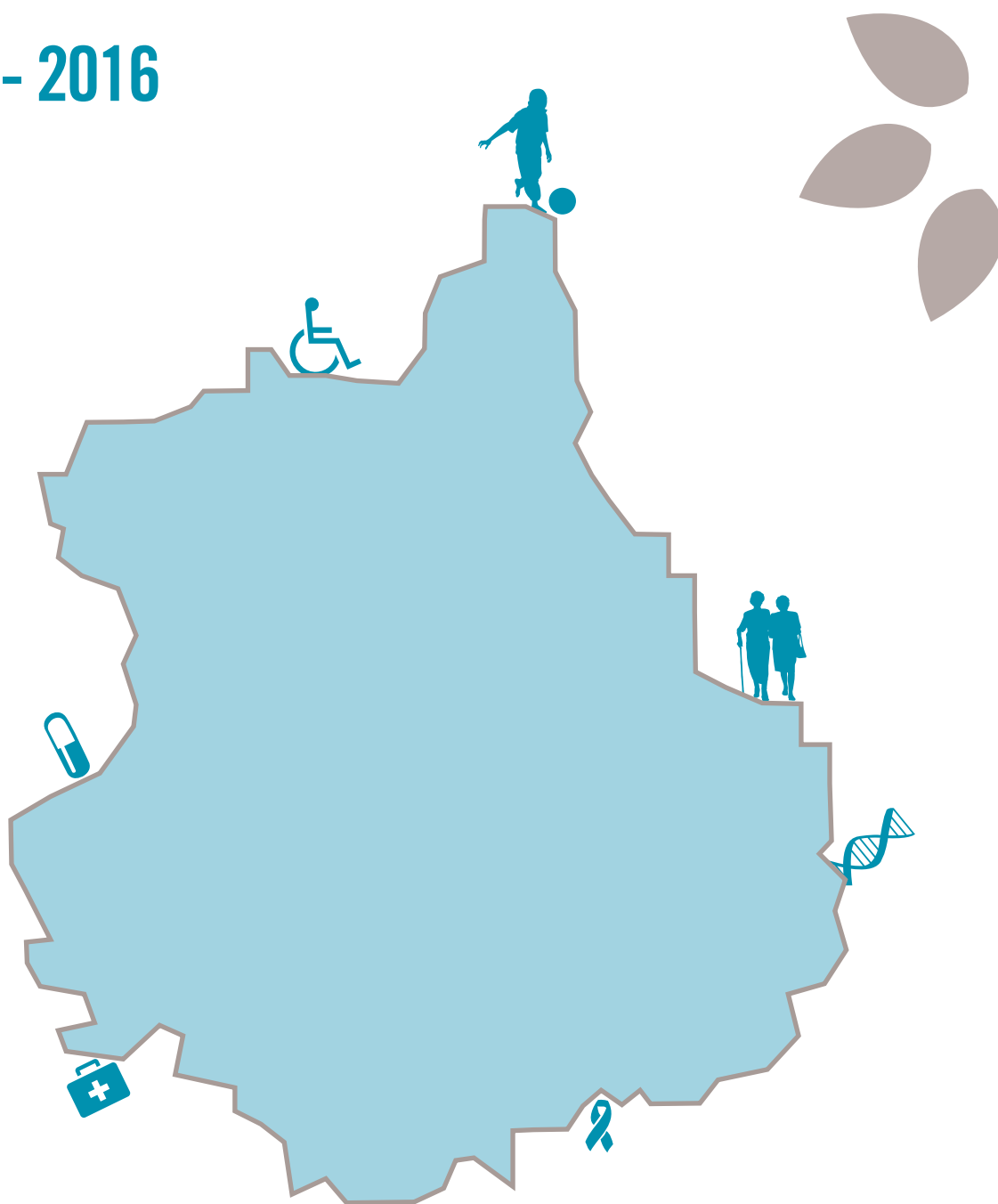


Programme territorial de santé d'Eure-et-Loir

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 5 décembre 2013
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre le 22 novembre 2013

www.ars.centre.sante.fr

Sommaire

Préambule	3
1. Présentation sociodémographique du territoire	5
2. L'offre de soins	9
3. L'état de santé de la population	11
Volet "Accès aux soins et à la prévention"	13
1. Eléments de cadrage - enjeux et objectifs régionaux	14
1.1. Le Programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS)	14
1.2. Le schéma régional de prévention	17
2. Les éléments de constats	19
2.1. Sur les typologies cantonales	19
2.2. Sur les principaux facteurs de risques (alcool, tabac, suicide, accidents de la circulation)	21
3. Les leviers d'actions – les opportunités	24
3.1. Les initiatives des collectivités territoriales et les outils de contractualisation : Le contrat local de santé (CLS)	24
3.2. Les partenariats professionnels et interinstitutionnels	28
3.3. La priorisation thématique des financements accordés par l'ARS aux acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé	30
3.4. La visibilité des dispositifs spécifiques pour la prise en charge et l'orientation des publics en difficultés	30
3.5. La proximité : facteur de réduction des inégalités de santé	32
4. Le plan d'actions 2013 - 2016	33
Volet "Accès aux soins de premier recours"	43
1. Rappel des enjeux et des objectifs	44
1.1. Définitions	44
1.2. Les caractéristiques de la démographie des professionnels de santé dans le département	44
2. Objectifs stratégiques	49
2.1. Les pratiques d'exercice regroupé et plus particulièrement les MS:	49
2.2. Le travail en concertation avec les collectivités locales contribue à optimiser l'aménagement du territoire en matière d'offre de soins	53
2.3. Les centres de santé : une modalité d'exercice regroupé et une réponse aux difficultés d'accès aux soins	55
Volet "Filière gériatrique"	65
1. Rappel des enjeux et des objectifs	66
2. Diagnostic départemental	68
2.1. Le contexte départemental	68
2.2. L'équipement par bassin de vie	69
3. Objectifs et plan d'actions	72

Préambule

Depuis la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009, l'accent est mis sur la transversalité des politiques publiques selon une approche territoriale, et ce, afin de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et spécificités de chaque territoire.

Pour ce faire, les Agences Régionales de Santé (ARS) mettent en place différents outils de programmation de l'action publique. Parmi eux, le Programme Régional de Santé (PRS) décline au niveau régional les orientations définies au titre de la politique nationale de santé, en les adaptant aux besoins locaux.

Le PRS est composé de trois niveaux :

- un plan stratégique régional de santé (PSRS) ;
- des « schémas de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale » ;
- des programmes d'application de ces schémas, dont certains sont obligatoires : 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), et le programme télémédecine.

De plus, afin d'apporter la réponse la plus fine possible aux enjeux de chaque territoire, les ARS définissent les territoires pertinents pour mener à bien l'ensemble des activités de santé (prévention, soins et médico-social) à l'échelle infrarégionale. L'ARS du Centre a choisi de faire correspondre l'échelle des territoires de santé avec le découpage administratif des départements.

A l'issue d'un diagnostic de territoire mené par l'ARS du Centre, certaines problématiques de santé sont apparues comme impactant l'ensemble de la région. Cependant, chaque territoire de santé s'inscrit dans un contexte différent, et les problèmes identifiés y ont une incidence variable. C'est pourquoi, afin de répondre de la meilleure manière possible aux besoins de la population, l'Agence a décidé d'élaborer un programme territorial de santé (PTS) spécifique pour chacun. L'objectif est de prendre en compte les forces et faiblesses des territoires et de développer des synergies entre les acteurs locaux autour des différentes thématiques identifiées lors du diagnostic de territoire.

En ce sens chaque PTS est conçu comme :

- un outil de programmation des actions à conduire sur un territoire donné sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS : promotion et prévention de la santé, offres de soins ambulatoire et hospitalière, et accompagnement médico-social ;
- un moyen pour mettre en cohérence les démarches locales de santé existantes avec le PRS ;
- une opportunité d'associer les instances de la démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé.

1. Présentation sociodémographique du territoire

Au 1^{er} janvier 2013, l'Eure-et-Loir comptait près de 429 000 habitants¹, ce qui en fait le troisième département le plus peuplé de la région Centre. Il s'étend sur près de 6 000 km² et comprend 402 communes réparties en 29 cantons. Chartres, chef lieu du département, structure le territoire avec les trois autres pôles urbains que constituent Dreux, Châteaudun et Nogent-le-Rotrou. Un maillage important de villes secondaires permet également d'irriguer l'ensemble du territoire.

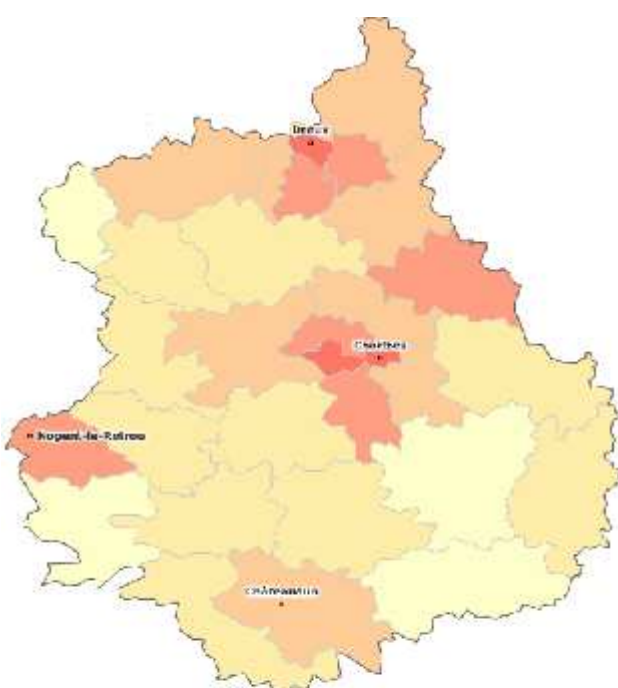


¹ Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2013 – Source : INSEE.

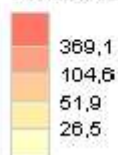
- **Une population inégalement répartie, tant au regard de l'âge que de la densité de population**

La démographie varie dans une proportion proche de l'évolution nationale (+ 0,38 % en 10 ans)², et **les foyers de population les plus importants demeurent concentrés autour des quatre pôles urbains**, ainsi que sur la frange francilienne du département. Les études de l'INSEE révèlent néanmoins un phénomène de desserrement de la population à la périphérie des grandes villes, qui se traduit par une évolution plus favorable de la démographie au niveau des communautés d'agglomérations et des aires urbaines que dans les villes-centres³.

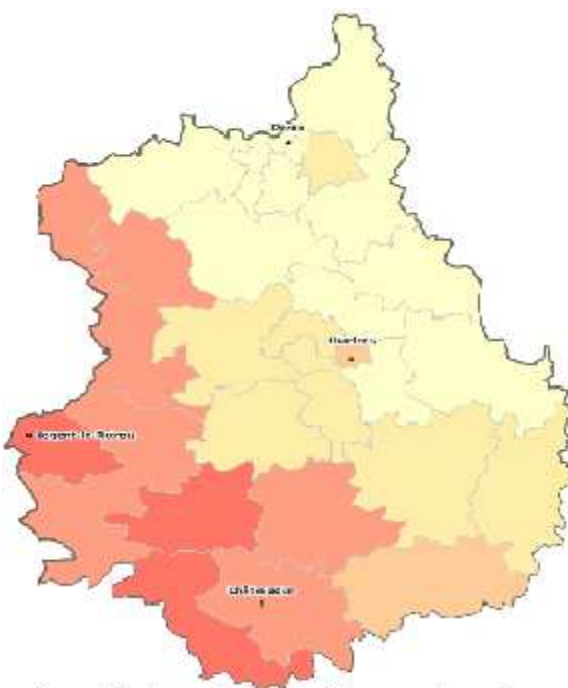
L'indice de vieillissement global du département – nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans – est le plus faible de la région (63,9 contre 77,2 au niveau régional)⁴. L'analyse cartographique fait cependant ressortir de **fortes disparités territoriales, notamment dans les cantons de l'Ouest dont les indices sont sensiblement plus élevés**.



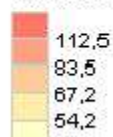
Densité de population (hab./km²)



source : Insee, RP2009 exploitation principale



Rapport de la population des 65 ans ou plus sur les moins de 20 ans



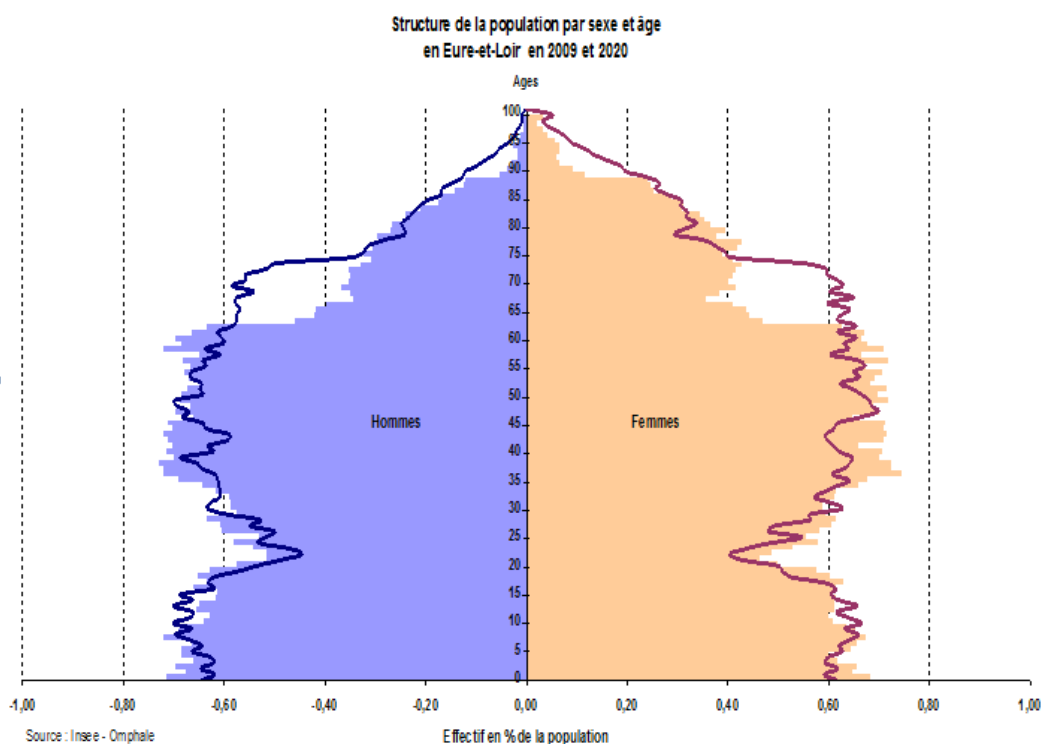
source : Insee, RP2009 exploitation principale

² INSEE Centre Dossiers n° 17 – Bilan économique et social de la région Centre – Edition 2012.

³ INSEE Centre Info n° 184 - Décembre 2012.

⁴ Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux 2012 – Source : DRJSCS du Centre.

Selon les prévisions d'évolution de la structure par âge de la population, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans le département devrait augmenter de 59 % d'ici 2040. Cette progression serait sensiblement supérieure aux estimations régionales (53 %) et nationales (57 %)⁵.



