN LOIR-ET-CHER



ARS du Centre - DT de Loir-et-Cher  
Unité Santé-Environnement  
Carte imprimée le 19/12/2012  
D:\Mes docs\PPC arc\view\Situation adm\_CAP\_v20110\_A32.mxd  
© Copyright - BoCarto

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
-------------------	--------------	----------------	------------------

## Diagnostic par filière de prise en charge

### 1) Premier recours

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p> <p>- <b>Répartition territoriale</b></p>	<p>Organisation et coopération public/privé. Place 3 CH</p> <p>Maillage des pompiers, et ambulanciers privés (formation CESU41), et présence d'un hélicoptère à Blois.</p>	<p>Nord et Est fragilisés en médecins</p> <p>Médecins âgés</p> <p>Zones fragiles médicaux et paramédicaux</p> <p>Plusieurs « zones de vie » ou bassins de vie coexistent.</p>	<p>Consultations externes à partir des établissements de santé</p> <p>Développer le salariat des médecins</p>
<p>- <b>Qualité des prestations</b></p> <p><b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b></p>	<p>Expérimentation PAIS avec bonne gestion des imprévus pour la prise en charge en journée</p>	<p>PDSA fragile et inégale sur le département. Réponse incomplète en journée sur certains secteurs.</p> <p>Refus de nouveaux patients</p>	<p>Communication sur la régulation SAMU</p> <p>liaison entre professionnels du social / libéral / professionnel de santé</p>
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>Projets de MSP</p> <p>Pour les personnes âgées : possibilité de 3 transports gratuits par an. Expérimentation CPAM, en partenariat avec MSA retour positif du « transport la demande » organisé par le CG</p>	<p>Réponse sociale assurée par les urgences par défaut</p> <p>PASS engorgées.</p> <p>Questionnement sur le fonctionnement des MSP</p>	<p>articuler avec le système social pour ne pas qu'il devienne médical, et inversement.</p> <p>.Evaluation et complémentarité entre exercices regroupés</p> <p>Voir les possibilités d'extension du transport à la demande », actuellement limité à 2 demi-journées par semaine</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Professionalisation des acteurs</b>	<p>Accueil de stagiaires dans les trois centres hospitaliers du département.</p> <p>Accompagnement par le conseil général des stagiaires</p>	<p>Manque de temps des médecins pour accompagner les stagiaires</p> <p>Accueil insuffisant des stagiaires en MSP.</p> <p>Contraintes administratives pour l'installation des libéraux.</p>	<p>FMC commune MG-PH.</p> <p>Développer l'internat dans l'ensemble des établissements de santé</p> <p>Suivi des stages en MSP</p>

2) urgences

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p> <p>- Répartition territoriale</p> <p>- Qualité des prestations accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</p>	<p>Blois : 1 SAMU, 1 SMUR avec 1 seule équipe sur Blois</p> <p>Vendôme : 1 SMUR, Romorantin : 1 SMUR</p> <p>CHB avec entrée directe au service de pédiatrie</p> <p>1 hélicoptère pour urgences vitales et transferts secondaires</p> <p>Les pompiers engagent les gestes de 1<sup>er</sup> secours dans l'essentiel des cas en 20 min sur les urgences vitales avec défibrillateurs</p> <p>à Blois : filière courte aux urgences pour les problèmes psychiatriques avec intervention du service de psychiatrie générale</p> <p>coopération entre les</p>	<p>Les problèmes d'organisation de la permanence des soins laissent sans réponse de proximité des personnes qui sont conduites aux urgences pour des questions ne relevant pas de l'urgence vitale.</p> <p>Certaines personnes choisissent de se rendre aux urgences dont l'accès est gratuit plutôt que de payer des soins ambulatoires →engorgement → mauvaise qualité des soins – temps d'attente</p> <p>Urgences psychiatriques pour adultes tendues</p> <p>Les patients des cliniques psychiatriques en crise sont confrontés à des problèmes de prise en charge de</p>	<p>Requalifier la notion d'urgence et la faire partager entre les acteurs</p> <p>Evaluer si les enveloppes financières dédiées aux filières d'amont et d'aval des urgences sont bien utilisées en vue d'une optimisation de la gestion des parcours</p> <p>Renforcer la prise en charge sociale au sein des urgences</p> <p>Etudier une priorité d'accès pour les populations spécifiques (santé mentale, handicap) pour permettre un relais plus facile entre les professionnels d'amont et</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>cliniques psychiatriques privées et le service hospitalier des urgences</p> <p>La prise en compte des plaintes des patients a amené une réorganisation récente des urgences du CH de Blois impliquant les acteurs de l'aval</p> <p>Affichage des délais d'attente dans la salle d'accueil pour informer la population</p> <p>Information des patients dans les couloirs sur les délais d'attente</p>	<p>transport pour accéder à leur secteur psychiatrique public de rattachement lorsqu'il est à plus de 50 km</p> <p>Les équipes SMUR ne fonctionnent pas à effectif en personnel complet</p> <p>Les délais d'attente pour l'accès aux services ambulatoires peut générer des urgences psychiatriques</p> <p>Il est difficile de préserver la dignité des personnes admises aux urgences</p> <p>Difficultés de prise en charge des personnes âgées, personnes en situation de précarité, adolescents avec problème psychiatrique</p>	<p>le service d'urgence mais dans le respect de la priorité des urgences vitales</p>
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Coopération CH Blois, CH St Aignan et Beaugency (SSR, courts séjours médecine)</p> <p>Coopération entre CH /HAD</p> <p>Conventions entre ESMS /HAD</p> <p>Possibilités d'interventions interdépartementales sur les zones + 30mn d'un</p>	<p>Manque d'organisation de la prise en charge en amont et en aval des urgences</p> <p>Peu d'échanges d'information entre les professionnels médicaux et paramédicaux au niveau du domicile pouvant entraîner une dégradation des situations</p>	

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
	<p>SMUR</p> <p>Partenariat pour le transport aux urgences avec SDIS et ambulanciers privés</p> <p>→ à Lamotte-Beuvron, St Aignan et Blois implantions fixes du SDIS (médecin et IDE)</p>	<p>Zone démunie au nord du département (Savigny, Montoire-sur-le-Loir, Mondoubleau)</p>	
<b>Professionalisation des acteurs</b>	<p>IDE au niveau des pompiers</p>	<p>Manque de sensibilisation au handicap</p>	

3) Filière personnes âgées

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p>	<p>Découpage équilibré du département selon les 3 arrondissements, chacun doté d'un établissement de référence :</p> <p>CH Blois / CH Vendôme / CH Romorantin.</p>	<p>Identifier les rattachements pour les territoires dont l'attractivité est tournée vers les départements limitrophes.</p>	
<p><b>Répartition territoriale :</b></p>	<p>Bon maillage de l'ensemble de l'offre (EHPAD / SSIAD / ESA / HAD ...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de connaissance des places existantes et de leur localisation.</li> <li>• Insuffisance de places d'HT d'urgence.</li> <li>• Manque de dispositif de « garderie » autre qu'AJ et HT.</li> </ul>	
<p><b>Qualité des prestations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>accessibilité</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilité financière : coût</li> <li>• Difficultés d'accès aux cabinets dentaires et aux professionnels de santé : Difficultés liées aux transports, adaptabilité des locaux.</li> </ul>	





Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
-------------------	--------------	----------------	------------------

4) Accès à la prévention et aux soins des personnes vulnérables

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Répartition territoriale</b></li> <li>- <b>Qualité des prestations</b></li> </ul> <p><b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b></p>	<p>dispositif de prise en charge diversifié 142 places CHRS, 84 places Pension de familles dont 10 places dédiées à un public en souffrance psychique (résidence accueil), 20 places stabilisation, 20 places pour hommes abri de nuit, 54 places hébergement d'urgence pour familles 3 lits halte soins santé Un accueil de jour pour personnes à la rue et personnes souffrant d'isolement</p> <p>Une équipe mobile santé précarité avec une triple dimension : sociale (éducateur CIAS du Blaisois), santé (infirmière Osons nous soigner), addictions (animatrice Vers un réseau de soins) une équipe mobile précarité psy (EMPP) rattachée au CH de Blois 2 permanences d'accès aux soins (PASS) gérée par le CH de Blois, CH de Vendôme</p>	<p>Moyens contraints de la santé pénitentiaire</p> <p>absence de Plateforme d'accueil en Réseaux pour l'accès aux Droits Sociaux (PARADS)</p> <p>lien insuffisant social / santé</p> <p>équipes mobiles avec territoires d'intervention limités au Blésois, et ciblées sur publics précaires</p>	<p>Mettre en réseaux professionnels du social et de la santé, et notamment de la psychiatrie</p>
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>Personnes à la rue : lits halte soins de santé</p> <p>Le groupe de travail « santé des gens du voyage » : au sein de la Commission Départementale Consultative (CDC) des gens du voyage</p>	<p>Personnes en souffrance psychique</p> <p>Jeunes mineurs majeurs</p> <p>Population âgée</p> <p>Détenus</p>	

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
	<p>Les séances ont abouti à 4 fiches actions intégrées au schéma d'accueil révisé :</p> <p>fiche action n°1 : faciliter l'accès aux soins et à la prévention ;</p> <p>fiche action n°2 : recommandation en matière d'équipement des aires d'accueil</p> <p>fiche action n°3 : créer un répertoire des structures de soins et de prévention en matière de santé ;</p> <p>fiche action n°4 : Faciliter l'accès aux droits de l'assurance maladie (CMU et CMU-C)</p> <p>Intervention de l'association Tsiganes 41</p> <p>Plus-value de la dimension à aller vers les publics en situation de précarité de l'association osons nous soigner (ONS)</p>	<p>Intervention géographique limitée, compte tenu moyens contraints</p>	
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Le PDAHI 41 a permis d'identifier une problématique liée à la santé qui a fait l'objet d'une fiche action « Développer et renforcer le lien « social-santé » pour favoriser l'accès au logement ».</p> <p>Deux problématiques principales – intimement liées- se dégagent de cette réflexion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- développer le lien entre le social et la santé : constat est fait, en effet, que les professionnels du social ne connaissent pas toujours les structures et professionnels de la santé, et notamment de la psychiatrie</li> <li>- la prise en charge de la souffrance psychique</li> </ul>		

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
	<p>coordinations territoriales des acteurs en éducation pour la santé / promotion de la santé pilotées par l'antenne du Loir et Cher de la FRAPS</p> <p>Une coordination santé précarité de la ville de Romorantin-Lanthenay</p> <p>Groupe opérationnel santé précarité CLS ville de Blois</p>		
<b>Professionalisation des acteurs</b>			

5) *Enfants et adultes handicapés*

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population : Dépistage et interventions précoces</b></p>	<p>Projet d'extension du CAMSP</p> <p>Jardin d'enfants spécialisé</p>	<p>Pas d'antenne à Vendôme car problème de locaux</p> <p>Risque de rupture de parcours si difficulté d'accès en IME</p>	<p>Mobilisation des partenaires dans la recherche de locaux</p> <p>Trouver des solutions adaptées aux jeunes adultes pour qu'ils ne restent pas en IME au titre de l'amendement Creton</p>
<b>Formation professionnelle</b>		<p>Dispositif d'accompagnement insuffisant pour les jeunes vers des formations adaptées à leur handicap – Manque d'expertise préalable des potentialités qui entraîne des ruptures de parcours</p> <p>Problème du financement de l'accompagnant pour la formation professionnelle</p>	<p>Partenariat Cap emploi-Prométhée et ESMS à développer</p> <p>Aménager la formation professionnelle des jeunes handicapés (accompagnement AVS – adaptation formation – CFAS)</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
			<p>Constituer une plateforme qui fédère les actions des différents organismes // formation professionnelle et l'accès à l'emploi (EA) et permette l'évaluation – S'appuyer sur le milieu protégé (ESAT) et les services SAVS et SAMSAH –Développer les ESAT hors les murs – Evaluer l'intérêt d'une réorganisation de la MDPH pour une approche spécifique des 16-25 ans</p>
<p><b>Modes d'accueil</b></p>	<p>3 familles d'accueil accueillant plus particulièrement des personnes ayant un handicap psychique avec un partenariat fort entre CG/familles/service de psychiatrie</p>	<p>Problème de la formation et de la précarité du statut des familles d'accueil</p>	<p>Développer le placement familial spécialisé pour les personnes adultes handicapées (solution de répit + vieillissement des handicapés et de leurs aidants familiaux) A adosser à des ESMS afin d'assurer un soutien aux familles d'accueil en s'assurant de la qualité et de la continuité des soins (avec les ESMS et les CH)</p>
<p><b>Logement – autonomie</b></p>	<p>Travail sur l'autonomie engagé par les IME (appartements de semi autonomie) Logement FH de Lunay de pré-autonomie</p>	<p>Peu de logements adaptés et regroupés permettant de développer les expériences d'autonomie et la mutualisation de moyens d'accompagnement à domicile Les contraintes de transport sont un frein à l'autonomie</p>	<p>Soutenir l'apprentissage du permis de conduire dans des dispositifs de proximité</p>
<p><b>Aide à domicile</b></p>		<p>Faiblesse du financement de</p>	





Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Continuité des soins</b>		<p>Pertes de capacité physique de personnes du fait du manque de kinésithérapeutes</p> <p>Manque de professionnels de santé dans les établissements médico-sociaux</p>	<p>dans le dossier de liaison d'urgence des fiches sur les habitudes d'accompagnement des personnes handicapées à compléter par les aidants familiaux, les professionnels intervenant à domicile ou en ESMS</p> <p>Développer les formations des personnels paramédicaux et de rééducation et d'accompagnement pour permettre les délégations d'actes ou des gestes de prévention</p> <p>Conventions ESMS/secteur libéral et établissements de santé, groupements pour mutualiser des moyens</p>
<b>Aide aux aidants</b>		<p>Difficultés des aidants dans le quotidien et dans la prévention des risques (situation d'urgence, prévision de l'avenir)</p> <p>Problème d'accès à l'information à un réseau d'aide des aidants – MDPH mal repérée et non adaptée</p>	<p>Identifier une plateforme relais (Vivre Autonome 41) afin de repérer les aidants, de leur faire une offre d'aide et de proposer des formations (exemples sessions proposées aux familles par l'UNAFAM)</p> <p>Intervention des travailleurs sociaux de la MSA et organisation de réunions de sensibilisation à l'initiative des élus cantonaux MSA</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Préconisations mission d'appui en santé mentale</p>	<p>Difficultés des PH d'accès au travail en raison de la méconnaissance par les entreprises des capacités et spécificités des personnes handicapées – Crainte de ne pas trouver de soutien en cas de difficulté</p> <p>Ruptures de parcours des enfants ou adultes en situation complexe (problèmes de comportement, besoins de soins lourds ...)</p>	<p>Mobiliser les médecins du travail et de la MSA sur l'adaptation du milieu de travail aux besoins des personnes handicapées – Former les entreprises aux handicaps (ex handicap psychique- formations UDAF aux entreprises) Développer les accompagnements à l'insertion professionnelle (conventions ESAT/entreprises, appui des SAVS/SAMSAH, rôle des SESSAD pro)</p> <p>identifier des équipes référentes hospitalières qui soient des interlocuteurs // aux acteurs sociaux et médico-sociaux afin de prendre en charge les situations complexes assurer une veille en concertation avec tous les acteurs des situations à risque (MDPH)</p>
<p><b>Professionalisation des acteurs</b></p>		<p>Manque de personnels infirmiers et problème de responsabilité pour les personnels intervenant à domicile qui sont sollicités pour accomplir des gestes ne relevant pas de leur cadre d'activité</p>	<p>Faire évoluer les périmètres d'intervention des accompagnants à domicile (gestes techniques : EVS, aspirations etc...)</p> <p>Faire des journées de</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
 ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
		<p>Echecs dans les accueils dans les structures pour personnes âgées par méconnaissance des besoins spécifiques des personnes handicapées</p> <p>Manque de diagnostic et soins adaptés du fait de la méconnaissance par les professionnels de santé des besoins spécifiques (humains et matériels) et des problèmes de communication des PH</p>	<p>sensibilisation sur les soins quotidiens (ex : fausses-routes, soins bucco-dentaires..) → cibler des problématiques et partager des compétences entre professionnels de différentes catégories et aidants familiaux.</p> <p>Former les accompagnants à domicile aux troubles du comportement,</p> <p>Former les personnels des EPHAD et des USDL au handicap pour permettre les relais avec ESMS handicap</p> <p>Mettre en place des personnes ressources par type de handicap dans les établissements de santé qui puissent venir en soutien de leurs collègues dans l'accueil et l'échange avec la personne handicapée (ex : professionnels formés à la langue de signes)</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
-------------------	--------------	----------------	------------------

