

AVANT-PROPOS

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

Pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités, le programme territorial de santé (PTS) définit des priorités au sein du territoire. Il décline en actions opérationnelles, les orientations stratégiques et les objectifs du programme régional de santé (PRS).

Le PTS vise à :

apporter une réponse coordonnée dans une approche transversale de prévention, de soins et d'accompagnement médico-social.

optimiser l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale : besoins non couverts en certains lieux, réorganisation des services, coordination entre professionnels...

mettre en œuvre les réponses qui permettent d'optimiser les ressources : actions visant la mutualisation des moyens et coopérations entre structures.

Les propositions d'actions du PTS incluent également

les contenus d'autres plans et programmes tels que le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), le Schéma Régional d'Organisation médico-sociale (SROMS), le Plan Régional Santé Environnement II (PRSE 2) , le programme système d'information et télémédecine ainsi que les schémas du conseil général.

Le PTS 53 est centré sur des actions de coopération, mutualisation, collaboration, et d'adaptation de l'offre. Cette démarche de rapprochement et de complémentarité d'action nécessitera, tout en mesurant le caractère contraint des crédits, quelques moyens financiers nouveaux. La priorité du PTS est de garantir à tout mayennais l'accès à des soins de qualité et la continuité des soins.

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

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS sur les particularités du territoire de la Mayenne et d'identifier les sujets majeurs dans le département, un groupe de travail a élaboré en février 2011 un document succinct intitulé « diagnostic territorial ». Puis trois groupes de travail issus des membres de la Conférence de Territoire, auxquels ont été associés d'autres acteurs se sont réunis de mai à septembre 2011 autour des thématiques suivantes :

- la démographie des professionnels de santé.
- le parcours et la place de l'usager.
- la coordination des acteurs.

Les travaux de ces groupes ont été complétés par d'autres contributions émanant de groupes de travail préexistants (exemple : groupe sur la démographie des spécialistes, propositions du projet de création de la Conférence Hospitalière de Territoire...).

Un premier état d'avancement de ces travaux a été présenté et validé à la conférence de territoire du 14 octobre 2011.

1) Les caractéristiques majeures qui impactent la santé en Mayenne sont les suivantes :

Le département de la Mayenne est moins peuplé que les autres départements de la région. Le département a gagné presque 24 000 habitants en 10 ans et comptait ainsi 309 106 habitants au dernier recensement (INSEE, janvier 2009).

Depuis 1999, la population de la Mayenne progresse de 0,6 % en moyenne chaque année. Cette croissance est proche de celle enregistrée dans les départements limitrophes. Elle place le département au 47ème rang au niveau national. Elle s'explique pour 70 % par l'excédent des naissances sur les décès et pour 30 % par l'excédent des arrivées sur les départs.

À l'intérieur du département, le dynamisme démographique est important dans les communes périurbaines de Laval (deuxième couronne). En revanche, une croissance très modérée, voire négative, s'observe dans le nord du

département, ainsi que dans l'extrême sud-ouest. Sur les 261 communes du département, près de quatre communes sur cinq gagnent des habitants.

La Mayenne confirme également son caractère rural, la moitié de la population habitant en zone rurale. La densité moyenne de population de 55 habitants/km² est deux fois moins importante que la moyenne régionale et peut aller de 33 hab/km² (Pays des Coëvrons) à plus 204 hab/km² en moyenne sur le Pays de Laval (avec 1 489 hab/km² sur Laval).

Une population âgée de plus de 60 ans, très inégalement répartie sur le territoire :

Si en 2006, la population de + de 60 ans représentait 23 % de la population totale, en 2010 elle représenterait 24 % de la population. Une projection de la population à 2030 porterait à un tiers la proportion des plus de 60 ans dans la population totale (source : schéma du handicap du conseil général de la Mayenne).

La Mayenne présente une situation globalement favorable, avec une mortalité générale et une mortalité prématurée inférieures à la moyenne régionale. Les admissions en ALD y sont également moins fréquentes.

Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment plus favorable en matière de cancers, de diabète, de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

La situation relative de la Mayenne au sein de la région apparaît par contre défavorable en matière de décès par accident de la circulation chez les femmes. La mortalité par suicide est également importante. L'analyse de ces données au niveau des trois territoires met en évidence, de façon globale, une situation relativement homogène, mais plutôt moins favorable dans le Nord Mayenne (source ARS : octobre 2001 indicateurs de santé en Mayenne)

2) Le territoire mayennais présente des atouts :

La taille humaine du département facilite les échanges entre les acteurs qui se connaissent bien et ont l'habitude de travailler en partenariat, et ce depuis de nombreuses années.

Les faibles ressources locales ont souvent poussé les acteurs à faire preuve d'imagination, à expérimenter voire anticiper des dispositifs nationaux afin de répondre aux besoins de la population. Ce fut le cas pour la permanence des soins, les pôles de santé, la mise en place du SMASA, la création du CCATT (poly-addictions dès sa création), accueil de jour itinérant pour personnes âgées...

Dès 2005, l'ensemble des acteurs du département avec les différentes autorités administratives se sont engagés dans une réflexion sur l'organisation de la permanence des soins médicaux, laquelle a abouti à une structuration en 8 pôles dès janvier 2006 et a permis la fin des carences. Cette organisation n'a été possible que grâce à l'étroite collaboration entre les professionnels libéraux, le SAMU Centre 15, le conseil départemental de l'ordre des médecins, la CPAM, la MSA et la DDASS.

De même, les situations complexes d'usagers ont souvent fait l'objet de réunions de concertation entre les différents partenaires concernés lorsque cela était nécessaire afin de dégager une solution.

Globalement, la qualité de vie en Mayenne est satisfaisante et la forte implication des acteurs des différents champs (sanitaire, médico-social, social) a souvent permis de pallier les manques de moyens.

3 ■ MAIS DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS SONT REPÉRÉES :

■ Démographie des professionnels de santé : les conditions de recours à un médecin et/ou à certaines catégories de paramédicaux sont préoccupantes malgré les mesures d'adaptation prises par les acteurs du département. La faible densité de ces professionnels légitime un plan d'action de l'ensemble des opérateurs, publics et privés, du département.

■ Santé mentale : De plus en plus de personnes mettent en échec l'accompagnement médico-social qui leur est proposé ce qui conduit à une demande de soins psychiatriques de plus en plus importante. Besoin d'actions de prévention concertées en amont pour éviter une dégradation des situations des personnes souffrant de handicap psychique.

■ Personnes handicapées : si la Mayenne dispose de taux d'équipements élevés dans le secteur du handicap notamment (ESAT, MAS, SESSAD, SAMSAH) elle reste insuffisamment couverte, en particulier dans le champ du handicap psychique. Actuellement 642 adultes et 433 enfants sont en attente de place suite à leur orientation MDPH (toute orientation confondue, hors doublons).

■ Rupture des parcours : nécessité d'organiser la prise en charge en filière de soin pour éviter les ruptures et ce pour tout les publics (personnes âgées, handicapées, personnes malades, personnes souffrant de handicap psychique ou d'addictions...)

LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

Être acteur de sa santé

Action n°1 : conforter les droits des usagers au sein des établissements et services, notamment médico-sociaux, en Mayenne

Une démarche centrée sur la personne

Action n°2 : Accompagner le développement des projets personnalisés en EHPAD

Action n°3 : Développer les formules de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Une offre de premier recours à conforter :

Action n°4 : Poursuivre le plan départemental en faveur de l'offre de soins de premier recours.

Action n°5 : Elaborer un programme spécifique en faveur des professionnels de santé salariés

Une coordination des acteurs pour des parcours plus fluides

Action n°6 : améliorer le fonctionnement et la coordination des acteurs de l'aide médicale urgente en Mayenne

Action n°7 : Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Action n°8 : améliorer la prise en charge des troubles psychiques

Action n°9 : améliorer l'offre d'établissements et services en Mayenne pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées à tous les âges de la vie

Action n°10 : Renforcer la coordination des acteurs du soin, du social et du médico-social de la Mayenne autour de la personne

LA PROXIMITÉ ORGANISÉE

Accès assuré à l'innovation et aux services spécialisés

Action n°11 : Elaborer un plan d'action départemental en faveur de la démographie des médecins spécialistes (libéraux et salariés) en lien avec la graduation de l'offre de soins spécialisés

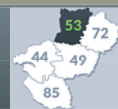
LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ

La prévention dans tous les champs de la santé

Action n°12 : soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne

Action n°13 : soutenir et développer les actions de prévention en santé environnementale.





Action n° 1 ■ conforter les droits des usagers au sein des établissements et services, notamment médico-sociaux, en Mayenne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE



Objectif n°3 du SROMS « Assurer la mise en place des dispositifs de participation de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux »

Objectif n°4 du SROMS « Conforter les lieux d'information accompagnée en s'appuyant sur la plateforme intégrée de l'offre de soins »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- La participation des usagers est un axe fort des lois de 2002 et 2005 ainsi que du plan Alzheimer.

En Mayenne :

- Les établissements médico-sociaux rencontrent des difficultés pour faire vivre les dispositifs réglementaires, en particulier le Conseil de la vie sociale (CVS) dans les EHPAD, ce qui a pu être constaté lors des renouvellements des conventions tripartites, des inspections ou des évaluations annuelles des directeurs.
- Les acteurs (associations comme l'UDAF, l'UNAFAM, les établissements) évoquent les difficultés des usagers à s'y retrouver dans le dédale des démarches administratives et les différents acteurs de la santé à solliciter lors de l'apparition d'une maladie et/ou handicap. Trop d'informations parcellaires voire contradictoires. Absence d'un lieu unique où l'on peut obtenir l'ensemble des informations.
- La situation particulière des personnes d'origine étrangère ou ayant un handicap les empêchant d'exprimer leur volonté est également pointée par les acteurs mayennais.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Démarche qualité liée au processus de conventionnement, évaluation interne et externe
- Les schémas départementaux : gérontologique et en faveur des personnes handicapées.
- En Mayenne, les CRUCQPC des établissements de santé fonctionnent bien
- Secteur personnes âgées : travail commun des établissements publics, travail commun des établissements privés de la congrégation Ste Véronique.
- Création d'un groupe de travail sur la bien-être au sein de TEAM (association regroupant les établissements pour personnes handicapées de la Mayenne hors APEI) : élaboration d'une fiche de signalement des événements indésirables.
- Les visites et inspections des établissements et services par les autorités de contrôle (ARS, CG).
- L'instance du CODERPA
- L'association mayennaise des résidents et des familles
- Un mémoire relatif à la place de l'utilisateur dans les CLIC en Mayenne.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Les freins identifiés en Mayenne :

- Absence de constitution de la liste des personnes qualifiées en Mayenne. Ces personnes qualifiées ont pour mission d'aider l'utilisateur à faire valoir ses droits lors d'un litige avec un établissement ou service médico-social.
- Difficile mobilisation des usagers (troubles cognitifs, mentaux...) et interrogations sur leur représentativité des autres usagers (expression individuelle/collective).
- Difficultés spécifiques des personnes ayant du mal à s'exprimer : personnes ayant des troubles de l'élocution souvent considérées comme incapable d'exprimer leur choix, personnes d'origine étrangère.
- Veiller à ne pas considérer l'adulte comme un enfant en dépit de l'importance de ses difficultés et essayer de l'associer a minima.
- Mobilisation et implication des familles à l'instance du conseil de vie sociale (difficulté d'engagement dans le temps pour les EHPAD)
- Déficit de formation des représentants d'usagers
- La prise en compte de la parole des familles de malade psychique n'est pas assez recherchée et l'information des familles est insuffisante (du fait que la personne est adulte). Une difficulté également pour faire prendre en compte des douleurs somatiques pour ces personnes.