▪ Un territoire marqué par de fortes disparités socio-économiques

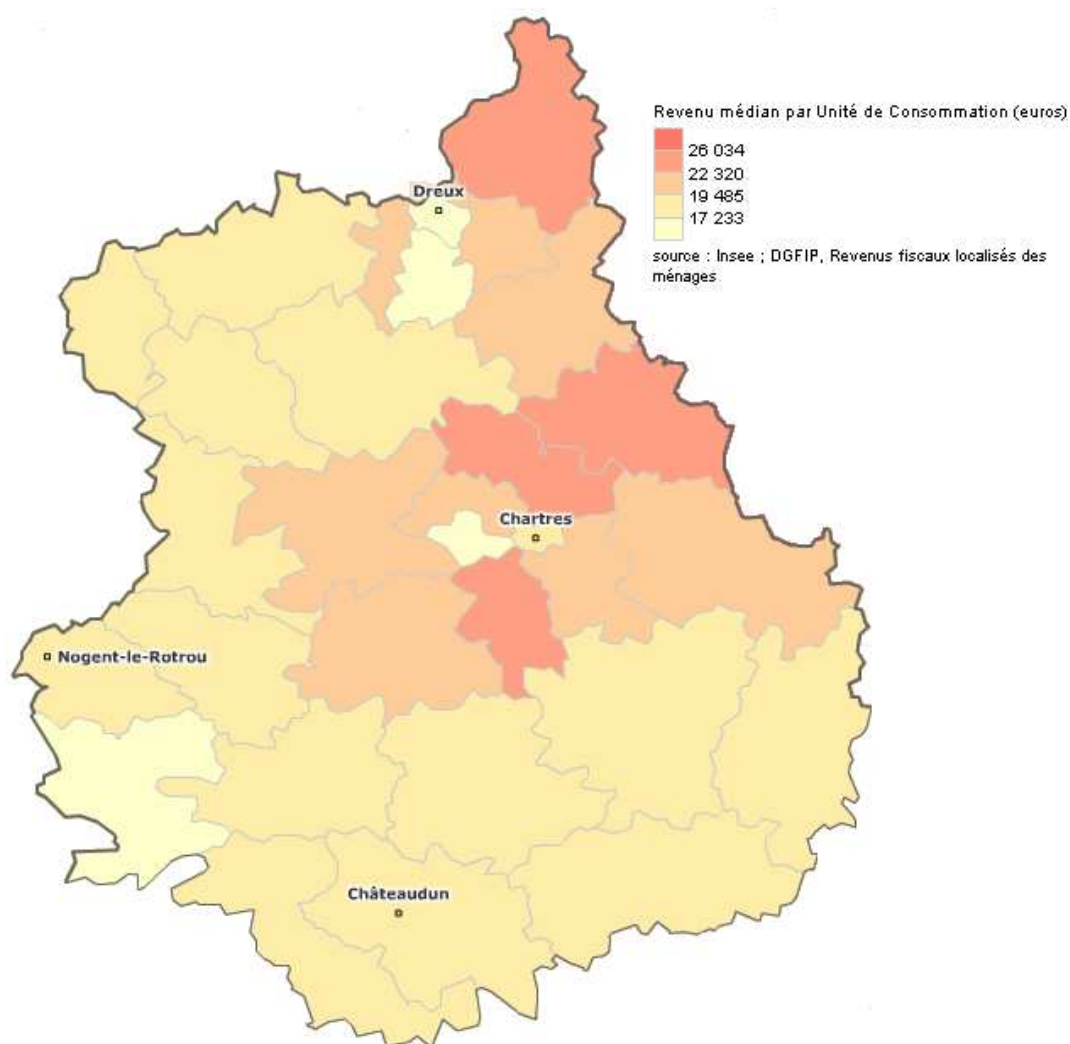
Au deuxième trimestre 2013, le taux de chômage en Eure-et-Loir s'élève à 9,9%. Il est ainsi en forte augmentation par rapport à l'année 2012 (9,3 %), après avoir atteint un pic de 10,1 % au premier trimestre. Ce taux demeure cependant inférieur aux niveaux régional (10 %) et national (10,5 %). **La zone la plus impactée est le bassin d'emploi de Dreux (13,3 %), devant celui de Châteaudun (10,4%),** alors que les taux mesurés pour les pôles urbains de Chartres (9 %) et de Nogent-le-Rotrou (9,4 %) restent sensiblement en-deçà des statistiques régionales⁶.

Selon les données de la DGFIP, **le revenu médian de la population eurélienne en 2010 est sensiblement plus élevé dans le Nord-Est du département,** avec des montants

⁵ Source : Insee, Omphale 2010.

⁶ Taux de chômage localisés par zone d'emploi, en moyenne trimestrielle, en France métropolitaine en 2013 – Source : INSEE.

supérieurs à 19 485 euros, alors que le revenu médian régional est de 18 756 euros⁷. Inversement, l'analyse cartographique fait apparaître des résultats nettement inférieurs dans certains cantons limitrophes des villes de Dreux, Chartres et Châteaudun.



⁷ Revenus fiscaux localisés des ménages en 2010 – Source : DGFIP.

2. L'offre de soins

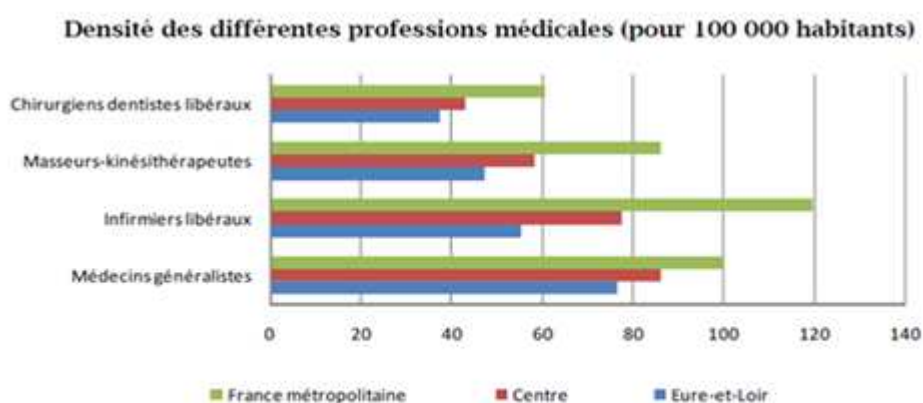
- **Un équipement hospitalier largement restructuré**

S'agissant du maillage territorial en matière de santé, le département dispose d'un centre hospitalier par pôle urbain, dont deux centres de référence à Chartres et Dreux, ainsi que de deux cliniques privées situées dans l'agglomération chartraine. Les établissements sont essentiellement concentrés sur un axe Nord/Sud reliant Dreux et Châteaudun, avec **une couverture moindre des territoires les plus ruraux**.

L'offre sanitaire est complétée par treize établissements de soins de suite et de réadaptation et un centre hospitalier spécialisé en soins psychiatriques (CH de Bonneval).

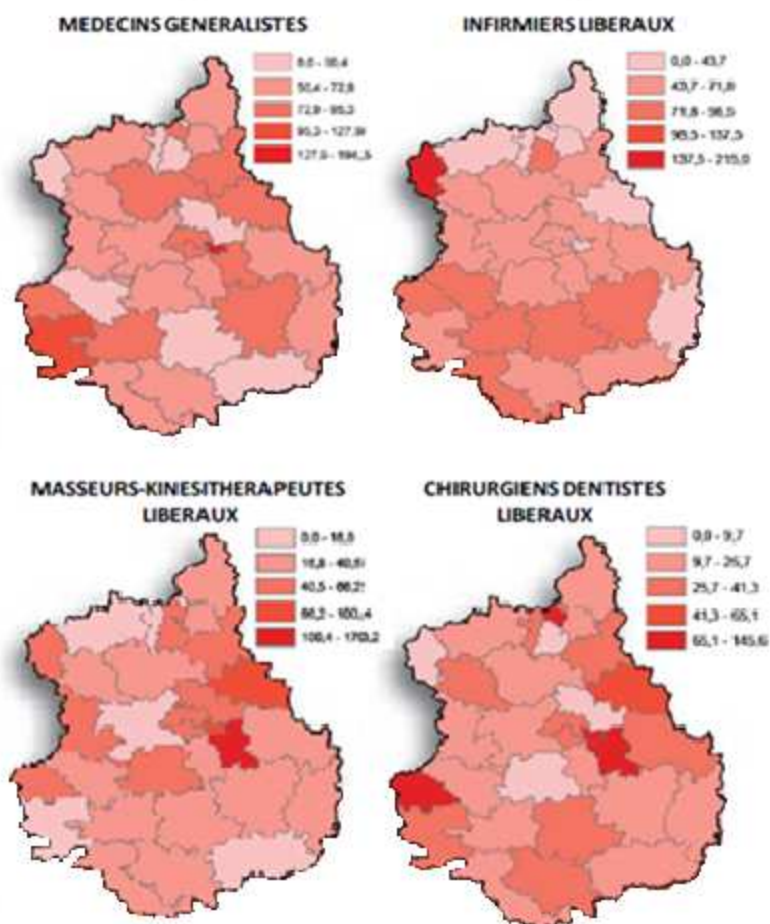
- **Une faible densité médicale et paramédicale**

Les densités de professionnels de santé observées sur le territoire eurélien apparaissent largement inférieures aux moyennes régionales et nationales, quelles que soient les professions considérées. A l'exception des infirmiers libéraux, dont le nombre est plus important dans les territoires ruraux, les effectifs sont plutôt concentrés dans les agglomérations, notamment les quatre villes-centres, au détriment des zones périurbaines.



Source : *Planète Publique* à partir des données de l'étude de l'Observatoire régional de la Santé (ORS Centre) sur les *inégalités cantonales de santé en région Centre* (Effectifs des professions de santé au 31 décembre 2009)

densités médicales pour les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et les chirurgiens dentistes libéraux

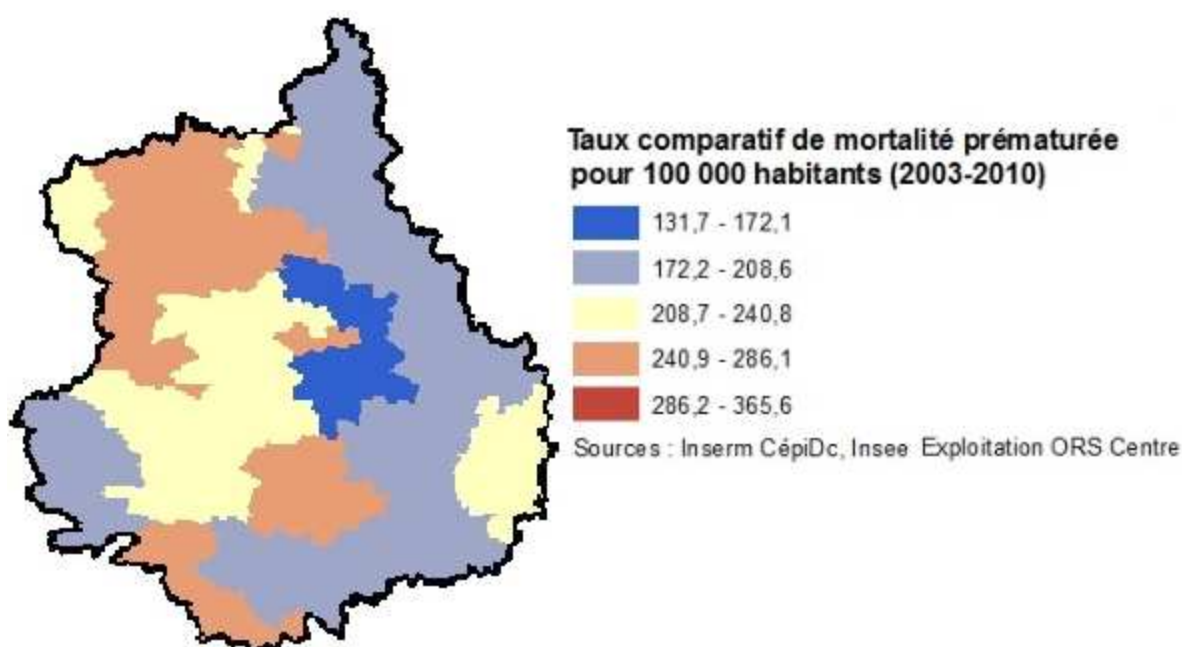


Source : extrait d'Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé, Observatoire Régional de Santé du Centre, 2010

3. L'état de santé de la population

- **Une situation de surmortalité prématurée avant 65 ans**

Selon les statistiques publiées par l'INSEE, à structure de population équivalente, l'Eure-et-Loir présente en 2011 un taux de mortalité standardisé supérieur aux moyennes nationales et régionales (8,6 ‰ contre 8,3 ‰)⁸. En outre, **le niveau de mortalité prématurée avant 65 ans (206,6 pour 100 000 habitants) apparaît particulièrement élevé** par rapport aux taux relevés en région Centre (204,5), et surtout à l'échelle nationale (197,1), notamment **au regard du nombre de pathologies liées à la consommation d'alcool et de décès par accident de la circulation**⁹. Cette surmortalité prématurée apparaît essentiellement dans les cantons de l'Ouest du département.



- **Un taux de mortalité par suicide élevé dans les cantons ruraux**

Si l'Eure-et-Loir présente le plus faible taux de mortalité par suicide de la région (14,8 décès pour 100 000 habitants contre un taux de 19,1 au niveau régional)¹⁰, cette statistique augmente de manière très significative **dans les cantons ruraux situés à l'Ouest et à l'Est du département.**

⁸ Décès, taux de mortalité et taux de mortalité infantile en 2011 – Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population.

⁹ Taux standardisés par âge (moyenne annuelle sur la période 2008-2010) – Source : INSERM, CépiDc.

¹⁰ Source : INSERM 2009.

A l'issue du diagnostic conduit dans le cadre de l'élaboration du PRS, les instances de démocratie sanitaire ont retenu huit thématiques prioritaires, dont trois, qui vont être développées ci-après, ont d'ores et déjà été soumises à la concertation de la Conférence de Territoire de l'Eure-et-Loir :

- l'accès aux soins et les inégalités de santé ;
- l'accès aux soins de premier recours ;
- la filière gériatrique.

Les prochains travaux porteront sur :

- la périnatalité ;
- la santé mentale ;
- les conduites addictives ;
- le handicap ;
- les urgences.

Volet

"Accès aux soins et à la prévention"

1. Éléments de cadrage - enjeux et objectifs régionaux

1.1. Le Programme régional d'accès aux soins et à la prévention

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ont été élaborés pour la première fois en 1999 en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a une nouvelle fois mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables en introduisant au sein du code de la santé publique un article spécifique -article L.1411-1-1- indiquant que « *L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.* »

Confirmé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, et conformément à l'article L.1434-2 du code la santé publique, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis est désormais une composante obligatoire du Projet Régional de Santé (PRS) qui constitue l'outil de planification unifié de la politique régionale de santé menée par l'Agence régionale de santé sur la période 2012-2016.

Le principal enjeu du PRAPS est celui de la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'intéresse prioritairement et spécifiquement aux populations démunies et a pour vocation de définir les actions à mettre en œuvre pour faciliter leur accès aux droits, aux soins et à la prévention. Il contribue à l'une des trois ambitions du PRS consistant à promouvoir l'égalité devant la santé (les deux autres défis du PRS concernant l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé d'une part, le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient d'autre part).

L'ARS a inscrit le principe de la réduction des inégalités comme stratégie d'action transversale à l'ensemble des secteurs (prévention, soins hospitalier, ambulatoire, médico-social).

1.1.1. Les finalités du PRAPS

Les mesures prévues par le PRAPS doivent permettre :

- de favoriser et faire valoir l'ouverture des droits ;
- d'adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible ;
- d'améliorer les problématiques d'admission et d'orientation au sein des services et des établissements ;
- de faciliter l'accès à la prévention médicalisée (vaccination et dépistage).

La déclinaison du PRAPS requiert une véritable transversalité au sein des domaines d'intervention de l'ARS de même qu'avec les partenaires, afin d'adapter et de fluidifier les parcours de soins des personnes.

1.1.2. Les spécificités du public directement concerné

Le terme « démunis » désigne les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logements, d'emploi, d'utilisation des services, et de lien social.

C'est un public :

- souvent concerné par la précarité financière et qui cumule des situations aggravantes (rupture de lien social, isolement familial, environnement de vie défavorable...) ;
- qui rencontre de nombreux obstacles dans l'accès à la santé du fait de son propre vécu (habitudes et comportements), des freins économiques, de la complexité des institutions qui composent l'offre ;
- qui peut être confronté à des obstacles liés à la compréhension des messages et des recommandations (barrière de l'écrit et/ou de la langue), à l'instabilité de logement, à l'absence de mobilité entravant l'accessibilité aux établissements et aux structures de prévention et de soins.

1.1.3. Trois objectifs pour le PRAPS 2012-2016

Objectif 1 : améliorer la lisibilité des dispositifs en direction des plus démunis :

Action 1.1 : Identifier et faire connaître, dans chaque territoire de santé, les dispositifs existants dans le domaine de la santé et de l'accompagnement social des publics démunis.

Action 1.2 : Optimiser le maillage territorial des dispositifs spécifiques en faveur des publics précaires.

Action 1.3 : Analyser l'activité des dispositifs spécifiques suivants : PASS, EMPP, ACT, LHSS, CAARUD et CSAPA.

Action 1.4 : Améliorer/consolider l'observation des populations démunies.

Objectif 2 : améliorer la coordination des acteurs :

Action 2.1 : systématiser le recours aux dispositifs d'orientation et d'accompagnement des publics précaires.

Action 2.2 : promouvoir le rôle et les missions des PASS auprès des professionnels de santé et sociaux.

Action 2.3 : promouvoir l'inscription des problématiques de santé-précarité au sein des démarches de territorialisation (dont les contrats locaux de santé).

Objectif 3 : développer le repérage et l'accompagnement adapté des publics précaires :

Action 3.1 : sensibiliser/former les professionnels de santé et professionnels du champ social aux problématiques des publics les plus démunis.

Action 3.2 : promouvoir et développer des modalités d'intervention spécifiques « aller vers » permettant des consultations avancées en faveur des publics précaires.

Action 3.3 : doter les personnes les plus démunies de compétences psychosociales pour leur permettre de prendre confiance et de se mobiliser pour leur santé.