6) Santé mentale

Enfants

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Répartition territoriale</b></li> <li>- <b>Qualité des prestations</b></li> </ul> <p><b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b></p>	<p>Etat des lieux récent réalisé dans le cadre de l'intervention de la mission d'appui en santé mentale</p> <p>En sus des deux équipes publiques de pédopsychiatrie (Blois-Vendôme et Romorantin-Lanthenay), la clinique de Saumery dispose d'une expérience dans la prise en charge des adolescents.</p>	<p>Agés charnières (6 ans, 11ans, 16 ans, 18 ans) posent problème de coordination des prises en charge</p> <p>Grand morcellement des prises en charges et manque de coordination entre les différents intervenants (ESMS, Services de soins et ASE)→ « lâchages » institutionnels de certains jeunes à des âges fragiles (16-18 ans) surtout lorsque l'environnement familial est défaillant</p> <p>Manque d'accès en urgence à un diagnostic par un psychiatre (très peu de possibilités d'accueil et d'évaluation sur quelques jours)</p> <p>Manque d'adaptation du dispositif d'hospitalisation (en pédiatrie), en psychiatrie générale)</p> <p>Pas de site d'accueil territorial des urgences psychiatriques</p> <p>Difficulté d'accès à la CPU Tours</p> <p>les structures médico-sociales et sociales ne</p>	<p>Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie pouvant soutenir la prise en charge des jeunes en institution</p> <p>Mettre en place une structure d'accueil des adolescents en crise possibilité d'un partenariat public/privé du fait du potentiel de la clinique de Saumery accueillir en seconde intention des jeunes sortant des hospitalisations urgentes</p> <p>Identifier des équipes de soins référentes susceptibles d'être des interlocuteurs pour les structures sociales et médico-sociales</p> <p>Maison des adolescents</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Prise en compte des publics spécifiques</b>		savent pas prendre en charge des problématiques de comportement qui paraissent mineurs pour les soins psy mais sont trop lourdes pour les acteurs sociaux  les structures d'aval doivent pouvoir maintenir les acquis donnés par les services de soins → risques de rechutes	
<b>Coordination des acteurs</b>	Groupe de travail MPH sur la coordination des interventions pour les enfants et les jeunes avec difficultés multiples	Manque de disponibilité des acteurs et crainte d'une impasse faute de moyens	Mettre en place l'instance de coordination dans le cadre de la MDPH
<b>Professionalisation des acteurs</b>	Clinique de Saumery dispense une action mensuelle de formation et d'accompagnement des professionnels sociaux (supervision des cas)		Des formations communes pourraient être organisées avec les équipes de soins publiques et celles des établissements de l'enfance handicapée (IME, ITEP) dans le cadre de conventions

*Adultes*

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b>  - <b>Répartition territoriale</b>	Le Loir-et-Cher apparaît bien pourvu en établissements de soins psychiatriques, notamment en raison de l'implantation historique de cliniques privées. La répartition des structures de psychiatrie générale est assurée sur tout le territoire	Pénurie de psychiatres, notamment dans le secteur public	

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p>- <b>Qualité des prestations</b> <b>accessibilité, continuité,</b></p> <p><b>globalité de la prise en charge</b></p>	<p>Existence d'une équipe mobile psychiatrie à vocation départementale</p>	<p>Cloisonnements de services hospitaliers entre services MCO et la psychiatrie → manque d'échange d'informations qui nuit à la qualité des soins Insuffisance de la prise en compte et du soutien aux familles</p> <p>Equipe mobile psy limitée au public en situation et de précarité et non repérée par les partenaires sur les arrondissements de Vendôme et Romorantin</p> <p>Les structures d'accompagnement post-hospitalisation existantes sont insuffisantes en nombre d'établissements et de places, ainsi que l'atteste l'existence de listes d'attente. Cette situation d'attente de prise en charge post-hospitalisation est particulièrement néfaste pour la personne malade ; elle augmente, par répercussion, le risque de recourir à nouveau aux services d'urgence et la nécessité de nouvelles hospitalisations. Cela a également pour conséquence de laisser aux familles la charge de ces</p>	<p>Développer les informations DMP et DLU pour systématiser les possibilités d'échanges entre professionnels de soins concernant les besoins spécifiques des malades psychiques</p> <p>Au niveau des soins d'urgence, revoir les modalités d'intervention du SAMU, des équipes mobiles pour examiner le malade en cas de crise à domicile ou sur le terrain avant de déclencher une hospitalisation sans consentement</p> <p>Revisiter le territoire d'intervention et le public visé par l'équipe mobile</p> <p>Développer les structures d'accompagnement post-hospitalisation pour aider le malade à se reconstruire en lui donnant un environnement pour une meilleure socialisation :</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>		<p>périodes post-hospitalisation durant lesquelles le malade reste très fragile, alors qu'elles ne sont pas toujours les mieux placées pour assumer cette charge</p> <p>Personnes isolées dans leurs logements ou dans les communes rurales Population carcérale</p>	
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Bonne implication des acteurs dans l'organisation des journées d'information en santé mentale entre les associations et les équipes de soins</p> <p>CLS de Blois : travail de retour à domicile après hospitalisation Maisons relais</p> <p>SAMSAH SAVS psy projet innovant associant étroitement les équipes de soins publiques et privées et les équipes médico-sociales</p>	<p>Projet UDAF de maison gouvernante non abouti depuis 3 ans</p> <p>nombre de places de SAMSAH limité et temps de prise en charge limité pour chaque patient alors qu'il s'agit de pathologies au long cours</p> <p>Les professionnels du social ne connaissent pas tous les dispositifs de soins qui existent</p>	<p>Faire aboutir le Projet « Maison gouvernante » (lieu d'hébergement avec accompagnement pendant la journée) qui nécessite une coordination forte</p> <p>création d'une banque de données interactive pour optimiser en temps réel les structures disponibles et leur capacité d'accueil et pour connaître en permanence l'évolution des besoins</p> <p>« sous l'égide de l'ARS, au mieux en lien avec la conférence de territoire, il est indispensable que soit organisé une sous commission ou toute autre forme d'organisation chargée de la coordination, au niveau du département, entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ... » (source : Plan</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
			Psychiatrie et Santé mentale 2012-2016)  Incitation à la création de conseils locaux de santé mentale (CLSM)
<b>Professionalisation des acteurs</b>	Initiative nouvelle de l'UNAFAM qui organise le 6 juin 2013 dans le cadre du CLS du vendômois une journée de sensibilisation destinées aux personnes qui dans le cadre de leur profession sont en contact avec des malades psychiques		Revenir à une formation spécialisée psy des infirmiers, infirmières pour que leur affectation à un service psychiatrique soit choisie au lieu d'être subie

7) *la filière addictologie*

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Répartition territoriale</b></li>   <li>- <b>Qualité des prestations</b></li> </ul> <b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thématique largement investie et reconnue comme priorité de santé publique par les acteurs institutionnels, associatifs et professionnels</li>  <li>- Un financement par l'ARS notamment :</li> <li>- d'une ELSA et de consultations d'addictologie au CH de Blois,</li> <li>- du réseau Addictions 41</li> <li>- des CSAAPA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence par ailleurs de</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'unité d'addictologie de niveau 2 (unité ou lits dédiés)</li> <li>- Prise en charge des addictions réduite dans les CH de Romorantin et de Vendôme en raison des moyens limités dont ils disposent à ce jour</li>  <li>- Manque de lisibilité des actions menées en prévention</li>  <li>- Difficultés pour répondre aux besoins des personnes isolées en milieu rural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la prise en charge des addictions dans les CH de Vendôme et Romorantin-Lanthenay</li> <li>- Unité d'addictologie de niveau 2 au CH de Blois (en principe une unité pour 500 000 habitants – étude d'opportunité du dossier en cours)</li> <li>- Evaluation des besoins pour l'accès aux soins des cyberdépendances</li> <li>- Validation diplôme</li> </ul>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>personnes ressources dans les CH de Romorantin et Vendôme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge médico-sociale assurée par des structures spécialisées, bien implantées, proposant un sevrage ambulatoire, un suivi médical et psychologique</li> <li>- Volet prévention : nombreuses actions menées dans les domaines de la sécurité routière ; pilotes et partenaires très impliqués</li> </ul> <p>Alcool, tabac, jeux pathologiques, drogues, médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoins non couverts sur l'ensemble du département (offre médico-sociale et sanitaire inégalement répartie sur le territoire) notamment pour les jeunes consommateurs de produits psychoactifs et leurs familles</li> </ul>	<p>addictions comportementales en cours au CH Blois – possibilité élargissement consultation externe à ce domaine</p>
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REZO ADDICTIONS 41 bien implanté dans le département et s'appuyant sur les médecins généralistes (60 % d'adhérents sur le département)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogation sur la faiblesse des effectifs infirmiers du REZO</li> </ul>	<p>Consolider le rôle de l'ELSA du CH de Blois (intra et extra hospitalier) Evaluation du REZO à mener</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Professionnalisation des acteurs</b>	Formations délivrées par le REZO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- CH de Selles-sur-Cher en 2010</li> <li>- CH de Vendôme : en cours</li> <li>- 2 structures d'insertion pour jeunes du Vendômois : programmé</li> </ul>	Insuffisance de prise en compte de la problématique addictive dans les différents plans de formation des professionnels de santé	Consolider la formation des personnels soignants et médicaux des établissements de santé (cf. missions d'une ELSA)

### 8) Prévention

#### Prévention primaire

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b>			
- <b>Répartition territoriale</b>	Observations générales :	Observations générales : <ul style="list-style-type: none"> <li>-territoire inégalement couvert par les actions (ex. Nord-est du département).</li> <li>-tout ce qui marche bien est centralisé sur Blois</li> <li>-offre existe mais parfois éloignée dans territoire : difficile d'accès pour personnes en situation de précarité (mobilité) notamment pour la ruralité</li> <li>-pas de centre d'examen de santé dans le Vendômois, ni Romorantin-Lanthenay (porte d'entrée pour l'accès aux soins, pour les personnes en situation de précarité)</li> <li>-problème désertification médicale et d'accès aux droits</li> </ul>	Observations générales : <ul style="list-style-type: none"> <li>-améliorer la visibilité de l'offre de prévention sur le département</li> <li>- introduire le rôle de prévention dans les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)</li> <li>-plate forme de prévention avec santé active : travailler à des projets ciblés sur les thèmes diabète, tabac, tumeurs, appareil circulatoire, alcool sur Blois ou sur le reste du territoire</li> <li>-décentralisation des bilans de santé et de décentralisation des ateliers nutrition de la CPAM</li> </ul>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
	<p>Filière addiction : - présence de la prévention sur l'ensemble du département</p>	<p>Filière addiction : -difficulté à faire le lien prévention-soin dans les territoires ruraux où l'offre de soin est insuffisante  -difficultés à faire de la prévention auprès des personnes très isolées</p>	<p>Filière addiction : -aller à la rencontre des personnes isolées dans les lieux de distribution alimentaire</p>
<p>- <b>Qualité des prestations</b> <b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b></p>	<p>Filière addiction : -Intervention auprès de tous les âges et de tous les milieux professionnels ou sociaux.</p> <p>-Communication des messages de prévention adaptée à l'âge et à la situation de la personne</p> <p>-Lien entre prévention et soin existant</p> <p>-certains outils élaborés par l'ANPAA sont reconnus par la MILDT (ex : « d'après-moi », « 100 issus »)</p> <p>-Possibilité d'évaluation des actions via le guide INPES.</p> <p>-organisation de stages Route Addiction Justice et SCJE par l'ANPAA</p> <p>-organisation de stage de sensibilisation à l'usage des stupéfiants par VRS</p>	<p>Filière addiction : - Nécessité de s'adapter aux impératifs du lieu d'intervention (peu de temps pour mobiliser le public)</p>	<p>Filière addiction : -adaptabilité des agendas et des programmes d'intervention.</p>
	<p>Public jeune en milieu scolaire : -une infirmière dans chaque collège et lycée publics du département. Missions : prévention et éducation pour la santé.</p> <p>-CESC des établissements scolaires</p>	<p>Public jeune en milieu scolaire : -difficulté d'obtenir plages horaires dans les programmes des enseignants au collège pour mettre en place un projet durable dans le temps</p> <p>-offre de prévention et de soins pour les jeunes : il est difficile de faire sortir les mineurs des établissements scolaires (responsabilité, confidentialité): parfois</p>	<p>Public jeune en milieu scolaire : -quelques projets inter établissements vont être mis en place en milieu scolaire</p> <p>-dynamique avec les parents à créer, dans le cadre des actions à destination des jeunes</p> <p>-la MILDT recommande investissement des actions de prévention</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>:</p>	<p>incompatibilité de l'offre disponible liée aux horaires ex. : ouverture le mercredi AM de préférence</p> <p>Public en situation de précarité : -dépassements d'honoraires, avance des frais : frein à l'accès aux soins pour les publics précaires</p>	<p>dans le champ de l'école primaire</p> <p>-pour les 6-18 ans : faire de la prévention dans les lieux de vie (milieu scolaire....)</p> <p>:</p>
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Observations générales : -coordination des acteurs existante qui essaient d'intervenir dans tout le département</p> <p>-culture d'entraide entre acteurs du département</p> <p>Filière addiction : -coordination addictions de la FRAPS -coordination santé précarité -Ateliers santé ville</p>	<p>Observations générales : -manque de lien subsiste</p>	
<p><b>Professionalisation des acteurs</b></p>	<p>Observations générales : Formation de personnes relais... (ex.tabacologie)</p> <p>Filière addiction : Formation des professionnels de proximité ou entreprise (accès aux soins, formation acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne) par l'ANPAA et VRS</p>	<p>Observations générales : -médecins généralistes pas formés à la prévention</p>	

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
-------------------	--------------	----------------	------------------

*Prévention secondaire*

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b>			
- <b>Répartition territoriale</b>	<p>Observations générales :</p> <p>Filière addiction : -Existence d'antennes CSAPA ANPAA et CSAPA VRS sur le département</p> <p>-Déplacement du Rézo addictions sur le département</p>	<p>Observations générales : -zones non couvertes (territoires ruraux)</p> <p>-problème de la mobilité, notamment pour les personnes en zone rurale</p> <p>-difficulté à remplacer les postes vacants (professions médicales et paramédicales : lié à la désertification médicale)</p>	<p>Observations générales : -mailler le territoire et aller au plus près</p> <p>-travailler en lien avec les MSP</p> <p>Filière addiction : - Envisager un groupe mobile qui irait vers les populations isolées</p>
- <b>Qualité des prestations accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b>	<p>Filière addiction : -2 CSAPA spécialisés</p> <p>-Accompagnement des usagers par le REZO Addictions 41 ou Osons Nous Soigner</p>	<p>Observations générales : -d'une façon générale, moyens contraints pour les structures qui mettent en œuvre la prévention</p> <p>-difficulté de repérage dans l'offre existante pour le grand public</p> <p>-difficulté à remplacer les postes vacants (professions médicales et paramédicales : lié à la désertification médicale)</p> <p>-bénévoles : territoire rural induit des frais de déplacements non pris en charge</p> <p>Filière addiction : -insuffisance de l'offre de soin sur certains territoires (ruraux) ou délais d'attente parfois longs.</p> <p>-désertification médicale et paramédicale diminue la possibilité d'orienter les usagers vers le soin ou</p>	<p>Filière addiction : -renforcement des centres de soins.</p> <p>- renforcement des CSAPA et équipes de soins</p> <p>-renforcer la coopération entre le sanitaire et le</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
	<p>Stages en cas de récurrence d'alcool (suivi par le procureur, assorti d'une obligation de soins)</p> <p>On observe une augmentation de demandes pour certains jeunes d'arrêter de fumer (demande qui apparaît depuis 2-3 ans) L'âge des premières consommations a tendance à reculer.</p>	<p>augmente le délai de rendez-vous auprès des professionnels spécialisés.</p> <p>-peu de possibilité de mettre en place des consultations de proximité sur les lieux de distribution alimentaires (moyens insuffisants)</p> <p>Filière nutrition : -le réseau RSND : ne prend en charge que 10% des patients diabétiques du Loir-et-Cher. Population qui est en croissance mais pour lesquels les moyens sont contraints.</p> <p>Filière santé mentale : - explosion de la demande et difficulté à trouver une réponse derrière (ex : pédopsychiatrie). besoin de solutions rapides</p> <p>-prévention petite enfance : plus de psychiatres PMI qui interviennent dans les crèches et de fait plus d'actions de repérage</p>	<p>médico-social afin de pourvoir aux besoins sur le département.</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>Public en milieu carcéral : -0,5 ETP d'éducateurs référents en milieu carcéral (VRS).</p> <p>-Intervention des professionnels du soin (ANPAA, VRS) en milieu carcéral</p> <p>-Intervention de Vie libre en milieu carcéral</p>	<p>Observations générales : -freins culturels pour la prise en charge médicale</p>	<p>:</p>
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Observations générales : -coordination des acteurs existante, partenariat développé</p> <p>-la mise en place de réunions de synthèse</p> <p>-des réseaux de santé bien développés</p> <p>Filière addiction : -commission de bassin de santé</p> <p>-coordination santé précarité</p> <p>-réunions de synthèse organisées par le rézo addictions 41</p>	<p>Observations générales : -visibilité, problème d'information des acteurs sur ce qui existe et ce qui est fait dans le domaine de la prévention = problème de communication ?</p>	
<p><b>Professionalisation des acteurs</b></p>	<p>Filière addiction : Formation de patients experts (patients à patients)</p> <p>Formations de professionnels de santé développées sur le département</p> <p>Professionnels hospitaliers et de proximité formés (SAF, RPIB)</p>	<p>Filière addiction : Difficulté de mobiliser des médecins généralistes</p>	<p>Observations générales : -former les professionnels de terrain</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
-------------------	--------------	----------------	------------------