- Difficulté pour concilier une personnalisation croissante de l'accueil et de la prise en charge des personnes avec une organisation collective
- Faible retour sur investissement des enquêtes de satisfaction dans le secteur médico-social: peu de retours, trop d'enquêtes en tout genre qui démobilisent les personnes, crainte de stigmatisation du proche accueilli si signalement de difficultés
- Manque de temps des salariés des établissements en dehors de la prise en charge directe des personnes accueillies pour se consacrer à des projets
- La MDPH n'est pas toujours bien identifiée comme lieu ressource.
- Rupture trop fréquente des liens sociaux antérieurs à l'entrée en institution

- Consentement éclairé : lorsqu'une personne est sous tutelle, son avis n'est pas suffisamment recherché même quand elle est capable de l'exprimer

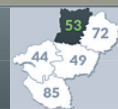
■ Résultat attendu sur le territoire

- Améliorer la satisfaction des usagers et de leur famille (diminution du nombre de plaintes auprès de l'ARS et du CG)
- Obtenir une participation effective des usagers dans les instances réglementaires, notamment les CVS.
- Disposer d'un annuaire dématérialisé recensant l'ensemble des structures et services ressources



PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

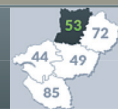
PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PERSONNE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ



>>> Action n° 1

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Etablissement de la liste des personnes qualifiées pour les usagers des établissements et services médico-sociaux	Janvier 2012	Disposer de volontaires	Préfet /ARS/ CG	
2	Améliorer l'information globale des usagers : <ul style="list-style-type: none"> ■ Information du grand public sur les différents outils, droits et devoirs des usagers ■ Créer un annuaire en ligne de tous les services, associations et établissements de la Mayenne œuvrant dans le domaine de la « santé », permettant une recherche par thématique, aussi bien pour les professionnels (généralistes, assistantes sociales...) que pour les usagers directement ■ Communication autour des lieux ressources ■ Distribuer systématiquement le livret d'accueil dans chaque structure : lettre de rappel de la DT aux établissements et services 	2012-2016 2014 2012	Utiliser l'annuaire qui sera élaboré au niveau régional et le compléter Disposer d'une structure pivot garante de cet outil et de sa mise à jour Budget communication	DT ARS	CG, MDPH, CLIC, MDA, établissements et services médico-sociaux, associations thématiques, MSA, CPAM, CLIC, MDA
3	Développer les formations: <ul style="list-style-type: none"> ■ Formation des représentants usagers : ■ Formation des personnels des établissements pour qu'ils intègrent cette dimension à leur pratique professionnelle 	2012-2016	Financement des formations par mutualisation entre établissements et services, autoformation...	ARS+ établissements et services, associations	Organismes du secteur médico-social. Associations œuvrant en faveur de l'information et des droits des usagers, UNAFAM, UDAF

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	<p>Développer une politique de recueil individuel de satisfaction pour le secteur médico-social (complémentaires aux questionnaires anonymes de satisfaction, hors recueil d'évènement indésirable) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ privilégier un recueil de la satisfaction sur une période donnée (1 semaine par an par exemple) plutôt qu'en continu ■ recourir à des stagiaires pour que le recueil prenne la forme d'un échange direct avec la personne et/ou son entourage 	2012-2016		Etablissements et services médico-sociaux Délégation territoriale de l'ARS	Organismes du secteur médico-social. Associations œuvrant en faveur de l'information et des droits des usagers
5	<p>Améliorer le fonctionnement des CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Déléguer au sein de l'établissement le suivi opérationnel du fonctionnement du conseil de la vie sociale à un agent identifié comme référent de cette instance. ■ A défaut de CVS, développer d'autres formes d'association des usagers et de leurs familles ■ Organiser des échanges de pratiques, valorisation des expériences par arrondissement entre les établissements et services médico-sociaux. 	2012-2016		Etablissements et services médico-sociaux Délégation territoriale de l'ARS	Organismes du secteur médico-social. Associations œuvrant en faveur de l'information et des droits des usagers



Action n° 2 ■ Accompagner le développement des projets personnalisés en EHPAD



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n° 1 du schéma régional organisation médico-sociale : « Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Définition : le projet personnalisé est un processus d'évaluation, une invitation au dialogue, qui vise à faire émerger les besoins et attentes des personnes afin de singulariser l'accompagnement proposé par les professionnels.

Au niveau national

- Une enquête ANESM de 2009 a fait ressortir le retard pris par la région Pays de la Loire dans la mise en place du projet de vie personnalisé

Au niveau régional

- Etude régionale ARS sur l'accompagnement personnalisé en EHPAD réalisé en avril 2011 : « Etat des lieux des pratiques et recommandations » à partir d'un échantillon de 12 EHPAD.

Au niveau départemental

- Lors des renouvellements de conventions tripartites, des inspections ou des évaluations annuelles des directeurs, il a été constaté que les projets personnalisés ne sont pas systématiques, en particulier pour les EHPAD. Moins de la moitié des EHPAD seulement disposent de projets personnalisés pour nombre d'entre eux, ils ne concernent que les malades Alzheimer et apparentés. Dans certains établissements, les projets personnalisés sont parcellaires ou non formalisés.
- Lorsque les projets ont été établis, il s'avère parfois difficile de les faire vivre et évoluer. Les actualisations annuelles sont difficiles au regard du temps de travail pluridisciplinaire qu'elles impliquent.
- De nombreux postes sont vacants au sein des EHPAD : cadres infirmiers, infirmiers, médecins coordonnateurs...

Autres difficultés :

- Nécessité d'adapter la démarche aux capacités de communication de la personne.
- Persistance d'un « flou » dans l'association de la famille à l'élaboration du projet personnalisé pour un majeur (ex : sur le handicap psychique).

■ Territoire d'action

L'action s'inscrit dans une logique de territoire départemental, même si, une partie des actions (notamment les tables rondes) peuvent avoir lieu par arrondissement.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Appui sur la loi 2002-02 et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM relatif à l'élaboration du projet personnalisé.
- Appui sur les associations, réseaux et sociétés existantes (TEAM, UNAFAM 53, Société de gérontologie de la Mayenne, Collectif des instituts de formation mayennais, etc....)
- Appui sur les conventions tripartites et les CPOM.
- Appui sur les procédures d'évaluations internes et externes.
- Schéma gérontologique départemental
- Informatisation des dossiers de soins des établissements et services en cours
- Les nouveaux professionnels sont formés à l'élaboration de projets personnalisés

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

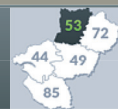
- Changement de culture à opérer pour certains professionnels
- Bonne articulation entre les différents acteurs intervenant dans l'élaboration du projet, notamment lors d'allers retours domicile/établissement ou l'intervention de différents services pour les personnes à domicile
- Vérifier le passage d'une culture « orale » à une culture « écrite »
- Attention à l'uniformisation de la méthode, avec une question autour des référentiels d'évaluation selon le public (GIR, GEVA, Guide Barème etc...)
- Difficultés parfois pour associer les médecins traitants (même si l'arrêté du 30 décembre 2010 devrait faciliter les choses) du fait de leur charge de travail et du niveau de la démographie médicale en Mayenne

- Manque de temps des professionnels, en particulier les infirmières et les médecins dans un contexte de pénurie de professionnels de santé.
- Epuisement du personnel, en particulier dans les EHPAD
- Respect des règles de la CNIL

● Résultat attendu sur le territoire

Systematisation des projets personnalisés dans les EHPAD de la Mayenne.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Diffusion de <ul style="list-style-type: none"> ● la recommandation de bonne pratique au format papier à destination des directions et des équipes des ESMS ● des résultats de l'enquête régionale sur l'accompagnement personnalisé en EHPAD 	2012	Reprographie	Délégation territoriale de l'ARS	ANESM, établissements et services médico-sociaux
2	Etat des lieux de l'existant à travers un questionnaire.	2012	Groupe de travail départemental, 1 Professionnel pour traiter le questionnaire	Délégation territoriale de l'ARS et conseil général	TEAM – CEAS pour l'élaboration.
3	Information des usagers à travers les relais existants (MPDH, CLIC, PIF etc...)	2012-2016			
4	Mise en place d'un groupe de travail sur l'élaboration d'une trame commune aux ESMS.	2012	Groupe de travail	Délégation territoriale de l'ARS et conseil général	Association et professionnel
5	Formations : <ul style="list-style-type: none"> ● Formation conjointe des professionnels PA / PH à travers des temps d'échange de pratique (ex : table ronde) ● Formation du personnel relative aux projets personnalisés et aux droits et libertés de la personne accueillie. (nécessité de faire connaître la démarche à l'ensemble des membres du personnel, de définir les acteurs dans l'élaboration du projet personnalisé et de vérifier l'appropriation de la démarche par ces derniers). ● Formation à l'écrit pour certains personnels qui n'ont pas eu ces apports dans leur formation initiale 	2013-2016	Valorisation d'un temps d'animateur Budget formation continue des établissements	Délégation territoriale de l'ARS et conseil général	Etablissements et services médico-sociaux



Action n° 3 ■ Développer les formules de soutien aux aidants pour permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n° 2 du schéma régional d'organisation médico-sociale : « prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Prévalence de la maladie d'Alzheimer : Au 1^{er} janvier 2005 selon les données de l'INSEE, la population estimée des 75 ans ou plus en Mayenne équivalait environ à 3 500 malades d'Alzheimer (source : schéma départemental gérontologique).
- Offre pour personnes âgées : la Mayenne dispose de 87 places d'hébergement temporaire et de 28 places d'accueil de jour. Or il avait déjà été pointé dans le schéma départemental que les places d'hébergement temporaire sont trop souvent utilisées comme de l'hébergement permanent. Les structures d'accueil de jour sont sous-occupées : 7 sur 9 n'atteignent pas les 50% de taux d'occupation en 2010.
- Prévalence maladie psychique : En France, en 2005, le diagnostic d'état dépressif sévère avait touché, dans les 12 derniers mois, 2 à 3% de la population en France et l'anxiété généralisée 1 à 2%. Sur une vie entière, les troubles d'allure psychotiques avaient touché environ 3% de la population et le diagnostic de schizophrénie un peu moins de 1%. (source : plan santé mentale). Extrapolés au département de la Mayenne, le diagnostic dépressif sévère aurait concerné dans les douze derniers mois, environ 9 000 personnes (3% de la population), l'anxiété générale, environ 6 000 personnes (2% de la population).
- Un taux d'équipement en établissements et services pour enfants handicapés presque comparable à la moyenne régionale et nationale mais avec une répartition atypique : un taux d'équipement pour 1 000 habitants en établissement nettement inférieur (3,96 contre 5,65 en PDL et 6,16 au national) et a contrario un taux d'équipement en services élevé (4,18 contre 2,84 en PDL et 2,39 au national). Sources : enquête MDPH et STATISS.
- Listes d'attente (hors doublons) : en novembre 2010, 642 adultes dont 530 mayennais étaient en attente d'une place dans un établissement ou service sur orientation de la CDAPH. 20% des personnes en attente de foyer d'hébergement (89) ou de MAS (50) sont à domicile. Source : enquête MDPH
- Un taux d'équipement pour adultes handicapés supérieur au niveau régional et national sauf pour les foyers occupationnels et les foyers d'accueil médicalisés. Sources : enquête MDPH et STATISS.
- Listes d'attente (hors doublons) : en novembre 2010, 437 enfants et adolescents étaient en attente d'une place en établissement ou service sur orientation de la CDAPH : 67 pour un établissement principalement en IME (taux de pression : 23,59%) et 366 pour un service de type SESSAD ou SESSAD spécialisé (taux de pression : 112%). La liste d'attente représente un tiers des places installées. Source : enquête MDPH

- Absence de structures d'hébergement pour les personnes souffrant de maladie psychique (hormis les 15 places de résidence accueil à Château Gontier)
- Par son soutien, l'aidant naturel permet de retarder ou d'éviter l'entrée en institution. Or, l'aidant ne comprend pas toujours la pathologie ou le handicap de son proche. L'aidant doit être associé aux décisions. L'aidant a besoin d'être lui-même soutenu pour éviter l'épuisement, prévenir la maltraitance à domicile.