Action 3.4 : développer des actions de prévention de la santé ciblées en direction des publics précaires.

Action 3.5 : identifier les besoins de soins et d'accompagnement de la population migrante et vieillissante.

Le plan d'actions proposé au paragraphe 4 déclinera la manière dont certains de ces objectifs seront pris en compte dans le cadre de ce programme territorial de santé de 1^{ère} génération.

1.2. Le schéma régional de prévention

Le schéma régional de prévention constitue, au même titre que le PRAPS, un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du PRS.

Il vise à planifier et à organiser l'offre en matière de prévention et de promotion de la santé aux échelons régional, territorial, voire infra territorial.

1.2.1. Les enjeux du schéma régional de prévention :

- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé notamment par le déploiement de la promotion de la santé et la prise en compte des spécificités des territoires de proximité ;
- le partage des politiques de prévention et de promotion de la santé, et la recherche de complémentarités entre les institutions ;
- la mobilisation des élus et des collectivités territoriales ;
- la complémentarité des prises en charge : prévention primaire, prévention secondaire (dépistage, vaccination), prévention tertiaire (soin, médico-social) ;
- une meilleure connaissance des actions et des populations touchées ;
- le recentrage des financements sur les actions prioritaires ;
- le renforcement de la professionnalisation des acteurs en prévention, promotion de la santé ;
- la cohérence avec les plans ou programmes nationaux.

1.2.2. Les principaux défis :

- lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- lutter contre les maladies chroniques ;
- renforcer les stratégies de dépistages ;
- promouvoir les vaccinations ;
- agir sur les comportements (addictions avec ou sans substance, nutrition et activité physique, santé sexuelle et reproductive...) ;
- agir sur les risques sanitaires (qualité de l'habitat notamment) ;
- promouvoir les actions dans le champ de la santé mentale ;
- soutenir le développement de l'éducation thérapeutique.

Comme indiqué dans le cadre de la déclinaison du PRAPS, le plan d'actions proposé au paragraphe 4 exposera la manière dont certains de ces objectifs seront pris en compte dans le cadre de ce programme territorial de santé de 1^{ère} génération.

2. Les éléments de constats

2.1. Sur les typologies cantonales

L'étude sur les Inégalités cantonales de santé en Région Centre établie par l'Observatoire régional de santé (ORS) indique une répartition territoriale des déterminants de santé selon une typologie en 5 classes.

Carte 3 : Classification des cantons de l'Eure et Loir selon la typologie établie par l'ORS :



Source : extrait d'*Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé*, Observatoire Régional de Santé du Centre, 2010

Classe A : Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante ;

Classe B : Villes-centres, forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, très bonne offre de soins ;

Classe C : Cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'affections de longue durée (ALD), en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers ;

Classe D : Cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes ;

Classe E : Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins ;

Pour les zones de typologie B = lisibilité et coordination des dispositifs

Carte d'identité du territoire : ville-centre et agglomération :

- Situation sociale contrastée
- Famille monoparentale
- Personnes seules jeunes et âgées
- API (allocation parent isolé) / revenu de solidarité active (RSA)
- Surmortalité prématurée alcool / tentatives de suicide
- Forte offre de soins
- Proximité urgences/maternité

Pour les zones de typologie C = Repérage, accompagnement social et coordination

Carte d'identité du territoire :

- Jeunes peu ou pas diplômés
- Situation sociale défavorable
- Chômage / couverture maladie universelle (CMU)
- Séjours hospitaliers Diabète / tentative de suicide / obstétrique
- ALD (cardio-vasculaire)
- Peu éloignés de services d'urgence / maternité

Pour les zones de typologie D = accessibilité géographique : transport et « aller vers »

Carte d'identité du territoire : périphérie des grandes agglomérations

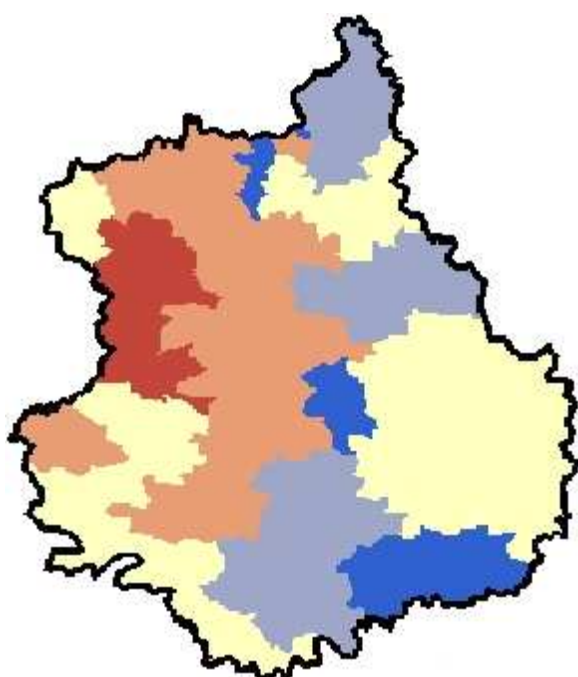
- Ouvriers
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Surmortalité par morts violentes (accidents de la circulation)
- Forte proportion des cancers du poumon en séjour hospitalier
- Faible densité des professionnels de santé
- Eloignement des services hospitaliers

L'Eure et Loir n'est pas concerné par la typologie E.

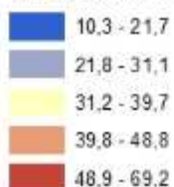
2.2. Sur les principaux facteurs de risques (alcool, tabac, suicide, accidents de la circulation)

Sans prétendre à l'exhaustivité, les documents cartographiques qui suivent, tirés de l'étude de 2004 mise à jour en 2009 par l'ORS du Centre sur les « Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé », illustrent certains aspects de l'état de santé de la population : mortalité par accidents de la circulation, par suicide, par consommation excessive d'alcool, par pathologie liée au tabac.

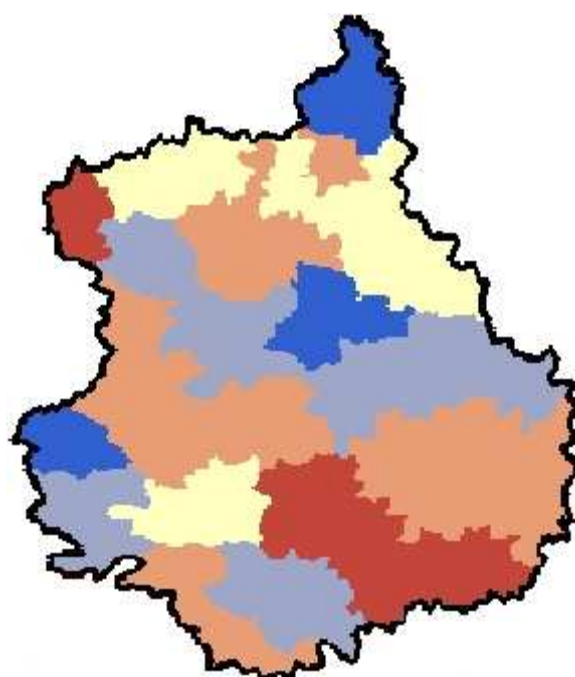
Comme le souligne le volet du préambule consacré à l'état de santé de la population en Eure-et-Loir, le taux de mortalité prématurée avant 65 ans est particulièrement élevé dans le département compte tenu du nombre de pathologies liées à la consommation d'alcool, et de décès par accident de la circulation.



Taux comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool (2003-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation ORS Centre

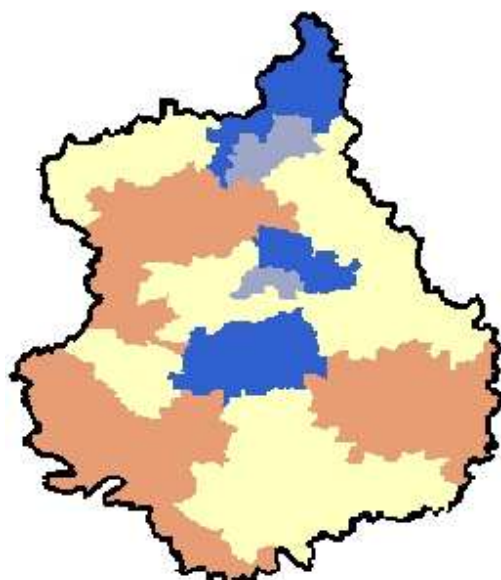


Taux comparatif de mortalité par accidents de la circulation pour 100 000 habitants (2003-2010)



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation ORS Centre

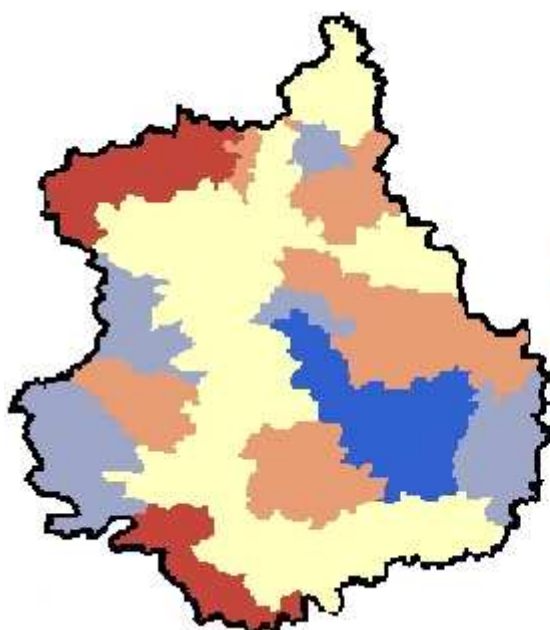
Par ailleurs, si l'Eure-et-Loir présente le plus faible taux de mortalité par suicide de la région (14,8 décès pour 100 000 habitants contre des taux de 19,1 au niveau régional et de 14,7 à l'échelle nationale), cette statistique augmente de manière très significative **dans les cantons ruraux situés à l'Ouest et à l'Est du département.**



Taux comparatif de mortalité par suicide pour 100 000 habitants (2003-2010)

- 8,5 - 14,4
- 14,5 - 19,2
- 19,3 - 24,6
- 24,7 - 31,7
- 31,8 - 50,7

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation ORS Centre



Taux comparatif de mortalité par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants (2003-2010)

- 67,8 - 97,7
- 97,8 - 117,3
- 117,4 - 133,3
- 133,4 - 153,9
- 154,0 - 192,5

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation ORS Centre

L'identification des principaux facteurs de risques en Eure-et-Loir et le niveau d'acuité de chacune de ces problématiques à l'échelle cantonale procurent à l'ARS un périmètre de référence dans la déclinaison territoriale du PRAPS et du Schéma régional de prévention. Ces éléments d'information constituent un outil de réflexion particulièrement utile dans l'élaboration de contrats locaux de santé (CLS) et permettent de dégager les grandes pistes d'orientation qui déterminent la répartition des crédits alloués par l'agence.

Ces constats s'avèrent cependant insuffisants pour bâtir une politique globale en matière d'accès à la prévention et aux soins. La multiplicité des acteurs du département et la diversité de leurs modes d'intervention ne permettent pas de construire le PTS sur le seul fondement des typologies cantonales dressées par l'ORS. Les leviers d'actions dont dispose la Délégation territoriale pour répondre aux inégalités de santé peuvent en effet excéder ce cadre préétabli, au gré des dynamiques et des opportunités locales.

3. Les leviers d'actions – les opportunités

L'atteinte des objectifs du PRAPS comme du schéma régional de prévention passe par des modalités d'actions et d'interventions diversifiées :

- accompagnement d'initiatives de collectivités territoriales ;
- réseaux d'acteurs associant des intervenants issus du social, du sanitaire, du médico-social, d'associations de malades ou de leurs familles ;
- priorisation thématique des financements accordés par l'ARS aux acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé ;
- meilleure visibilité des dispositifs spécifiques pour faciliter l'accès aux soins des publics précaires ;
- prise en compte du critère de l'éloignement géographique et/ou des difficultés de déplacements de certains publics précaires pour l'accès aux soins et à la prévention.

3.1. Les initiatives des collectivités territoriales et les outils de contractualisation : le contrat local de santé (CLS)

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

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

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

Point d'étape sur les contrats locaux de santé en Eure-et-Loir :

3.1.1. Le contrat local de santé de Dreux-Vernouillet

Signé le 22 janvier 2013, le contrat local de santé de Dreux-Vernouillet a mis à profit l'existence d'un atelier santé ville (ASV) et bénéficié de la dynamique territoriale préexistante. Il a permis d'étendre les interventions au-delà des seuls quartiers prioritaires de la politique de la ville, en s'appuyant sur les constats issus d'un diagnostic local de santé réalisé par l'ARS du Centre, en concertation avec les acteurs du territoire.

Cette étude révèle que les communes de Dreux et Vernouillet, qui rassemblent une population totale de 43 000 habitants, sont fortement marquées par la précarité sociale qui impacte fortement l'état de santé de la population. Certaines données permettent de mettre en évidence ce contexte difficile :

- une proportion de ménages allocataires du Revenu de Solidarité Active - RSA socle (11,2 %) sensiblement supérieure aux moyennes départementale (3,8 %) et nationale (5,1 %) ;
- le fait que 17,2 % des bénéficiaires et ayant-droits de Dreux/Vernouillet affiliés au régime général d'assurance maladie soient bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C), avec des fortes disparités infra-communales ;
- un taux comparatif de mortalité générale (969,6 décès pour 100 000 habitants) supérieur à ceux observés en Eure-et-Loir (880,1) et en région Centre (871,9).

Le territoire de Dreux-Vernouillet peut néanmoins se prévaloir d'un partenariat dynamique pour lutter contre ces inégalités sociales de santé. Le centre hospitalier constitue notamment un relais essentiel de la promotion de la santé à travers l'activité de son Unité de Prévention et d'Education (UPE), créée en 1995, et par son statut de membre fondateur du réseau OMS des hôpitaux promoteurs de santé en France. Parallèlement, la santé est un enjeu de politique locale fort depuis de longues années dans le domaine de la santé, formalisé en 2007 par la création de l'ASV de Dreux-Vernouillet.

Fort des éléments de ce diagnostic, le comité de pilotage du CLS de Dreux-Vernouillet a choisi d'organiser ses actions autour de quatre axes stratégiques :

1. Faciliter l'accès à la prévention et aux soins :
 - Faciliter le passage du parcours de vie au parcours de soin.
 - Pérenniser et développer une offre de proximité.
 - Informer, sensibiliser, former et coordonner les acteurs.

2. Agir sur les déterminants de santé :
 - Favoriser une alimentation saine et une activité physique pour tous.

- Prévenir les conduites à risque et les comportements addictifs.
- Promouvoir un environnement sain et agréable.

3. Promouvoir le bien être et la santé mentale :

- Améliorer le travail en partenariat et l'orientation des personnes en situation de mal-être.
- Promouvoir la santé mentale en tant que facteur d'insertion à tout âge de la vie.

4. Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant :

- Informer, sensibiliser, accompagner les parents et futurs parents pour qu'ils soient acteurs de leur santé et de celle de leurs enfants.
- Faciliter l'accès à la prévention et aux soins à tout âge de la vie des femmes.

Ce sont en tout 25 structures et/ou services qui se sont proposés pour porter les 36 fiches actions que compte le CLS, en accordant une attention particulière aux populations en situation de précarité.

3.1.2. Le contrat local de santé du Pays du Perche

En cours de finalisation, le contrat local de santé du Pays du Perche sera signé le 15 janvier 2014 pour une mise en œuvre de ses actions à compter de cette date. Il associe six communautés de communes et 74 communes pour une population totale de plus de 52 000 habitants. A l'image du CLS de Dreux-Vernouillet, il s'appuie sur un diagnostic local de santé réalisé par l'ARS du Centre.

Cette étude permet de mettre en évidence les principales difficultés auxquelles le Pays du Perche est confronté dans le domaine de la santé. Il ressort notamment de ces conclusions que :

- les besoins de la population ne sont pas satisfaits, tant du point de vue de l'offre sanitaire, compte tenu de la faible démographie des professionnels de santé, que de l'offre médico-sociale, avec de fortes carences en termes d'accueil et de logement des personnes âgées ou en situation de handicap ;
- le cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social se traduit concrètement par un manque de coordination dans les actions menées par les acteurs locaux ;
- la dispersion des actions de prévention et d'éducation à la santé ne permet pas de répondre au constat de surmortalité liée au suicide, aux problèmes d'addiction ou à la prévalence des maladies cardio-vasculaires.