*Prévention tertiaire*

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b>		:	:
- <b>Répartition territoriale</b>	:	<p>Filière addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-actions de réductions des risques principalement centrées sur Blois</li> <li>-présence du lieu d'accueil pour les usagers de drogues seulement sur Blois.</li> </ul>	<p>Filière addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mise en place d'actions de réductions des risques sur l'ensemble du département.</li> <li>-présence de lieux d'accueil pur les usagers de drogues sur l'ensemble du département</li> <li>-programme d'échange de seringues sur le département</li> <li>-développement des tournées de rue sur l'ensemble du département</li> </ul>
- <b>Qualité des prestations, accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b>	<p>Filière addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Présence des mouvements d'anciens buveurs sur le département</li> <li>-Participation des services de prévention ANPAA et VRS aux activités festives de la ville de Blois</li> <li>-Lieu d'accueil des usagers de drogues sur la ville de Blois</li> <li>-Programme d'échange de seringues de VRS (récupérateurs, distributeur et partenariat avec les pharmacies)</li> <li>-Lien entre la prévention réduction, la réduction des risques et le soin</li> </ul>		

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
	<p>Public en situation de précarité : Des actions spécifiques à destination du public en situation de précarité existent. Exemple : substituts nicotiniques offerts par la ligue aux personnes en situation de précarité engagées dans une démarche de sevrage</p> <p>-Organisation de tournées de rue sur Blois par VRS, ONS et le CIAS de la ville de Blois</p> <p>Public en milieu carcéral : -Accueil des obligations de soins dans les CSAPA</p>	<p>Public en situation de précarité : -Tournée de rues centrées sur Blois</p>	
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>Filière addiction : -orientation des usagers par le Rézo Addiction 41</p> <p>-coordination santé précarité de la ville de Blois</p> <p>Filière santé mentale : Asso handicap : la prise en charge des personnes handicapées a été améliorée grâce à la fédération des associations des personnes en situation de handicap, et au travail coordonné et complémentaire sur le secteur</p>	<p>:</p>	

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<b>Professionalisation des acteurs</b>	Filière addiction : -formation des professionnels de santé (SAF et RPIB) par le Rézo Addiction 41 et l'ANPAA	:	:

## 9) Coopérations

### a) Système d'information

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p> <p><b>- Répartition territoriale</b></p> <p><b>- Qualité des prestations</b></p> <p><b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b></p> <p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>Existence d'un groupement de coopération sanitaire régional : le GCS télésanté Centre. Il associe les principales structures de court et de moyen séjour de la région ainsi que les unions régionales des professionnels de santé. Sa vocation principale est de favoriser la communication entre les professionnels et d'informer le public sur l'offre en matière de systèmes d'information en santé de la région et donc du département.</p> <p>Ce groupement a son siège à Blois et il est géré par l'un des directeurs adjoints du centre hospitalier, ce qui constitue un atout pour le département.</p> <p>Expérimentation du DMP au CHB et à la polyclinique</p>	<p>Les échanges d'information qui existent déjà ne sont pas toujours organisés et sécurisés. Les données accessibles sont incomplètes (ex : le répertoire des ressources renseignant sur l'offre de soins n'est pas tenu à jour).</p>	<p>Déploiement du dossier médical personnel (DMP) et plus particulièrement de deux de ses usages :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le volet médical de synthèse (VMS) mis au point par des médecins d'Amboise en lien avec l'URPS ML et favorisant la coordination des soins grâce à l'accès aux données médicales pertinentes ;</li> <li>- le dossier de liaison des urgences (DLU) renseigné par les EHPAD pour les résidents et favorisant, notamment en situation d'urgence, la régulation des prises en charge qui sont de la responsabilité du médecin du SAMU.</li> </ul> <p>Télé médecine et visioconférence pour éviter des transferts ou des déplacements inutiles aux patients et aux professionnels de santé.</p> <p>Accès au haut et très haut débit d'internet afin de favoriser le déploiement des projets tel celui du transfert des données (radiologie en particulier).</p> <p>Mutualisation des images pour favoriser leur stockage et leur interprétation à distance.</p>

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
			<p>Equipement des cabinets de proximité de logiciels communicants (agenda partagé ; accès au DMP...) pour favoriser le travail en équipe sans nécessairement partager les mêmes locaux.</p> <p>Messagerie sécurisée pour permettre l'accès à des données confidentielles de santé en toute sécurité.</p> <p>Mise à jour et diffusion du répertoire opérationnel de ressources (ROR) destiné tant au public qu'aux professionnels de santé.</p>
<b>Coordination des acteurs</b>	<p>Les difficultés qui apparaissent dans l'offre conduisent les professionnels à rechercher des organisations et des projets de coopération leur permettant de gagner en temps et en efficacité et d'optimiser les coûts. La question de la professionnalisation de ce domaine dans les établissements et structures de moindre importance est également posée (dossier hôpital numérique, ...) dans ce cadre.</p>	<p>Des innovations pertinentes mais peu développées faute de moyens suffisants.</p>	<p>Le déploiement des projets mentionnés ci-dessus favorisera grandement la coordination des soins autour du parcours de santé d'une part et le juste accès à des soins de qualité au regard de l'offre territoriale.</p>
<b>Professionnalisation des acteurs</b>	<p>Une bonne appropriation de l'outil trajectoire</p> <p>Formations relatives au DMP</p>		

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
-------------------	--------------	----------------	------------------

*b) Coopérations sanitaires, médico-sociales*

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Adéquation de l'offre aux besoins de la population :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Répartition territoriale</b></li> <li>- <b>Qualité des prestations</b></li> </ul> <p><b>accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge</b></p>	<p>Dispositifs bien implantés en addictologie : soins (CHB), médico-social et prévention (ANPAA, VRS), réseau (REZO addictions)</p> <p>Filière AVC potentielle avec unité de neurologie, lits SSR du CH de Blois et structures médicosociales pour traumatisés crâniens et cérébrolésés</p> <p>Un dispositif territorial de soins palliatifs déjà opérant (équipes mobiles de soins palliatifs intra hospitalière au CHB, CHV, équipe mobile départementale EADSP, 50 lits identifiés de soins palliatifs)</p> <p>Une consultation douleur au CHB</p>	<p>Pas d'UNV dans le département</p> <p>Pas d'unité de soins palliatifs</p> <p>Délais d'attente importants, couverture territoriale insuffisante</p> <p>Difficultés de prise en charge des publics rencontrés lors d'admission aux urgences ou hospitalisations (exemple communication avec public</p>	<p>Complémentarité et territorialisation des interventions à consolider</p> <p>Mise en place de l'UNV prévue au SROS, recrutement de neurologues, mise en réseau avec le médico-social</p> <p>Projet d'unité de soins palliatifs dans le cadre un appel à projet régional : rapprochement structures existantes, mise en place d'une astreinte téléphonique départementale, ouverture interdépartementale</p> <p>projet de 2<sup>ème</sup> équipe douleur départementale avec délocalisation de proximité de la consultation multidisciplinaire (Romorantin-Lanthenay – St Aignan – Montrichard – Marchenoir – Vendôme – Montoire sur le Loir)</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Prise en compte des publics spécifiques</b></p>	<p>Bonne couverture en ITEP</p>	<p>handicapée), ou liées aux dispositifs en amont (pénurie médecins généralistes), en aval (retour à domicile)</p> <p>Pas de sessad TC sur l'Est</p>	
<p><b>Coordination des acteurs</b></p>	<p>expérimentation DMP au CHB et polyclinique, et EHPAD proches d'Amboise Formation des acteurs au DMP assurée par le GCS</p> <p>Dynamique locale sur les soins palliatifs, proximité avec les EHPAD, partenariat avec les bénévoles (JALMALV),</p> <p>Coopération de l'équipe douleur de Blois avec autres CH, libéraux Partenariat ITEP avec psychiatrie, ASE</p> <p>Mise en place récente de la MAIA sur le Blésois</p> <p>Un GCS achat porté par le CHB (90 adhérents dans la région) : produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux, services hôteliers</p>	<p>Non formalisé par convention</p>	<p>Déploiement dans le champ médico-social</p> <p>Etudier son extension géographique, voire aux publics</p>

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 2 : fiches diagnostic

Axes de réflexion	Points forts	Points faibles	Leviers d'action
<p><b>Professionnalisation des acteurs</b></p>	<p>Participation des ITEP 41 à une action recherche financée par la CNSA en lien avec le Québec « appréhender autrement les phénomènes de violence et l'implication des familles »</p>	<p>Approches très différentes des institutions sociales, médico-sociales et sanitaires sur les phénomènes de violence et l'implication des familles dans la prise en charge qui génèrent des difficultés de prévention des crises, des exclusions et des manques de relais</p> <p>Difficultés communes au secteur sanitaire et médicosocial pour recruter du personnel médical et paramédical</p>	<p>Mettre en place de formations croisées en entre les professionnels sur la prévention et la gestion de la violence et sur la place des familles dans la prise en charge</p> <p>Mettre en place une GPEC partagée (notamment postes partagées)</p> <p>Développer les formations croisées sanitaire médico-social</p>

**1) Préalable : Améliorer la lisibilité des filières de prise en charge et la coordination des acteurs**

**Fiche action n° 1.1**

**Améliorer la lisibilité des filières de prise en charge**

<p><b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b></p>	<p>SROSMS</p> <p>Objectif opérationnel 16 : améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité</p> <p>Action 42 : Elaboration d'un guide-ressources régional et par territoire en clarifiant qui fait quoi.</p>
<p><b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b></p>	<p>Manque de lisibilité des filières par thèmes, par population, par parcours de vie et par territoire.</p> <p>Manque d'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs de prévention, de soins et d'accompagnement</p> <p>Ruptures de parcours qui sont la conséquence d'un manque de relais entre acteurs et d'un manque de concertation</p>
<p><b>Objectifs opérationnels de l'action</b></p>	<p>Identifier les différents acteurs, par population, par parcours de vie et par territoire</p> <p>Décloisonner les secteurs à travers les outils de communication, en reconnaissant les complémentarités et les spécificités</p>
<p><b>Description de l'action</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un annuaire descriptif et fonctionnel commun aux acteurs du champ de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.</li> <li>- Répertorier l'existant, identifier les différents acteurs et le support potentiel</li> <li>- Faire un lien avec d'autres sites existants plus spécialisés (notamment répertoire opérationnel des ressources décrivant l'offre de soins hospitaliers)</li> <li>- Actualiser et organiser les données sur un site : par thèmes, par population, par parcours de vie et par territoire, présentation des organismes, des organigrammes, des équipes (rôles, champs d'intervention, zones d'intervention, missions, publics concernés)</li> </ul>
<p><b>Public cible</b></p>	<p>Professionnels du champ de la prévention, du soin, du médico-social, bénévoles, usagers</p>
<p><b>Territoire d'intervention</b></p>	<p>Loir-et-Cher</p>

<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	Associés : CG, CPAM, MSA, FRAPS, Associations, ESMS, Etablissements de santé, Etablissements et services sociaux, MDPH Potentiels : ASEPT Berry Touraine, ordres des professions libérales, organismes de formation et de l'insertion professionnelle
<b>Moyens mobilisés</b>	Un informaticien pour adapter les outils existants, construire le site internet et prévoir les interfaces avec d'autres sites Des professionnels disposant d'une bonne connaissance du terrain
<b>Leviers/freins</b>	Existence de nombreux annuaires et sites (pilote 41 de l'observatoire des territoires, CPAM, guide des solidarités de la ville de Blois, ORRA de la FRAPS), avec une dimension souvent sectorisée Une structure porteuse adaptée aux acteurs locaux pour animer un annuaire commun Un premier niveau d'information favorisant une vision globale des acteurs et dispositifs, permettant les liens vers des sites spécialisés
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013 : Etat des lieux des outils existants 2014 : Construction de l'annuaire avec un moteur de recherche Sur la durée de vie de l'outil : mise à jour régulière de l'annuaire
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Réalisation de l'annuaire interactif Nombre de connexions au site internet Enquête de satisfaction des professionnels

**Fiche action n° 1.2**

**Améliorer la coordination des acteurs en confortant les instances existantes**

<p><b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b></p>	<p>3.1 du PSRS : Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (page 21)</p> <p>1.4 du SRP : Les acteurs, les actions et l'organisation de la prévention et de la promotion : 1.4.1- Mieux articuler les interventions des acteurs institutionnels (page 36)</p> <p>Objectif opérationnel 27 : développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif</p> <p>Action 27 : développer l'articulation entre les champs ambulatoire, sanitaire, médico-social et associatif (SROSMS page 133)</p>
<p><b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b></p>	<p>Ruptures de parcours liées à un manque de relais entre les acteurs et à une concertation insuffisante.</p> <p>Manque de temps dédié (rémunéré) avec une valorisation de l'efficacité de la coordination autour des patients.</p> <p>Difficulté des acteurs du médico-social et du social à adapter leur accompagnement aux personnes présentant des difficultés complexes et notamment psychiques</p> <p>Difficulté des acteurs du médical à considérer et accueillir la souffrance psychiatrique des personnes accueillies dans le secteur médico-social et social</p>
<p><b>Objectif opérationnel de l'action</b></p>	<p>Mettre en place des partenariats effectifs et formalisés entre les acteurs d'une ou plusieurs filières</p>
<p><b>Description de l'action</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiller à alterner les lieux des réunions entre les 3 arrondissements, notamment les quatre coordinations pilotées par la FRAPS : santé mentale et suicide, vie affective et sexuelle, nutrition et obésité, addictions</li> <li>- Ouvrir les coordinations départementales animées par la FRAPS aux professionnels de santé libéraux</li> <li>- Favoriser les journées d'échanges (exemple santé mentale), et les formations croisées (exemple handicap, gestes d'urgence) pour faciliter les passerelles entre les dispositifs de droit commun (exemple insertion professionnelle) et les dispositifs spécifiques, et entre la prévention, le soin, le médico-social et le social</li> <li>- Promouvoir des outils communs d'évaluation (utilisation partagée du GEVA par les professionnels du champ santé, médico-social, MDPH en amont de l'orientation) et de décision (utilisation d'arbre de décision pour traiter les situations)</li> <li>- Inciter à la formalisation des partenariats (relevé de décision, convention)</li> <li>- Mobiliser les animateurs des Contrats Locaux de Santé</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solliciter la plate-forme Vivre Autonome 41 (handicap et dépendance), la MAIA</li> <li>- Mettre en place des instances de coopération territoriale : instances des Contrats Locaux de Santé, conseils locaux de santé mentale</li> <li>- Renforcer la veille et la coordination des acteurs sur les questions de démographie médicale et paramédicale</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Tous les acteurs concernés d'une ou plusieurs filières (associatifs, libéraux, hospitaliers...)
<b>Territoire d'intervention</b>	3 arrondissements (Blois, Vendôme, Romorantin)
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	<p>Associés : Collectivités territoriales, CG, Associations, FRAPS, ESMS, Etablissements de santé, Etablissements et services sociaux et médico-sociaux, MDPH, caisses (CPAM, MSA)</p> <p>Potentiels : organismes de formation et de l'insertion professionnelle, professionnels libéraux, secteur mutualiste, aidants familiaux</p>
<b>Moyens mobilisés</b>	<p>Coordinations existantes</p> <p>Animation territoriale par la DTARS</p>
<b>Leviers/freins</b>	<p>Coordinations portées par la FRAPS dans le domaine de la prévention, mais tous les professionnels libéraux ne peuvent adhérer à la FRAPS</p> <p>3 CLS : ville de Blois, Pays Vendômois, communauté de communes du Romorantinais Monestois</p>
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<p>Nombre de formations, réunions d'information, de coordination</p> <p>Conventions de partenariat</p>

## 2) Relever le défi des professionnels de santé

### Fiche action n°2.1

#### Faciliter l'installation des médecins généralistes

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	3.2 du PSRS : Faire face au défi de la démographie des professions de santé SROS volet ambulatoire 2.2 : Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire Pacte territoire santé
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Pénurie des professionnels de santé Proportion importante des médecins généralistes de plus de 55 ans Moins de 50 % assurent la PDSA Sensibilisation des élus/collectivités aux exercices regroupés. Ouverture à l'expérimentation (PAIS dans la vallée du Cher) Actions de communication auprès des étudiants
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Attirer et maintenir les médecins généralistes Assurer une répartition territoriale cohérente d'une offre de soins de proximité Eviter les déports aux urgences des demandes de soins
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la sensibilisation à la médecine générale des étudiants à la faculté, et des internes à l'hôpital</li> <li>- Privilégier les stages de fin de cursus soit chez les médecins généralistes, soit dans un hôpital de proximité</li> <li>- Inscrire dans le dossier de demande de stage la possibilité pour l'étudiant de faire des soins hors hôpital avec un senior</li> <li>- Encourager le développement des maitres de stage localement (lien avec DUMG, collectivités territoriales, suivi particulier de l'ARS des offres proposées par les MSP)</li> <li>- Améliorer les conditions d'accueil des étudiants (logement, transports, binôme avec un senior, convention avec le DUMG...)</li> <li>- Valoriser les formes d'exercice regroupés (PAIS, pôles de santé, MSP), favoriser leur développement et leur complémentarité</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Etudiants, internes en médecine, médecins généralistes, médecins hospitaliers, médecins des collectivités, médecins de prévention
<b>Territoire d'intervention</b>	Par ordre de priorité : Nord du département Est du département (grande Sologne)