● Territoire d'action

Territoire départemental

● Leviers particuliers sur le territoire

- Des outils nationaux qui peuvent aider à la mise en place d'actions :
 - Guide pratique CNSA à destination des porteurs de projet « formules innovantes de répit et soutien aux aidants »
 - Rapport ANESM : l'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant-aidé dans les structures de répit et d'accompagnement

Dans le département de la Mayenne :

- Schémas départementaux : schéma handicap et schéma gérontologique

- Groupes de parole (France Alzheimer 53, UNAFAM 53...)

- Bonne identification de lieux ressources : associations, réseaux, Groupes d'Entraide Mutuelle...

- Formations « Prospect-Famille » de l'UNAFAM : ces formations visent à transmettre les bons comportements à adopter face à la personne malade.

● Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Difficulté pour les aidants d'obtenir toutes les informations dont ils auraient besoin : « parcours du combattant »

En Mayenne :

- Manque de fluidité des places pour adultes et enfants handicapés
- Manque de dispositifs et/ou places pour les malades psychiques
- Peu de dispositifs de répit pour soulager les aidants
- Difficulté pour pérenniser les expérimentations en cours (plate forme itinérante de répit de AID'ADOM)

● Résultat attendu sur le territoire

Eviter l'épuisement des aidants.

Mieux associer l'aidant au projet de la personne.





>>> Action n° 3

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	<p>Associer l'aidant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sensibiliser les professionnels à la nécessité de former l'aidant à comprendre le handicap/ pathologie et le soutenir : organiser localement une journée annuelle d'échanges et d'information en direction des professionnels. ● Associer l'aidant à la prise en charge, à l'élaboration du projet personnalisé : organiser des échanges à des étapes clefs (annonce handicap/maladie, aggravation). 	<p>2013</p> <p>2012-2016</p>	<p>Location de la salle et frais de déplacements des intervenants.</p>	<p>Délégation territoriale de l'ARS et Conseil Général</p> <p>Etablissements et services</p>	<p>Médecins, services d'aide à domicile, associations de malades, établissements et services médico-sociaux, UNAFAM.</p>
2	<p>Mieux gérer l'attente d'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Disposer dans chaque structure d'une procédure de suivi des personnes en attente d'admission dans les établissements et services pour personnes handicapées ● Disposer d'un outil de suivi départemental des personnes en attente d'admission (MDPH, CLIC) ● Elaborer des projets alternatifs pour la période d'attente avant l'admission ● Faire connaître les associations qui peuvent apporter un soutien à l'aidant (formations, groupes de parole...) 	<p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p>	<p>Groupe de travail départemental entre directeurs.</p> <p>Communication</p>	<p>MDPH, CLIC, ...</p>	<p>Etablissements et services médico-sociaux, associations, services d'aide à domicile, TEAM, associations de directeurs d'EHPAD, familles, assistants sociaux, UNAFAM.</p>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
3	<p>Soutenir les aidants dans leur accompagnement quotidien pour éviter l'épuisement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluer le fonctionnement des AJ et HT pour personnes âgées et handicapées en Mayenne dans un groupe de travail départemental et mettre en œuvre les mesures correctives permettant de mieux les utiliser ■ Evaluer l'expérimentation AID'ADOM d'unité mobile de répit à domicile ■ Donner pour mission au groupe de travail départemental de réfléchir au développement de solutions de répit modulables et adaptées au territoire de la Mayenne. ■ Développer la formation des aidants via les appels à projets spécifiques 	<p>Début 2012</p> <p>Début 2012</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p>	<p>Groupe de travail lancé par le CG</p> <p>Groupe de travail lancé par le CG</p> <p>Appels à projets</p> <p>Existence d'appels à projets en Mayenne</p>	<p>Délégation territoriale ARS et Conseil général</p>	<p>Services d'aide à domicile, établissements et services médico-sociaux, CNSA</p>
4	<p>Continuer à améliorer la formation et la professionnalisation des intervenants à domicile en Mayenne. Permettre la reconnaissance de cette professionnalisation.</p>	<p>2012-2016</p>	<p>Section IV de la CNSA</p> <p>Convention départementale Etat/Conseil général/CNSA</p>	<p>Services d'aides à domicile</p>	<p>CNSA, Conseil général, ARS</p>



Action n° 4 ■ Poursuivre le plan départemental en faveur de l'offre de soins de premier recours.



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

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

Objectifs n°12 du schéma régional d'organisation des Soins : « assurer l'accès de tout nouveau patient à un médecin généraliste et organiser la continuité des soins »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Le problème de la démographie médicale est aigu sur le département de la Mayenne, notamment dans certaines zones rurales.

médecins généralistes libéraux	densité (pour 10 000 habitants)
44	9,9
49	9,8
53	7,5
72	7,9
85	9,1
Région	9,3
France métropolitaine	9,9

La Mayenne occupe l'avant dernier rang national métropolitain en termes de densité des médecins généralistes (source : panorama statistique ARS)

- En dehors de la situation particulière des infirmiers libéraux en Mayenne, les

autres professions paramédicales sont également concernées :

	région	44	49	53	72	85
infirmiers	69	68	72	81	58	73
masseurs kiné	71	89	65	46	49	74
pédicures-podologues	17	21	16	12	14	19
orthophonistes	22	30	22	11	15	17

Source : statis 2010 densité des professions de santé libérales.

- L'accès aux soins sur le département est posé pour les mayennais.

- Face à ce constat, en 2007, un groupe de travail a été chargé d'élaborer un plan global en faveur de la démographie médicale.

- Ce groupe de travail était animé par le directeur de la CPAM et la directrice des affaires sanitaires et sociales avec le conseil de l'ordre des médecins et le syndicat des médecins libéraux de la Mayenne, élus, conseil général.

Le niveau de la démographie de chirurgiens dentistes est particulièrement inquiétant en Mayenne : il y a actuellement 126 dentistes soit 42 dentistes pour 100 000 habitants dont 85 % de libéraux. Cette densité se situe dans la fourchette la plus basse au niveau national, la plupart des départements ayant entre 60 à 90 dentistes / 100 000 habitant. L'âge moyen est de 50 ans en Mayenne et 2% d'entre eux ont plus de 65ans.

■ Territoire d'action

Territoire départemental : les 8 territoires de soins de premier recours.

Zones identifiées comme fragiles pour l'octroi des aides aux professionnels.

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Le plan d'action départemental adopté portait notamment sur les axes d'action suivants :

- couvrir les besoins de santé du territoire mayennais à partir de pôles santé
- engager une politique active en faveur de l'accueil des médecins stagiaires
- mettre en place une stratégie de communication, d'information et d'accompagnement personnalisée auprès des (futurs) médecins.

■ Le plan d'action en faveur de la démographie médicale est mené depuis plusieurs années avec le concours de l'ensemble des acteurs impliqués. Ce chantier a porté ses fruits :

- des pôles de santé ont été créés et fonctionnent, d'autres projets existent.
- 32 internes sont accueillis par an, + de 20 % des médecins généralistes sont enseignants, la Mayenne a une image très positive lors du choix de stage semestriel « extra hospitalier » en cabinet libéral.
- le Conseil Général octroie une indemnisation de 300 euros pour les internes de médecine générale réalisant leur semestre de « stage libéral » dans le département.
- les professionnels mayennais se sont engagés tôt dans l'exercice regroupé via la création de pôles de santé et de maisons de santé pluriprofessionnelles. Les collectivités territoriales (communes, communautés de communes, conseil régional) participent au financement de ces pôles de santé.
- Il existe une instance de suivi et de réflexion pour les soins de premier recours et en particulier les pôles de santé : le Comité d'Accompagnement territorial des Soins de Premier recours (CATS)
- De nouveaux outils juridiques peuvent faciliter l'installation de nouveaux professionnels en Mayenne : le contrat d'engagement de service public (dispositif visant à inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones déficitaires en médecins moyennant le versement d'une allocation mensuelle durant leurs études), nouveau statut juridique des pôles de santé...
- La ville de Mayenne a mis en place depuis plusieurs années des actions en faveur des chirurgiens dentistes : augmentation du nombre de maître de stage en lien avec le CHU de Rennes, logements meublés communaux proposés aux stagiaires, bourse du conseil général, collaboration avec le CH pour l'accueil des internes.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Les dispositifs restent incitatifs et dépendent du volontarisme des acteurs.
- (« convaincre » les internes de médecine d'effectuer un stage en Mayenne...)
- Le retour sur investissement est long : risque de « découragement » ou de « frustration » alors que la démographie médicale reste un problème prioritaire en termes d'enjeux de santé publique.
- Un besoin d'accompagnement des projets de type pôles-santé (ingénierie de projet compliqué au regard de l'ambition du projet, coordination et mise en œuvre du projet santé pluridisciplinaire...)
- Le plan d'action départemental était principalement centré sur les médecins généralistes, pas assez d'actions ciblées envers les professions paramédicales
- Veiller à la prise en compte des officines de pharmacie dans les différents projets de maisons ou pôles de santé.

■ Résultat attendu sur le territoire

Faire bénéficier aux mayennais d'une offre de soins de premier recours alliant qualité et proximité :

- Mailler le territoire pour l'accès à la médecine générale : avoir une organisation territoriale cohérente par territoire de premier recours
- Conforter l'exercice des médecins généralistes du département
- Favoriser l'installation des (futurs) praticiens
- Agir en faveur des professions paramédicales libérales les plus déficitaires



PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



>>> Action n° 4

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Maintenir l'organisation actuelle du SAMU Centre 15 de Laval et de la permanence des soins ambulatoires en Mayenne car depuis 2006 le système mis en place a fait ses preuves : absence de carence des médecins généralistes et régulation libéral locale de 0h à 8h. Une remise en cause du fonctionnement du Centre 15 risquerait d'entraîner une désorganisation de la PDSA.	2012-2016			
2	Poursuivre les mesures du plan d'action départemental en faveur de l'installation des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> Augmenter le nombre de stagiaires accueillis et maintenir leur indemnisation Maintenir le dispositif d'accompagnement personnalisé pour l'installation des médecins 	2012-2016 Jusqu'en 2016		Dr Jouan et médecins du conseil de l'ordre Conseil Général	Délégation territoriale de l'ARS, le conseil de l'ordre des médecins, l'URPS médecin, le conseil général, la CPAM et la MSA.
3	Consolider et développer les pôles de santé et maisons de santé sur les 8 territoires de soins de premier recours : <ul style="list-style-type: none"> assurer une cohérence territoriale du développement des pôles et/ou MSP par territoire de premier recours, en prenant en compte l'intégration des zones identifiées comme fragiles et les officines de pharmacie. veiller à l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé des pôles ou maisons de santé (PDS, continuité des soins, prévention, accueil stagiaires, coordination des prises en charge et du parcours du patient...) proposer systématiquement aux porteurs de projets un accompagnement par les membres du CATS développer l'éducation thérapeutique et le rôle des médecins généralistes en matière de maladies chroniques dans le cadre des pôles et maisons de santé développer le recours à la télémédecine (cf programme régional télémédecine) pour les pôles et maisons de santé 	2012-2016 2012-2016 2012-2016	Désigner au sein du CATS 2 référents par projet. Appui du siège de l'ARS	Délégation territoriale de l'ARS	Les ordres, les URPS, le conseil général, les représentants des communes et communautés de communes, ADOPS, la CPAM et le MSA, les établissements de santé (articulations ville-hôpital), préfecture, conseil régional.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Favoriser l'utilisation des nouveaux outils juridiques et financiers liés : <ul style="list-style-type: none"> •aux nouveaux modes de rémunération des médecins •à l'expérimentation de la PDS •à la délégation et au transfert de tâches entre professionnels •aux contrats d'engagement de service public. 	2012-2016 Dès 2011 2012-2016 Dès 2011		Délégation territoriale de l'ARS	Les ordres, les URPS, le conseil général, les représentants des communes et communautés de communes, la CPAM et le MSA, les établissements de santé (articulations ville-hôpital),
5	Elaborer un plan d'action spécifique pour les chirurgiens dentistes en reprenant les actions déjà mise en place à l'échelle de la ville de Mayenne. Le conseil général alloue déjà une bourse aux étudiants lors de leur stage actif de 6ème année.	2012	Groupe de travail spécifique à mettre en place	Délégation territoriale ARS et Ordre des chirurgiens dentistes	URPS, Conseil général, CH
6	Etudier l'opportunité et la faisabilité d'une réponse organisée à la demande de soins le samedi matin. Objectif : permettre d'apporter une réponse aux patients qui ne parviennent pas à joindre leur médecin le samedi matin sur le modèle de la PDS (régulation/effection).	Etude d'opportunité en 2012-2013		Délégation territoriale de l'ARS	ADOPS, CDO, URPS