Pour répondre aux problématiques identifiées par ce diagnostic territorial, le comité de pilotage du CLS du 7 novembre 2013 a validé le principe d'une articulation du contrat autour de quatre axes stratégiques :

1. Favoriser l'accès aux soins :
 - Améliorer le suivi et la prise en charge des patients.
 - Proposer des modes d'exercices alternatifs aux acteurs de la santé.
 - Favoriser le recrutement de professionnels de santé.
2. Agir sur les déterminants de santé :
 - Prévenir les conduites à risque et les comportements addictifs.
 - Favoriser une alimentation saine et une activité physique pour toutes et tous.
 - Promouvoir le bien être et la santé mentale.
 - Promouvoir un environnement sain et agréable.
3. Promouvoir la santé globale :
 - Promouvoir la santé des jeunes.
 - Promouvoir la santé des seniors.
 - Promouvoir la santé des familles.
4. Améliorer la coordination des services de santé et leur visibilité :

- Animer les projets "santé" en lien avec les acteurs de la santé sur le territoire.
- Décloisonner et coordonner les acteurs de la santé.
- Favoriser la connaissance des ressources locales en santé.
- Evaluer et valoriser les projets "santé" sur le territoire.

Ce plan d'actions devrait à terme être décliné en une vingtaine de fiches action au maximum.

3.2. Les partenariats professionnels et interinstitutionnels

- ***Les réseaux santé social de Nogent-le-Rotrou et de Châteaudun***

Avec la mise en place des ARS, les missions sociales dévolues aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ont été conférées aux directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).

Or, il y a une dizaine d'années la DDASS d'Eure-et-Loir avait impulsé certaines initiatives sur le territoire pour formaliser des réseaux de professionnels intervenant dans les champs de la santé et du social.

Deux réseaux santé social se sont ainsi constitués sur les secteurs de Nogent-le-Rotrou et de Châteaudun afin d'assurer une meilleure cohérence des interventions entre les professionnels intervenant, par la prise en charge ou l'orientation, auprès des publics précaires ou fragilisés.

Ces réseaux contribuent donc à :

- l'information/formation de tous les partenaires œuvrant pour l'accès à la santé,
- l'analyse des besoins des habitants du territoire et l'étude de situations individuelles,
- la coordination entre les membres du réseau pour l'accompagnement aux soins.

Avec la création de l'ARS, les liens avec ces réseaux se sont distendus. Aussi considérant l'importance qu'il y a à s'inscrire dans ces réseaux, une attention particulière sera portée par la Délégation territoriale à leurs modalités de fonctionnement pour aboutir à une meilleure connaissance réciproque mais également pour renforcer et fluidifier les échanges et le maillage territorial.

Une fiche action est consacrée à chacun de ces réseaux dans le plan d'actions.

- ***La coordination des acteurs départementaux qui contribuent à la lutte contre l'habitat indigne/insalubre – pilotage DT-ARS***

Un partenariat a été initié en 2005 avec les organismes institutionnels concernés par cette problématique afin de disposer d'une vision globale dans l'instruction des dossiers d'insalubrité et d'habitat dégradé.

Grâce à l'application nationale @riane-habitat déployée par la DT 28 début 2011, ce pôle permet désormais aux différents acteurs de se coordonner et d'agir dans le cadre de leur compétence respective, en lien avec le parquet, dans un contexte bien souvent complexe et conflictuel. Une fiche action rappelle le rôle de la DT-ARS dans ce domaine et les partenaires associés.

- ***Le groupe de travail départemental « parcours des personnes en situation de troubles psychiques »***

A compter du mois de janvier 2013, la DT 28 a organisé une série de réunions préliminaires autour d'un groupe restreint d'acteurs du champ de la santé mentale afin de réfléchir à la construction d'un parcours de soins coordonné pour les adultes en situation de troubles psychiques. Sur le fondement de ces échanges, un groupe de travail départemental associant l'ensemble des partenaires du territoire doit être constitué en 2014.

La réflexion de ce groupe doit se concentrer, en amont de la prise en charge hospitalière, sur les problématiques du repérage et de l'accompagnement de ces personnes ainsi que de leurs familles et, en aval d'une éventuelle hospitalisation, qu'elle soit ou non consentie, sur l'existence de relais capables d'assurer un suivi de leur situation.

Il s'agit ainsi, à partir d'un état des lieux des dispositifs existants, d'identifier les points de rupture et les difficultés rencontrées par les différents acteurs, afin d'esquisser les pistes d'amélioration possibles. Une fiche action est consacrée à l'activité de ce groupe dans le plan d'actions.

- ***L'installation d'un groupe technique départemental permanent pour la promotion de la vaccination et l'amélioration de la couverture vaccinale***

La semaine européenne de la vaccination constitue un moment de mobilisation des acteurs territoriaux (Conseil général et équipes des centres de vaccination, CPAM, Education nationale, collectivités locales via les CCAS notamment...).

Ces acteurs ont à plusieurs reprises exprimé le souhait qu'au-delà de cette mobilisation annuelle un travail au long cours puisse être porté par un groupe technique départemental.

Ce groupe permettrait de susciter une dynamique interprofessionnelle et interinstitutionnelle durable, dans un objectif d'information, de promotion et de restauration de l'image et de la perception de la vaccination auprès du public. L'enjeu serait à terme d'améliorer le taux de couverture vaccinale en Eure-et-Loir.

3.3. La priorisation thématique des financements accordés par l'ARS aux acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé

Les missions de promotion et d'éducation à la santé mises en œuvre par les acteurs territoriaux (associations généralistes, associations de patients...) font l'objet de financements publics de l'ARS notamment dans le cadre d'un appel à projet annuel le plus souvent, même si l'objectif à terme est de généraliser le dispositif de conventionnement pluriannuel dont bénéficient déjà certains de ces intervenants.

Dans le cadre de cet appel à projet, l'ARS affiche ses priorités thématiques et populationnelles qui conditionneront l'éligibilité aux financements.

Les thématiques prioritaires sont :

- Addictions,
- Maladies transmissibles,
- Périnatalité - vie affective et sexuelle,
- Prévention du suicide – santé mentale,
- Nutrition – activité physique,
- Maladies chroniques,
- Accès aux soins et à la prévention,
- Santé environnement.

Les acteurs de prévention sont par ailleurs invités par l'ARS à territorialiser certaines de leurs interventions au regard des données du document de l'ORS sur les inégalités cantonales de santé en région Centre.

3.4. La visibilité des dispositifs spécifiques pour la prise en charge et l'orientation des publics en difficultés

- ***Le réseau d'accès aux soins de santé en Eure-et-Loir (RASSEL)***

Le RASSEL est une structure associative créée en 2005 qui a pour but de « *coordonner la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation de précarité, en mobilisant les ressources médicales et paramédicales qu'elles soient publique ou privées* » (statuts de l'association).

Les objectifs du réseau :

- Assurer l'ouverture des droits des patients en collaboration avec la PASS (permanence d'accès aux soins),
- Apporter un appui aux professionnels de santé confrontés à une situation administrative complexe de patient,
- Garantir le suivi des patients dans leur parcours médical et paramédical.
- Le siège de l'association est situé au centre hospitalier de Chartres.

Le financement du réseau est essentiellement assuré par l'ARS dans le cadre d'un contrat d'objectif et de moyens.

Le réseau a une vocation départementale qu'il peine aujourd'hui à traduire dans les faits en dépit des efforts entrepris par ses membres.

Des pistes permettant un meilleur déploiement (tant en termes de couverture territoriale que de nombre de professionnels partenaires) ont été évoquées avec les responsables du réseau.

Un accompagnement par l'ARS devrait contribuer à faciliter cette mise en œuvre, c'est l'objet de la fiche action proposée au paragraphe 4.

3.5. La proximité : facteur de réduction des inégalités de santé

- ***Favoriser les interventions de proximité en matière de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles et de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites.***

Le PRAPS a notamment pour finalité de « *faciliter l'accès à la prévention médicalisée "vaccination et dépistage" »* ».

En matière d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles, l'Eure-et-Loir dispose de deux CDAG-CIDDIST¹¹ localisés au sein des centres hospitaliers de Chartres et de Dreux.

La mise en place de permanences de proximité à Châteaudun et à Nogent-le-Rotrou permettrait à la fois de faciliter l'accès à la prévention médicalisée (PRAPS) et de renforcer les stratégies de dépistage (schéma régional de prévention).

Cette proposition fait l'objet de deux fiches action qui privilégient les sites des deux centres hospitaliers pour la mise en place de ces permanences délocalisées.

¹¹CDAG : *centre de dépistage anonyme et gratuit (VIH et hépatites).*

CIDDIST : *centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.*

4. Le plan d'actions 2013 à 2016

En conformité des orientations du PRS et des schémas, le plan d'actions proposé combine à la fois les éléments de diagnostic, la nécessité d'optimisation de certains dispositifs, l'existant (actions de prévention et d'éducation à la santé, réseaux d'acteurs professionnels...), ainsi que l'implication et le volontarisme exprimés par les collectivités territoriales.

Le volet « Accès aux soins et à la prévention » du PTS se décline au travers des huit fiches action annoncées au paragraphe précédent.

Certaines thématiques visées dans les documents cartographiques du paragraphe 2 feront l'objet de propositions dans le cadre des compléments à venir qui porteront notamment en 2014 sur les conduites addictives, la santé mentale, et la périnatalité.

Fiches actions

Fiche action n° 1	
Intitulé de l'action	Renforcer le partenariat avec le réseau santé social de Châteaudun
Référence au PRS	PRS : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : <ul style="list-style-type: none"> • action 1.2 : optimiser le maillage territorial des dispositifs spécifiques en faveur des publics précaires, • action 2.3 : promouvoir l'inscription des problématiques de santé-précarité au sein des démarches de territorialisation
Objectifs poursuivis	Disposer d'une meilleure connaissance des interventions des acteurs de ce réseau et de son territoire d'action. Favoriser et conforter si nécessaire les actions du réseau.
Points clés de l'action à mener	Renforcer les relations avec les acteurs du territoire en étant informés des problématiques qu'ils rencontrent.
Leviers d'action	Faire connaître les missions et objectifs de l'ARS aux acteurs du réseau pour optimiser les interventions respectives et développer les complémentarités.
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Mieux identifier les acteurs du territoire et leur champ d'intervention. Mieux connaître les situations des publics du territoire, les réponses apportées, les insuffisances identifiées. Disposer, sur un territoire ciblé, d'une veille sur l'évolution des besoins des publics précaires.
Réalisation de l'action	Participation aux réunions stratégiques (hors traitement de situations individuelles)
Responsable de l'action	DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale)
Indicateur de suivi	Nombre de participations de la DT-ARS aux réunions stratégiques du réseau
Réfèrent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Nathalie KURZAWA

Fiche action n° 2	
Intitulé de l'action	Renforcer le partenariat avec le réseau santé social de Nogent-le-Rotrou
Référence au PRS	PRS : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : <ul style="list-style-type: none"> • action 1.2 : optimiser le maillage territorial des dispositifs spécifiques en faveur des publics précaires, • action 2.3 : promouvoir l'inscription des problématiques de santé-précarité au sein des démarches de territorialisation
Objectifs poursuivis	Disposer d'une meilleure connaissance des interventions des acteurs de ce réseau et de son territoire d'action. Favoriser et conforter si nécessaire les actions du réseau.
Points clés de l'action à mener	Renforcer les relations avec les acteurs du territoire en étant informés des problématiques qu'ils rencontrent.
Leviers d'action	Faire connaître les missions et objectifs de l'ARS aux acteurs du réseau pour optimiser les interventions respectives et développer les complémentarités. Valoriser les actions du Réseau et leur apporter plus de visibilité dans le cadre du contrat local de santé (CLS) du Pays du Perche.
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Mieux identifier les acteurs du territoire et leur champ d'intervention. Mieux connaître les situations des publics du territoire, les réponses apportées, les insuffisances identifiées Disposer, sur un territoire ciblé, d'une veille sur l'évolution des besoins des publics précaires.
Réalisation de l'action	Participation aux réunions stratégiques (hors traitement de situations individuelles).
Responsable de l'action	DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale)
Indicateur de suivi	Nombre de participation de la DT-ARS aux réunions stratégiques du réseau.
Référént de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Nathalie KURZAWA

Fiche action n° 3	
Intitulé de l'action	Lutter contre l'habitat indigne en assurant la coordination des acteurs départementaux
Référence au PRS	PRS : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé SRP : agir sur les risques sanitaires et environnementaux – lutter contre l'habitat indigne PRAPS : améliorer la coordination des acteurs
Objectifs poursuivis	Le dispositif de lutte contre l'habitat indigne nécessite des interventions coordonnées des différents acteurs locaux chargés de cette thématique. Un réseau d'acteurs a été constitué en 2005 à l'initiative de la DDASS et s'est élargi progressivement. La DT ARS en assure et en poursuit le pilotage.
Points clés de l'action à mener	<ul style="list-style-type: none"> • Développer et renforcer le réseau d'acteurs locaux pour disposer d'une compétence partagée et d'une vision globale en matière de lutte contre l'habitat indigne. • Favoriser le repérage de l'habitat indigne en mettant en commun les signaux reçus par les différents services et en développant le repérage de terrain. • Assurer la gestion de tous les cas identifiés et les dossiers dans toute leur complexité (mise en œuvre coordonnée des dispositifs de chaque acteur). • Donner toute leur portée aux arrêtés de police spéciale. • Renforcer l'information juridique et l'assistance des communes pour traiter les questions d'habitat indigne. • Assurer un lien étroit avec la gestion du DALO et la commission de prévention des expulsions locatives. • Faire le lien avec les situations de non-décence. • Assurer la bonne information des occupants.
Leviers d'action	Pilote : DT ARS Partenaires : CG, DDT-ANAH, DDCSPP, CAF, MSA, UDAF, Ville de Dreux, SCHS de Chartres, ...
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Connaissance des acteurs - Orientation des dossiers – Partage de l'information – Vision transversale et globale – mise en synergie des moyens d'intervention de chacun des acteurs concernés par les questions de salubrité des logements
Réalisation de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer aux différentes catégories d'acteurs d'adhérer au dispositif. • Informer et sensibiliser les partenaires sur les dispositifs de lutte contre l'habitat indigne. • Concevoir des actions ciblées qui tiennent compte du rôle de chacun des acteurs. • Rappeler aux maires la mise à disposition des outils leur permettant de mettre en œuvre leurs pouvoirs de police. • Former les utilisateurs à l'application internet ARIANE, outils de gestion des procédures et d'échange de données dans le domaine de l'habitat dégradé.
Responsable de l'action	DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale)
Indicateur de suivi	Nombre de réunions du pôle LHI – Nombre de dossiers instruits – Nombre de dossiers relevant d'une procédure au titre du code de la santé publique – Nombre d'utilisateurs formés à l'application informatique ARIANE.
Référént de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Daniel BRACHET - IES

Fiche action n° 4	
Intitulé de l'action	Promouvoir la vaccination tout au long de l'année via la constitution d'un groupe technique départemental permanent
Référence au PRS	Schéma régional de Prévention : promouvoir les vaccinations
Objectifs poursuivis	<ul style="list-style-type: none"> - Restaurer l'image et la perception de la vaccination auprès du public. - Répondre à la demande de nombreux acteurs qui considèrent dommageable de n'aborder la vaccination qu'à l'occasion de la semaine européenne. - Susciter une dynamique interprofessionnelle et interinstitutionnelle durable.
Points clés de l'action à mener	Obtenir l'adhésion des acteurs locaux appelés à constituer le groupe technique permanent.
Leviers d'action	Mettre à profit les actions développées dans le cadre de la semaine européenne pour poursuivre la dynamique et la faire vivre tout au long de l'année.
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Améliorer le taux de couverture vaccinale : <ul style="list-style-type: none"> • par des actions de communication concertées et coordonnées ; • par une meilleure coordination des acteurs.
Réalisation de l'action	Constitution du groupe technique départemental. Elaboration d'un plan d'action annuel. Suivi des actions mises en œuvre.
Responsable de l'action	DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale) + CESEL
Indicateur de suivi	Nombre de partenaires associés, nombre d'actions mises en œuvre en sus de la semaine annuelle.
Réfèrent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Kévin WATON