<b>Pilote</b>	ARS, CG
<b>Partenaires</b>	Mobilisés : CPAM, CDOM, les CH, DUMG - faculté de médecine,
<b>Moyens mobilisés</b>	Conclusion de conventions, Moyens de communication PAPS, référent installation de l'ARS Aide financière de la CPAM à l'installation (option démographie de la convention médicale)
<b>Leviers/freins</b>	Disponibilité médicale Définir une organisation territoriale de l'offre de soins de premier recours Disponibilité de locaux, véhicules Evaluation des exercices regroupés
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Evolution du nombre de stagiaires et maitres de stage. Attractivité initiale des professionnels remplaçants Nombre d'installations

**Fiche action n°2.2**

**Développer la médecine de proximité**

**et promouvoir l'établissement de santé hors les murs**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SROS volet ambulatoire 2.2 : Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire Pacte territoire santé engagement 11
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Partenariat public/privé (consultations avancées de spécialistes prévues par les CH et les cliniques privées) Carence quantitative de la médecine de proximité Engorgement chronique des urgences.
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Renforcer quantitativement la médecine de proximité Éviter les déports aux urgences.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des consultations des médecins hospitaliers en zones déficitaires</li> <li>- Organiser des consultations de médecins retraités (cabinets itinérants)</li> <li>- Etudier les possibilités de mobilisation des ressources des hôpitaux locaux, de salariat de médecins</li> <li>- Valoriser les formes d'exercice regroupés (PAIS, pôles de santé, MSP), favoriser leur développement et leur complémentarité</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Médecins hospitaliers, Médecins libéraux, Internes
<b>Territoire d'intervention</b>	Zones déficitaires : Nord du département, ou sous-dotée : Est
<b>Pilote</b>	ARS, CPAM, MSA
<b>Partenaires</b>	CDOM, CG, les 3 CH, MSP
<b>Moyens mobilisés</b>	Locaux des MSP, un local municipal, sites de maisons de la cohésion sociale, Véhicules Facturation des actes réalisés en consultations
<b>Leviers/freins</b>	Déployer les médecins hors hôpital en fonction des disponibilités médicale Frein réglementaire : paiement des actes des médecins hospitaliers pour les consultations externes décentralisées, qui ne sont pas des consultations d'urgence. Condition : activité libérale de praticien hospitalier (PH) à organiser

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 3 : fiches-actions

	en consultations externes, ou financement indirect (cf forfait accueil et traitement des urgences -ATU)
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de journées d'interventions hors les murs des médecins urgentistes. Évaluation quantitative des consultations extra hospitalières Évaluation qualitative et quantitative des motifs de consultations dans les hôpitaux

**Fiche action n°2.3**

**Favoriser les protocoles de coopération entre professionnels de santé**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SROS volet ambulatoire 2.3 : Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Pénurie de personnel médical et paramédical Valeur ajoutée de la pluri professionnalité meilleure utilisation des ressources
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Dégager du temps médical Apporter une réponse coordonnée et non segmentée à la diversité des parcours de soins selon l'implantation géographique
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des protocoles médecins-Infirmiers en vue d'une délégation de tâches : investir le domaine de l'éducation thérapeutique (consultations en diabétologie par exemple)</li> <li>- Possibilité de consultation infirmière, coordination des examens de suivi et reconductions de traitements, accompagnement et information des patients sur les traitements et effets secondaires, orientation des patients sur les soins</li> <li>- Etudier les pistes de protocoles entre personnels paramédicaux (IDE, kinésithérapeute, sages-femmes)</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Professionnels de santé
<b>Territoire d'intervention</b>	Priorité pour les zones déficitaires, sous dotées
<b>Pilote</b>	ARS (pour les libéraux) Chaque établissement (pour les professionnels en interne)
<b>Partenaires</b>	Ordres des professionnels de santé
<b>Moyens mobilisés</b>	Protocoles de coopération
<b>Leviers/freins</b>	Article 51 de la loi HPST de 2009 : Demande de protocoles transmis par les professionnels de santé à l'ARS.
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013 : Identification besoins, et adhésion des professionnels 2014 : Conclusion des protocoles
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de protocoles, conventions Nombre de professionnels, sites, et spécialités concernées

**Fiche action n°2.4**

**Développer les exercices regroupés**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS,</b>	2.2 : Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire 2.3 : Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Pénurie des professionnels médicaux et paramédicaux Investissement des élus sur des projets de MSP Déploiement de PAIS dans la vallée du Cher
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Inciter à la complémentarité entre les exercices regroupés ou coordonnés Dégager du temps médical en veillant à la formation des secrétariats
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner les projets d'exercices regroupés (MSP de Contres, Saint Amand Longpré, Châtre sur Cher)</li> <li>- Evaluer les exercices regroupés existants (MSP de Mondoubleau, Oucques, Montrichard, PAIS dans la vallée du Cher)</li> <li>- Assurer une veille des zones en difficulté de médecins généralistes, prioriser les zones d'implantation des exercices regroupés</li> <li>- Promouvoir toutes les formes d'exercices regroupés (MSP, pôles de santé, PAIS, cabinets satellites..), favoriser leur développement et leur complémentarité</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Les professionnels de santé
<b>Territoire d'intervention</b>	Le département, avec une priorité pour les zones déficitaires, sous dotées en professionnels de santé : Nord et Est
<b>Pilote</b>	ARS, Etat, collectivités territoriales
<b>Partenaires</b>	CDOM, CG, collectivités territoriales
<b>Moyens mobilisés</b>	Ingénierie pour le montage des projets Crédits CPER, FIR, FEADER
<b>Leviers/freins</b>	Mobilisation des élus et des professionnels de santé
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de structures d'exercice coordonné en milieu ambulatoire (maisons de santé, pôles de santé)

**Fiche action n°2.5**

**Développer les coopérations de la médecine de proximité avec le champ social**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	2.2 : Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire 2.3 : Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Pénurie de professionnels de santé médicaux, paramédicaux Engorgement de la médecine par des problèmes sociaux
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Dégager du temps médical Réorienter vers le champ social
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulation des médecins de ville (généralistes, spécialistes), avec les services sociaux du conseil général, de la CARSAT et de la MSA = présentation des missions respectives et contact pour traiter les situations complexes (expérience envisagée dans la vallée du Cher)</li> <li>- Développer le rôle des PASS afin d'assurer une passerelle sociale hôpital – ville, et un suivi après la sortie du patient.</li> <li>- Former les secrétariats à l'accès aux droits et au repérage des publics en situation de précarité</li> <li>- Intégrer dans les projets d'exercices regroupés l'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de précarité, en s'assurant notamment de l'articulation avec l'assistante sociale.</li> <li>- Promouvoir les dispositifs visant à faciliter le transport vers les structures</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Les professionnels de santé, usagers.
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS/CG
<b>Partenaires</b>	CPAM, MSA, CARSAT, CDOM, les CH, les associations
<b>Moyens mobilisés</b>	Réunions d'information et/ou de coordination Formation des professionnels
<b>Leviers/freins</b>	Multiplicité des acteurs et des dispositifs
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2014/2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre d'informations faites envers professionnels de santé et du champ social

### 3) Améliorer la prise en charge aux urgences

#### Fiche action n° 3.1

#### Adapter l'organisation des urgences

<p><b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SROS PRS 2012-2016 volet médecine d'urgence</li> <li>-</li> <li>- Pacte Territoire Santé, engagement 9 accès aux soins urgents en moins de 30 mn</li> </ul>
<p><b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b></p>	<p><b>En amont des urgences</b> Défaillance du système de continuité (vacances) et permanence des soins ambulatoires (nuits et weekends) pour la prise en charge des demandes de soins non programmés (pathologies infectieuses et saisonnières,). L'amplitude d'ouverture des Maisons Médicales de Garde (MMG) (20% de PDSA) ne permet pas de répondre à la demande de soins non programmés et urgents en ambulatoire.</p> <p><b>Les urgences hospitalières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le recours au centre 15 est devenu systématique en cas de demande de soins urgents et non programmés + gestion des difficultés sociales, économiques et psychologiques</li> <li>- Le recours au SMUR n'est plus exclusivement motivé par la qualification de l'urgence (décès, précarité, isolement social, santé mentale, ...)</li> <li>- Les structures d'accueil sont embolisées par des soins non programmés de la compétence de la médecine ambulatoire. Recrutements de plus en plus de personnes en situation de précarité qui arrivent aux urgences</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le métier d'urgentiste n'est plus attractif : difficulté de stabilité des équipes</li> <li>- Défaillance du système de bed management, (l'urgentiste passe 30% de son temps à rechercher des lits).</li> <li>- Manque d'implication institutionnelle aux dysfonctionnements des urgences</li> </ul> <p><u>Les patients âgés et /ou poly pathologiques à domicile ou en établissements d'accueil et hébergement</u></p> <p>→ Demande itératives d'hospitalisation avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recours au 15 la nuit et weekend</li> <li>- Transport en Ambulance de Secours et Soins d'Urgence (ASSU) ou véhicule de secours d'urgence (VSAV) pour isolement</li> <li>- Engorgement en services d'urgence (SU) par indisponibilité de lit d'hospitalisation médecine gériatrique</li> <li>- Prise en charge des urgences psychiatriques</li> </ul> <p><b>En aval des urgences</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensions sur les lits d'unité d'hébergement de très courte durée (UHTCD)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de disponibilité des lits de médecine chirurgie obstétrique, psychiatrie (MCO)</li> <li>- Les établissements de proximité pour des lits de plateau technique hautement spécialisé (PTHS)</li> <li>- Les établissements référents pour des lits de médecine polyvalente gériatrique</li> <li>- Diminuer la durée moyenne de séjour en facilitant le retour à domicile, en EHPAD, en SSR</li> </ul>
<p><b>Objectifs opérationnels de l'action</b></p>	<p>Optimiser le parcours global de soins urgents en amont et en aval des urgences. Orienter en SU uniquement les demandes de soins urgents qualifiés Améliorer la disponibilité des lits d'aval sur le territoire de santé.</p>
<p><b>Description de l'action</b></p>	<p style="text-align: center;">1) <u>Fonctionnement interne des services des urgences</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Étudier l'élargissement de la période d'intervention de l'activité héli-smur de Blois pour assurer une assistance médicale urgente aux communes éloignées</li> <li>- Mettre en place des commissions des soins non programmés dans les établissements autorisés activité médecine d'urgence (direction, chefs de services, directeurs des soins, chef des urgences)</li> <li>- Améliorer les capacités de régulation en intégrant les médecins libéraux au SAMU</li> <li>- Développer la formation des urgentistes aux prises en charges spécifiques (echofast)</li> <li>- Améliorer l'organisation des services d'urgence             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Temps de présence IOA – Infirmière d'orientation et d'accueil (revoir les missions, tri, délégation de tâches et de compétences)</li> <li>o Mutualisation des équipes</li> <li>o Gestionnaire de lit</li> <li>o Coordinateur de sortie</li> <li>o Filière gériatrique (hospitalisation directe, gestion de sortie d'HC)</li> </ul> </li> <li>- Filière psychiatrie (coordonner les protocoles d'intervention d'urgences somatiques et psychiatriques, revoir les modalités d'intervention du SAMU en lien avec l'EMPP pour examiner le malade en cas de crise à domicile ou sur le terrain avant de déclencher une hospitalisation sans consentement)</li> <li>- Mettre en place les outils et systèmes d'information ergonomiques et communicants (disponibilité des lits, hôpital en tension, ROR, Résumé de Passage aux Urgences (RPU), géolocalisation, etc.) au sein de l'établissement, exhaustivité du recueil et transmission des RPU</li> </ul> <p style="text-align: center;">2) <u>Réseau territorial des urgences</u></p> <p>Mise en place d'un réseau territorial des urgences coordonnant les responsables des urgences et les différents acteurs impliqués dans le fonctionnement et l'organisation des urgences.</p> <p><b>Membres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissements autorisés médecine d'urgences</li> <li>- Professionnels de santé ville hôpital impliqués</li> <li>-</li> </ul>

	<p><b>Missions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures de bonnes pratiques des soins urgents PDSA, PDSES</li> <li>- Graduation des soins</li> <li>- Cartographie territoriale de l'offre globale de soins</li> <li>- Disponibilité territoriale des lits MCO, SSR, Psy, MS</li> <li>- Outils de recueil et traçabilité formalisée</li> </ul> <p>3) <u>Articulation avec la médecine de ville, et le champ social et médico-social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les médecins généralistes installés dans les zones rurales éloignés (+30min d'accès) aux gestes d'urgences et les doter de matériels utiles (valises d'urgences).</li> <li>- Développer l'activité des MMG aux urgences et élargir cette activité aux périodes diurnes et le weekend,</li> <li>- Créer un réseau de médecins correspondants du SAMU avec les généralistes et praticiens des ESMS de proximité (formation, contrat, matériel)</li> <li>- Développer la télémédecine</li> <li>- Fluidifier le flux en aval : gestion centralisée des lits, adapter les structures post-urgence, renforcer l'équipe mobile gériatrique pour rechercher une alternative à l'hospitalisation des patients âgés qui relèvent du social et rencontrent des difficultés de maintien à domicile.</li> <li>- Identifier des places d'accueil d'urgence dans les ESMS (EHPAD et pour personnes handicapées) pour désengorger les services d'urgence</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Les patients en demande de soins non programmés et/ou urgents
<b>Territoire d'intervention</b>	Départemental et dans chacun des services d'urgence
<b>Pilote</b>	ARS A terme SAMU/CH Blois pour l'animation du réseau territorial
<b>Partenaires</b>	Etablissements autorisés médecine d'urgence, Ets MCO, SSR, Psy, ESMS, CODAMUPS, CDOM, URPS, Conseil général
<b>Moyens mobilisés</b>	Convention réseau territorial des urgences, réunions trimestrielles
<b>Leviers/freins</b>	Mise en commun des moyens et ressources territoriales du parcours des soins urgents  Insuffisance de ressources médicales

<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<p>Délai d'attente dans les différents services des urgences. Délai d'intervention des secours médicaux urgents.</p> <p>RPU : Recueil exhaustif des indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rapport d'activité SAMU, SMUR, SU</li><li>- Typologie des urgences</li><li>- Evaluation des délais d'attente</li></ul> <p>Recueil et analyse des évènements indésirables des urgences pour chaque établissement.</p>

#### 4) Consolider la filière gériatrique

##### Fiche action n°4.1

##### Organiser la filière gériatrique au niveau infra départemental

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>Page 123 du SROS : La prise en charge des personnes âgées</p> <p>Page 103 du SROSMS volet 3 : Les personnes âgées</p> <p>Objectif opérationnel 16 : Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité</p> <p>Action 43 : Poursuivre le développement des dispositifs de la filière gériatrique (consultation pôle court séjour)</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Après étude du découpage territorial des 5 maisons de cohésion sociale, niveau pertinent des 3 arrondissements, avec rôle pivot des 3 CH porteurs de filières gériatriques, avec les EHPAD</p> <p>Plate-forme Vivre Autonome 41 mobilisée sur les situations individuelles</p>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<p>Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées</p> <p>Favoriser l'admission directe en court séjour gériatrique ou SSR</p> <p>Réduire les passages aux urgences évitables</p>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions trimestrielles par bassin entre CH, EHPAD, SSIAD et MAIA.</li> <li>- Définir les critères d'admissions directes en court séjour gériatriques, les critères de retour en EHPAD ou domicile, de recours à l'HAD, aux SSIAD, infirmiers libéraux</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Personnes âgées
<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir et Cher
<b>Pilote</b>	ARS, à terme 3 CH
<b>Partenaires</b>	CH (pôle gériatrique, service des urgences), EHPAD, CG, Plateforme 41 / MAIA), SSIAD, services d'aide à domicile, professionnels libéraux
<b>Moyens mobilisés</b>	Conventions CH/EHPAD
<b>Leviers/freins</b>	Effectivité de la coordination sur l'arrondissement de Romorantin
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de réunions, Nombre de participants aux réunions, Régularité de la participation, Formalisation et nombre d'outils produits et % d'acteurs qui les utilisent.