Action n° 5 ■ Elaborer un programme spécifique en faveur des professionnels de santé salariés



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 26 du Schéma régional de l'offre de soins : « promouvoir une analyse des interactions entre les ressources humaines disponibles et l'organisation optimisée de la réponse par le système de soins »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

Les établissements sanitaires et médico-sociaux :

- Des difficultés de recrutement de plus en plus importantes en Mayenne, pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux : postes d'infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes, masseurs kinésithérapeutes, pédopsychiatres et psychiatres (voir fiche santé mentale), médecins coordonnateurs d'EHPAD.
- Exemples : de grosses difficultés pour recruter des IDE dans les EHPAD du Nord Ouest du département, ce qui entraîne un recours à l'intérim (cher et peu adapté), impossibilité pour de nombreux EHPAD de remplacer les IDE et les AS pendant les congés d'été
- Un accès difficile pour les usagers (délai d'attente important et éloignement géographique) pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Source : synthèse enquête ORS 2006 : En Mayenne, les délais d'attente sont importants pour une consultation en pédo-psychiatrie, en particulier en psychiatrie publique.
- Des projets médicaux difficiles à mettre en œuvre en EHPAD en l'absence de médecins coordonnateurs et de cadres de santé.
- Recours important à l'intérim dans le secteur public, pour certaines spécialités médicales et pour les infirmiers ce qui pèse lourdement sur les budgets.

Les services de prévention :

- De nombreux postes vacants dans les services de prévention : Services de médecine du travail (SATM), Protection Maternelle et infantile, Inspection Académique...
- Impossibilité pour ces services de mener à bien l'ensemble de leurs missions de prévention.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Il existe des coopérations entre établissements et des postes partagés.
- La création d'une communauté hospitalière de territoires 53 et 49 qui a pour premier objectif d'agir pour la démographie des spécialités médicales.
- L'exercice mixte existe déjà (exemple : le cas des médecins libéraux autorisés à intervenir dans les établissements de santé) et se développe.
- Une offre d'accueil et de formation des stagiaires en Mayenne : 4 IFAS, 2 IFSI, 1 IFMK (ouverture septembre 2011), 3 lieux de formation des AMP, 2 centres de formation des AVS.
- La majorité des établissements de santé et des établissements médico-sociaux accueillent des stagiaires et participent à leur formation, ainsi que certains professionnels libéraux.

● Points de vigilance particuliers sur le territoire

- L'exercice partagé « salarié-libéral » reste insuffisamment développé.
- Certains secteurs d'activité souffrent d'une image négative : gériatrie, psychiatrie, exercice salarié de la médecine de prévention.
- Les passerelles entre services dits actifs (MCO) et les autres ne sont pas assez développées.
- L'exercice à temps partiel sur plusieurs sites trop éloignés est peu incitatif pour le personnel.
- L'épuisement des professionnels et l'insuffisante valorisation de leur travail.
- Les évolutions vers la délégation et le transfert de tâches nécessitent des pré-requis réglementaires complexes/en voie de finalisation.
- Lorsque le nombre de professionnels est suffisant à l'échelle du département, il peut exister un déséquilibre dans leur répartition entre libéraux et salariés (exemple : forte concurrence des IDE libéraux sur le secteur de Meslay du Maine, postes vacants d'IDE dans des EHPAD du Nord Mayenne).

● Résultat attendu sur le territoire

Réaliser les recrutements des professionnels de santé salariés de manière à limiter le nombre de postes vacants dans les établissements et services.

>>>

PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

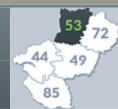
PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



>>> Action n° 5

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	<p>Elaborer un programme spécifique en faveur du recrutement des professionnels de santé salariés (notamment pour les paramédicaux). Pour les médecins spécialistes (or services de prévention), ce volet sera intégré au plan départemental.</p> <p>Ce programme aura notamment pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Réaliser un état de lieux pour la détermination du nombre de professionnels nécessaires par catégorie (notamment IDE, AS, AMP) pour satisfaire les besoins de la population, les professions les plus déficitaires et les perspectives d'évolution démographiques, les types d'établissements les plus en difficulté ● Développer et structurer l'accueil et la formation des stagiaires. ● Promouvoir l'utilisation ou l'optimisation des formules juridiques de coopération de nature à faciliter le recrutement des personnels salariés (associations, groupement d'employeurs, GCSMS, GCS...) ● Conforter l'exercice mixte (libéral et salarié) pour améliorer la répartition salarié/libéral. ● Etudier et faire connaître les aides financières octroyées par les établissements eux-mêmes. (bourse d'étude octroyée par les établissements en contrepartie d'un engagement de travail) <p>Promouvoir le développement de nouveaux métiers pour pallier certains manques.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels), assistant en santé et sécurité au travail pour la médecine du travail ● STAPS (licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives) + master pour effectuer certains actes de kinésithérapie. ● Développer les délégations de tâches et transferts de tâches (rapports Haute Autorité de Santé) ● Mettre en place des mécanismes permettant de garantir des changements de poste avec remise à niveau si besoin, notamment entre services de gériatrie et les services de médecine et chirurgie. ● Identifier des leviers d'amélioration des conditions de travail dans les secteurs les plus déficitaires, notamment en EHPAD via notamment les conventions tripartites et les processus d'évaluation interne. 	<p>2012 pour l'élaboration du programme</p> <p>2012-2016 pour la mise en œuvre</p>	<p>Création d'un groupe de travail ad hoc</p>	<p>Délégation territoriale de l'ARS</p>	<p>Les ordres, les URPS, les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, Les élus Les écoles et instituts de formations Les universités. Le conseil régional</p>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
2	<p>Poursuivre les mesures du plan d'action départemental en faveur de l'installation des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Augmenter le nombre de stagiaires accueillis et maintenir leur indemnisation ● Maintenir le dispositif d'accompagnement personnalisé pour l'installation des médecins 	<p>2012-2016</p> <p>Jusqu'en 2016</p>		<p>Dr Jouan et médecins du conseil de l'ordre</p> <p>Conseil Général</p>	<p>Délégation territoriale de l'ARS, le conseil de l'ordre des médecins, l'URPS médecin, le conseil général, la CPAM et la MSA.</p>
3	<p>Consolider et développer les pôles de santé et maisons de santé sur les 8 territoires de soins de premier recours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● assurer une cohérence territoriale du développement des pôles et/ou MSP par territoire de premier recours, en prenant en compte l'intégration des zones identifiées comme fragiles et les officines de pharmacie. ● veiller à l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé des pôles ou maisons de santé (PDS, continuité des soins, prévention, accueil stagiaires, coordination des prises en charge et du parcours du patient...) ● proposer systématiquement aux porteurs de projets un accompagnement par les membres du CATS ● développer l'éducation thérapeutique et le rôle des médecins généralistes en matière de maladies chroniques dans le cadre des pôles et maisons de santé ● développer le recours à la télémédecine (cf programme régional télémédecine) pour les pôles et maisons de santé 	<p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p> <p>2012- 2016</p> <p>2012-2016</p>	<p>Désigner au sein du CATS 2 référents par projet.</p> <p>Appui du siège de l'ARS</p>	<p>Délégation territoriale de l'ARS</p>	<p>Les ordres, les URPS, le conseil général, les représentants des communes et communautés de communes, ADOPS, la CPAM et le MSA, les établissements de santé (articulations ville-hôpital), préfecture, conseil régional.</p>



Action n° 6 ■ améliorer le fonctionnement et la coordination des acteurs de l'aide médicale urgente en Mayenne



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

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

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- L'aide médicale urgente en Mayenne :
 - 1 SAMU Centre 15 basé au CH de Laval, 3 SMUR, 4 services d'urgence (les 3 CH et la Polyclinique)
 - SDIS : 3 groupements (1 par arrondissement) comprenant 49 centres de secours (CIS). Parc de véhicules de Secours et Assistance aux Victimes : 43 VSAV répartis sur 36 CIS.
 - Parc de véhicules sanitaires de la Mayenne : 218 véhicules (81 ambulances et 137 Véhicules Sanitaires Légers)
- De nouveaux référentiels nationaux SAMU/SDIS et SAMU/Ambulanciers ont été publiés et doivent être déclinés localement à travers 2 conventions départementales.
- La Mayenne, depuis 2009, rencontre des difficultés sur l'organisation des gardes ambulancières les jours fériés suite à une revalorisation de la convention collective dont l'application entraîne un manque à gagner pour les entreprises.
- L'existence de carences des transporteurs sanitaires :

Année	2008	2009	2010	2011 (1 ^{er} semestre)
infirmiers	332	370	251	164

Source : SDIS en référence aux états contradictoires

- Ces carences sont principalement liées à une sous-utilisation (non remplissage systématique) du logiciel SCR par les transporteurs sanitaires. Or c'est ce logiciel qui permet aux SAMU de connaître les véhicules sanitaires de garde disponibles.

- Demande en 2011 du Préfet et du Président du Conseil Général de réaliser une étude sur les perspectives de regroupement des centres 15 et 18.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- La convention tripartite du département de la Mayenne relative au rôle du SAMU, du SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale d'urgence a été signée le 5 décembre 2005. Elle décrit déjà l'interconnexion entre 15 et 18 ainsi que les missions confiées à chacun.
- Habitudes de travail en partenariat SDIS/ATSU/SAMU pour l'élaboration de documents ou pour évoquer certains dysfonctionnements.
- Bonne organisation de la permanence des soins sur le département depuis janvier 2006
- Coopération entre la régulation libérale et la régulation du SAMU :
 - Plate forme téléphonique dédiée implantée dans les locaux du SAMU 53
 - Interconnexion téléphonique entre la régulation libérale et la régulation du SAMU
 - Réception des appels relevant de la PDS par les PARM du SAMU 53 / Centre 15
 - Coopération opérationnelle et complémentarité entre les acteurs des 2 filières (PDS et AMU)

● Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Suite aux difficultés de mise en œuvre de la convention collective des transporteurs sanitaires pour la rémunération des jours fériés et la grève de 2009, un compromis a été trouvé en 2010 afin de limiter la perte financière des transporteurs sanitaires. Mais cette organisation des jours fériés a pour conséquence de « dégarnir » le front de garde (en particulier sur l'agglomération lavalloise) ce qui n'est pas sécurisant.
- Absence de contrôles inopinés des transporteurs sanitaires pendant quelques années.
- Difficultés pour organiser le transport des personnes nécessitant une hospitalisation sans consentement de leur domicile à l'établissement de santé, notamment lorsqu'il s'agit d'une agressivité latente
- La régulation libérale fonctionne mal pour les établissements médico-sociaux : les personnes sont presque systématiquement transférées aux urgences par le SDIS. Conséquences : traumatisme psychologique pour ces personnes fragiles et très souvent retour dans la structure en pleine nuit.

● Résultat attendu sur le territoire

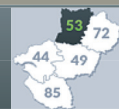
Disposer d'une organisation départementale de qualité permettant à chaque acteur de travailler dans les limites de ses compétences propres.

Disposer de transporteurs sanitaires sur chaque secteur de garde toutes les nuits et week end afin de réduire le nombre de carences des ambulanciers.



PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



>>> Action n° 6

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Finaliser les conventions obligatoires : <ul style="list-style-type: none"> ● Convention SAMU/SDIS : accord à trouver sur « qui décide de l'arrêt des manœuvres cardio-respiratoires », cohérence avec le référentiel PDS à vérifier ● Convention ATSU/SAMU : ● Réfléchir aux modalités d'articulation de ces 2 conventions : définition des temps d'intervention à préciser 	Janvier 2012 2012 2012	Groupe de travail	Préfet et délégation territoriale de l'ARS	SAMU, SDIS, ATSU, sociétés de transports sanitaires, CODAMUPSTS
2	Normaliser le fonctionnement des gardes des transporteurs sanitaires les jours fériés	2012-2013		Délégation territoriale ARS	SAMU, SDIS, ATSU, sociétés de transports sanitaires, préfecture, sous comité des transports sanitaires, siège de l'ARS
3	Améliorer la qualité du service rendu par les transporteurs privés : <ul style="list-style-type: none"> ● Adopter et diffuser la charte qualité départementale de l'aide médicale urgente : ● Réduire les carences ambulancières : <ul style="list-style-type: none"> ● Rendre plus systématique l'utilisation du logiciel SCR par les entreprises de transport sanitaire ● Etudier la faisabilité de la mise en place des pôles de jour en Mayenne ● Procéder à une analyse des carences constatées 2 fois par an ● fiche action SAMU/ATSU : à diffuser à chaque nouveau salarié ● Programme de contrôle TS pour améliorer la conformité des véhicules et de leurs équipements. 	31/12/2011 2012-2016 2012-2013 2012-2016 2012-2016	Repérer les entreprises réfractaires pour rappels à l'ordre Groupe de travail Assurer le suivi de la diffusion de la fiche aux nouveaux salariés Former plus d'agents à la DT	Délégation territoriale de l'ARS et ATSU	SAMU, SDIS, ATSU, sociétés de transports sanitaires, sous-comité des transports sanitaires, siège de l'ARS

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	<p>Renforcer les interconnexions entre le 15 et 18 pour favoriser la performance de la régulation et du traitement de l'appel</p> <p>Etudier la faisabilité d'un rapprochement physique du 15, du 18 et de la régulation libérale.</p>	<p>2012</p> <p>2012</p>	<p>Mise en place d'interconnexions informatiques</p> <p>Investissement : 60 000 € pour le SDIS et 68 000 € pour le CH de Laval</p> <p>Moyens liés à l'opération d'investissement.</p>	Préfecture, Conseil Général	ARS, SAMU, SDIS, ATSU, ADOPS, CODAMUPS
5	<p>Améliorer la régulation libérale pour les personnes accueillies en établissements médico-sociaux :</p> <p>Organiser une réunion d'échanges ADOPS, Conseil de l'Ordre des médecins, SDIS, SAMU, et quelques directeurs pour élaborer des pistes d'amélioration</p>	2012-2016		Délégation territoriale de l'ARS	Conseil de l'ordre des médecins, SAMU, ADOPS, établissements médico-sociaux, SDIS
6	Elaboration d'une procédure départementale pour le transport des personnes ayant besoin d'une hospitalisation sans consentement (à la demande du préfet ou d'un tiers).	2012	Groupe de travail	Préfecture et Délégation territoriale ARS	Préfecture, SAMU, SDIS, ATSU, les 3 CH, police et gendarmerie
7	Mettre en cohérence le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques et le programme régional de santé	2012-2016		SDIS et Délégation territoriale ARS	Préfecture



Action n° 7 ■ Rationaliser la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE



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

■ Argumentaire territorialisé de l'action

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

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

A partir de l'état des lieux recensant les différents type de gardes et astreintes, une sélection des spécialités relevant de la PDSES a été faite et un niveau de territoire a été attribué à chacune

1. Spécialités chirurgicales :

- Spécialités pour territoire de proximité : viscéral, orthopédie, gynécologie obstétrique
- Spécialités pour territoire départemental : ORL, vasculaire, urologie, ophtalmologie
- Spécialités pour le territoire régional et inter régional : neurochirurgie - chirurgie cardiaque - chirurgie infantile - chirurgie plastique - grands brûlés - chirurgie de la main

2. Spécialités médicales :

- Spécialités pour territoire de proximité : médecine polyvalente et gériatrique (en WE), cardiologie et gastroentérologie au cas par cas selon les territoires (territoires de proximité très peuplés).
- Spécialités pour territoire départemental : cardiologie interventionnelle - USIC - néphrologie en centre - gastroentérologie- pneumologie - pédiatrie- neurologie pour les UNV - médecine interne (en WE) - angiologie

- Spécialités pour territoire régional et inter régional : dermatologie, infectiologie

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

■ Territoire d'action

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

■ Leviers particuliers sur le territoire

Création d'une CHT entre tous les établissements publics de la Mayenne et le Maine et Loire.

Projet de coopération entre le CH de Laval et la Polyclinique du Maine.

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

Statuts différents des médecins entre établissements publics et établissements privés.

■ Résultat attendu sur le territoire

Mutualisation des ressources médicales.

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

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



Action n° 8 ■ améliorer la prise en charge des troubles psychiques

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif 18 du SROS : « garantir le juste soin »

Objectif n°30 du SROS : « aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun »



■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Selon une étude de la CNAMTS « étude fréquence et coût des ALD, 2004 » citée le rapport « Couty », le taux de personnes en affection de longue durée pour affections psychiatriques de longue durée, standardisés sur l'âge et le sexe, est plus élevé en Mayenne que dans les autres départements de la région.
- En Mayenne, la CPAM a mené une enquête relative à la consommation des psychotropes sur l'année 2010 : il en ressort que la consommation de ces substances augmente régulièrement dans le département (+7.6 % en Mayenne, contre 4 % en France entre 2009 et 2010)
- Fermeture CHS de Mayenne en 2000 et déploiement de l'activité de psychiatrie sur les 3 CH. Dans ce cadre, le CHS avait présenté un projet de restructuration qui visait à différencier les prises en charge et réduire les inadéquations. Ce projet prévoyait notamment la création d'une maison d'accueil spécialisée et d'un foyer occupationnel. La MAS (maison d'accueil spécialisée) a été créée en 2001 et confiée à l'EPSMS. En 2002, le CHNM (Centre hospitalier Nord Mayenne) a présenté un projet de création de foyer pour adultes handicapés qui n'a pas abouti. Cependant, en 2004, l'ensemble des patients qui bénéficiaient d'une orientation foyer occupationnel (MAS aujourd'hui ?), ont été regroupés dans un même service : le P2. Cette unité comporte 40 lits.
- A ce jour, le département dispose donc de lits d'hospitalisation théoriquement en nombre suffisant mais saturés. Sur le secteur de Laval, 15 personnes ayant une orientation en établissement médico-social sont recensées sur les lits de psychiatrie.
- Des acteurs mayennais de tous les champs (social, médico-social, sanitaire, libéraux) qui évoquent un nombre grandissant de personnes avec une maladie psychique et/ou des troubles du comportement chroniques. Des structures médico-sociales confrontées à une évolution de leur public (moins d'éducatif / plus d'accompagnement et de soins).
- De plus en plus de personnes mettent en échec l'accompagnement médico-social qui leur est proposé ce qui conduit à une demande de plus de soins psychiatriques. Or, en dehors des périodes de crise, l'hospitalisation psychiatrique en court ou moyen séjour n'est pas adaptée (lieu de vie et pas lieu de soins).
- De nombreuses demandes d'une structure s'apparentant à un « long séjour psychiatrique » aussi bien pour les adultes que pour les adolescents.
- Besoin d'actions de prévention concertées en amont pour éviter une dégradation des situations des personnes.
- La nécessité d'organiser la prise en charge en filière de soin pour éviter les ruptures

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Une unité médico-psychologique dans chaque service d'urgence du département.
- Existence d'un dispositif d'accueil familial thérapeutique, de 3 groupements d'entraide mutuelle (GEM) et d'une maison des adolescents (MDA)
- Association UNAFAM 53
- Une offre modulable d'hospitalisation : possibilités d'accueil de jour ou de nuit pour adultes, accueil séquentiel des enfants (week-end ou nuit)

- Dans les annexes opposables du nouveau SROS : possibilité de création d'appartements thérapeutiques et de lits d'hospitalisation partielle de nuit en pédopsychiatrie.
- Existence d'une commission mineurs difficiles regroupant l'ensemble des acteurs (Pédopsychiatrie, ASE, PJJ, inspection académique, ITEP, ARS...)
- Rôle de l'UDAF et de l'IRSA : information et accompagnement dans l'accès aux droits.
- Le nouveau plan national psychiatrie santé mentale doit paraître prochainement

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- La formation des jeunes infirmiers qui n'intègrent que peu d'enseignements sur la psychiatrie
- Le très faible niveau de la démographie des professionnels (psychiatre, pédopsychiatres, infirmiers). Exemple : le poste de pédopsychiatre délocalisé sur Château-Gontier est vacant, en conséquence les pédopsychiatres de Laval doivent pallier cette absence.
- Peu de structures sociales (15 places de résidence accueil pour tout le département) et médico-sociales (1 MAS (maison d'accueil spécialisée) et 1 SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) à l'EPSMS de Mayenne, SAMSAH du GEIST 21) dédiées au handicap psychique
- absence d'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)
- abandon des projets de résidence accueil de Mayenne et Laval faute de moyens
- les délais d'attente en CMP ou pour une hospitalisation s'allongent

- pas de lits dédiés aux hospitalisations sans consentement en Mayenne ce qui empêche régulièrement des admissions libres sur Laval et Mayenne.
- absence de conventions entre les services de psychiatrie/pédopsychiatrie et les structures médico-sociales (sauf le CHNM : conventions avec tous les EHPAD de son secteur)
- liste d'attente pour l'accueil familial thérapeutique sur le nord Mayenne (10 autorisées)
- absence de réponse adaptée pour les 12-18 ans (décalage de ce public avec les enfants et les adultes), quel relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ?
- pas de disponibilité en hospitalisation de pédopsychiatrie sur le département pour les troubles du comportement alimentaire et les tentatives de suicide (renvoi en pédiatrie quand il y a de la place)
- difficulté de certains enfants ou jeunes adultes à vivre en collectif
- absence de places d'hospitalisation de nuit au CHHA (besoin : 2 places)

■ Résultat attendu sur le territoire

Disposer d'une offre complète en matière de santé mentale (prévention, soin, accompagnement) et être en capacité de proposer aux personnes le type de prise en charge qui leur convient (le juste soin)

>>>

PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



>>> Action n° 8

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Echanges entre les services de psychiatrie/ pédopsychiatrie et secteur médico-social pour déterminer les limites d'intervention de chacun et cerner les difficultés /ruptures dans les parcours Secteur enfance : repartir de la charte de bon fonctionnement du service de pédopsychiatrie qui a 10 ans. Etablir une convention cadre départementale entre les services de psychiatrie et les établissements médico-sociaux (secteur adulte et enfance)	2012-2013	Mettre en place un groupe de travail dédié à la santé mentale	Délégation territoriale de l'ARS	Services de psychiatrie des établissements de santé, service de pédopsychiatrie
2	Public frontière 13 18 ans (troubles psychiatriques graves chroniques) entre pédopsy, psy adulte adultes Réfléchir à des modes de prise en charge partagée	2012-2016	Groupe de travail départemental élargi aux acteurs concernés (ITEP, IME, MDA, Conseil général : ASE...)	Délégation territoriale de l'ARS	établissements de santé, UNAFAM, ITEP, IME, MDA, ASE
3	Réfléchir aux possibilités de sortie des lits d'hospitalisation des personnes relevant du secteur social et médico-social	2012-2013	Groupe de travail départemental Disposer de places dans les établissements médico-sociaux ou de services intervenant à domicile	Délégation territoriale de l'ARS	DDCSPP, MDPH, Conseil général, bailleurs sociaux, établissements de santé, établissements pour personnes handicapées, associations, UNAFAM, UDAF, ATMP