Fiche action n° 5	
Intitulé de l'action	Parcours coordonné des adultes en situation de troubles psychiques
Référence au PRS	<p>PRAPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif 2 - Action 2.1 : systématiser le recours aux dispositifs d'orientation et d'accompagnement des publics précaires ; • Objectif 3 - Action 3.2 : promouvoir et développer des modalités d'intervention spécifiques « aller vers » permettant des consultations avancées en faveur des publics précaires.
Objectifs poursuivis	La construction d'un parcours de soins coordonné pour les adultes en situation de troubles psychiques implique de créer un partenariat entre l'ensemble des partenaires départementaux intervenant dans le champ de la santé mentale. A partir du mois de janvier 2013, la DT ARS a organisé une série de réunions préliminaires avec un groupe restreint d'acteurs pour définir le cadre d'un tel partenariat. Sur le fondement de cette réflexion, un groupe de travail départemental doit être constitué.
Points clés de l'action à mener	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir un état des lieux visant à définir les articulations entre les différents opérateurs de la santé mentale dans le 28 ; • Identifier les difficultés et les points de rupture en amont et en aval de la prise en charge hospitalière des troubles psychiques ; • Réfléchir aux pistes d'amélioration possibles s'agissant : <ul style="list-style-type: none"> - en amont : du repérage et de l'accompagnement des personnes en situations de troubles psychiques ainsi que de leurs familles ; - en aval : des relais susceptibles d'assurer un suivi de situation à domicile notamment en lien avec les structures hospitalières spécialisées (CMP notamment)
Leviers d'action	Partenaires : CH de Dreux et de Bonneval, réseaux santé social de Nogent-le-Rotrou et de Châteaudun, EMPP, service social du CG, DDCSPP 28, UNAFAM, ALVE, Foyer d'Accueil Chartrain.
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	<p>Coordonner l'action des différents acteurs du champ de la santé mentale en amont comme en aval de la prise en charge hospitalière des troubles psychiques.</p> <p>Permettre une prise en charge de personnes éloignées des soins ou refusant de s'engager dans un processus de soins.</p>
Réalisation de l'action	2014
Responsable de l'action	DT ARS 28
Indicateur de suivi	<p>Nombre de réunions du groupe de travail</p> <p>Mise en œuvre des dispositifs validés par les acteurs tant pour l'amont (accès aux soins, prévention des hospitalisations en urgence), que pour l'aval (accompagnement après retour à domicile, prévention des rechutes, observance du traitement)</p>
Référént de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Kévin WATON

Fiche action n° 6	
Intitulé de l'action	Accompagner le RASSEL pour un déploiement départemental
Référence au PRS	PRAPS Objectif 1 : améliorer la lisibilité des dispositifs en direction des plus démunis Objectif 2 : améliorer la coordination des acteurs
Objectifs poursuivis	L'objectif du RASSEL (réseau d'accès aux soins de santé en Eure-et-Loir) est de garantir, par une coordination des professionnels concernés, un suivi médico-psycho-social des patients en situation de grande précarité dès lors que ces derniers font l'objet d'une consultation médicale soit à la PASS (permanence hospitalière d'accès aux soins et aux droits), soit aux urgences. Le réseau est rattaché au centre hospitalier de Chartres. Les acteurs du réseau ont conscience de la nécessité de couvrir une zone géographique plus vaste que celle de la seule agglomération chartraine. Pour y parvenir, il est nécessaire que le réseau puisse à la fois tisser des liens de partenariat avec le plus grand nombre possible de professionnels, mais également que des facilités lui soient offertes pour tenir des permanences décentralisées au plus près des territoires.
Points clés de l'action à mener	Obtenir l'adhésion des professionnels pour accueillir les publics précaires orientés par les PASS.
Leviers d'action	Les médecins coordonnateurs des maisons de santé pluridisciplinaires constituent un point d'entrée permettant à la PASS de mieux se faire connaître des professionnels de la MSP (effet démultiplicateur d'une intervention en MSP pour élargir le nombre de professionnels susceptibles d'accueillir des patients orientés par la PASS après évaluation médicale par le RASSEL). Partenariat à conforter ou à établir avec les équipes des urgences des centres hospitaliers de Nogent-le-Rotrou (arrivée d'un nouveau travailleur social) et de Châteaudun.
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Favoriser l'accès aux soins des publics précaires en tissant un réseau de professionnels au-delà de la seule agglomération de Chartres.
Réalisation de l'action	La DT-ARS transmet au RASSEL les coordonnées des médecins coordonnateurs des MSP du département. Le RASSEL établit les contacts nécessaires à la fois avec les MSP mais également avec la responsable départementale du service social du Conseil général pour favoriser et/ou faciliter les échanges et relations avec les travailleurs sociaux des différentes circonscriptions territoriales. Point d'étape annuel ou bisannuel entre le RASSEL et la DT-ARS.
Responsable de l'action	RASSEL + DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale)
Indicateur de suivi	Nombre de professionnels « intégrés » au fonctionnement du réseau Nombre de permanences décentralisées et diversité des lieux d'intervention
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Nathalie KURZAWA

Fiche action n° 7	
Intitulé de l'action	CDAG-CIDDIST de Dreux : organiser des permanences « hors les murs » sur le territoire de Nogent-le-Rotrou
Référence au PRS	PRS : promouvoir l'égalité devant la santé SRP : renforcer les stratégies de dépistage
Objectifs poursuivis	La proximité constitue un facteur de réduction des inégalités d'accès à la santé. Il s'agit de permettre aux usagers des secteurs de Nogent-le-Rotrou de bénéficier des prestations proposées par le CDAG-CIDDIST du centre hospitalier de Dreux CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit (VIH et hépatites). CIDDIST : centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.
Points clés de l'action à mener	Obtenir l'accord des deux acteurs principaux que sont les centres hospitaliers de Dreux (support du CDAG-CIDDIST) et de Nogent-le-Rotrou pour ouvrir des plages de permanences, de préférence dans les locaux du centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou.
Leviers d'action	
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Faciliter l'accès des publics aux dispositifs de dépistage. Accroître le taux de dépistages.
Réalisation de l'action	Réunions de travail avec les responsables des centres hospitaliers et les professionnels du CDAG-CIDDIST pour définir les modalités pratiques de mise en œuvre (freins et leviers), les mutualisations éventuelles....
Responsable de l'action	Centre hospitaliers de Dreux et de Nogent-le-Rotrou. DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale)
Indicateur de suivi	Ouverture de la permanence « décentralisée » à Nogent-le-Rotrou.
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Kévin WATON

Fiche action n° 8	
Intitulé de l'action	CDAG-CIDDIST de Chartres : organiser des permanences « hors les murs » sur le territoire de Châteaudun
Référence au PRS	PRS : promouvoir l'égalité devant la santé SRP : renforcer les stratégies de dépistage
Objectifs poursuivis	La proximité constitue un facteur de réduction des inégalités d'accès à la santé. Il s'agit de permettre aux usagers des secteurs de Châteaudun de bénéficier des prestations proposées par le CDAG-CIDDIST du centre hospitalier de Chartres CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit (VIH et hépatites). CIDDIST : centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.
Points clés de l'action à mener	Obtenir l'accord des deux acteurs principaux que sont les centres hospitaliers de Chartres (support du CDAG-CIDDIST) et de Châteaudun pour ouvrir des plages de permanences, de préférence dans les locaux du centre hospitalier de Châteaudun.
Leviers d'action	
Coût	Aucun
Bénéfices attendus	Faciliter l'accès des publics aux dispositifs de dépistage. Accroître le taux de dépistages.
Réalisation de l'action	Réunions de travail avec les responsables des centres hospitaliers et les professionnels du CDAG-CIDDIST pour définir les modalités pratiques de mise en œuvre (freins et leviers), les mutualisations éventuelles....
Responsable de l'action	Centres hospitaliers de Chartres et de Châteaudun. DT-ARS (Pôle Santé Publique et Environnementale)
Indicateur de suivi	Ouverture de la permanence « décentralisée » à Châteaudun.
Réfèrent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Kévin WATON

Volet
"Accès aux soins de premier
recours"

1. Rappel des enjeux et des objectifs

1.1. Définitions :

La loi relative à l'Hôpital aux Patients à la Santé et aux Territoires (Loi HPST) rappelle que « l'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (art. 1411-11 du Code de la Santé publique).

Les soins visés sont :

- La prévention : vaccinations, conseils brefs, et participation aux campagnes nationales
- Le dépistage : organisé (cancer du sein et du colon) ; individuel (vis à vis des patients à risque)
- La continuité et la permanence des soins.
- Le diagnostic, le traitement et le suivi des patients :
 - prise en charge des symptômes courants
 - prise en charge des maladies chroniques avec notamment :
L'éducation thérapeutique et le maintien à domicile ainsi que les soins palliatifs.
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social adapté aux patients : rôle de coordination

Le Projet régional de Santé précise que :

- « Le médecin généraliste est l'acteur incontournable du 1^{er} recours : porte d'entrée pour accéder au système de soins »
- Le mode d'exercices regroupés est favorisé. Il permet de ne plus travailler de manière isolée et concilie ainsi qualité des soins et qualité de vie des professionnels de santé ; d'autres professionnels de santé y contribuent également comme les infirmières, masseurs kiné, pharmacies d'officine, chirurgiens-dentistes, laboratoires d'analyses médicales, centres de santé, spécialistes à accès direct (Ophtalmologues, gynécologues, psychiatres)...

1.2. Les caractéristiques de la démographie des professionnels de santé dans le département :

1.2.1. La problématique de la démographie des professionnels de santé est particulièrement préoccupante en Eure-et-Loir,

notamment en Beauce, territoires où le caractère rural est prononcé et dans les franges franciliennes, zones confrontées à la proximité et à l'attractivité de l'Île de France :

Ainsi, **8 zones fragiles « SROS » ont été identifiées pour le département d'Eure et Loir** dans l'arrêté du DGARS (cf carte en annexe n°1). Sont définies comme zones fragiles les zones « où une part de la population vit dans un bassin de vie avec une densité en omnipraticiens inférieure de 30% à la densité (moyenne) de la France ».

	Densité en MG
France	85,4 / 100 000 hbts
Région Centre	74,3 / 100 000 hbts
Eure et Loir	66,3 / 100 000 hbts

Au-delà des médecins généralistes, il convient de souligner une situation plus dégradée que la moyenne régionale pour ce qui concerne les médecins spécialistes et les infirmiers :

	Densité en Médecins Spécialistes	Densité en IDE
France	87,1 / 100 000 hbts	81 / 100 000 hbts
Région Centre	67,6 / 100 000 hbts	78 / 100 000 hbts
Eure et Loir	51,8 / 100 000 hbts	61 / 100 000 hbts

1.2.2. La pyramide des âges des médecins généralistes en Eure et Loir est particulièrement défavorable :

50% des médecins en exercice vont partir à la retraite dans les 10 ans à venir.

1.2.3. Une vigilance à accroître en matière d'inégalités d'accès aux soins :

L'association gérant la permanence des soins ambulatoire (ADOPS) a souhaité réviser la permanence de semaine (de 20H à 24 H sur tout le département jusqu'avril 2013), au motif du faible nombre d'actes réalisés, et de la contrainte excessive imposée aux médecins. Cette demande porte sur l'ensemble du département, à l'exception du secteur de La Loupe, et de celui de Chartres, desservi par la Maison Médicale de Garde.

Il a été expérimenté sur les 6 secteurs hors Chartres et La loupe depuis mai 2013 un arrêt de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) à 22 H. En novembre 2013, il a pu être constaté que cette expérimentation n'avait pas impacté la file active des urgences hospitalières des différents hôpitaux du département. En effet, il convient de savoir que moitié environ des appels traités par la régulation de ville peuvent être traités par du conseil médical téléphonique, 17 % des patients ont une consultation avec le médecin de ville de garde et 13 % se rendent à la Maison Médicale de Garde de Chartres.

L'hôpital de Dreux propose, depuis mai 2013, une Consultation Non Programmée de Médecine Générale, qui contribue à cette permanence : organisée à côté des urgences, on y accède après examen de sa situation par une infirmière spécialement formée de l'hôpital, qui juge que la situation relève bien de la médecine de ville. Le dispositif fonctionne comme une MMG, hormis le statut des médecins, tous les soirs de 17 à 23H 30 et le week-end (moyenne : 10 patients / soir de semaine ; 15 / jour de WE au bout de 6 mois de fonctionnement).

Le bénéfice du dispositif sur l'offre de soins à la population sera évalué après un an de fonctionnement.

Compte tenu de ces différents éléments, une réflexion est actuellement engagée avec les partenaires sur l'opportunité de poursuivre cette PDSA des soirs de semaine. L'ARS doit veiller à maintenir une égalité d'accès aux soins à l'ensemble de la population du territoire.

Il existe toutefois des points forts dans le département :

1.2.4. L'accessibilité potentielle localisée (APL) démontre une situation plutôt positive :

Six communes seulement sont situées à plus de 30 mn d'un lieu de soins d'urgence (canton de Voves).

1.2.5. Le nombre de maitres de stage en médecine générale est satisfaisant :

30 médecins étaient maîtres de stage en 2011, 38 personnes l'étaient en 2012 et 45 médecins sont maîtres de stage depuis 2013.

1.2.6. Des réseaux prêts à soutenir la médecine ambulatoire :

Plusieurs réseaux de santé thématiques existent dans le département :

- la Maison des Adolescents, située à Dreux et portée par l'hôpital, elle a vocation à bénéficier à l'ensemble des jeunes et leurs parents du département à terme.
- Le réseau Onco 28, en lien avec le réseau Onco Centre, dont l'objet est de coordonner le parcours de santé des patients atteints de cancer (adultes et enfants) par le biais du développement de soins de supports entre autres
- Le réseau RASSEL, qui a pour objet de garantir un suivi médical aux personnes en situation de précarité
- Le réseau Addictions 28, qui a vocation à favoriser l'accès aux soins en addictologie en développant la coordination des acteurs et professionnels de santé du territoire

Ces réseaux peuvent apporter un appui aux professionnels du 1^{er} recours dans le parcours de santé du patient.

Des réseaux régionaux existent également (Oncocentre, Neurocentre, Périnatal Centre et le réseau régional de soins palliatifs) . Cet ensemble peut contribuer à améliorer la prise en charge de patients « complexes » (information, formation, accès à des services,...).

Cette collaboration réseaux / MSP fera l'objet d'une réflexion plus poussée en 2014.

Face à cette situation, et à la nécessité de pouvoir offrir un accès à un médecin généraliste de proximité, plusieurs leviers ont été identifiés :

- Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) sont considérées comme susceptibles de résoudre certaines difficultés, grâce à des modalités d'exercice regroupé, de travail en équipe pluridisciplinaire, voire, dans certains cas, de délégations de tâches, toutes choses prisées des nouvelles générations de médecins généralistes. Cela permet en outre d'assurer une offre de soins de premier niveau et de proximité à la population, rendant ainsi plus attractifs des territoires risquant le dépeuplement.
- Le travail en concertation avec les collectivités locales permet une réflexion cohérente sur l'aménagement du territoire en matière d'offre de soins de premier recours
- Les Centres de Santé sont une offre de soins à inclure dans le panorama local, voire à conforter

2. Objectifs stratégiques

2.1. Les pratiques d'exercice regroupé et plus particulièrement les MSP :

En septembre 2013, on compte 8 MSP ou cabinets d'exercice regroupé (CER) en activité dans le département : SOURS (CER, depuis 2007), CHERISY (depuis 2009), COULOMBS (depuis 2011), BAILLEAU L'EVEQUE (depuis 2011), ORGERES EN BEAUCE (avril 2012), JANVILLE (octobre 2012), LA LOUPE (novembre 2012), CHATEAUDUN (novembre 2012), SENONCHES (juin 2013)

Une ouverture est programmée pour le 1^{er} semestre 2014 : BONNEVAL.

D'autres projets sont en gestation, à des niveaux variables d'avancement.