**Fiche action n°4.2**

**Renforcer le repérage des situations de fragilité**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>Pages 106-107 du SROSMS</p> <p>Objectif opérationnel 16 : Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité.</p> <p>Action 47 : Former les acteurs intervenants à domicile aux signes d'alerte et améliorer la transmission de l'information vers le médecin généraliste.</p> <p>Action 48 : Développer les politiques de prévention au sein des EHPAD</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Retard de la prise en charge médicale</p> <p>Défaut de repérage des personnes âgées isolées à domicile</p>
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Eviter les ruptures de prise en charge et les orientations non anticipées vers des structures en passant par les urgences
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les intervenants à domicile au repérage des personnes âgées isolées et fragilisées</li> <li>- Formation des personnels de nuit des EHPAD aux appels au SAMU</li> </ul>
<b>Public cible</b>	<p>Intervenants à domicile</p> <p>Personnels de nuit des EHPAD</p>
<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir et Cher
<b>Pilote</b>	Pôle gériatrique du CHB
<b>Partenaires</b>	ARS, CG, CH, EHPAD, Vivre autonome 41
<b>Moyens mobilisés</b>	<p>Actions de formation internes à chaque structure avec une base comme</p> <p>Conférences ouvertes à tous</p>
<b>Leviers/freins</b>	Coût formation / Logistique
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	<p>2014 : Prévention en EHPAD</p> <p>2016 : Formation des aides à domicile</p>
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de personnes formées

**Fiche action n°4.3**

**Mettre en place un conseil téléphonique gériatrique**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SROSMS Objectif opérationnel 16 : Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité  Action 45 : Mettre à disposition des médecins généralistes et leur faire connaître un numéro d'appel pour avis gériatrique sur les territoires qui n'en disposent pas encore. Diffuser cette information auprès des médecins
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Augmentation du nombre passage aux urgences des personnes âgées
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Repérer les situations à risques  Anticiper et adapter la réponse afin d'améliorer la prise en charge et de limiter le nombre de passages aux urgences
<b>Description de l'action</b>	- Mise à disposition d'un numéro de téléphone pour une réponse de l'équipe gériatrique (heures ouvrables - du lundi au vendredi)  - Il ne s'agit pas de gérer des situations d'urgence, mais d'apporter un avis gériatrique rapide et de programmer si besoin une consultation pour faire une évaluation gériatrique, voire une hospitalisation directe pour diagnostic et bilan
<b>Public cible</b>	Généralistes, Pharmaciens, IDE libéraux, Professionnels des EHPAD
<b>Territoire d'intervention</b>	Sur chaque pôle gériatrique de référence
<b>Pilote</b>	3 CH
<b>Partenaires</b>	Associés : ARS, CG, Potentiels : CDOM, CDOI, Plateforme Vivre Autonome, MAIA
<b>Moyens mobilisés</b>	Equipe gériatrique de chaque pôle (Blois, Vendôme, Romorantin)
<b>Leviers/freins</b>	Participation des médecins  Insuffisance de culture commune
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2014 (Blois, Vendôme, Romorantin)
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre d'appels et origine  Nombre d'hospitalisations programmées  Diminution du nombre de passages évitables aux urgences

**Fiche action n°4.4**

**Améliorer la coordination entre les unités d'accueil et d'urgences (UAU),  
l'hospitalisation à domicile (HAD), EHPAD**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Page 110 du SROSMS objectif 18 : Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Augmentation des passages aux urgences (aller-retour aux urgences faute de pouvoir assurer les soins nécessaires) Au 1 <sup>er</sup> avril 2013 : 33 conventions passées entre l'HAD 41 et les EHPAD du département 41
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Axe 1°: Limiter et éviter les hospitalisations de patients hébergés en EHPAD Axe 2°: Faciliter la sortie de résidents d'EHPAD envoyés aux urgences, en favorisant l'intervention de l'HAD.
<b>Description de l'action</b>	Axe 1 : - Poursuivre les conventions entre l'HAD et les EHPAD du département, - Expliciter le rôle de l'HAD aux EHPAD déjà conventionnés Axe 2 : Mettre en place une convention UAU / HAD qui permette à l'HAD d'intervenir à l'UAU pour évaluer la possibilité de prise en charge par l'HAD en EHPAD.
<b>Public cible</b>	Résidents d'EHPAD
<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir et Cher
<b>Pilote</b>	HAD /services des urgences
<b>Partenaires</b>	Associés : Services d'urgences du CH Blois, de la polyclinique, du CH Vendôme, du CH Romorantin, CH, EHPAD Potentiels : Urgences des départements limitrophes.
<b>Moyens mobilisés</b>	Equipe HAD, services des urgences, EHPAD - Médecins coordonnateurs
<b>Leviers/freins</b>	Pré-requis : Convention HAD / EHPAD
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de conventions signées Nombre de prises en charge

**Fiche action n°4.5**  
**Accompagner le déploiement de la télémédecine et optimiser le DLU**  
**dans les EHPAD**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>Programme régional de télémédecine (page 23), Priorité 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Téléconsultations de proximité : créer les conditions d'une demande organisée</li> <li>- Permettre l'appropriation des méthodes et activités par les acteurs de la région</li> </ul> <p>SROSMS (page 114), Objectif opérationnel 18 : Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD</p> <p>Action 58 : Mettre en place au sein de chaque EHPAD des outils facilitant ou orientant les prises de décisions par un médecin régulateur</p> <p>Action 59 : Dans l'attente du déploiement du DMP, veiller à la mise en place effective du DLU et à l'organisation de sa transmission lors d'hospitalisation mais aussi lors du retour avec lettre de sortie</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Difficultés d'accès aux consultations de spécialistes dans un délai raisonnable : cardiologie, dermatologie, chirurgie, psychiatrie ...</p> <p>Dossier de Liaison d'Urgence insuffisant en cas d'hospitalisation.</p>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<p>Disposer de consultations spécialisées sans déplacer les personnes âgées.</p> <p>Faciliter la consultation des données médicales personnelles par ces spécialistes et par le SAMU en cas d'urgence (aide à la décision pour éviter une hospitalisation) : soutenir le développement du DMP dans les EHPAD.</p>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer le maillage territorial de l'équipement en télémédecine</li> <li>- Equiper les établissements cibles des matériels adaptés</li> <li>- Former le personnel à l'utilisation de ce matériel</li> <li>- Identifier les spécialistes « répondeurs »</li> <li>- Définir les critères de consultations et les modalités d'échanges entre demandeurs et spécialistes par spécialité</li> <li>- Suivi de l'appropriation du DLU</li> </ul>
<b>Public cible</b>	EHPAD, spécialistes de la région
<b>Territoire d'intervention</b>	Département Loir et Cher, Région Centre
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	Ordre des médecins, généralistes et spécialistes libéraux, médecins coordonnateurs, directeurs et Infirmiers des EHPAD.
<b>Moyens mobilisés</b>	<p>Matériel de télémédecine</p> <p>Médecins coordonnateurs et IDE des EHPAD, spécialistes</p>
<b>Leviers/freins</b>	<p>Appropriation du logiciel trajectoire</p> <p>Disponibilité des spécialistes libéraux</p>

	Compatibilité du DMP avec logiciels préexistants
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013- 2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Acquisition du matériel par les EHPAD Nombre de personnels formés Nombre de spécialistes adhérents à la démarche Formalisation des procédures de saisine et de diffusion du compte-rendu de consultation Nombre de consultations réalisées Nombre de DMP créés en EHPAD

## 5) Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des publics vulnérables

### Fiche action n° 5.1

#### Améliorer le maillage et la couverture territoriale des dispositifs d'accès aux soins sanitaires et médico-sociaux

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Objectif 1 du PSRS : Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé SROS : Page 45 PRAPS SROSMS
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Retard de dépistage car délais d'attente CAMSP Pas d'intervention SAMSAH psy en dehors de Blois Nouvelle réglementation HAD permettant leur intervention en ESMS Pas d'intervention Equipe mobile psy en dehors de Blois Besoin d'équipes mobiles psy auprès de populations spécifiques (adolescents – personnes âgées) pour des interventions en ESMS
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Développer, territorialiser les interventions sur les lieux de vie
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir le rôle et les missions des PASS, des CSAPA, LHSS, CAARUD auprès des professionnels de santé et sociaux</li> <li>- Développer et suivre les conventionnements entre établissements de santé et ESMS (création, mise à jour, évaluation)</li> <li>- Développer les conventions entre l'HAD et les ESMS handicap et personnes âgées</li> <li>- Mettre en place des antennes CAMSP à Vendôme et Romorantin pour le dépistage et la prise en charge précoce du handicap</li> <li>- Déployer l'activité de la maison des adolescents hors de Blois</li> <li>- Développer les places de SAMSAH psy pour couvrir les territoires de Vendôme et de Romorantin</li> <li>- Conforter les équipes mobiles psychiatriques (public, zone géographique d'intervention)</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Public vulnérable (personnes handicapées, âgées, en souffrance psychique, en situation de précarité)
<b>Territoire d'intervention</b>	Vendôme - Romorantin
<b>Pilote</b>	ARS

<b>Partenaires</b>	Associés CG - CH – ESMS – gestionnaires CAMSP, SAMSAH - HAD
<b>Moyens mobilisés</b>	Places SAMSAH CAMSP programmées aux PRIAC Moyens existants des ESMS et CH
<b>Leviers/freins</b>	Blocage à la passation des conventions par crainte du manque de souplesse et problèmes de moyens - ne peuvent être imposés
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2014/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Evolution du nombre de places par arrondissement Nombre de formation

**Fiche action n°5.2**  
**Améliorer l'accès et la continuité des soins des populations vulnérables,  
en situation de précarité**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	PRAPS
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Les structures de soins professionnels de santé ne sont pas suffisamment adaptées aux difficultés spécifiques des personnes précaires ou vulnérables (troubles du comportement, difficultés de communication et de compréhension, problèmes de mobilité, etc...)</p> <p>Examens non pratiqués et erreurs de diagnostic car délais d'attente non compatibles, temps à consacrer insuffisant, personnel insuffisamment formé, matériel non adapté</p> <p>Le système de soins ne permet pas l'accompagnement d'un tiers (aidant familial ou d'un ESMS)</p> <p>Manque de personnel médical dans les ESMS</p>
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Prendre en compte les spécificités de ces personnes dans le dispositif de soins pour leur en permettre l'accès et assurer la régularité de leur prise en charge.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un document type (besoins d'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne – handicap) à joindre au DMP et aux dossiers de liaison</li> <li>- Inciter à la mise en place des créneaux de consultation spécifique notamment pour les personnes handicapées</li> <li>- Donner une place aux accompagnants auprès des personnes fragiles dans le parcours de soins (ex : accès d'un tiers ressource aux salles d'examen)</li> <li>- Développer au sein des établissements de santé des personnels référents par type de handicap qui viendront en soutien des services</li> <li>- Pallier le manque de professionnels médicaux dans les ESMS par la formation continue de l'ensemble du personnel à la prévention</li> <li>- Impulser la mise en place de réseaux (Dys, cérébrolésés, soins buccodentaires personnes handicapées et personnes âgées)</li> <li>- Veiller à la continuité de l'accompagnement sanitaire et médico-social des malades psychiques à la sortie d'une hospitalisation</li> <li>- Développer les liens entre les ESMS, Etablissements de Santé et les acteurs du social (MCS, ONS...) dans l'accès et la continuité des soins pour faciliter le parcours et l'articulation des soins</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Personnes Handicapées – personnes en situation précaire - malades psychiques – personnes âgées

<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir et Cher
<b>Pilote</b>	URIOPSS/ONS
<b>Partenaires</b>	Associés : CG, services sociaux, PMI professionnels libéraux, SDIS, ESMS ; établissements de santé,
<b>Moyens mobilisés</b>	
<b>Leviers/freins</b>	Formation au DMP proposée aux professionnels de santé à élargir au champ des ESMS pour personnes handicapés Réseaux : sous réserve du financement dans le cadre du FIR si nécessité de moyens complémentaires à ceux des ESMS et Etablissements de santé
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2014/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution des organisations</li> <li>- Nombre de formations, conventions</li> </ul>

**Fiche action n°5.3**

**Améliorer la prise en charge des soins dentaires des personnes handicapées et personnes âgées**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SROSMS
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Difficultés d'accès aux cabinets dentaires : problème de transport et d'accompagnement</p> <p>Un diagnostic particulier a été réalisé concernant les soins dentaires des personnes handicapées à partir d'un questionnaire complété par les directeurs d'établissements pour enfants et adultes handicapés ; cette étude a confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une organisation des soins dentaires très disparate selon les services et établissements, avec la mobilisation des services hospitaliers locaux ou des centres hospitaliers et cliniques de départements voisins (Orléans, Tours) pour les soins sous anesthésie ou analgésie</li> <li>- Un accord de principe unanime pour la mise en place d'un réseau départemental pour les soins dentaires des enfants et des adultes en situation de handicap, essentiellement sur le volet prévention</li> <li>- Les principales attentes portant sur la mise en place d'actions d'information/formation des personnels sur la prévention des soins dentaires, d'interventions préventives de chirurgiens dentistes dans les établissements et de praticien référent</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<p>Améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes handicapées</p> <p>Permettre un suivi bucco-dentaire des personnes âgées limitant ainsi le risque de dénutrition</p>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer une formation des chirurgiens dentistes à la prise en charge des personnes handicapées</li> <li>- Mettre à disposition des établissements un protocole d'hygiène bucco-dentaire</li> <li>- Développer des actions de prévention dans les établissements</li> <li>- Faciliter les rendez-vous pour les personnes handicapées et âgées disposant d'une certaine autonomie</li> <li>- Etudier l'opportunité et la faisabilité d'organiser des soins sur site (aménager les locaux des ESMS pour recevoir une équipe référente : dentiste + assistante dentaire, qui se déplace vers les EHPAD et établissements pour personnes handicapées)</li> </ul>
<b>Public cible</b>	<p>Personnes âgées isolées et résidents EHPAD,</p> <p>Personnes handicapées en établissements</p>

<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir et Cher
<b>Pilote</b>	ARS/MDPH
<b>Partenaires</b>	Associés : CPAM, MSA, CG, ordre des chirurgiens-dentistes, associations, établissements Potentiels : Mutualité Française
<b>Moyens mobilisés</b>	Sensibilisation assurée par les associations auprès des professionnels de santé Réseaux : sous réserve du financement dans le cadre du FIR si nécessité de moyens complémentaires à ceux des ESMS et établissements de santé
<b>Leviers/freins</b>	Retour d'expérience de l'Indre et l'Eure et Loire Communication adaptée auprès des dentistes libéraux
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre d'actions de prévention en établissements Nombre de résidents en établissements médico-sociaux ayant bénéficié d'une consultation dentaire par an

**Fiche action n° 5.4**

**Renforcer le lien entre les acteurs de la santé et du social pour les publics en grande précarité**

<p><b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b></p>	<p>PRAPS PDAHI Fiche action « Lien santé – social » PDALPD</p>
<p><b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b></p>	<p>Public cible : personnes vivant dans la précarité (notamment personnes sans abris) et en souffrance psychique</p> <p>Travail de lien existe entre : hôpital – cliniques – centres d’hébergement, une résidence accueil, EMSP, EMPP, PASS, LHSS, ONS, VRS, MDPH, SAMSAH + SAVS, CMP, contrat local de santé ARS/Blois.... pour personnes en souffrance psychique</p> <p>Réunions mensuelles sur Blois entre le CMP et ASLD élargie le 3<sup>e</sup> jeudi de chaque mois pour échanger sur les prises en charge complexe et croiser les expériences des professionnels</p> <p>Réunions Croix Marine, EMSP élargie,...</p> <p>Réunions qui s’empilent, à l’initiative des différentes institutions ;</p> <p>Beaucoup d’acteurs, de dispositifs, mais absence de protocole ou convention</p>
<p><b>Objectifs opérationnels de l’action</b></p>	<p>Mieux orienter le public vers les structures santé/social - Limiter les ruptures de prise en charge</p> <p>Faire évoluer la Commission d’Orientation pour l’Accès à l’Hébergement, au Logement et à l’Insertion (CORAHLI) en intégrant les acteurs de la santé et de la prévention commission d’orientation pour l’accès à l’hébergement, au logement et à l’insertion</p> <p>Objectif de la CORAHLI : Proposer à toute personne sans logement ou mal logée, ne trouvant pas de réponse dans le droit commun au logement ou à l’hébergement, une orientation adaptée à sa situation. La CORAHLI a vocation à examiner les situations les plus complexes ne nécessitant pas une mise à l’abri immédiate par le SIAO</p> <p>Définir des axes de travail dont la rédaction d’une convention</p> <p>Rédiger une convention et mettre en place un partenariat formalisé</p> <p>Conforter les liens entre les acteurs et le travail en réseau ; organiser des rencontres régulières entre les acteurs, coordonner les actions</p>
<p><b>Description de l’action</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elargir la composition de la commission à des acteurs du champ de la santé</li> <li>- Développer une vision partagée sur les pré-requis au niveau de l’état de santé des personnes pour accéder à un hébergement, à un logement</li> </ul>

<b>Public cible</b>	Personnes vivant dans la précarité
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	DDCSPP – DT41 ARS
<b>Partenaires</b>	<p>Associés : ONS, ASLD (dont le SIAO), CCAS, CIAS, MCS, CPAM, Emmaüs solidarité, VRS, CH Blois, Bio solidaire, PACT 41, France Terre d'Asile, FJT, autres associations...</p> <p>Potentiels : Professionnels de la santé (services psychiatriques de hôpitaux, des cliniques), CMP, SAMSAH</p>
<b>Moyens mobilisés</b>	Pas de moyens financiers supplémentaires
<b>Leviers/freins</b>	<p>Leviers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opportunité de la révision du fonctionnement de la CORAHLI (en cours)</li> <li>- Multiplicité des acteurs, des actions</li> <li>- Lettre de missions récente (septembre 2012) adressée par l'Etat/DDCSPP au SIAO l'invitant à conventionner avec les acteurs du secteur sanitaire</li> <li>- Rationaliser le nombre des réunions</li> </ul>
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	Septembre 2013 : CORAHLI
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<p>Nature et nombre d'organismes de santé représentés à la CORAHLI</p> <p>Nombres de rencontres entre partenaires</p> <p>Nombre de conventions signées</p>