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Relancer le groupe départemental de coordination en santé mentale	2012	Disposer d'une co-animation de ce groupe en dehors de la DT	Délégation territoriale de l'ARS	Etablissements de santé,
5	Développer les actions de prévention et de repérage précoce <ul style="list-style-type: none"> ● expérience de travail en santé communautaire de la ville de Mayenne qui pourra évoluer vers un contrat local de santé mentale ou l'intégration dans un contrat local de santé ● Déploiement de ce type d'organisation sur d'autres territoires 	2012-2016	Financement du CLS de Mayenne	Communauté de commune de Mayenne et Délégation territoriale de l'ARS	Communauté de commune, bailleurs sociaux,
6	Développer des modes d'accueil à caractère social (appartement thérapeutique, résidence accueil) ou des modalités d'accompagnement en milieu ordinaire (médiation sociale, SAVS, SAMSAH...)	2014-2016	Places nouvelles ou reconversion de moyens existants	DDCSPP et délégation territoriale de l'ARS	DDCSPP, conseil général
7	Pédopsychiatrie : pérenniser le CATTP pour ados (actuellement fi Fondation France pour ateliers thérapeutiques)	2012-2014	Obtenir les financements pour pérenniser ce CATTP		



Action n° 9 ■ améliorer l'offre d'établissements et services en Mayenne pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées à tous les âges de la vie



OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

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

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Un taux de prévalence global de handicap qui se porterait donc à **18 pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans** d'après les données nationales. Au total, en 2006, l'estimation du nombre d'enfants présentant une déficience de 0 à 20 ans se porterait à 1 440 enfants pour la Mayenne.
- Un taux d'équipement sur le secteur enfance inférieur à la moyenne régionale (8,99 pour 9,26 mais qui va remonter avec les créations de places de SATED) et atypique car constitué pour moitié de services.
- Le nombre de plans personnalisés de compensation en Mayenne pour 1000 habitants est le plus élevé de la région. En 2008, on compte 3 421 allocataires AAH (source : schéma PH)
- Un taux élevé de PH vieillissantes en Mayenne : 49% des personnes accueillies en structures d'hébergement et d'accueil (hors ESAT) ont plus de 45 ans, ainsi que 32% des travailleurs d'ESAT et 26% des personnes en SAVS et SAMSAH (source : schéma PH).
- Un taux d'équipement plus élevé que le niveau régional (2,11 pour 1,89) pour l'offre d'établissements et services pour adultes handicapés mais une répartition atypique (taux élevé pour les ESAT et MAS, sous-dotation de places de FAM). Les taux d'équipement en MAS et FAM sont inversement proportionnels aux taux recommandés par la CNSA (65 % de FAM et 35 % de MAS).
- Une saturation de certains dispositifs du secteur enfance :
 - SESSAD(service d'éducation spéciale et de soins à domicile) et SESSAD spécialisés pour les troubles sensoriels (SSEFIS, SERDAA) : 348 enfants en attente en novembre 2010
 - SATED : section autisme et troubles envahissants du développement

- Absence de prise en charge des 0-3ans pour certains handicaps (SSEFIS). Risque de développement de sur-handicap.
- Peu de structures d'accueil pour les adultes artistes : 1 section dans un FAM
- Déficit de places de SSIAD pour personnes handicapées : 15 autorisées et plus de 20 personnes en attente actuellement
- Identification de publics dit « frontière » entre (pédo)psychiatrie et handicap pour lesquels des solutions manquent.
- Un nombre « d'amendements cretons » limité mais qui va augmenter de manière significative dans les années qui viennent.

■ Territoire d'action

Graduation de l'offre:

- infra-départemental : IME, SESSAD (généralistes, SATED, SAMSAH...
- territoire départemental : MDPH, CAMSP, FAM, ITEP, SSEFIS, SERDAA...
- territoire d'expertise : CRERA, centres ressources troubles du langage, CHU...

■ Leviers particuliers sur le territoire

- schéma départemental PH 2009-2013
- partenariats entre les directeurs du secteur PH, publics et privés, au sein de TEAM (excepté ADAPEI)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- liste d'attente (SESSAD, FAM, MAS, CAMSP) et délais d'attente trop longs
- caractère rural du département de la Mayenne : isolement géographique, difficulté de déplacement et d'accès à certains services urbains pour les usagers et également des temps de déplacements importants pour les professionnels

- faible niveau de la démographie des professionnels de santé
- niveau de besoin en offre d'hébergement temporaire à déterminer
- éloignement des différents centres de référence, absence de CHU
- absence de perspectives à court terme de créa-

tion de places en établissements ou services de compétence ARS, excepté le FAM Handas et les places de SATED (inscrit au PRIAC).

● **Résultat attendu sur le territoire**

Disposer de services de proximité diversifiés et adaptés aux besoins et au choix de la personne et de son entourage

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Créer un groupe de travail départemental CG/ARS avec les établissements et services PA et PH volontaires pour améliorer la structuration de l'offre au regard des besoins, proposer des alternatives (à coût constant) et cerner les demandes à prioriser dans les années qui viennent Thématiques à explorer : l'accueil des PHV, le devenir des travailleurs d'ESAT vieillissants pouvoir apporter une réponse aux enfants dans des délais raisonnables : CAMSP, SESSAD, SSEFIS, SERDAA, SATED affiner les critères d'orientation en SESSAD réflexion sur les besoins des jeunes en situation d'amendement creton » : quelles orientations ? les « publics frontières » : jeunes entre psy et handicap (cf fiche n°9)			ARS et Conseil général (direction PA/PH et ASE)	MDPH, Etablissements et services médico-sociaux, éducation nationale
2	Réaliser un état des lieux départemental du fonctionnement de l'hébergement temporaire et l'accueil de jour pour personnes handicapées estimer le niveau de places nécessaire sur le territoire départemental cerner les freins au développement de ces activités (mauvaise connaissance, réticences de familles ?) repérer les types d'organisation qui fonctionnent bien ailleurs dégager des pistes d'amélioration / redynamisation, proposer des nouveaux modes d'organisation			ARS et Conseil général	MDPH
3	Disposer des listes d'attente en établissements et services, à jour, au niveau départemental : Cf fiche « soutien aux aidants »				



Action n° 10 ■ Renforcer la coordination des acteurs du soin, du social et du médico-social de la Mayenne autour de la personne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n° 10 du schéma régional d'organisation médico-social : Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels

Objectif n° 11 du schéma régional d'organisation médico-social : « Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux sur le territoire »

Objectif n° 12 du schéma régional d'organisation médico-social : « Identifier un responsable de la coordination dans tous les cas nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne ».

Objectif n° 13 du schéma régional d'organisation médico-social :
Mettre en place des outils de partage de l'information relative à la personne



■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Lors des travaux préparatoires à l'élaboration du P.T.S en Mayenne, les intervenants ont fait valoir la diversité des acteurs et la complexité des situations des usagers.
- Le partenariat est difficile du fait de l'« éclatement » des acteurs, notamment en zone rurale.
- Dans ces conditions, la création d'un dossier unique et la désignation et le repérage d'un coordinateur sont de nature à améliorer les parcours de santé des usagers et l'efficacité des professionnels.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Les pratiques de coordination, différents formes de coopérations et des conventions inter-établissements existent en Mayenne. EX : GCSMS de Craon Renazé, direction communes de plusieurs EHPAD...
- Le dynamisme des associations bénévoles dans le champ social en matière de prévention et de solidarité.
- L'existence en Mayenne d'une association des directeurs du secteur du handicap (TEAM) et

de plusieurs groupes de travail entre directeurs d'EHPAD.

- Des expérimentations en cours : dossier unique des intervenants à domicile sur plusieurs territoires (Javron les Chapelles, Cossé le Vivien, Meslay du Maine)
- Etude ANAP sur le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans du territoire de Craon Renazé ans dans les services d'urgences (réalisée en 2011).
- Un audit de fonctionnement des CLIC est en cours de réalisation par le Conseil Général
- Deux contrats locaux de santé en cours d'élaboration : agglomération de Mayenne et territoire de Craon-Renazé
- La création des maisons de santé pluridisciplinaires : deux en fonctionnement et une dizaine de projets à différents stades d'élaboration.
- Création d'un PIF (point information famille) dématérialisé par l'UDAF
- S'appuyer sur les expérimentations et outils existants pour développer un dossier unique ou au moins faciliter la transmission des données (dans le respect des règles éthique et déontologiques)
- Mise en place du DMP (dossier médical personnel)

■ Points de vigilance particuliers sur le territoire

- La mobilisation des acteurs est rendue difficile au regard de la démographie des professionnels de santé. Les contraintes organisationnelles et la gestion du temps des professionnels se posent avec acuité
- Le médecin traitant n'est pas systématiquement le bon interlocuteur pour la coordination.
- Les logiques d'intervention des acteurs sont différentes
- La MDPH ne dispose pas de relais infra départemental.
- La mise en place du dossier unique nécessite la volonté politique des institutions de partager l'information et d'harmoniser les outils dans le respect de la confidentialité des données.
- Diversité et incompatibilité des systèmes informatiques
- Le respect de la confidentialité, de la volonté de la personne et du secret médical
- La légitimité d'un acteur à être le coordonnateur de la prise en charge de la personne.

■ les difficultés d'accès physique, psychologique, économique au système de santé sont sources de non recours aux soins ou de ruptures de prises en charge.....

- Appels de généralistes au RIAM pour signaler un patient en difficulté pour se déplacer jusqu'aux lieux de soins

■ Résultat attendu sur le territoire

Le responsable de la coordination est identifié pour chaque personne le nécessitant.

L'évaluation des situations est réalisée par l'ensemble des intervenants d'un même usager à partir du dossier unique.



PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

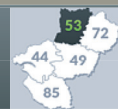
PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



>>> Action n° 10

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	<p>Promouvoir la coordination des acteurs par territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promouvoir les projets de contrats locaux de santé : <ul style="list-style-type: none"> ● CLS de Craon Renazé (problématiques : personnes âgées, addictions...) ● CLS de Mayenne (à partir d'un projet de santé communautaire) ● S'assurer de l'articulation des pôles de santé avec les établissements de santé, les services et établissements médico-sociaux, les CLIC, les intervenants du secteur de l'aide à domicile et du champ de la prévention... ● Réflexion sur le développement d'un réseau polypathologique ● Développer le projet du RIAM sur l'accompagnement vers le soin des personnes en zones rurales dans l'incapacité de se rendre sur les lieux de soin afin d'éviter les ruptures dans le parcours 	<p>Signature 2012</p> <p>Signature 2012</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2013</p> <p>2012-2016</p>	<p>Financements ARS et cofinancements des partenaires.</p> <p>Dégager du temps de coordination pour les professionnels</p> <p>Dotation du RIAM</p> <p>Bénévoles des associations néphalistes</p>	<p>Co pilotage ARS-collectivités territoriales</p> <p>CATS</p> <p>Le RIAM</p>	<p>Établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, professionnels libéraux, services d'aide à domicile, Conseil général, associations...</p> <p>Professionnels des secteurs santé/social/médico-social, associations d'usagers</p> <p>CSAPA, centre de la Bréhonnière, médecins généralistes, ELSA des CH</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> ● Disposer d'une évaluation partagée à partir d'un dossier unique. Evaluer les actions expérimentales menées localement (Exemple : le dossier unique de l'ADMR) et nationalement. Etudier les conditions de leur généralisation en Mayenne. ● Disposer en Mayenne d'un dossier unique entre professionnels de proximité et d'une charte éthique. ● Promouvoir les outils d'évaluation GEVA (pour les handicapés) et GEVA-A (pour les personnes âgées) ● Inciter à l'informatisation des dossiers des soins des établissements et services médico-sociaux 	<p>2012</p> <p>2016</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p>	<p>Groupe de travail départemental à mettre en place</p> <p>Formation du personnel</p> <p>Budgets d'investissement des établissements</p>	<p>Co-pilotage ARS et partenaires du champ concerné</p> <p>Délégation territoriale ARS et Conseil général</p> <p>Délégation territoriale ARS</p>	<p>Les acteurs du champ médico-social et social concernés et motivés par la démarche.</p> <p>Établissements et services médico-sociaux</p> <p>Établissements et services médico-sociaux</p>

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Identifier un responsable de la coordination. <ul style="list-style-type: none"> ● Étudier la faisabilité d'une Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, à l'échelle du département et en articulation avec les CLIC. ● Réfléchir à un élargissement aux personnes handicapées des missions des CLIC (notamment pour les personnes handicapées) en lien avec les conclusions de l'audit du conseil général sur les CLIC. 	2012	Répondre à l'appel à projet MAIA en 2012	Co pilotage ARS + Conseil Général	CLIC, établissements et services pour personnes âgées
		2012-2013	Moyens de la MDPH et des CLIC	Conseil Général MDPH	Délégation territoriale de l'ARS



Action n° 11 ■ Elaborer un plan d'action départemental en faveur de la démographie des médecins spécialistes (libéraux et salariés) en lien avec la graduation de l'offre de soins spécialisés

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE



Objectif n° 16 du schéma régional d'organisation des Soins :

« Favoriser la dynamique d'équipes territoriales de médecins spécialistes »

Objectif n°24 : « finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisés »

■ Argumentaire territorialisé de l'action

■ A. Médecins spécialistes libéraux selon la spécialité exercée au 01/01/2009.