Le tableau qui suit détaille les financements publics dont ont pu bénéficier ces structures (cf lexique en annexe)

Commune D'implantation	Date D'ouverture	Attribution de subventions publiques	Observations
SOURS	2007	Contrat départemental de développement rural (CG)	
CHERISY	2009	Non, autofinancement	
COULOMBS	2011	CPER (contrat de pays)	
BAILLEAU L'EVEQUE	2011	CPER, DETR et subvention CG	
ORGERES EN BEAUCE	2012	DDR et CDDI (CG)	
CHATEAUDUN	2012	CPER, DETR, Conseil général, ACSé, Contrat de Pays	Réserve Pdense Rép
JANVILLE	2012	DETR, CDDI et Conseil général	Réserve parlementaire
LA LOUPE	2012	CPER, DDR et Conseil général	
SENONCHES	2013	CPER, CDDI, fonds européens « Leader », DDR Conseil régional	Réserve parlementaire
NOGENT LE ROTROU	2015	Demande CPER en cours	
CIVRY	?	Ne répond pas aux critères d'éligibilité au CPER	
MAINTENON	2015	Demande CPER en cours	

En rapprochant la cartographie des inégalités d'accès aux soins (typologie des cantons¹²), celle des MSP (ouvertes/ à ouvrir et projets d'implantation) et celle des zones fragiles il est possible de mettre en évidence des implantations prioritaires pour les MSP qui prennent en compte la situation des zones carencées et l'état socio-économique et sanitaire de la population:

CANTONS	Typologie du canton	Zone carencée	Projet de MSP ou MSP ouverte	Cohérence besoins / projets
Anet	A	non	BU (Projet poursuivi ?)	moyenne
Dreux ville, Dreux Ouest Dreux est Dreux sud	B et C	non	CNPMG du CH	bonne
Brezolles	C	non	Absence de projet	bonne
La Ferté Vidame	D	non	Absence de projet	moyenne
Senonches	D	non	MSP à Senonches	bonne
Châteauneuf en Thymerais	D	non	Projet à Tremblay les Villages (Projet poursuivi ?)	bonne
Nogent le Roi	A	non	MSP à Coulombs	moyenne
Maintenon	A	non	Projets à Maintenon, Saint Piat, Hanches	moyenne
Chartres ville	B	non	MMG du CH	bonne
Chartres nord est	A	non	Absence de projet	bonne

¹² Rappel des typologies des cantons :

A : cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante

B : Centres-ville, forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, très bonne offre de soins

C : cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD, en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers

D : cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes

Chartres SE et SO	A	non	MSP à Sours	bonne
Mainvilliers Lucé	C	non	Absence de projet	bonne
Auneau	D	non	Absence de projet	
Illiers-Combray	A	non	Absence de projet	bonne
Courville sur Eure	D	oui	Projet à Courville	bonne
La Loupe	D	oui	MSP à La Loupe	bonne
Thiron Gardais	D	oui	Projet à Thiron Gardais	bonne
Nogent le Rotrou	C	oui	Projet à Nogent	bonne
Authon du Perche	D	non	Absence de projet	
Brou	D	oui	Projet à Brou (Projet poursuivi ?)	bonne
Bonneval	D	oui	Projet à Bonneval	bonne
Voves	D	non	Absence de projet	
Janville	D	oui	MSP à Janville	bonne
Orgères en Beauce	D	Oui et non	MSP à Orgères	bonne
Cloyes sur le Loir	D	non	Absence de projet	moyenne
Châteaudun	C	oui	MSP à Châteaudun	bonne

L'analyse du tableau amène les constats suivants :

- **dans l'ouest et le sud du département**, zones globalement carencées, on retrouve des MSP ou des projets, à des degrés variables de maturité et de réalisation dans chaque canton. **Il y a donc cohérence entre offre et demande.**
- **Le canton de Maintenon** se caractérise par 3 projets concurrents dans une zone non carencée, dont la population ne présente globalement pas de difficultés particulières. **Un arbitrage sera nécessaire.**
- **Les deux agglomérations** ont une offre de soins satisfaisante, mais **au regard du volume de population, la MMG de Chartres et la Consultation Non Programmée de Médecine Générale de Dreux ont toute leur légitimité**, d'autant plus si la permanence des soins ambulatoire des soirs de semaine est remise en cause.

- **Inversement, aucun projet ne voit le jour dans les cantons de Voves et d'Auneau** : concernant Voves, il apparaît qu'il existe un cabinet d'exercice regroupé médical et paramédical, ce qui explique cette absence de projet. Concernant Auneau, il y aura lieu d'analyser plus précisément les besoins du canton.

Partant de ce constat, il peut être préconisé :

1-d'accompagner d'une aide méthodologique les promoteurs de MSP cumulant les critères de situation en zone carencée et dans un canton défavorisé.

Dans ce cadre, il est proposé d'accompagner plus particulièrement les projets de Courville sur Eure et de Bonneval.

- le projet de Courville est un projet sur deux communes, plus complexe à mener. Des professionnels de santé locaux sont intéressés pour travailler à ce projet, mais la concertation doit être soutenue par un appui méthodologique au projet de santé.
- Le projet médical de la MSP de Bonneval est prometteur du point de vue des coopérations pluriprofessionnelles, du travail sur l'Education Thérapeutique du Patient. Pour autant, ces missions sont actuellement analysées comme un surcroit de travail pour les professionnels de santé. Il est donc intéressant d'accompagner ce dossier pour évaluer la réalité de la mise en œuvre de ces travaux, et soutenir si possible ces nouvelles modalités de travail.

2- de poursuivre la veille active des services de l'ARS sur l'avancement des projets de MSP dans le département : contacts réguliers avec les promoteurs pour suivre l'avancement des dossiers, participation du DT ou de son adjoint aux réunions interinstitutionnelles avec les promoteurs. L'ARS pourra étudier l'opportunité de financements d'actions de prévention, de prise en charge de la coordination, notamment, via les nouveaux modes de rémunération....

3- de conforter les liens avec l'association J'M 28 (Jeunes Médecins 28) afin d'identifier avec eux les leviers de l'ARS les plus pertinents, d'entendre leurs besoins, de communiquer sur les différentes mesures du « **pacte territoire santé** » : par ex : le « référent-installation » régional comme aide à l'installation, les Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG).

2.2. Le travail en concertation avec les collectivités locales contribue à optimiser l'aménagement du territoire en matière d'offre de soins :

2.2.1. La connaissance fine et éprouvée qu'ont les collectivités locales de leur territoire est une source d'information précieuse pour les services de l'ARS :

De nombreuses communautés de communes ont un chargé de mission sur la thématique de l'aménagement du territoire, beaucoup d'entre elles ont déjà commandé des études démographiques, d'identification des besoins de la population. Dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, ces travaux sont une ressource documentaire très appréciable.

2.2.2. Ces mêmes collectivités ont fréquemment impulsé des dynamiques pour rendre leur territoire attractif aux professionnels de santé :

- Ainsi, le Conseil Général d'Eure et Loir, à travers son « Plan santé 28 » (délibération de l'assemblée départementale du 14 décembre 2011, poursuivant la mise en œuvre initiale datant de 2007) œuvre en faveur de l'amélioration de la démographie médicale grâce à des aides financières et logistiques à l'installation de jeunes médecins dans le département, en complément des aides à l'investissement des MSP : mise à disposition de logements meublés pour les internes de médecine générale, séminaires de médecine en visio-conférence, incitation des médecins à devenir maîtres de stage (prise en charge des frais de formation), indemnités de déplacement pour les internes en stage chez les MG du département, aides à l'installation (prêts à taux zéro). Le service de PMI, rattaché au Conseil Général d'Eure et Loir, accueille également des internes de médecine générale depuis quelques années.
- Le Délégué territorial de l'ARS a été systématiquement présent aux réunions de présentation de ce plan aux professionnels de santé, répondant par la même occasion aux questions relevant du champ de compétences de l'ARS.
- Les communautés de communes, voire, certaines communes (Bonneval, par exemple) contribuent également au financement des MSP.
- Enfin, le Conseil Régional apporte un appui financier à l'aide à l'investissement des MSP en région Centre

2.2.3. Le travail en collaboration entre les différents décideurs financiers contribue à accompagner l'aménagement du territoire :

Il convient de préciser qu'aux termes d'un accord établi en octobre 2011 entre le Conseil Régional, les services de l'Etat (Préfecture de région, relayée par les préfetures des départements) et les services de l'ARS compétents, les dossiers bénéficiant d'un avis favorable pour une subvention du Contrat de Plan Etat/ Région ou de la DETR sont des dossiers qui respectent le cadrage suivant :

- ⇒ Le projet de MSP doit intégrer un « socle minimum » de 2 MG avec au moins un professionnel paramédical. Un projet de santé doit être présenté, faisant état d'un travail pluridisciplinaire (partage du dossier informatique, réunions de synthèse sur des situations prises en charge par plusieurs professionnels de santé, travail sur la prévention...)
- ⇒ Le projet doit avoir une implantation dans une zone carencée en médecins généralistes ou dans le zonage pluriprofessionnel, arrêté par l'ARS et référencé dans le SROS ambulatoire, ce qui est cohérent avec la volonté de remédier à la désertification médicale.
- ⇒ Enfin, le projet doit être situé à une distance d'environ 20 kms au moins d'une autre MSP, toujours dans une perspective d'optimiser l'aménagement du territoire

Certaines communes, situées en Zone de Revitalisation Rurale, sont susceptibles de faire bénéficier des projets de MSP sur leurs territoires d'aides (exonération de taxes, par exemple).

Partant de ce constat, il peut être préconisé :

- 1-** De systématiser les relations de travail avec le Conseil Général pour poursuivre la dynamique d'attraction des professionnels de santé engagée
- 2-** De continuer à participer aux réunions pilotées par la Préfecture lorsqu'elle rencontre des porteurs de projet, et aux réunions des collectivités locales lorsqu'il y a réflexion sur l'élaboration d'un CLS.
- 3-** De poursuivre les contacts avec les élus porteurs de projets de santé, soit en leur apporter des données de santé publique lorsqu'elles leur font défaut, soit pour faire connaître la position de l'ARS sur leur projet au regard de son positionnement territorial, soit pour apporter une aide méthodologique à l'instruction d'un dossier

2.3. Les centres de santé : une modalité d'exercice regroupé et une réponse aux difficultés d'accès aux soins :

Il existe 6 centres de santé dans le département :

- a. Centre dentaire mutualiste à Mainvilliers : 3 fauteuils
- b. Clinique dentaire mutualiste à Dreux : 2 fauteuils, ces 2 centres sont gérés par la Mutualité des Œuvres Sociales des Travailleurs d'Eure et Loir
- c. Centre de soins et de prévention, à Chartres, géré par le CCAS de la ville
- d. Centre dentaire mutualiste à Chartres : 4 fauteuils, géré par la Mutualité Française d'Eure et Loir
- e. Centre de soins du prieuré à Epernon
- f. Centre de soins infirmiers à Janville, géré par l'ADMR

Ces centres, dentaire ou de soins infirmiers, favorisent l'accès aux soins puisque leurs caractéristiques sont de pratiquer des tarifs exclusivement conventionnés et de pratiquer le tiers-payant.

- *L'implantation des centres dentaires et du centre de soins de Chartres est intéressante, puisqu'ils sont situés dans des cantons typés C ou B. Ils sont donc susceptibles de répondre aux besoins d'une population plutôt défavorisée.*

En termes d'accès géographique, le cabinet de Mainvilliers bénéficie d'un arrêt de bus à proximité, dans une commune peu favorisée.

De même, le Centre de Soins, géré par le CCAS de Chartres, situé dans un quartier identifié «politique de la ville », joue un rôle très positif d'un point de vue accès aux droits et aux soins (visites à domicile au besoin), prévention/éducation à la santé, accompagnement amont et aval d'une hospitalisation, mise en réseau avec le secteur médico-social, aide aux démarches..

- Le centre de soins infirmiers de Janville est situé dans un secteur défavorisé : zone déficitaire en MG et canton qualifié « D ». Il a d'ailleurs vocation à rejoindre la MSP dont l'ouverture est prévue début 2013.

Partant de ce constat, il peut être préconisé de :

1- Avoir des contacts réguliers avec ces centres, de façon à mieux les prendre en compte dans l'offre de soins : ex : à l'occasion des bilans réalisés par la DT ARS dans ces centres, une information a été apportée à la DT , selon laquelle un centre travaille de façon régulière avec des personnes handicapées de la Fondation d'Aligre, et avec un EHPAD, pour réaliser des soins dentaires : d'autres actions pourraient sans doute être développées auprès d'une population qui rencontre des difficultés d'accès aux soins dentaires.

2- Inciter les chirurgiens-dentistes à devenir maitres de stage au bénéfice des internes ainsi que le suggère le « pacte territoire santé » , de manière à faire découvrir un mode d'exercice différent aux futurs praticiens et les attirer sur des territoires sous-dotés.

ANNEXE 1 : cartographie des zones fragiles

ANNEXE 2 : liste des sigles des subventions publiques :

- CPER : Contrat de Plan Etat-Région
- DETR : Dotation d'équipement des territoires ruraux
- CDDI : Contrat Départemental de Développement Intercommunal (propre à l'Eure et Loir, depuis 2007, au bénéfice des communautés de communes)

Fiches actions

Intitulé de l'action	Fiche action n°1 Apporter une aide méthodologique au projet de MSP de Courville
Objectifs poursuivis	Contribuer à la sortie de terre de la MSP, à l'intégration des PS
Points clé de l'action à mener	<p>Obtenir le permis de construire pour le local de Courville, point de départ de l'examen des demandes de subvention CPER (ne dépend pas de l'ARS)</p> <p>Conseiller les promoteurs sur le projet médical (cahier des charges, statut SISA, incitation au travail transversal sur dossiers complexes, ETP...)</p>
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Améliorer l'offre de soins ambulatoire de la population et faciliter le travail des professionnels de santé
Planning	2 nd semestre 2013
Responsable de l'action	Communauté de Communes du Courvillois
Responsable du contrôle	Sur la partie projet médical : la DT ARS

Intitulé de l'action	Fiche action n°2 Evaluer l'impact des actions de coopération des professionnels de santé de la MSP de Bonneval
Objectifs poursuivis	Mettre en place des actions de soins pluriprofessionnelles au bénéfice des patients
Points clé de l'action à mener	Rencontrer régulièrement les professionnels de santé de cette MSP pour évaluer les actions de coopération (2 ou 3 indicateurs)
Coût	Financement éventuel des actions d'éducation thérapeutique du patient, ou de l'étude de cas complexes (par le biais de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération)
Bénéfices attendus	Améliorer le suivi des patients porteurs de maladies chroniques, éviter des examens en doublon, efficience dans les prises en charge
Planning	Année 2014
Responsable de l'action	Dr Cottet, médecin coordonnateur de la MSP
Responsable du contrôle	DT ARS

Intitulé de l'action	Fiche action n°3 Poursuivre la veille active des services de la DT ARS sur l'avancement des projets de MSP dans le département
Objectifs poursuivis	Contribuer à la régulation de l'offre ambulatoire sur le territoire
Points clé de l'action à mener	Avoir des contacts réguliers avec les promoteurs de projet Etre repérés comme ressource par les promoteurs, dans le but de les aider à construire des dossiers conforme au cahier des charges régional
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Gain de temps pour les professionnels de santé désireux de ce mode de travail, ainsi que pour les élus
Planning	2 nd semestre 2013 et années suivantes
Responsable de l'action	la DT ARS
Responsable du contrôle	Conférence de territoire, instances régionales de démocratie sanitaire,...

Intitulé de l'action	Fiche action n°4 Conforter les liens avec l'association JM'28
Objectifs poursuivis	Avoir une meilleure connaissance des préoccupations des futurs MG souhaitant s'installer en Eure et Loir et leur apporter les ressources documentaires liées à cette installation
Points clé de l'action à mener	Identifier les leviers de l'ARS et des politiques de santé susceptibles de favoriser leur décision d'installation
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Améliorer la démographie médicale, voire paramédicale du département
Planning	2 nd semestre 2013 et années suivantes
Responsable de l'action	la DT ARS
Responsable du contrôle	Conférence de territoire, instances régionales de démocratie sanitaire,...

Intitulé de l'action	Fiche action n°5
	<p>Poursuivre la participation aux réunions pilotées par la Préfecture lorsqu'elle rencontre des porteurs de projet, et aux réunions des collectivités locales lorsqu'il y a réflexion sur l'élaboration d'un CLS.</p>
Objectifs poursuivis	<p>Vérifier la conformité des projets aux orientations nationales en matière de MSP et communiquer sur l'accompagnement possible des projets par l'ARS sur le projet médical</p> <p>Contribuer à la priorisation des dossiers dans les zones carencées du territoire</p>
Points clé de l'action à mener	<p>Maitriser les ressources documentaires sur le sujet</p>
Coût	<p>Néant</p>
Bénéfices attendus	<p>Faciliter la mission des promoteurs de projets et apporter au territoire une offre de soins ambulatoire dynamique et cohérente</p>
Planning	<p>2nd semestre 2013 et années suivantes</p>
Responsable de l'action	<p>la DT ARS</p>
Responsable du contrôle	<p>Conférence de territoire, instances régionales de démocratie sanitaire,...</p>

Intitulé de l'action	Fiche action n°6
Systématiser les relations de travail avec le Conseil Général pour poursuivre la dynamique d'attraction des professionnels de santé engagée	
Objectifs poursuivis	Développer une politique concertée et conjointe d'attraction des professionnels de santé sur le territoire
Points clé de l'action à mener	Echange d'informations sur les projets portés par chaque partie à l'action pour mener ensuite des actions efficaces d'accompagnement Application du Pacte Territoire Santé et du Plan santé 28
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Améliorer la démographie médicale, voire paramédicale du département
Planning	2 nd semestre 2013 et années suivantes
Responsable de l'action	la DT ARS
Responsable du contrôle	Conférence de territoire, instances régionales de démocratie sanitaire,...

Intitulé de l'action	Fiche action n°7 Développer le travail avec les centres de santé du département
Objectifs poursuivis	Mieux prendre en compte leur activité dans l'offre de soins du territoire et les associer aux actions préconisées par le Pacte Territoire Santé
Points clé de l'action à mener	Rencontres régulières Inciter les chirurgiens-dentistes à devenir maîtres de stage dès que la réglementation aura acté cette préconisation
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Meilleure couverture du territoire en terme d'offre de soins, voire de PDSA
Planning	2 nd semestre 2013 et années suivantes
Responsable de l'action	la DT ARS
Responsable du contrôle	Conférence de territoire, instances régionales de démocratie sanitaire,...