## 6) Améliorer la continuité du parcours des personnes souffrant d'un handicap

### Fiche action n° 6.1

#### Eviter les ruptures et les blocages dans le parcours des personnes handicapées

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>Objectif 1.3 du PSRS : Contribuer à la fluidité du parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité (page 28)</p> <p>Objectif opérationnel 6 du SROSMS - Actions 14 et suivantes</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>L'adolescence est une tranche d'âge charnière : Nécessité de transversalité sur tous les champs (marqueur de cohésion sociale) pour engager le jeune adulte sur un parcours de vie adapté</p> <p>L'émergence des besoins des personnes handicapées vieillissantes nécessite une adaptation de l'offre d'accompagnement actuellement répartie en ESMS entre structures pour personnes handicapées actives et personnes très âgées</p> <p>On constate une absence de fluidité du dispositif médico-social sur le secteur handicap liée : au vieillissement des personnes handicapées dont la durée de séjour en établissement augmente, aux difficultés d'admission des jeunes adultes dans des établissements adaptés sur le secteur adulte et au manque de place en IME lié aux « amendements Creton », avec pour conséquence des délais d'attente pour la prise en charge des jeunes enfants conforme à l'orientation CDAPH</p>
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	<p>Structurer un dispositif départemental par une adaptation des projets d'établissements et services afin de réduire les délais d'attente d'admission en établissement médico-social correspondant aux attentes de la personne handicapée enfant et adulte</p>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une concertation institutionnelle départementale (comité technique de suivi de scolarisation en lien avec le CDCPH) sur la fluidité des parcours des jeunes handicapés</li> <li>- Développer la formation professionnelle en milieu ordinaire par l'accompagnement individuel, faciliter les stages en établissements</li> <li>- Développer les capacités PH adultes afin de générer des sorties des IME</li> <li>- Construire un parcours d'insertion professionnelle gradué (ex : ESAT hors les murs)</li> <li>- Faciliter les relais entre établissements avec l'appui de la MDPH, prioriser l'admission des amendements Creton dans les structures adultes</li> <li>- Identifier une équipe départementale relais du Centre ressources Autisme</li> </ul>

<b>Public cible</b>	Personnes handicapées
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS/CG
<b>Partenaires</b>	ESMS, Education Nationale, ASE, MDPH, CFA, Cap Emploi, associations
<b>Moyens mobilisés</b>	Moyens prévus au PRIAC Conventions, instances de coordination
<b>Leviers/freins</b>	Programmation de places dans le champ adultes, moyens temporaires mobilisés au niveau des IME Articulation avec le schéma départemental autonomie (apprentissage de l'autonomie → permis de conduire, logement, l'adaptation de l'offre pour les personnes handicapées vieillissantes, le développement de l'accueil familial, l'accueil d'urgence et l'accueil temporaire)
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013-2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Evolution des places en structures pour personnes handicapées Nombre d'amendements Creton

**Fiche action n°6.2**

**Développer les coopérations entre les différents partenaires concernés par l'accueil des enfants en ITEP**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Améliorer la prise en charge des adolescents handicapés psychiques
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Rupture de parcours Manque de cohérence dans les interventions auprès des usagers Manque de coordination entre les acteurs
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Développer les coopérations entre les acteurs du social du médico-social de la santé en vue de favoriser la fluidité des parcours des personnes accueillies en ITEP
<b>Description de l'action</b>	Développer le conventionnement entre les différents partenaires Développer la formation des professionnels notamment à la gestion de la prise en charge du phénomène de la violence Mettre en relation les professionnels en vue d'élaborer un projet personnalisé d'accompagnement articulé
<b>Public cible</b>	Jeunes présentant des troubles du comportement et des troubles graves de la personnalité : 6 /20 ans
<b>Territoire d'intervention</b>	Loir-et-Cher
<b>Pilote</b>	Les 4 ITEP avec une coordination par l'ITEP Herbault
<b>Partenaires</b>	Associés : les IME, les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie, l'Education Nationale, la MDPH, l'ARS, l'ASE, l'URIOPSS...
<b>Moyens mobilisés</b>	Mettre en place une commission de suivi Mettre en place des conventions
<b>Leviers/freins</b>	Leviers : Le Loir-et-Cher est bien doté en ITEP ; collaborations déjà existantes Freins : Il n'y a pas d'accueil familial spécialisé ; les limites dans le traitement des situations complexes
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013 / 2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Formalisation ou non des coopérations Nombre de professionnels formés à la gestion de la prise en charge de la violence Nombre de formations qualifiantes Nombre de formations collectives

**Fiche action n°6.3**  
**Mieux prendre en charge les personnes en situation de handicap  
vieillissantes**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Objectif 9 du SROSMS : Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap (page 68) PRADSI (programme de mise en oeuvre des orientations stratégiques de la région)
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Vieillesse de la population handicapée en établissement Initiative du conseil général : Foyer d'accueil spécialisé (FAS) pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) sur Vendôme Projets évoqués par des établissements pour personnes handicapées (PH) et personnes âgées (PA).
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Améliorer la connaissance des besoins Proposer une prise en charge adaptée, voire innovante
<b>Description de l'action</b>	- Identifier les différents profils de public - Recenser les situations individuelles prises en charges, celles en attente de solution ainsi que le parc existant - Proposer une prise en charge adaptée au public ciblé (solutions innovantes)
<b>Public cible</b>	Population en situation de handicap de 50 ans et +
<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir et Cher
<b>Pilote</b>	ARS /CG/MDPH
<b>Partenaires</b>	Associés : Associations gestionnaires secteurs PH / PA.
<b>Moyens mobilisés</b>	Groupe de travail spécifique
<b>Leviers/freins</b>	Etude CREAL Recueil de données – réorientation d'activité de Foyer-Logement, d'EHPAD... Travaux du conseil général relatifs au schéma handicap et dépendance
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	Mise en place du groupe : 2013 Recensement : début 2014 Production : fin 2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de PHV identifiées en établissement pour PA et PH, nombre de situations en attente de solutions Adaptation de l'offre médico-sociale

## 7) Assurer la continuité du parcours en santé mentale

**Fiche action n°7.1**

**Renforcer l'accompagnement des 12 – 25 ans présentant  
des difficultés complexes et multiples**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>Priorité 2 du PSRS : Améliorer la réponse à la situation de crise</p> <p>Priorité 3 du PSRS : Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale</p> <p>Objectif 3.1 : mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale (page 32)</p> <p>Objectif opérationnel 8 du SROSMS : Adapter l'offre de prise en charge aux personnes présentant un polyhandicap, plurihandicap et des situations complexes de handicap.</p> <p>Objectif opérationnel 10 du SROSMS - Action 31 : Renforcer les articulations entre les institutionnels par territoire autour des situations des usagers par la mise en place de dispositifs expérimentaux (page 44)</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Recommandations de la Mission d'appui en santé mentale sur la pédopsychiatrie dans le Loir et Cher (2011)</p> <p>Tranche d'âge charnière : Nécessité de transversalité sur tous les champs (marqueur de cohésion sociale)</p> <p>Taux de suicide dans le 41 → importance de la prévention auprès de jeunes</p> <p>Ruptures de parcours qui sont la conséquence d'un manque de relais entre acteurs et d'un manque de concertation</p> <p>Dispositif d'hospitalisation non adapté aux jeunes avec troubles du comportement</p>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<p>Structurer un dispositif départemental de soins gradués pour adolescents</p> <p>Assurer un accompagnement et des soins adaptés aux adolescents et jeunes adultes</p>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la capacité à accueillir en hospitalisation complète les adolescents, avec une structure d'accueil des situations de crise permettant une évaluation</li> <li>- Identifier une équipe référente à partir d'une coordination territoriale avec une délégation suffisante pour organiser en toute circonstance la prise en charge dans l'urgence et assurer la fluidité des parcours et la continuité des soins</li> <li>- Constituer une équipe mobile territoriale (consultations immédiates, liens avec les structures sociales et médico-sociales)</li> <li>- Redéfinir les missions de la maison des adolescents pour qu'elle prenne un rôle d'animation de réseau</li> <li>- Favoriser les relations avec les familles (consultations de soutien</li> </ul>

	<p>de l'entourage famille – familles d'accueil – professionnels ESMS, lieux de thérapie familiale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des dispositifs d'accueil de week-end (homes pour éviter la rupture de prise en charge et éviter l'hospitalisation faute d'hébergement)</li> <li>- Mettre en place des protocoles d'intervention partagée dans le cadre d'un dispositif animé par la MDPH dans les situations très complexes</li> <li>- Renforcer la coordination des ESMS afin que puisse être proposée une palette d'actions complémentaires (dispositifs d'accueil diversifiés : séjours de rupture, internat modulé, accueil de week-end, accueil familial spécialisé...)</li> <li>- Organiser une coopération sanitaire/médico-social autour du projet SARIA (accueil temporaire)</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Adolescents et jeunes adultes
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	<p>Associés : équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie publiques et privées- Maison des Adolescents- services de pédiatrie ESMS, Education Nationale, CG, ASE, MDPH, Associations de familles (UNAFAM, TANDEM...) Potentiels : CFA, Cap Emploi,</p>
<b>Moyens mobilisés</b>	<p>Conventions Moyens prévus au PRIAC Redéploiement de moyens hospitaliers</p>
<b>Leviers/freins</b>	Multiplicité des acteurs
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Mise en place des structures sanitaires, médico-sociales, d'instances de coordination

**Fiche action n°7.2**

**Mettre en œuvre une continuité du parcours santé mentale pour les adultes**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>Priorité 2 du PSRS : Améliorer la réponse à la situation de crise</p> <p>Priorité 3 du PSRS : Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale</p> <p>Objectif 3.1 : mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale (page 32)</p> <p>Page 44 du SROS</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>« Plus d'un tiers de la population française en 2005 a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, dont un cinquième dans l'année » (<u>source</u> : Etude d'impact annexée à la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement)</p> <p>En conséquence de cette estimation, parmi les 260.000 adultes de plus de 20 ans du Loir-et-Cher, environ 17 000 habitants du Loir-et-Cher sont aujourd'hui affectés par l'une ou l'autre des pathologies mentales</p>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<p>Mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale</p> <p>Améliorer la prise en charge en situation de crise</p> <p>Eviter les ruptures de prise en charge et d'accompagnement</p>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conforter la place de l'équipe mobile psychiatrie (territoire d'intervention, public)</li> <li>- Constituer un centre d'accueil de crise pour adultes</li> <li>- Assurer la continuité des soins et de l'accompagnement à la sortie de toute hospitalisation</li> <li>- Etudier la faisabilité en lien avec les collectivités territoriales et les établissements hospitaliers de la mise en place de conseils locaux en santé mentale (CLSM) visant à cultiver les coopérations</li> <li>- Assurer une hospitalisation adaptée par type de pathologie psychiatrique</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Personnes en souffrance psychique, professionnels, responsables des collectivités territoriales et population
<b>Territoire d'intervention</b>	Tout le département
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	Collectivités territoriales (dont celles pilotant un CLS), Etablissements de soins, Association d'aidants (dont Unafam) Hôpitaux et cliniques, Etablissements médico-sociaux, ONS, Collectivités territoriales
<b>Moyens mobilisés</b>	<p>Promotion des formations et dispositifs existants</p> <p>Redéploiement de moyens hospitaliers</p>

<b>Leviers/freins</b>	<u>Leviers</u> : formation, création de lieux de concertation (CLSM notamment), aide aux aidants <u>Freins</u> : méconnaissance et peurs engendrées par les pathologies mentales, ressources limitées en psychiatres
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013-2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre et diversité des manifestations organisées (formations, conférences, ...), nombre de personnes sensibilisées

## 8) Structurer la filière addictions

### Fiche action n° 8.1

**Intitulé : Consolider la filière de prise en charge des patients en addictologie**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SROS page 135 : addictologie SROSMS page 128 : Les personnes en difficultés spécifiques avec les addictions
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Un tiers des décès prématurés Inégalités territoriales sur le département manque de lisibilité pour les usagers sur les offres disponibles
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Poursuivre le développement de la filière addictologie Développer l'accès aux soins
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer le maillage territorial de l'ELSA rattachée au CH de Blois auprès des services des urgences des établissements de santé de proximité (Romorantin-Lanthenay, Vendôme)</li> <li>- Développer les consultations d'addictologie (dont tabac) dans les établissements de santé de proximité</li> <li>- Conforter l'offre médico-sociale sur l'ensemble du Loir-et-Cher, assurer une complémentarité entre les différentes interventions en formalisant des conventions (notamment ANPA/VRS)</li> <li>- Renforcer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, en particulier pour les actions de prévention</li> <li>- Faciliter l'accès aux structures de soins des personnes isolées en milieu rural</li> <li>- Consolider l'existant sur le CH de Blois, afin de mettre en place une unité d'addictologie de niveau 2</li> <li>- Poursuivre la formation des professionnels des secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier</li> <li>- Mettre en place un répertoire sur l'offre à destination des professionnels et des usagers (<i>en lien avec l'annuaire commun action 1.1</i>)</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Les personnes ayant des problèmes d'addictologie : des très jeunes enfants (cf addiction aux jeux ordinateurs) aux plus âgés
<b>Territoire d'intervention</b>	Loir-et-Cher
<b>Pilote</b>	ARS

<b>Partenaires</b>	Les Centres Hospitaliers de Blois (ELSA, consultations externes d'addictologie, service de pneumologie), Romorantin et Vendôme, en particulier leur service des urgences, VRS, ANPAA 41, le réseau Addictions 41, les associations, l'Education nationale, les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mouvements d'anciens buveurs, le Conseil général, la maison des adolescents
<b>Moyens mobilisés</b>	<p>Actions identifiées potentiellement dans les contrats locaux de santé et les CPOM ; comité d'évaluation anti-tabac rattaché au CH de Blois (actions en intra CHB / public et personnels COPIL et Réunions de bassin du Rézo)</p> <p>Réinvestir la convention quadripartite : CHB / MGADDOC/ CSAPA-ANPAA / CSAPA VRS</p> <p>Commission Régionale Addictologique en charge du suivi du PRS</p>
<b>Leviers/freins</b>	<p>Leviers : les CPOM des établissements de santé et les contrats locaux de santé; l'existence du Rézo Addictions 41, de la FRAPS, les ressources médicales et paramédicales en tabaco</p> <p>Freins : démographie médicale déclinante ; enveloppes financières contraintes ; isolement géographique des personnes ; peu de professionnels formés en addictologie</p>
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<p>Formalisation des coopérations entre le sanitaire et le médico-social (existence ou non de conventions)</p> <p>Intervention ou non de l'ELSA dans les établissements de santé de proximité</p> <p>Nombre de professionnels formés à l'addictologie, en intra et en extra hospitalier</p> <p>Nombre de consultations d'addictologie en interne et externe</p> <p>Nombre de consultations spécialisées des CSAPA ANPAA 41 et VRS</p> <p>Nombre de patients suivis par le Rézo</p> <p>Nombre de personnes reçues en unité d'addictologie lorsqu'elle sera créée</p>

**9) Promouvoir la prévention**

**Fiche action n°9.1**

**Garantir des relais locaux dans le domaine de la prévention**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SRP page 23 : « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé » Action 1.2 du PRAPS « Optimiser le maillage territorial des dispositifs spécifiques en faveur des publics précaires » (page 23)
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Inégalité de l'offre de prévention sur le territoire et selon les filières
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Déployer l'offre existante sur les zones déficitaires Faciliter l'accès de la population à l'offre de prévention
<b>Description de l'action</b>	Sensibiliser les professionnels de proximité (santé, social, médico-social) et identifier des personnes-relais formées (envisager comme stratégie de s'appuyer sur infirmières) S'appuyer sur les structures existantes comme les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire), MDA (Maison Des Adolescents), établissements de santé, MCS (Maison de Cohésion sociale), BIJ, PIJ, MSA, Maisons de service ADMR.... Valoriser les actions visant à aller vers le public en difficulté pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins Promouvoir l'éducation thérapeutique
<b>Public cible</b>	Professionnels Tout public
<b>Territoire d'intervention</b>	Tout le département (déploiement des dispositifs)
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	CG, CPAM, FRAPS, Education nationale, médecine universitaire, associations (ONS, réseaux...) Potentiels : PIJ, MCS
<b>Moyens mobilisés</b>	Promotion des formations et dispositifs existants
<b>Leviers/freins</b>	Formation, déplacement
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013-2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de professionnels formés Nombre de structures d'appui Nombre et type d'actions pilotés par le CLET