Source : STATISS 2010 - retraitement données dt53

Spécialités	densité 100 000 habitants		
	région	53	France
Spécialités médicales	35,31	22,61	48,88
dont: anesthésie-réanimation	5,28	2,32	5,77
dont: cardiologie	4,19	1,99	6,50
dont: pédiatrie	2,55	1,66	4,66
Spécialités chirurgicales	19,87	10,97	26,47
dont: chirurgie générale	1,14	0,99	2,52
dont: ophtalmologie	6,60	4,32	7,67
dont: ORL	2,35	1,66	3,53
Psychiatrie	7,20	4,98	10,41

B. Médecins spécialistes salariés exclusifs selon la spécialité exercée au 01/01/2009.

Source : STATISS 2010 - retraitement données dt53

Spécialités	densité 100 000 habitants		
	région	53	France
Spécialités médicales	39,68	20,95	47,24
dont: anesthésie-réanimation	9,96	5,98	11,15
dont: cardiologie	2,84	1,66	3,58
dont: pédiatrie	5,13	1,99	6,58
Spécialités chirurgicales	12,86	10,31	14,24
dont: chirurgie générale	3,64	2,66	3,77
dont: ophtalmologie	0,83	0,66	1,33
dont: ORL	1,17	0,66	1,17
Psychiatrie	9,1	4,98	11,68

On dénombre 253 médecins spécialistes au 1er juin 2011 (sources conseil de l'ordre) : 102 libéraux et 146 salariés, moyenne d'âge : 51/54 ans, 75% des libéraux ont plus de 50 ans, 60% chez les salariés.

En 2010 : le solde entre les départs et les arrivées sur le département s'établit à -10 libéraux et + 25 salariés. Depuis 2000, il est constaté une polarisation des installations de spécialistes sur l'agglomération lavalloise : 63% des installations de spécialistes salariés et 74 % des installations en libéral.

Une démographie des médecins spécialistes en Mayenne caractérisée par :

- un effectif extrêmement réduit
- un vieillissement des professionnels
- une féminisation
- une augmentation de l'exercice à temps partiel
- des fuites de patients vers d'autres territoires dans des proportions plus importantes que la moyenne régionale.

Source : panorama statistique ARS 2011 : retraitement dt53

Département	Taux de fuite médecine	Taux de fuite chirurgie
Mayenne	29%	33%
Maine et Loire	10,66%	13,13%
Loire Atlantique	3,92%	3,80%
Sarthe	16,04%	14,04%
Vendée	38%	40%
Région	5,20%	4,62%

Les professionnels du premier recours rencontrent donc des difficultés pour obtenir un avis spécialisé rapidement.

Les spécialités les plus déficitaires sont : anesthésie réanimation, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, neurologie, ORL, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, radiologie, pédopsychiatrie et psychiatrie.

L'attractivité de l'exercice de médecin spécialiste en Mayenne est intimement liée à la qualité des plateaux techniques disponibles et du niveau de spécialisation proposé. Il est donc indispensable de finaliser la structuration de filière graduée de soins entre établissements du département, en lien avec le 3^{ème} recours. Cette structuration nécessite bien entendu d'attirer, de recruter et de « fidéliser » des médecins spécialistes auprès des établissements de santé.

● Territoire d'action

Territoire départemental

● Leviers particuliers sur le territoire

- un groupe de travail départemental en matière de démographie médicale pour les spécialistes a été créé. La démarche multi partenariale en faveur de la démographie des médecins généralistes pourrait être déclinée pour les spécialistes.
- La création d'une communauté hospitalière de territoires 53 et 49 qui a pour objectifs :
 - d'agir en faveur de la démographie des spécialités médicales et chirurgicales.
 - de déployer des filières de soins graduées.
- il existe des consultations avancées entre établissements de santé (ex : consultation de cardiologie du Centre Hospitalier du Haut Anjou à l'Hôpital local du Sud Ouest Mayennais.)
- des postes d'assistants partagés avec le CHU d'Angers.
- une pratique d'exercice mixte libéral-salarié (exemple : la situation des médecins libéraux autorisés à intervenir dans les établissements de santé)
- des pôles santé sont adossés à des hôpitaux locaux.
- Développement de la télémédecine, notamment la télé-expertise et la télé-assistance.
- Projet de coopération entre le CH de Laval et la polyclinique du Maine

● Points de vigilance particuliers sur le territoire

- l'adhésion à un travail collectif et coordonné.
- le libre choix d'installation des professionnels.
- la difficulté pour obtenir des postes partagés avec le CHU d'Angers en particulier pour les établissements les plus éloignés géographiquement.
- l'image négative du département pour l'accueil de stagiaires dans certaines spécialités et leur libre choix du lieu de stage.
- le déficit de reconnaissance auprès des médecins généralistes et de leurs patients de la qualité des plateaux techniques existants en Mayenne.
- la perte de la reconnaissance de niveau II B pour la maternité du CH de Laval

● Résultat attendu sur le territoire

Améliorer l'accès aux médecins spécialistes en adoptant un schéma lisible à l'échelle du département et en favorisant des projets de santé mobilisateurs pour les praticiens.

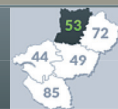
Diminuer les taux de fuite vers les autres départements.

Renforcer les articulations ville/hôpital.



PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

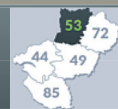
PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA PROXIMITÉ ORGANISÉE



>>> Action n° 11

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	<p>Elaborer un plan d'action global, à l'échelle du département (à l'image de celui sur les généralistes) ayant pour premier objectif de favoriser l'attractivité des futurs médecins spécialistes par un cadre de travail territorialisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> réflexion sur l'intégration des médecins spécialistes au sein des pôles de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires de la Mayenne ou la mise en œuvre d'autres formes de regroupement. Les supports juridiques : les postes partagés, la CHT Développer une stratégie de communication adaptée auprès des médecins généralistes adresseurs (annuaire des spécialistes...), des futurs médecins spécialistes et du grand public. l'axe formation-intégration des internes (qualité de l'accueil-agrément des terrains de stage) : augmenter le nombre de terrains de stage et améliorer l'image de la Mayenne comme lieu de stage (à l'instar de ce qui s'est fait pour la médecine générale). 		<p>Réunions du groupe de travail et désignation de pilotes par thématiques. Travaux de la CHT. Protocole de coopération CH Laval et polyclinique du Maine.</p>	<p>La délégation territoriale de l'ARS animera le groupe travail départemental, support de l'action</p>	<p>Conseil départemental de l'Ordre, URPS, médecins, établissements de santé, CHU d'Angers de Nantes et de Rennes, conseil général, CPAM, MSA, association des chirurgiens de la Mayenne</p>
2	<p>Elaborer un plan d'action global, à l'échelle du département (à l'image de celui sur les généralistes) ayant pour second objectif de structurer l'offre de soins spécialisés en Mayenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> créer ou renforcer des filières de soins graduées en lien avec le CHU d'Angers structurer le partage d'activités et les complémentarités entre les différents établissements de santé publics et privés. favoriser l'implantation de consultations avancées en réseau pour limiter les taux de fuite. Ex : convention cadre CH Laval et Polyclinique sur la chirurgie vasculaire programmée. Développer les postes d'assistants spécialistes, les postes partagés entre établissements de la Mayenne et/ou avec les CHU 	<p>2012</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p> <p>2012-2016</p>	<p>Réunions du groupe de travail et désignation de pilotes par thématiques. Travaux de la CHT. Protocole de coopération CH Laval et polyclinique du Maine.</p>	<p>La délégation territoriale de l'ARS animera le groupe travail départemental, support de l'action</p>	<p>Conseil départemental de l'Ordre, URPS, médecins, établissements de santé, CHU d'Angers de Nantes et de Rennes, conseil général, CPAM, MSA, association des chirurgiens de la Mayenne</p>





Action n° 12 ■ soutenir et mutualiser les actions de prévention du mal être et du suicide en Mayenne

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE



Objectif n°3. du schéma régional de prévention : « cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie »

Programme National d'actions contre le suicide 2011-2014

■ Argumentaire territorialisé de l'action

- La prévention du suicide est une priorité nationale de santé publique
- L'INSERM en 2007 identifie 10 127 décès en France, dont 73 % chez les hommes et 27 % chez les femmes. Ces suicides représentent 2 % de la mortalité générale.
- Le bien être mental et le risque de suicide figurent dans les 7 priorités régionales de prévention
- En Mayenne
 - La mortalité masculine dépasse de 42 % la moyenne nationale et la mortalité féminine dépasse de 30 % la moyenne nationale, pour la période de 2006-2008.
 - Le territoire du Sud Mayenne se distingue par une mortalité par suicide nettement supérieure à la moyenne régionale (+ 30 %). Sources INSEE.
 - De 2004 à 2008, on constate que les suicidants sont pour 74 % des hommes. Les tranches d'âges les plus concernées sont les 45-54 ans (24% du total des suicides) et les plus de 75 ans (20% du total). Sources INSERM/ORS.
 - Nécessité de soutenir l'articulation entre les associations de proximité, les structures ressources en prévention et les acteurs sanitaires, médico sociaux et sociaux.
 - Besoin départemental de renforcer la prévention en milieu professionnel
 - Un tissu associatif thématique dense et peu de professionnels en prévention.
 - La formation des bénévoles et le financement de leurs actions permettent les complémentarités avec les acteurs de la prévention et du soin. C'est une réelle plus value sur le terrain.

■ Territoire d'action

Territoire départemental

■ Leviers particuliers sur le territoire

- Collectif d'associations de prévention du mal être et du suicide en Mayenne
- Établissements de santé accueillant les suicidants.
- Maison des adolescents
- Programmes de formations existants coordonnés par l'ARS
- Maisons de santé pluriprofessionnelles
- Réflexion pour l'élaboration de contrats locaux de santé
- Education pour la santé et Programmes scolaires
- Associations d'insertion, espaces d'initiatives et de découvertes (PDI)
- Mission de l'Instance Régionale d'Education pour la santé 53
- La proximité des acteurs
- Les actions d'animation des quartiers et du tissu rural
- Vie associative riche
- Points de vigilance particuliers sur le territoire
 - Méconnaissance des acteurs entre eux : champ social, médico-social et sanitaire.
 - Faible niveau de la démographie des professions de santé qui ne permet pas de développer l'information du public et la connaissance des prises en charge.
 - Peu de professionnels œuvrant en promotion de la santé et prévention.
 - Accueil hospitalier et prises en charge insuffisants pour les enfants et adolescents

- Démographie des médecins du travail
- Compétences des bénévoles
- Appropriation de la prévention par les établissements de santé, médico sociaux et les pôles de santé

● **Résultat attendu sur le territoire**

Assurer la coordination territoriale des acteurs associatifs, sanitaires et médico sociaux, en prenant en compte l'approche globale et la spécificité des publics.