Volet "Filière gériatrique"

1. Rappel des enjeux et des objectifs

Le projet de développement des filières gériatriques d'Eure et Loir s'inscrit dans le plan stratégique régional de santé (PSRS) porté par l'ARS du Centre qui a défini trois axes structurants :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Faire face au défi de la démographie des professionnels de santé
- Développer la performance du système de santé

Il s'agit, en développant les filières gériatriques, de **mieux structurer sur un plan territorial la prise en charge des patients âgés et de rendre lisibles et accessibles les dispositifs pour patients et professionnels.**

Ce projet s'inscrit également dans un cadre national puisque le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 s'était fixé comme objectif de **renforcer les liens entre l'hôpital et les personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou à domicile.**

Sur cette base, l'ARS du Centre a initié en 2012 sur chacun de ses territoires de santé un travail d'analyse des filières gériatriques existantes et réuni en 2013 les acteurs concernés afin de définir les axes de progrès possibles.

La présente feuille de route décline pour l'Eure et Loir les axes de développement des différentes filières gériatriques avec toujours les mêmes finalités, à savoir mieux coordonner les dispositifs existants, éviter le parcours du combattant, prévenir la perte d'autonomie et améliorer la qualité des soins pour :

1/ améliorer le diagnostic précoce des facteurs de fragilité avec les acteurs du domicile, (repérage, troubles cognitifs, chutes, troubles de nutrition, mauvaise observance médicamenteuse, etc...)

2/ limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les PA à domicile

3/ limiter le recours en hospitalisation en urgences pour les PA en EHPAD

Ainsi, **8 groupes de travail se sont réunis au premier semestre 2013** : 4 groupes correspondant chacun à l'un des 4 bassins de vie du département : zone de Chartres, de Dreux, de Nogent le Rotrou et de Châteaudun. Dans chacun de ces groupes, des représentants des centres hospitaliers (administratifs et médecins, préférentiellement gériatres), des directeurs d'EHPAD et des médecins coordonnateurs, des représentants des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ont apporté leur contribution à la réflexion.

4 groupes thématiques ont également été réunis : un sur le thème des soins bucco-dentaires en EHPAD, un sur la gérontopsychiatrie, un sur la télémédecine, et le dernier sur l'hospitalisation des personnes âgées. Ces groupes de travail ont associé des experts locaux : l'Union Française de Santé Bucco-dentaire (UFSBD), des psychiatres, les services d'urgence et des représentants de l'Equipe Départementale d'Appui en Soins Palliatifs (EADSP)...

2. Diagnostic départemental

2.1. Le contexte départemental

- Population

Si l'Eure et Loir dispose, comparativement aux autres départements de la région Centre, d'une **population relativement jeune, sa répartition sur le territoire est très contrastée**. En effet, le vieillissement du sud-ouest du département (les zones de NOGENT LE ROTROU et CHATEAUDUN) est plus prononcé et est même supérieur à la moyenne régionale. A l'inverse, les zones d'emploi de CHARTRES et surtout de DREUX sont les zones géographiques les plus jeunes de toute la région Centre (1^{ère} et 3^{ème} positions pour DREUX et CHARTRES).

- Equipement social et médico-social

- **L'Eure et Loir dispose d'une offre quantitative en EHPAD globalement satisfaisante** (au-dessus de la moyenne régionale elle-même au-dessus de la moyenne nationale) et plutôt bien répartie sur tout le territoire (puisque tous les cantons à l'exception de celui de la FERTE-VIDAME – qui est le canton le moins peuplé – disposent a minima d'un EHPAD). Les principales insuffisances repérées concernent :
 - un **manque de lisibilité des unités spécifiques "Alzheimer"** : en l'absence de labellisation officielle de ces unités, il est difficile de recenser précisément les EHPAD offrant un accompagnement spécialisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.
 - un déséquilibre entre l'offre publique et l'offre privée sur l'agglomération chartraine qui pose des **problèmes d'accessibilité tarifaire**
 - une **diversification des modes d'accueil insuffisante**, notamment en termes d'accueil de jour.
- **L'équipement en SSIAD est, quant à lui, plus en retrait** puisque l'Eure et Loir dispose du taux **le plus bas de la région Centre**. D'importants efforts ces dix dernières années ont permis de doubler l'équipement départemental

qui reste toutefois inférieur aux besoins théoriques du département. Ce sous-équipement est atténué par une sectorisation des SSIAD qui garantit une couverture complète du département et par un équipement important en EHPAD qui favorise l'institutionnalisation des personnes âgées.

- Sur le volet de la coordination, le Conseil Général d'Eure et Loir a développé deux CLIC couvrant le nord (DREUX) et le sud (CHATEAUDUN) du département. L'ouverture de deux CLIC supplémentaires (à NOGENT LE ROTROU et CHARTRES) est inscrite par le Conseil Général dans son schéma gérontologique. Par ailleurs, une MAIA est actuellement installée à DREUX.

2.2. L'équipement par bassin de vie

La structuration gériatrique du département est organisée aujourd'hui autour de 4 centres hospitaliers de référence (CHARTRES, CHATEAUDUN, DREUX et NOGENT LE ROTROU) auxquels s'ajoute un centre hospitalier de taille plus limitée mais qui s'est spécialisé dans la gériatrie (LA LOUPE).

Ces différentes zones offrent des prestations très hétérogènes, que ce soit en termes de plateaux techniques ou de pratiques.

La zone de CHARTRES

La filière est quasi-complète puisqu'elle comporte :

- 53 lits de court séjour gériatrique
- 80 lits de SSR gériatrique
- 2 lits d'hôpital de jour
- une consultation gériatrique standardisée
- une consultation mémoire
- une équipe mobile gériatrique intra-hospitalière.

Le Centre Hospitalier, qui a densifié dernièrement sa capacité de médecine gériatrique, a su créer des liens avec les acteurs extrahospitaliers dans la mesure où 40 % de ses admissions en médecine gériatrique sont réalisées hors passage par les urgences.

Les difficultés de sa filière gériatrique concernent principalement les délais d'attente assez longs à l'hôpital de jour (UGOS). L'accueil des urgences, longtemps jugé peu satisfaisant par les EHPAD, s'est considérablement amélioré depuis début 2012.

Enfin, la filière gériatrique ne comporte aucun lit d'USLD ni d'unité cognitivo-comportementale (UCC).

La zone de CHATEAUDUN

Si l'analyse de son fonctionnement a mis en évidence un dynamisme retrouvé et une ouverture sur l'extérieur, la filière gériatrique présente aujourd'hui plusieurs faiblesses :

- une capacité de médecine gériatrique insuffisante
- l'absence de consultation gériatrique standardisée et d'hôpital de jour
- un lien avec les EHPAD de proximité à renforcer.

La filière gériatrique de CHATEAUDUN comporte à ce jour :

- 5 lits de médecine gériatrique et 3 lits de soins palliatifs
- 50 lits de SSR non spécialisés
- 40 lits d'USLD dont 12 places d'UHR

La zone de DREUX

La filière de DREUX est aujourd'hui incomplète et surtout éclatée. En l'absence de pôle gérontologique, il n'existe pas véritablement de chef de service médical assurant la coordination et la cohésion de l'ensemble. De même, l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière apparaît assez démunie.

En outre, en termes de plateaux techniques, la filière de DREUX présente deux insuffisances :

- l'absence d'hôpital de jour. Les consultations gériatriques standardisées mises en place récemment ne répondent pas totalement à la demande. Très utiles pour une première approche, elles ne permettent pas la réalisation d'un bilan complet et pluridisciplinaire dans un temps réduit. Par ailleurs, elles mobilisent des moyens importants pour une valorisation faible, ce qui peut mettre en cause leur pérennité.

- les consultations "mémoire". Elles sont aujourd'hui rattachées au service de neurologie et ne sont pas forcément coordonnées avec le service de gériatrie.

Au final, la filière gériatrique de DREUX dispose de :

- 15 lits de médecine gériatrique
- 50 lits de SSR
- 92 lits d'USLD
- une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière.

La zone de NOGENT LE ROTROU – LA LOUPE

Cette zone présente la particularité de s'appuyer sur deux centres hospitaliers :

- le CH de NOGENT LE ROTROU qui, en dehors de l'EHPAD, n'a pas identifié de structures ou de moyens médicaux spécifiques à la gériatrie. Le CH dispose aujourd'hui de 60 lits de médecine générale et de 30 lits de SSR généraliste.
- le CH de LA LOUPE qui répond principalement aux besoins de son canton ; il se distingue par une offre graduée intéressante (médecine, SSR, USLD, EHPAD) et son dynamisme médical. Il n'a cependant mis en place ni hôpital de jour ni consultation gériatrique. Il est à noter qu'une collaboration efficace existe avec le CH de DREUX. Par ailleurs, le service de médecine reste assez peu exploité par les EHPAD de proximité. La capacité de cet hôpital est la suivante :
 - 15 lits de court séjour gériatrique
 - 17 lits de SSR
 - 40 lits d'USLD médecine gériatrique



Enfin, dans le domaine de la psychiatrie adulte, le département s'appuie sur 6 secteurs rattachés à deux établissements de psychiatrie :

- le Centre Hospitalier de BONNEVAL qui intervient sur 4 secteurs. Cet établissement dispose également d'une capacité de 50 lits d'USLD et de 20 places de géronto-psychiatrie. Cette unité, ouverte à l'ensemble de la population du département, n'est aujourd'hui utilisée que par les secteurs d'intervention usuels de l'hôpital
- le Centre Hospitalier de DREUX qui intervient sur 2 secteurs. Le CH de DREUX n'a pas développé d'unité spécialisée en matière de géronto-psychiatrie et reçoit les patients âgés dans ses services habituels.

3. Objectifs et plan d'actions

Les réflexions autour de l'organisation des filières gériatriques en Eure et Loir ont mis en évidence les points de rupture classiquement observés dans le parcours de santé des personnes âgées (cf. état de l'art parcours personnes âgées – janvier 2012), à savoir :

- une prévention inadaptée aux personnes âgées, notamment polypathologiques
- une mauvaise orientation de la personne âgée dans le système de soins (notamment hospitalier) qui génère de la perte d'autonomie pour la personne âgée et un engorgement des services
- une prise en charge en EHPAD encore trop cloisonnée et un manque de fluidité avec l'hôpital
- une prise en charge à domicile insuffisamment coordonnée.

Aussi, sur ces différents aspects, la place de l'hôpital s'est avérée essentielle car il est le point central vers lequel vont converger à un moment donné tous les acteurs du parcours de santé de la personne âgée au premier rang desquels la personne elle-même. **Pour cette raison, la consolidation (voire le développement) des filières gériatriques hospitalières dans chaque bassin de vie est apparue primordiale (objectif 1)** afin de disposer d'une compétence gériatrique élargie à tout le territoire de santé que constitue le département d'Eure et Loir.

En parallèle, au-delà des problématiques locales, la phase de diagnostic a également révélé **la nécessité d'améliorer la qualité des soins des personnes âgées accueillies en EHPAD (objectif 2)**. Le recours aux urgences hospitalières demeurant encore très important, il convient dès à présent de développer des stratégies alternatives (télémédecine, hospitalisation à domicile, ...) de nature à favoriser l'exercice d'une véritable expertise intra-EHPAD. De même, **la sensibilisation des acteurs départementaux sur les soins bucco-dentaires et psychiques apparaît aujourd'hui prioritaire au regard des besoins exprimés par les EHPAD.**

Enfin, l'absence d'information partagée sur l'état de santé de la personne à domicile ainsi que les accompagnements insuffisants des aidants nécessitent une meilleure coordination des acteurs et un renforcement des dispositifs de maintien à domicile et d'aide aux aidants **(objectif 3)**.

Objectif 1 - Consolider les filières gériatriques existantes

a) La zone de CHARTRES

La zone de CHARTRES étant plutôt bien dotée dans le domaine gériatrique, l'objectif principal va plutôt consister à court terme à renforcer les dispositifs de coordination hospitalière à l'attention des EHPAD et des médecins libéraux en :

- mettant en place un n° unique de gériatre (**fiche action n°1**) ;
- instaurant une rencontre biannuelle avec les EHPAD de proximité (**fiche action n°2**) ;
- créant un groupement d'expertise hospitalière (**fiche action n°3**).

Par ailleurs, le CH de CHARTRES devra engager une réflexion interne sur l'opérationnalité de son Unité Gérontologique d'Orientation et de Soins (qui réunit l'hôpital de jour et des consultations gériatriques standardisées) dont les délais d'attente sont aujourd'hui peu compatibles avec les besoins observés (**fiche action n°4**).

b) La zone de CHATEAUDUN

Le développement pérenne de la filière gériatrique hospitalière de CHATEAUDUN est conditionné à l'extension de son service de médecine gériatrique. En effet, la capacité actuelle est à peine suffisante pour répondre aux besoins des services d'urgences et ne permet donc pas de favoriser les hospitalisations programmées (**fiche action n°5**).

Une fois ce projet réalisé, il est certain que le CH dispose des compétences requises pour ouvrir à très court terme des consultations gériatriques standardisées (**fiche action n°6**) et un hôpital de jour à orientation gériatrique (**fiche action n°7**) ainsi qu'à moyen terme un n° unique de gériatre (**fiche action n°8**).

Enfin, l'instauration rapide d'une rencontre biannuelle entre le CH et les EHPAD (**fiche action n°9**) permettra de favoriser les rapprochements entre ces acteurs institutionnels.

c) La zone de DREUX

L'amélioration de la coordination intra-hospitalière constitue aujourd'hui la première priorité de ce bassin tant l'organisation de sa gériatrie est apparue dispersée et difficilement lisible pour les acteurs non-hospitaliers (**fiche action n°10**).

En outre, si les consultations gériatriques instaurées depuis 18 mois permettent de proposer un premier diagnostic, elles n'offrent pas le bilan complet nécessaire dans certaines situations et devront être relayées par un hôpital de jour (**fiche action n°11**).

Enfin, l'instauration d'une rencontre biannuelle entre le CH et les EHPAD (**fiche action n°12**) permettra de favoriser les rapprochements entre ces acteurs institutionnels qui sont aujourd'hui insuffisants (quasiment aucune entrée directe en gériatrie aigüe, utilisation majoritaire des consultations gériatriques par les services du CH, ...).

d) La zone de NOGENT LE ROTROU – LA LOUPE

La filière gériatrique de NOGENT LE ROTROU aujourd'hui très démunie ne pourra véritablement fonctionner que si un service de médecine gériatrique est identifié. Partant de là, la création d'un service de gériatrie aigüe d'une quinzaine de lits constitue la première priorité du centre hospitalier (**fiche action n°13**). Dans l'attente de la création de ce service, la mise en place de consultations gériatriques standardisées (**fiche action n°14**) apparaît un premier mode d'entrée intéressant dans la filière gériatrique de même que l'instauration d'une rencontre biannuelle entre le CH et les EHPAD (**fiche action n°15**).

Du côté de LA LOUPE, l'activité du service de médecine gériatrique n'étant pas à son niveau optimal, il est impératif d'envisager une collaboration plus étroite (**fiche action n°16**) notamment avec les trois EHPAD de proximité (SENONCHES, COURVILLE-PONTGOUIN et CHATEAUNEUF EN THYMERAI) en vue d'une utilisation maximale des moyens hospitaliers.

Objectif 2 - Améliorer la qualité des soins des personnes accueillies en EHPAD

a) Diminuer les hospitalisations externes

Si l'un des objectifs de la consolidation des filières gériatriques est de fluidifier le parcours des soins, il s'agit avant tout de limiter le plus possible les hospitalisations externes dont on sait qu'elles sont particulièrement perturbantes pour les personnes âgées. A l'analyse, les causes d'hospitalisation sont souvent les mêmes, à savoir une technicité insuffisante dans les EHPAD (pas de permanence médicale, pas d'infirmière la nuit, ...) et son corollaire, la crainte des EHPAD de ne pas pouvoir faire face en cas d'aggravation de l'état de santé des personnes accueillies.

Afin de diminuer ces hospitalisations externes, l'objectif consiste donc à renforcer le soutien médical auprès des EHPAD en développant la télémédecine (**fiche action n°17**) et l'hospitalisation à domicile (**fiche action n°18**).