**Fiche action n°9.2**

**Renforcer la prévention du suicide**

<b>Objectifs régionaux de référence PRS, schéma</b>	PSRS page 32 : « Diminuer la mortalité par suicide » SRP page 34 : « Promouvoir les actions dans le champ de la santé mentale »
<b>Principaux éléments diagnostic territorial</b>	Surmortalité régionale par suicide qui représente une des principales causes de décès chez les jeunes (15-25 ans et 25-44 ans) ; le nombre de personnes âgées touchées reste également important. Indice comparatif de mortalité par suicide pour le Loir-et-Cher : 134 en 2008 (région 118), le plus défavorable en région  Le taux de mortalité est plus élevé dans les cantons ruraux -notamment le Vendômois dans le Loir et Cher- que dans les centres ville et agglomérations Les tentatives de suicide concernent davantage les femmes, et les suicides les hommes
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<u>Promouvoir le bien- être / les compétences psychosociales</u>  <i>Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations avec les autres, sa propre culture et son environnement :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions</li> <li>- avoir une pensée créative, avoir une pensée critique</li> <li>- savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles</li> <li>- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres</li> <li>- savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions</li> </ul> <u>Améliorer le repérage/pré diagnostic</u>
<b>Description de l'action</b>	<u>Promouvoir le bien-être / les compétences psychosociales :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la complémentarité des actions à destination du grand public (action UNAFAM (sensibilisation du grand public/soutien à l'entourage), ville de Blois (espace bien-être Médicis)...) .</li> <li>- Dans le cadre des missions de la FRAPS (Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la santé), promouvoir l'accompagnement méthodologique des écoles volontaires pour le renforcement des compétences psychosociales.</li> </ul> <u>Améliorer le repérage/pré-diagnostic :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter le ciblage des professionnels à former, au repérage de la crise suicidaire : étudier la possibilité d'intégrer notamment les services d'aide à domicile, les services de gendarmerie, les infirmiers libéraux</li> <li>- S'appuyer sur les dispositifs existants, notamment pour les jeunes, pour développer/conforter des lieux d'écoute : Maison Des Adolescents (MDA), Bureau Information Jeunesse (BIJ), Point Information Jeunesse (PIJ)...</li> <li>- Améliorer la lisibilité des Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour tout</li> </ul>

	public et l'accessibilité à un premier rendez-vous (adultes et enfants) : préciser le type de professionnel mobilisé (médical, ou paramédical) et la couverture géographique.
<b>Public cible</b>	Les jeunes de 15-24 ans La population active 25-44 ans Les personnes âgées en lien avec les aidants à domicile notamment Les personnes en situation de précarité Les aidants familiaux/l'entourage des malades
<b>Territoire d'intervention</b>	Tout le département du Loir-et-Cher et plus particulièrement en appui sur les actions des CLS : Blois : travail sur la lisibilité de l'offre et sur la coordination (fluidifier le parcours – gestion de la crise) Pays Vendômois : appui sur les dispositifs existants, redéploiement de l'offre vers les territoires ruraux, privilégier les dispositifs type « aller vers » Communauté de commune du Romorantinais et du Monestois
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	<u>Tout public</u> : CIAS, FRAPS (coordination départementale santé mentale), CPAM, MSA, gendarmerie, infirmières libérales  <u>15/24 ans</u> : DSDEN (Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale), DDCSPP, la maison des adolescents (MDA), CFA, missions locales, BIJ, PIJ.  <u>Personnes âgées</u> : Services d'aide à domicile, CG (Conseil Général) : travailleurs sociaux des maisons de la cohésion sociale...  <u>Personnes en situation de précarité</u> : CG (travailleurs sociaux des maisons de la cohésion sociale ...), DDCSPP, bailleurs sociaux, EMSP, EMPP, ONS, ASLD...
<b>Moyens mobilisés</b>	Formations d'acteurs Personnels de lieux de passage du public
<b>Leviers/freins</b>	Identification préalable des personnes/lieux ressources susceptibles de repérer des personnes en souffrance psychique et dispositifs relais Multiplicité des intervenants Pénurie de ressources humaines, notamment de psychiatres
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2014/2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre et origine professionnelle des personnes formées Délai d'accessibilité à un rendez-vous en CMP Evolution du taux de suicide du département, tentatives de suicide

**Fiche action n°9.3**

**Développer la complémentarité entre les acteurs au niveau de la prévention et de la prise en charge des diabétiques**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Schéma Régional de Prévention
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Prévalence du diabète dans le Loir et Cher : 15 037 diabétiques/325 183 habitants = 4,6% de la population en 2009, 1000 nouveaux cas/an Partenariat local : CPAM, RSND41, AFD41, établissements de santé
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Proposer à la population de Loir-et-Cher des actions de proximité en prévention primaire (ateliers nutrition en délocalisé), secondaire (projet de dépistage par rétinographe) et tertiaire (programmes d'ETP Diabète + association) tout en favorisant une coordination forte entre les acteurs en local (CLET41, création d'un COPIL Diabète)
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du CLET41 – éducation thérapeutique (dont Diabète)</li> <li>- Sensibilisation des professionnels de santé au diabète, et notamment ceux exerçant en exercices regroupés</li> <li>- Projet de délocalisations d'ateliers d'éducation en santé (Nutrition) sur le département de Loir-et-Cher</li> <li>- Projet de rétinographe itinérant (groupe de travail RSND41-CPAM41 – DIAPASON36- CPAM36)</li> <li>- Mise en place d'un COPIL Diabète avec les partenaires diabète</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Ensemble de la population
<b>Territoire d'intervention</b>	Département du Loir-et-Cher et notamment les territoires fragiles (ruraux, désertification médicale, difficulté d'accès aux soins)
<b>Pilote</b>	CPAM 41 et RSND41
<b>Partenaires</b>	Associés : ARS, AFD41, établissements de santé Potentiels : Ordres des professions libérales, Conseil Général
<b>Moyens mobilisés</b>	Moyens humain et matériel
<b>Leviers/freins</b>	<u>Freins</u> : coût d'investissement (humain et matériel) + lourdeur organisationnelle <u>Leviers</u> : démographie médicale (nécessité de mettre en place des projets de proximité pour combler les problèmes d'accès aux soins et de désertification médicale ex : ophtalmologue) + coordination entre les acteurs Diabète sur le département

<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	CLET41 + COPIL Diabète + délocalisations = en cours (2013) Projet de rétinographe = janvier 2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<p><u>Rétinographe</u> : mise en place d'un COPIL, nombre diabétiques examinés, nombre de rétinographies diagnostiquées, nombre de vacations d'infirmières/orthoptistes, administratif, nombre de journées itinérantes, nombre de rdv de suite dans les 15 jours, taux de couverture géographique, nombre d'examens ininterprétables</p> <p><u>Ateliers en délocalisés</u> : score EPICE, taux de couverture géographique, nombre de personnes ayant bénéficié de l'action/taux de réalisation par rapport à l'objectif, nombre de séances/réunions, un questionnaire de satisfaction immédiate</p> <p><u>CLET41 + COPIL Diabète</u> : calendrier de réunions, compte-rendu de réunions, mise en place effective des actions</p>

<b>Fiche action n°9.4</b>	
<b>Favoriser la formation des professionnels de santé dans le domaine santé environnement et promouvoir la santé environnementale auprès des collectivités</b>	
<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SRP : Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité. Réduire les impacts de l'environnement sur la santé Deuxième Plan Régional Santé Environnement 2010-2014
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Les collectivités territoriales disposent de leviers d'action en faveur de la promotion de la santé environnementale, notamment au niveau de l'aménagement du territoire et de l'éducation à la santé Des initiatives émergent dans ce domaine qu'il convient de valoriser (contrats locaux de santé, Agenda 21)
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Initier la sensibilisation des collectivités au champ santé environnement pour une meilleure prise en compte de ce domaine dans leurs plans et projets Promouvoir les formations initiales et continues sur le champ de la santé environnementale à destination des professionnels de santé du Loir et Cher
<b>Description de l'action</b>	- Organiser des réunions de sensibilisation auprès des collectivités par secteur (exemples pollutions, bruit, empreinte écologique, aménagement des lieux publics) en vue d'intégrer la santé environnementale dans les décisions relatives à l'aménagement du territoire - Promouvoir, notamment lors de réunions en présence de professionnels de santé les formations initiales et continues sur le champ de la santé environnementale coordonnées par l'ARS
<b>Public cible</b>	Professionnels de santé et collectivités territoriales (élus et services techniques)
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	Professionnels de santé – Collectivités territoriales (communes, conseil général, conseil régional)
<b>Moyens mobilisés</b>	Diffusion de supports de communication Réunions d'information
<b>Leviers/freins</b>	Sensibilisations menées auprès des ESMS Multiplicité des acteurs
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2014/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de diffusions, de réunions

<b>Fiche action n°9.5</b>	
<b>Lutter contre l'habitat indigne et insalubre</b>	
<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	<p>SRP : Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité. Réduire les impacts de l'environnement sur la santé</p> <p>Deuxième Plan Régional Santé Environnement 2010-2014</p>
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Rappel sur la Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale (MOUS) : La Caisse d'Allocations Familiales de Loir-et-Cher est maître d'ouvrage de l'outil spécifique MOUS Habitat Indigne depuis le 1er janvier 2010. Après consultation, le PACT de Loir-et-Cher a été retenu jusqu'à ce jour comme opérateur pour assurer les diverses missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation systématique des lieux suite à un signalement, l'assistance à maîtrise d'ouvrage technique et administrative (propriétaire occupant ou bailleur) pour la réalisation et le suivi des travaux de sortie d'insalubrité (définition des travaux, mobilisation des financements)</li> <li>- Aide aux occupants avec l'accompagnement social, les aides au logement et hébergement temporaire</li> <li>- Assistance à la maîtrise d'ouvrage en cas de travaux d'office par l'Etat, orientation vers l'ADIL des locataires des logements non décents afin que celle-ci les informe de leurs droits et des démarches à effectuer auprès de leur bailleur</li> <li>- Orientation vers les maires des locataires des logements non conformes au règlement sanitaire départemental (RSD) afin que ceux-ci conduisent la procédure adéquate</li> </ul> <p>Tous les signalements sont adressés auprès d'un guichet unique représenté par le PACT 41</p> <p>A l'issue des enquêtes habitat, les membres du comité technique de la MOUS bénéficient d'un diagnostic de la situation sociale et économique des occupants et d'un relevé technique des anomalies constatées avec la référence réglementaire associée. Cette évaluation permet de qualifier aussi le caractère remédiable ou irrémédiable de l'insalubrité.</p> <p>Pour les propriétaires occupants, un diagnostic juridique permettant notamment d'analyser la situation de propriété et de statut d'occupation des occupants (propriétaire, indivision, usufruitier, fermier, copropriétaire, ...).</p> <p><i>Le comité technique examine les situations des locataires et des propriétaires occupants signalées auprès du PACT41.</i></p>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	<p>Lutter contre l'habitat indigne (insalubre ou présence de plomb) et non conforme au Règlement Sanitaire Départemental</p> <p>Améliorer l'attractivité des centres anciens</p> <p>Soustraire les occupants de logements à risques sanitaires</p> <p>Mettre dans le parc locatif des logements qui répondent aux critères de décence (le dispositif de la Maîtrise d'œuvre Urbaine et</p>

	Sociale aide à atteindre cet objectif)
<b>Description de l'action</b>	Promouvoir la MOUS (Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale) Habitat Indigne du Loir et Cher :  - Sensibiliser les collectivités territoriales sur la nécessité d'inciter à la déclaration/signalement de toute situation d'habitat indigne au PACT 41 et/ou à la DT41 ARS - Organiser des réunions de sensibilisation sur l'habitat indigne auprès des travailleurs sociaux du territoire du Pays Vendômois
<b>Public cible</b>	Tout public locataire
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	Collectivités locales, travailleurs sociaux du conseil général, PACT41, ADIL, DDT, CAF, MSA
<b>Moyens mobilisés</b>	Crédits de l'ANAH, CAF, MSA, Agglopolys
<b>Leviers/freins</b>	Crédits d'Etat Signalements des occupants via les assistants familiaux
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de signalements transmis au PACT41 et/ou à la DT41 ARS Nombre de logements insalubres traités Nombre de mesures mises en œuvre en application du Code de la Santé Publique

<b>Fiche action n°9.6</b>	
<b>Poursuivre la sensibilisation au traitement acoustique des établissements sensibles accueillant du public</b>	
<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SRP : Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité. Réduire les impacts de l'environnement sur la santé  Deuxième Plan Régional Santé Environnement 2010-2014
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	La lutte contre les situations d'inconfort liées à une mauvaise qualité acoustique dans les locaux accueillant des enfants (cantines, crèches, salles de classe, de sports, centres aérés, garderies.....) est une priorité de l'Etat  Cette mauvaise acoustique conduit à des niveaux sonores élevés, perturbant la communication et les échanges. Comme le montrent diverses études, cette situation engendre des effets négatifs sur la santé des enfants : énervement, agressivité et fatigue  Compte tenu du caractère prioritaire de cette action un diagnostic acoustique est proposé gratuitement aux collectivités pour l'ensemble des locaux utilisés régulièrement par les enfants : salles de classe, centres de loisirs, garderies, crèches...  Des subventions peuvent être accordées pour les locaux dont le temps de réverbération est supérieur aux valeurs réglementaires  Des actions de sensibilisation sont menées depuis 2009
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Réhabiliter la qualité acoustique de locaux accueillant des enfants (cantines, crèches, salles de classe, de sports, centres aérés, garderies.....)
<b>Description de l'action</b>	Courrier adressé en début d'année à toutes les communes du département  Réalisation par la DT41 ARS du diagnostic acoustique initial pour les collectivités qui en font la demande  Montage du dossier de demande de subvention par les collectivités territoriales éligibles aux subventions, adressé à la DT41 ARS  Avis technique formulé par la DT41 ARS et transmission à la DDT, en charge de l'attribution de la subvention  Après travaux, un contrôle acoustique obligatoire est réalisé par un bureau d'études. En fonction des résultats, la DDT procède alors aux paiements de la subvention à la collectivité, après avis de la DT41 ARS
<b>Public cible</b>	Collectivités territoriales – jeunes enfants
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS

Programme territorial de santé du Loir et Cher  
ANNEXE 3 : fiches-actions

<b>Partenaires</b>	DDT de Loir et Cher – DREAL centre
<b>Moyens mobilisés</b>	Diagnostic acoustique par la DT41 ARS Crédits de la DREAL Centre
<b>Leviers/freins</b>	Crédits de la DREAL Centre Volonté et moyens de la collectivité territoriale
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de bâtiments diagnostiqués Nombre de dossiers éligibles Nombre de locaux réhabilités

<b>Fiche action n°9.6</b>	
<b>Poursuivre la sensibilisation du jeune public aux risques liés à l'écoute de musique amplifiée</b>	
<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SRP : Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité. Réduire les impacts de l'environnement sur la santé Deuxième Plan Régional Santé Environnement 2010-2014
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Les expositions volontaires au bruit sont dues à la musique amplifiée via les baladeurs et les concerts. L'exposition volontaire concerne majoritairement les jeunes, dont 34% écoutent plusieurs fois par semaine le baladeur dont 1/3 à volume fort ou très fort. Cette exposition volontaire concerne majoritairement les personnes les moins diplômées ( <i>source Deuxième Plan Régional Santé Environnement 2010-2014</i> ) Des actions de sensibilisation sont menées depuis 2007
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Promouvoir auprès des collèges et des lycées la mise à disposition de mallettes pédagogiques S'appuyer sur des personnes relais dans le cadre du Pédagoston
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation / sensibilisation des infirmières scolaires du département en 2007/2008</li> <li>- Gestion du planning de prêts des mallettes</li> <li>- Organisation des prêts (contact avec les demandeurs, convention de mise à disposition, fourniture des bouchons d'oreille...)</li> <li>- Mise à jour de la mallette en fonction des crédits disponibles</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Collèges – lycées (infirmières scolaires, professeurs)
<b>Territoire d'intervention</b>	Département
<b>Pilote</b>	ARS
<b>Partenaires</b>	Mobilisé : Direction de l'Académie Potentiel : Mutualité Française
<b>Moyens mobilisés</b>	Diffusion de 5 mallettes pédagogiques
<b>Leviers/freins</b>	Sensibilisations auprès des établissements scolaires
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Nombre de prêts, nombre d'établissements scolaires, nombre d'élèves sensibilisés

**10) Développer les coopérations**

**Fiche action n°10.1**  
**Consolider la prise en charge de la douleur au niveau départemental**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	SROS page 145 volet 3.4 : La prise en charge de la douleur Améliorer l'accessibilité à une structure de consultation pour tous les patients souffrant de douleur chronique
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>En région Centre, chaque territoire de santé est pourvu d'au moins une structure complète de consultation. Toutefois, l'accessibilité des patients à une structure de consultation de la douleur est perfectible :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en termes de délais : l'obtention d'un premier rendez-vous requiert 2 à 3 mois, avec un maximum de 6 à 14 mois pour Blois. Les délais de suivi peuvent atteindre 4 mois avec un médecin et un mois avec un infirmier ou un psychologue.</li> <li>- en termes de distances géographiques : la région Centre est très étendue, les distances à parcourir pour accéder à une consultation sont importantes (PRS 2012 – 2016) ;</li> </ul> <p><i>Activités 2011 – Centre hospitalier de Blois :</i>  1 628 consultations médicales  891 consultations de psychologue  281 consultations d'infirmière  578 consultations de kinésithérapie  Forte demande de consultations externes : 14 mois d'attente  Faible demande de consultations internes, réponses rapides  Faible traçabilité (source IPAQSS)</p> <p><i>Coopérations</i>  Dynamique locale avec les responsables des Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) du département (CH de Vendôme, CH de St Aignan, La Ménaudière, CH de Romorantin...) en vue d'étudier la faisabilité de mise en place d'une équipe départementale de prise en charge de la douleur.  Les cluds sont des instances institutionnelles de réflexion, de protocolisation et de formation sur le thème de la douleur. La consultation, elle prend en charge les patients douloureux. La fonction de ces 2 structures est donc différente et il ne faut pas les confondre.</p>
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Consolider la prise en charge de la douleur organisée par le Centre Hospitalier de Blois
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recourir aux personnels formés à la prise en charge de la douleur en s'appuyant sur l'identification des Infirmiers Ressources Douleur (IRD)</li> <li>- Améliorer l'accès aux consultations externes</li> </ul>