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Prévention : Continuer à développer les formations de repérages des signes de la crise suicidaires auprès des professionnels susceptibles de les repérer (assistants sociaux, médecins généralistes, EHPAD, services d'aide à domicile, éducation nationale...)	2012-2016	Sessions de formations	ARS	Professionnels de santé, MDA, assistants sociaux, établissements et services sanitaires et médico-sociaux, services de médecine du travail
2	Proposer un accompagnement systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide pendant l'hospitalisation et relais pour le retour à domicile. <ul style="list-style-type: none"> ● Elaborer un schéma type de prise en charge à partir de ce qui se fait déjà et formaliser les liens à établir en vue de la sortie. ● Informer les professionnels libéraux sur les lieux ressources 	2012-2016	Réunions du groupe de travail départemental	Délégation territoriale de l'ARS et groupe de travail départemental	Etablissements de santé Médecins généralistes Psychologues, psychiatres Associations, services de psychiatrie et SIH.
3	Articuler les associations de proximité, les structures ressources en prévention et les acteurs du sanitaire : aboutir à un protocole départemental d'organisation. Couvrir l'ensemble du territoire départemental	2012-2016	Réunions du groupe de travail départemental. Disposer d'un budget de fonctionnement pour structurer les associations (environ 13000€ par an)	Délégation territoriale de l'ARS et groupe de travail départemental	Acteurs associatifs Professionnels Institutions Associations professionnelles et bénévoles, UNAFAM. Public concerné
4	Renforcer la politique de prévention en milieu professionnel : plan d'action à élaborer.	2012-2016	Groupe de travail départemental associant les services de médecin au travail.	Entreprises et services de médecine du travail	Le SATM, le SPAL, les entreprises



Action n° 13 ■ Soutenir et développer les actions de prévention en santé environnementale

OBJECTIFS RÉGIONAUX DE RÉFÉRENCE

Objectif n° 6 du schéma régional de prévention : « Développer les compétences des acteurs de santé dans une prévention de qualité »

Objectif n° 12 du schéma régional de prévention : « Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques en agissant sur l'éducation, l'accès aux activités physiques et de loisirs, le logement, l'environnement physique (réduction de la pollution atmosphérique, du bruit, développement des transports doux...) »

Objectif n° 14 du schéma régional de prévention : « Mobiliser les acteurs publics pour des politiques en faveur d'un environnement sain »

Plan Régional Santé Environnement 2010-2013 : **action n°5** « protéger les populations, en particulier les plus sensibles, des pollutions à l'intérieur des bâtiments », **action n°6** « optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne » et **action n°10** « Développer les actions d'éducation à la santé environnementale »



■ Argumentaire territorialisé de l'action

- Les collectivités territoriales constituent des acteurs incontournables dans la promotion de la santé environnementale (rôle décisionnel, préventif ou de police) et des initiatives émergent en Mayenne qu'il convient de soutenir et de valoriser : développement des agendas 21 (villes de Mayenne, Changé, Andouillé,...).
- La santé environnementale figure dans les 7 priorités régionales de prévention, et plusieurs thématiques concernent plus particulièrement le département de la Mayenne :
- La lutte contre l'habitat indigne est une priorité nationale (Plan de Lutte contre l'Habitat Indigne) déclinée en Mayenne via un pôle départemental ; on estime le nombre de logements indignes dans le parc privé en Mayenne à 6441, et en Pays de la Loire à 62 500 logements (source DREAL au 1er janvier 2009). De plus, le vieillissement particulièrement important dans le département pose le problème de l'adaptation des logements au maintien à domicile, et en cas d'inadaptation des logements, le risque de chutes des personnes âgées et d'hospitalisations. La sensibilisation des acteurs de proximité sur ces deux points est à développer.

- En moyenne, les personnes passent 70 à 90% de leur temps dans des environnements clos. Assurer une bonne qualité de l'air intérieur est donc essentiel. Des zones potentielles d'exposition au radon (radioélément naturel et cancérigène pulmonaire certain pour l'homme, 2ème facteur de risque après le tabac) ont été identifiées en Pays de la Loire et notamment pour la majorité des communes mayennaises. Une enquête en 2007 a montré que le grand public connaît peu ce risque. Or, il existe des moyens souvent très simples pour réduire l'exposition au radon (ventilation...) qui permettent également l'amélioration globale de la qualité de l'air intérieur.

- La rivière « la Mayenne » et plusieurs plans d'eau connaissent régulièrement des épisodes de développement importants d'algues vertes (cyanobactéries) qui peuvent produire des microcystines néfastes pour la santé par contact cutané ou absorption (syndromes dermatologiques, gastro-entériques ou neurologiques).

■ Territoire d'action

Le département de la Mayenne

● Leviers particuliers sur le territoire

- Plans locaux d'action en santé environnement, Contrats locaux de santé, Agendas 21, Plan de déplacement urbain de l'agglomération de Laval.
- Plan départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) de la Mayenne 2009-2013.
- Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (depuis 2005) regroupant les différents acteurs du territoire intervenant sur cette thématique (Direction départementale des territoires, Agence Régionale de Santé, Conseil Général, CAF, MSA) ; mise en place d'un élu de référence « habitat indigne » par ECPI en cours.
- Opérations pour l'amélioration de l'habitat (OPAH) menées pour résorber le nombre de logements indignes et un opérateur « Habitat et Développement ».
- Réseau de partenaires régionaux et locaux qui conseillent et sensibilisent sur l'habitat et la qualité de l'air intérieur (Espace info-énergies, ADIL, IREPS53, Mayenne Nature Environnement...).
- Procédures du permis de construire / déclaration de travaux qui doivent permettre la réalisation d'information de prévention sur la qualité de l'air intérieur.
- Sortie prochaine de textes réglementaires sur le radon qui définiront le classement des communes prioritaires (majorité des communes mayennaises), les limites de concentrations et l'obligation de mesures dans l'habitat individuel.
- Mission Interservices de l'Eau et de la Nature (MISEN) rassemblant les services de l'Etat, Agence de l'eau et Conseil Général, et SAGE (Schéma d'aménagement et de gestion de l'eau) du bassin versant de la rivière la Mayenne et de L'Oudon.

● Points de vigilance particuliers sur le territoire

- Pour la prévention en santé environnementale, implication multipartenariale (collectivités territoriales, associations, professionnels, services publics...) et nécessaire coordination des acteurs ; l'animation d'un réseau des collectivités sur le thème de la promotion de la santé environnementale n'existe pas actuellement.

- Les actions auprès des acteurs de proximité (professionnels de santé, associations) intervenant à domicile pour les sensibiliser à la problématique de l'habitat indigne et inadapté et les former au repérage/signalement restent à construire.
- Il est très difficile de convaincre les personnes âgées et/ou habitant en milieu très rural qui vivent dans un logement indigne ou inadapté d'aménager, rénover ou quitter leur logement et la question du financement est souvent posée.
- Le confinement de l'habitat avec l'accroissement du coût du chauffage et la recherche d'économie d'énergie peut conduire à dégrader la qualité de l'air intérieur et augmenter la concentration en radon dans les logements.
- Le manque de sensibilisation/formation des professionnels du bâtiment sur les risques de confinement et les moyens pour y remédier (prise en compte dès la conception d'une construction, travaux nécessaires lors des rénovations).
- La difficile maîtrise des paramètres favorisant le développement des algues : météorologie, efforts importants déjà accomplis réduisant la marge d'action sur les facteurs limitants leur développement...

● Résultat attendu sur le territoire

- Développer les actions de promotion en santé environnementales conduites par les collectivités mayennaise ; constituer et animer un réseau local.
- Informer les acteurs de proximité (professionnels de santé intervenant à domicile, associations d'aide à domicile, travailleurs sociaux, élus etc...) sur l'habitat indigne et inadapté et améliorer le repérage de ces logements.
- Sensibiliser le grand public, les élus, professionnels de santé et professionnels du bâtiment aux enjeux de la qualité de l'air intérieur et du risque radon.
- Réduire l'exposition aux cyanobactéries en améliorant l'information auprès des usagers, des professionnels de santé et des gestionnaires sur la conduite à tenir en cas d'efflorescence algale, et en conduisant des actions pilotes pour essayer de diminuer leur développement.



PROGRAMMES TERRITORIAUX DE SANTÉ

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DE LA MAYENNE LA MAÎTRISE DES RISQUES EN SANTÉ



>>> Action n° 13

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
1	Sensibiliser les collectivités à la promotion de la santé environnementale et développement d'un réseau local : -bilan des actions déjà lancées en Mayenne, -définition des priorités d'actions à développer, -recherche d'exemples sur les actions prioritaires mis en place par des collectivités y compris hors département, -organisation d'une réunion locale, avec présentations d'actions mises en œuvre par des collectivités mayennaises et autres	2012-2016		ARS	Collectivités territoriales, CG53, associations environnementales (MNE...), IREPS,
2	Sensibiliser les maires à la problématique de l'habitat indigne et sur les enjeux de la qualité de l'air intérieur : -rencontre avec les élus référents « habitat indigne » des ECPI, et guide sur les procédures à suivre pour le maire, -information sur la qualité de l'air intérieur et sur le risque radon, et sensibilisation sur la prise en compte de ce risque lors d'une construction ou lors de travaux : courrier d'information, fiche à joindre au Permis de Construire / Déclaration de Travaux, dossier d'information à disposition sur site internet	2012-2013	Guide à réaliser Fiche d'information	DDT/ARS	,partenaires du PDLHI et du PDALPD (DDT, DDCSPP, CG, ARS, CAF, MSA), collectivités territoriales, association des maires, architectes, maitres d'œuvre, associations (ADIL, Point info-énergies...)
3	Sensibiliser les acteurs de proximité (professionnels de santé (infirmières à domicile, kinésithérapeutes...), associations d'aide à domicile, travailleurs sociaux...) à la problématique de l'habitat indigne et inadapté et les former au repérage : -identification de l'ensemble des partenaires à mobiliser, -état des lieux des actions déjà menées (habitat inadapté) -réunion d'information auprès des acteurs sur ces deux thématiques (habitat indigne et habitat inadapté), -mise à disposition de documents, procédures à suivre	2012-2014		ARS/DDT	Associations d'aide à domicile (AFAD, ADMR, Aide à dom,...), conseils de l'ordre des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes), collectivités (référents EPCI), CLIC, opérateurs (OPAH, Habitat Développement, membres du PDLHI

N° d'ordre	Libellé de l'activité	Echéance prévisionnelle (indicateur de suivi)	Ressources nécessaires	Pilote de l'activité	Partenaires à mobiliser
4	Informers les professionnels (professionnels de santé professionnels de la construction et du bâtiment) sur les enjeux de la qualité de l'air intérieur et sur le risque radon : -information spécifique pour chaque type de professionnels	2012-2014		ARS (PRSE2)	Conseils de l'ordre des professionnels de santé; DDT, chambre des métiers, CAPEB (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), Fédération du bâtiment, CSTB (Centre Scientifique et Technique du Bâtiment)
5	Mieux informer les usagers des plans d'eau et rivières, les professionnels de santé, et les gestionnaires sur la conduite à tenir en cas d'efflorescences algales : -Elargir l'information existante (sur site) sur les résultats et la conduite à tenir: loueurs, organisateurs d'activités nautiques, mairies, pôles de santé, cabinets médicaux, pêcheurs... -Dossier de presse sur les risques et la conduite à tenir ; mise à disposition sur les différents sites internet des partenaires	2012		ARS	Gestionnaires des sites, Organismes de loisirs nautiques, fédération de pêche, collectivités, conseil de l'ordre des professionnels de santé Services communication de la préfecture et de l'ARS
6	Etudier la faisabilité d'abaissement du niveau de certains plans d'eau et biefs de la rivière "La Mayenne", et l'expérimenter le cas échéant: -Bilan des actions similaires déjà réalisées et faisabilité (bibliographie) ; Identification des sites à expérimenter (avis d'experts) ; Mise en œuvre si faisabilité démontrée de l'expérimentation en fonction des conditions météorologiques	2012-2014		ARS / DDT	ARS, DDT (MISEN), CG53, ONEMA, collectivités territoriales, fédération de pêche, Agence de l'eau