	- Etudier la faisabilité d'une équipe mobile d'appui départementale
<b>Public cible</b>	Les patients souffrant de douleurs chroniques
<b>Territoire d'intervention</b>	Loir-et-Cher
<b>Pilote</b>	CH de Blois
<b>Partenaires</b>	Associés : ensemble des acteurs du champ sanitaire Professionnels libéraux
<b>Moyens mobilisés</b>	Les professionnels concernés du champ sanitaire
<b>Leviers/freins</b>	Levier : la dynamique d'ores et déjà enclenchée, orientation stratégique 8 du CPOM 2012-2016 du CH de Blois) Frein : la ressource médicale limitée – la contrainte financière (financement ARS : mission d'intérêt général) L'équipe territoriale est conditionnée à la consolidation de l'équipe du CH de Blois
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Evolution du nombre de consultations Mise en place ou non d'une équipe mobile d'appui

**Fiche action n° 10. 2**

**Mettre en place une filière Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS, schéma</b>	Orientation 3.6 du SROS : « Les accidents vasculaires cérébraux » (page 156)
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	La troisième cause de mortalité ; la première cause de handicap physique Sur le département de Loir-et-Cher, en 2010, il a été dénombré environ 600 AVC ; 166 séjours de patients domiciliés dans ce département ont été assurés par le CHRU de Tours.
<b>Objectif opérationnel de l'action</b>	Mettre en place une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) au CH de Blois (orientation stratégique 6 du CPOM 2012-2016 du CH de Blois)
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une UNV au CH de Blois (déclinaison en objectifs opérationnels : se reporter au CPOM du CH de Blois)</li> <li>- Augmenter la capacité d'accueil du SSR du CH de Blois (12 lits sur les 25 qui vont être créés avec l'ouverture prochaine des locaux de la Roselière 2)</li> <li>- Formaliser la coopération avec le CHRU (cf animateur filière)</li> <li>- Renforcer le partenariat entre le médico-social et le sanitaire, et étudier l'opportunité et la faisabilité d'un réseau en faveur des cérébrolésés</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Les patients victimes d'AVC
<b>Territoire d'intervention</b>	Loir-et-Cher
<b>Pilote</b>	CH de Blois
<b>Partenaires</b>	Associés : l'ensemble du secteur médico-social et du sanitaire (SSR La Menaudière, SSR L'Hospitalet...)
<b>Moyens mobilisés</b>	Augmentation du nombre de lits en SSR pour la prise en charge des AVC au CHB Recherche de neurologues Financement par l'ARS d'un poste d'animateur de filière positionné au CHRU
<b>Leviers/freins</b>	Insuffisance de neurologues pour assurer une astreinte (il faut 5 ; 3 en novembre prochain) ; insuffisance de temps d'orthophonistes Contrainte financière
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/ 2016
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Mise en place ou non d'une UNV

<b>Fiche action n°10.3</b>	
<b>Consolider le dispositif territorial de soins palliatifs</b>	
<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	PRS 2012- 2016 - volet hospitalier – Point 3.5 Les soins palliatifs Améliorer l'accès aux soins palliatifs à tous les patients le requérant
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	<p>Il existe des équipes mobiles de soins palliatifs reconnues, des LISP et une dynamique territoriale forte</p> <p>Le dispositif territorial actuel de soins palliatifs comprend :</p> <p>Equipes Mobiles de soins palliatifs (EMSP) : 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EMSP intra-hospitalière : <ul style="list-style-type: none"> <li>o EMSPA rattachée au CH de Blois</li> <li>o EMSP rattachée au CH de Vendôme</li> </ul> </li> <li>- EMSP territoriale <ul style="list-style-type: none"> <li>o EADSP 41 rattachée au CH de Blois</li> </ul> </li> </ul> <p>Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (50 LISP) : Ils sont répartis de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CH de Blois : 12</li> <li>- Polyclinique de Blois : 12</li> <li>- CH de Vendôme : 9</li> <li>- CH de Montoire : 3</li> <li>- CH de Montrichard : 3</li> <li>- CH de Saint Aignan : 2</li> <li>- CH de Romorantin : 6</li> </ul> <p>Absence cependant - à ce jour - d'une unité de soins palliatifs</p> <p>Nécessité par ailleurs de consolider les coopérations entre les différents acteurs</p>
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Améliorer le dispositif territorial de soins palliatifs Mettre en place une unité de soins palliatifs (USP)
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unités de Soins Palliatifs (USP) : répondre à l'appel à projet lancé par l'ARS</li> <li>- Renforcer les coopérations entre les acteurs</li> <li>- Poursuivre les formations auprès des professionnels et informations sur les soins palliatifs pour le grand public</li> </ul>
<b>Public cible</b>	<p>2100 personnes/an relèveraient d'une prise en charge palliative (soit 60% des décès dans le département)</p> <p>Intérêt d'une USP pour les situations les plus complexes (environ 10% des 2100 décès)</p> <p>Accueil de patients d'autres départements</p>
<b>Territoire d'intervention</b>	Pour l'USP : le Loir-et-Cher et l'extraterritorial (le nord du 36, une partie du 18, une partie du 28, une partie du 45)

<b>Pilote</b>	Projet USP : groupe projet départemental et Centre Hospitalier de Blois. Evolution du dispositif territorial : Equipes de Soins Palliatifs
<b>Partenaires</b>	Tous les établissements de santé et du médico-social du 41 ; les associations d'usagers et de bénévoles à l'accompagnement ; le comité départemental des soins palliatifs
<b>Moyens mobilisés</b>	USP Financement T2A (tarification à l'activité), sous réserve du résultat de l'appel à projet Coopération sur le volet des soins palliatifs : les CPOM des établissements de santé et les conventions inter établissements
<b>Leviers/freins</b>	Leviers : - Appel à projets USP lancé par l'ARS (2 USP supplémentaires pour la région Centre) - Positionnement central de Blois dans la région Centre - Forte dynamique départementale
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2016 Si projet retenu par l'ARS, 2014 : site provisoire, 2016 locaux définitifs
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Reconnaissance ou non d'une USP, date de mise en œuvre le cas échéant Collaboration formalisée entre les professionnels Nb de formations aux SP

**11) Ressources humaines – Formations**

**Fiche action n°10.4**  
**Développer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social en disposant d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences –(GPEC)- partagée**

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Orientation 3.2.5 du PSRS : Miser sur l'évolution des métiers et des compétences (page 24) Orientation 1.2.2. du SROSMS - action 125 : Développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territorialisées (page 154)
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Démographie médicale et paramédicale déclinante Expérimentations de coopération entre établissements sanitaires et entres établissements du domaine médico-social
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Contribuer au développement des parcours de soins Disposer d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences partagée par l'ensemble des acteurs
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer l'information et la communication sur les postes vacants et les besoins identifiés</li> <li>- Améliorer la connaissance de l'évolution de la démographie des professions de santé sur le territoire</li> <li>- Partager les informations et en faire une analyse concertée</li> <li>- Identifier les métiers sensibles et en suivre l'évolution</li> <li>- Encourager les temps partagés entre établissements médico-sociaux et sanitaires au niveau des ressources médicales (notamment psychiatres) et paramédicales</li> <li>- Utiliser notamment le ROR – répertoire opérationnel des ressources</li> <li>- Mettre en place une démarche de suivi de l'évolution prévisionnelle de l'emploi et des compétences en articulation avec les établissements et services employeurs</li> </ul>
<b>Public cible</b>	L'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux et des professionnels de santé
<b>Territoire d'intervention</b>	Loir-et-Cher
<b>Pilote</b>	URIOPSS
<b>Partenaires</b>	ORFE, ARS, CG, conseil régional, DIRECCTE Etablissements du champ sanitaire, médico-social, professionnels libéraux

	Potentiels : Pôle emploi, OPCA
<b>Moyens mobilisés</b>	Chargé de mission URIOPSS coopérations et territoires Outils d'observation de l'ORFE Réunions de concertation
<b>Leviers/freins</b>	Leviers : démographie médicale et paramédicale déclinante Freins : importance du nb d'acteurs concernés ; disponibilité
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2013/2015
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	Mise en place ou non de temps partagés Mise en place ou non d'une GPEC partagée

**12) Systèmes d'information**

<p><b>Fiche action n° 10.5</b></p> <p><b>Favoriser les échanges entre les professionnels de santé via le système d'information de santé</b></p>
---

<b>Objectifs régionaux de référence du PRS</b>	Développer les systèmes d'information de santé
<b>Principaux éléments du diagnostic territorial</b>	Une réduction du nombre de professionnels d'où une nécessité d'échange pour gagner en temps et en efficacité
<b>Objectifs opérationnels de l'action</b>	Développer le DMP dont le DLU et le volet médical de synthèse Développer l'outil trajectoire
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déployer le DMP : s'appuyer sur le réseau des pharmaciens, les EHPAD, l'expérience d'Amboise</li> <li>- Promouvoir l'usage du DMP auprès des usagers et rendre les dossiers informatisés des établissements médico-sociaux de santé et des professionnels libéraux compatibles avec le DMP</li> <li>- Développer le haut et le très haut débit</li> </ul>
<b>Public cible</b>	Les EHPAD, les établissements pour personnes handicapées, les IDE libérales, le CODERPA, les usagers et leurs représentants, les personnes souffrant de maladies chroniques
<b>Territoire d'intervention</b>	Secteur de la vallée du Cher : CH de Montrichard, Selles/Cher, Saint-Aignan, les EHPAD Vallières les grandes, Saint-Georges sur Cher et Chateaufvieux Puis ensemble du département
<b>Pilote</b>	GCS télésanté centre
<b>Partenaires</b>	Associés : l'ARS, les établissements sanitaires et médico-sociaux de la vallée du Cher, les établissements d'Amboise expérimentant la mise en place du volet médical de synthèse, les médecins généralistes libéraux Les collectivités territoriales
<b>Moyens mobilisés</b>	GCS télésanté centre (correspondants pour le 41 : Dr LEMETRE et M BLOT)
<b>Leviers/freins</b>	<u>Leviers</u> : Offrir un agenda partagé et des solutions sécurisées de sauvegarde

	<p>S'appuyer sur l'expérimentation menée sur Amboise Appropriation du logiciel trajectoire</p> <p><u>Freins :</u> Le nombre important de partenaires Le temps que nécessite la concertation entre les différents professionnels La difficulté à convaincre les libéraux de l'intérêt du DMP La comptabilité du DMP avec les logiciels</p>
<b>Calendrier de mise en œuvre</b>	2 <sup>nd</sup> semestre 2013, 2014
<b>Indicateurs de suivi, de résultat</b>	<p>Nombre de DMP créés et utilisés</p> <p>% de médecins généralistes recourant au DMP sur la vallée du Cher, puis du département</p> <p>% de médecins des EHPAD recourant au DMP sur la vallée du Cher, puis du département</p> <p>% de médecins spécialiste recourant au DMP sur la vallée du Cher, puis du département</p> <p>Haut et très haut débit : Nombre d'établissements ayant passés une convention</p>

## **TABLEAUX DE COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DU PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTE**

### **THEME 1 : LUTTER CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE**

**PILOTES : M. FESNEAU Marc, président de la communauté de communes Beauce et Forêt,  
M. PINON Jean-Paul conseiller général**

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
FRANCOIS	Jean-Jacques	MSA
GASPARI	Antoine	Directeur la Ménaudière
BEASLE	Jean-Claude	Directeur MAS du Vendômois
LEGRAND	Annick	UFC QUE CHOISIR
GBADAMASSI	Isaac	SAMU 41
TOSSOU	Michel	Président CME CH BLOIS
VINCENT	Jean-Marie	Directeur général Association des personnes handicapées du Perche (APHP)
CHIQUET	Laurent	directeur adjoint développement offre et projets de santé - Conseil Gal
DORE	Jean-Pascal	SNIIIL 41
BIRAUD	Frédéric	chef de projet - Conseil Gal
RONCIERE	Raphaël	Préfecture
CDOM		
CATEAU	Chantal	directrice des soins CH BLOIS

**ARS : Nadia BENSRRHAYAR et Thibault ROUSSELOT**

**THEME 2 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

**PILOTES : Mme LAGARDE Nathalie, vice-présidente de la conférence de territoire, directrice du FAM le Clair Logis - APIRISO**

**et M. FESNEAU Jean-Claude, membre du bureau de la délégation départementale de l'UNAFAM**

Nom	Prénom	fonction
JOUBERT	Jacky	APF 41
RAVINEAU	Jacques	Déleguée association traumatisés crâniens
GAUTHIER	Michel	Cadre soignant la Ménaudière
GERHARDS	Florence	Direction adjointe CH blois - chargée des relations avec les usagers
CHEKROUM	Akli	Chef de pôle SAU et SAMU
BOISSICAT	Eric	chef du service psychiatrique CH BLOIS
HUTTEAU	Brigitte	médecin conseiller technique DSDEN
FONTAINE		Président de CME - clinique psychiatrique SAUMERY
BEAUVALLET	Michel	Directeur CMPP
HAENTJENS	Gwenaële	médecin territorial - Conseil Gal (MDPH)
DUBISSON	Rafaele	responsable de l'UPAS de Sud-Loire - Conseil Gal
VILLANFIN	Annick	DDCSPP
BOURGET	Stéphanie	DDCSPP
HALLAIS	Bernard	médecin chef du SDIS
BIAOU	Affolabi	médecin de prévention

**ARS : Nathalie TURPIN**

### THEME 3 : CONSOLIDER LA FILIERE GERIATRIQUE

Pilotes : M. LIEBOT Jean-Paul, représentant la Mutualité Française et M. GAY Frédéric, directeur d'EHPAD, représentant du SYNERPA  
Mme PERIOT et Mme DAGORET pilotes pour le second séminaire

Nom	Prénom	fonction
DUSSOT	Raymond	Directeur HAD - ARAIR 41
RIPOUTEAU	Isabelle	médecin la Ménaudière
PERIOT	Marie-Dominique	Directeur CH Selles sur Cher
ISHAC	Jean	Chef du pôle gériatrie CH Vendôme
MONNOT	Monique	administrateur UDAF
FRIOCOURT	Patrick	chef de pôle - praticien hospitalier CH BLOIS
LIVONNET- MONCELON	Elsa	Directrice référente du pôle gériatrie CH BLOIS
BLANCHET	Sihem	Gériatre - CH BLOIS
PERITORE	Christine	CIAS Blois
RIFIER	Emmanuelle	Directrice foyer ANAIS ET EHPAD La ville aux Clercs
DAGORET	Bérengère	EHPAD Mondoubleau
CABUZEL	Madeleine	Directrice du centre habitats CLAIR LOGIS
FEIGNIER	Aurore	psychologue EHPAD Petits frères des pauvres
SIX	Claude	médecin coordonnateur - Conseil Gal
PASQUES	Stéphanie	chef du service projets structurants et d'investissement - Conseil Gal
DEBENNE	José	SSIAD ADMR
LAURENCE	Jean-Marie	EHPAD St Georges/vallières
VAZOU	Madeleine	Ehpad Châtre sur Cher

**ARS : Hélène CONS**

**THEME 4 : DEVELOPPER LES COOPERATIONS ET LES ACTIVITES A VOCATION DEPARTEMENTALE**

**Pilote : M. BOUSIGES Richard, directeur du CH de Blois, président de la Conférence de Territoire**

**M. SAUMET Yvan, Président de la Polyclinique (absent le 8 février)**

Nom	Prénom	fonction
VIDEGRAIN	Françoise	cadre REZO ADDICTIONS 41
BOILEAU	Gérard	Médecin chef de la Ménaudière
HIRSCH	Godefroy	soins palliatifs
EXPERT	Patrick	chargé de l'évaluation et de la stratégie et de l'informatique CH BLOIS
ROGER-IVES	Sylviane	Présidente de l'ADAPEI
BENCHETRIT	Gérard	ITEP Saint Bohaire
ROUSSEAU	Cyril	CDSAE - Herbault
BRISSET	Olivier	Directeur stratégie et pilotage des solidarités - Conseil Gal
THYRARD	Michel	directeur général adjoint des solidarités - Conseil Gal
LECLERC	Anthony	Conseiller technique URIOPSS
LOEW	Christophe	lieutenant-colonel du SDIS

**ARS : Valérie LE SENECAI**

### THEME 5 : PROMOUVOIR LA PREVENTION

Pilotes : Mme LEVET Elisabeth, présidente de l'association des diabétiques,

Mme MANUEL Jacqueline, Union nationale

des retraités, Dr LOUBRIEU Jean-François, représentant du Conseil régional de l'Ordre des médecins

Nom	Prénom	fonction
MONIER	Louïsette	représentante du réseau diabète 41
MICHEL	Vanessa	CPAM CES
FOMBONNE	stéphanie	Infirmière tabacologue
CHENEAU	Mireille	Association TANDEM
CARRE-GANTHERET	Catherine	Pédopsychiatre CH BLOIS
BLANC	Carole	Directrice CPAM
LUCIDARME	Nathalie	Infirmière - Education Nationale
ZAMPOLIN	Laetitia	association addictologie (ANPAA 41)
BARBAT	Marie-Cassandre	Présidente Autisme 41
MAILLIER	André (ou son représentant)	directeur adjoint enfance famille - conseil gal
GUISARD	Thierry (ou son représentant)	directeur adjoint insertion logement - conseil gal
FOURNET	Sabine	DDT - sécurité routière
LONI	Marie-Corinne	Osons Nous Soigner

ARS : Christelle FUCHE et Léa ACHAUD