Par ailleurs, les EHPAD sont régulièrement confrontés à la fin de vie, source également d'hospitalisations nombreuses et parfois injustifiées. En ce sens, l'appui de l'Equipe d'Appui Départemental en Soins Palliatifs (EADSP) auprès des EHPAD devra être renforcé (**fiche action n°19**), et plus particulièrement auprès des établissements disposant d'un fort taux d'hospitalisation de leurs résidents et n'ayant pas signé de convention avec l'EADSP.

b) Le domaine bucco-dentaire

L'état des lieux réalisé a mis en avant une forte attente des EHPAD dans le domaine bucco-dentaire. Les difficultés repérées se situent sur 2 plans :

- prévention - dépistage : cette action est quasi-inexistante

- réalisation des soins : les EHPAD indiquent rencontrer des difficultés dans leur mise en œuvre, liées soit au déplacement des résidents, soit à l'accessibilité des cabinets dentaires.

C'est pourquoi, en lien avec le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, il est proposé un plan d'actions expérimental qui vise 3 niveaux d'intervention successifs en termes de déclenchement :

- *information / sensibilisation / formation des personnels des EHPAD (fiche action n°20) :*

Cette action vise à assurer une action de formation/information sur la manipulation des prothèses et le repérage des principaux problèmes bucco-dentaires.

- *actions de dépistage menées au sein des EHPAD au bénéfice des résidents (fiche action n°21) :*

L'objectif de ce 2^{ème} niveau d'actions consiste à organiser dans les établissements une visite de prévention régulière (annuelle ou bi-annuelle) pour tous les résidents.

- *réalisation des soins bucco dentaires dépistés comme nécessaires (fiche action n°22) :*

La réalisation des soins au sein des EHPAD, dès lors qu'elle nécessite un acte chirurgical minimal, est inenvisageable, sauf dans certains cas exceptionnels. Les EHPAD doivent donc s'organiser pour assurer l'accompagnement de leurs pensionnaires au cabinet des chirurgiens-dentistes. Cependant, certains actes requièrent un plateau technique hospitalier (actes avec anesthésie générale) soit par leur technicité soit en raison des troubles du comportement majeures des personnes soignées.

Or, si le CH de DREUX offre d'ores et déjà une prestation réservée aux personnes âgées de son bassin de vie, le reste du territoire ne bénéficie pas d'une telle prestation. L'objectif consiste donc à créer au sein de CH de CHARTRES un service de chirurgie ambulatoire en odontologie à destination des personnes âgées.

c) La géronto-psychiatrie

Le diagnostic départemental a révélé une forte attente des acteurs départementaux à l'égard de la psychiatrie. Cette attente a trait essentiellement à l'accès de la psychiatrie, que ce soit sous forme d'avis sur des traitements (**fiche action n°23**) ou d'hospitalisation (**fiche action n°24**).

Par ailleurs, les dispositifs automatisés de sécurité (bracelet électronique, ...) sont apparus constituer une réponse intéressante à la problématique posée par les usagers potentiellement fugueurs. L'exploration de cette piste, notamment dans son domaine éthique, sera intéressante (**fiche action n°25**).

Enfin, il est important que le territoire d'Eure et Loir se dote de deux outils à vocation départementale :

- une unité d'hébergement renforcée rattachée à une USLD (**fiche action n°26**) : celle-ci aura vocation à accueillir durablement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et souffrant de troubles du comportement sévères
- une unité cognitivo-comportementale (**fiche action n°27**) rattachée à un service de SSR

Objectif 3 – Améliorer l'accompagnement des personnes âgées à domicile

a) Renforcer les dispositifs de coordination

La multiplication des intervenants et des structures dans le domaine du maintien à domicile rend aujourd'hui le dispositif peu lisible. On assiste à un tel enchevêtrement d'acteurs et de compétences que les professionnels extérieurs à ce domaine ou les usagers ont bien souvent des difficultés à comprendre qui fait quoi, notamment lorsqu'une situation s'aggrave.

La création en 2011 et 2012 des espaces seniors info-services (qui sont des CLIC) à CHATEAUDUN et DREUX a permis d'améliorer sensiblement l'information aux personnes âgées, familles et professionnels. L'extension de ce dispositif à tout le département (CHARTRES et NOGENT LE ROTROU) constitue donc une priorité (**fiche action n°28**) afin de garantir un égal accès à l'information et permettre une primo-évaluation des personnes âgées.

Pour autant, ces dispositifs ne disposent ni des moyens humains ni de la légitimité requise pour accompagner les cas dits complexes et organiser la coopération des acteurs locaux au travers de pratiques et référentiels communs. En ce sens, la mise en place d'une MAIA à DREUX en 2012 est intéressante car elle a permis, au-delà du suivi des situations complexes, de définir, au travers des tables tactiques, des protocoles d'intervention partagés. La MAIA, par sa capacité à introduire de nouveaux modes de travail partenarial, est d'ailleurs un véritable outil de décroisement des secteurs sanitaire et social. Néanmoins, l'efficacité de ce dispositif reste soumise à la nature de la coopération qu'il peut nouer avec les CLIC. Aussi, afin de diminuer cette nécessaire articulation entre le CLIC et la MAIA, il apparaît plus opportun à moyen terme d'intégrer les MAIA au sein des CLIC afin de disposer d'un véritable guichet unique. C'est pourquoi, le déploiement du dispositif MAIA à tout le département (**fiche action n°29**) devra nécessairement être soumis à deux conditions :

- la présence d'un CLIC sur le territoire couvert ;
- la gestion du CLIC et de la MAIA par un opérateur commun.

b) Développer l'aide aux usagers et aux aidants

Disposant historiquement d'un équipement en EHPAD relativement important, le Conseil Général a mis l'accent dans ses deux derniers schémas gérontologiques sur le développement de l'aide à domicile. L'ARS se doit donc d'accompagner cette stratégie en :

- poursuivant sa politique de développement des capacités des SSIAD (**fiche action n°30**) ; en effet, le taux d'équipement du département, malgré les récentes extensions, est encore en-deçà des taux régional et national.
- réorganisant les zones d'intervention des 3 Equipes Spécialisées Alzheimer (qui sont des SSIAD spécialisés dans l'accompagnement des malades d'Alzheimer) afin de garantir une couverture totale du département (**fiche action n°31**).
- favorisant le développement de dispositifs d'aide aux aidants ; à cet effet, le développement d'une plate-forme de répit devra être initié afin d'évaluer l'intérêt de ce type de structure et son éventuel déploiement à tout le département (**fiche action n°32**). De même, la mise en place d'actions de formation des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées devra être encouragée (**fiche action n°33**) en vue d'offrir aux familles qui accompagnent un parent, des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation aidant-aidé.



Fiches actions

Fiche action n° 1	
Intitulé de l'action	Mettre en place un n° unique de gériatre au CH de CHARTRES
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires.
Objectifs poursuivis	Proposer aux médecins du bassin de vie (coordonateurs d'EHPAD ou libéraux) d'accéder à un conseil gériatrique
Points clés de l'action à mener	Réorganiser le service médical du pôle gériatrique du CH de CHARTRES afin d'assurer un conseil gériatrique à distance à J+1
Leviers d'action	Convention tripartite du CH de CHARTRES
Coût	Néant (redéploiement au sein du CH de CHARTRES)
Bénéfices attendus	Améliorer le diagnostic et favoriser les hospitalisations programmées
Réalisation de l'action	Novembre 2013
Responsable de l'action	CH CHARTRES
Indicateur de suivi	Date de mise en place du n° unique de gériatre
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Intitulé de l'action	Fiche action n°2 Mettre en place une rencontre biannuelle entre le CH et les EHPAD de proximité
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorités 3-1 et 3-2 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires.
Objectifs poursuivis	Améliorer les relations entre le CH (gériatre, urgences, spécialités organiques, ...) et les EHPAD
Points clés de l'action à mener	Bien identifier les EHPAD du bassin de vie et les services du CH concernés
Leviers d'action	CPOM du CH de CHARTRES
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Favoriser les passerelles entre EHPAD et les différents services de l'hôpital
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH et EHPAD de proximité
Indicateur de suivi	Date des rencontres
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Intitulé de l'action	Fiche action n°3 Etudier l'opportunité de création d'un groupement d'expertise hospitalière
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-2 SROMSI : Actions 61 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires pour disposer de temps médical partagé EHPAD / structure gériatrique sanitaire
Objectifs poursuivis	Faire bénéficier les EHPAD de l'expertise hospitalière dans différents sujets
Points clés de l'action à mener	Cibler les besoins prioritaires des EHPAD
Leviers d'action	CPOM du CH de CHARTRES – CTP des EHPAD du bassin de vie
Coût	Contribution des EHPAD (sur leur dotation "soins")
Bénéfices attendus	Améliorer la qualité des soins, notamment sur le volet préventif (hygiène, dénutrition, ...)
Lancement des travaux	2 ^{ème} trimestre 2014
Responsable de l'action	CH CHARTRES – EHPAD du bassin chartrain
Indicateur de suivi	Formalisation de l'étude de faisabilité
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n° 4	
Intitulé de l'action	Diminuer le délai d'attente à l'UGOS du CH de CHARTRES
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectifs 2-2 : Améliorer le dépistage des facteurs de fragilité dont les troubles cognitifs.
Objectifs poursuivis	Améliorer l'accès aux consultations gériatriques
Points clés de l'action à mener	Recrutement d'un gériatre
Leviers d'action	CPOM du CH de CHARTRES
Coût	financement des consultations sur ONDAM "Soins de ville"
Bénéfices attendus	Améliorer le diagnostic précoce
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	CH CHARTRES
Indicateur de suivi	Diminution du délai d'attente
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Nathalie LURSON

Fiche action n°5	
Intitulé de l'action	Développer la capacité de médecine gériatrique du CH de CHATEAUDUN
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-3 : organiser l'accès et la continuité des soins
Objectifs poursuivis	Offrir un plateau technique suffisant permettant de répondre à la fois aux hospitalisations en urgence et aux hospitalisations programmées
Points clés de l'action à mener	Envisager la transformation de lits de spécialités organiques en lits de médecine gériatrique
Leviers d'action	CPOM du CH de CHATEAUDUN
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Eviter les hospitalisations en urgence
Réalisation de l'action	Avril 2013
Responsable de l'action	CH CHATEAUDUN
Indicateur de suivi	Date de l'extension du service de médecine gériatrique
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°6	
Intitulé de l'action	Développer des consultations gériatriques standardisées au CH de CHATEAUDUN
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-2 : améliorer le dépistage des facteurs de fragilité
Objectifs poursuivis	Permettre la réalisation d'un premier bilan gériatrique pour des personnes en début de perte d'autonomie
Points clés de l'action à mener	Organiser des consultations de gériatre deux après-midi par semaine
Leviers d'action	CPOM du CH de CHATEAUDUN
Coût	ONDAM "soins de ville"
Bénéfices attendus	Permettre un premier diagnostic
Planning	Mars 2013
Responsable de l'action	CH CHATEAUDUN
Indicateur de suivi	Date de mise en place des consultations
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°7	
Intitulé de l'action	Développer un hôpital de jour à orientation gériatrique au CH de CHATEAUDUN
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-2 : améliorer le dépistage des facteurs de fragilité
Objectifs poursuivis	Permettre un bilan complet des personnes âgées en début de perte d'autonomie
Points clés de l'action à mener	Réorganiser l'hôpital de jour de manière à ouvrir des créneaux spécifiques à la gériatrie
Leviers d'action	CPOM du CH de CHATEAUDUN
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Améliorer le diagnostic des personnes âgées
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH CHATEAUDUN
Indicateur de suivi	Date d'ouverture de l'hôpital de jour
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n° 8	
Intitulé de l'action	Mettre en place un n° unique de gériatre au CH de CHATEAUDUN
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires
Objectifs poursuivis	Proposer aux médecins du bassin de vie (coordinateurs d'EHPAD ou libéraux) d'accéder à un conseil gériatrique
Points clés de l'action à mener	Réorganiser le service médical du pôle gérontologique du CH de CHATEAUDUN afin d'assurer un conseil gériatrique à distance à J+1
Leviers d'action	CPOM du CH de CHATEAUDUN
Coût	Néant (redéploiement au sein du CH de CHATEAUDUN)
Bénéfices attendus	Améliorer le diagnostic et favoriser les hospitalisations programmées
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	CH CHATEAUDUN
Indicateur de suivi	Date de mise en place du n° unique de gériatre
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Intitulé de l'action	Fiche action n°9 Mettre en place une rencontre biannuelle entre le CH de CHATEAUDUN et les EHPAD de proximité
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorités 3 –1 et 3-2 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires.
Objectifs poursuivis	Améliorer les relations entre le CH et les EHPAD
Points clés de l'action à mener	Bien identifier les EHPAD du bassin de vie
Leviers d'action	CPOM du CH de CHATEAUDUN
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Favoriser les passerelles entre EHPAD et les différents services de l'hôpital
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH de CHATEAUDUN et EHPAD de proximité
Indicateur de suivi	Date des rencontres
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°10	
Intitulé de l'action	Renforcer l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière du CH de DREUX
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 –1 : améliorer la coordination des acteurs
Objectifs poursuivis	Améliorer la coordination entre les services de spécialités organiques, les urgences et le service de gériatrie aigüe.
Points clés de l'action à mener	Mobiliser un temps de gériatre supplémentaire sur l'équipe mobile interne
Leviers d'action	CPOM du CH de DREUX
Coût	A déterminer
Bénéfices attendus	Améliorer le diagnostic et la prise en charge des personnes âgées accueillies dans les services autres que gériatriques du CH
Réalisation de l'action	4 ^{ème} trimestre 2014
Responsable de l'action	CH DREUX
Indicateur de suivi	Date de recrutement du gériatre affecté à l'équipe mobile
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Nathalie LURSON

Fiche action n°11	
Intitulé de l'action	Développer un hôpital de jour à orientation gériatrique au CH de DREUX
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-2 : améliorer le dépistage des facteurs de fragilité
Objectifs poursuivis	Permettre un bilan complet des personnes âgées en début de perte d'autonomie
Points clés de l'action à mener	Réorganiser l'hôpital de jour de manière à ouvrir des créneaux spécifiques à la gériatrie
Leviers d'action	CPOM du CH de DREUX
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Améliorer le diagnostic des personnes âgées
Réalisation de l'action	4 ^{ème} trimestre 2013
Responsable de l'action	CH DREUX
Indicateur de suivi	Date de l'ouverture de l'HJ à orientation gériatrique
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°12	
Intitulé de l'action	Mettre en place une rencontre biannuelle entre le CH de DREUX et les EHPAD de proximité
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 –1 et 3-2 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires.
Objectifs poursuivis	Améliorer les relations entre le CH et les EHPAD
Points clés de l'action à mener	Bien identifier les EHPAD du bassin de vie
Leviers d'action	CPOM du CH de DREUX
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Favoriser les passerelles entre EHPAD et les différents services de l'hôpital
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH de DREUX et EHPAD de proximité
Indicateur de suivi	Date des rencontres
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°13	
Intitulé de l'action	Identifier un service de médecine gériatrique au CH de NOGENT LE ROTROU
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-2 : améliorer le dépistage des facteurs de fragilité
Objectifs poursuivis	Offrir un plateau technique suffisant permettant de répondre à la fois aux hospitalisations en urgence et aux hospitalisations programmées
Points clés de l'action à mener	Envisager la transformation de lits de spécialités organiques en lits de médecine gériatrique
Leviers d'action	CPOM du CH de NOGENT LE ROTROU
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Eviter les hospitalisations en urgence
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	CH NOGENT LE ROTROU
Indicateur de suivi	Date d'ouverture du service de médecine gériatrique
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°14	
Intitulé de l'action	Développer des consultations gériatriques standardisées au CH de NOGENT LE ROTROU
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-2 : améliorer le dépistage des facteurs de fragilité
Objectifs poursuivis	Permettre la réalisation d'un premier bilan gériatrique pour des personnes en début de perte d'autonomie
Points clés de l'action à mener	Organiser des consultations de gériatre deux après-midi par semaine
Leviers d'action	CPOM du CH de NOGENT LE ROTROU
Coût	ONDAM "soins de ville"
Bénéfices attendus	Permettre un premier diagnostic
Réalisation de l'action	Mars 2014
Responsable de l'action	CH NOGENT LE ROTROU
Indicateur de suivi	Date d'ouverture des consultations gériatriques standardisées
Responsable du contrôle	Gérald NAULET

Fiche action n°15	
Intitulé de l'action	Mettre en place une rencontre biannuelle entre le CH de NOGENT LE ROTROU et les EHPAD de proximité
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 –1 et 3-2 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires.
Objectifs poursuivis	Améliorer les relations entre le CH et les EHPAD
Points clés de l'action à mener	Bien identifier les EHPAD du bassin de vie
Leviers d'action	CPOM du CH de NOGENT LE ROTROU
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Favoriser les passerelles entre EHPAD et les différents services de l'hôpital
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH de NOGENT LE ROTROU et les EHPAD de proximité
Indicateur de suivi	Date des rencontres
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°16	
Développer les collaborations entre le CH de LA LOUPE et les EHPAD de proximité	
Intitulé de l'action	
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3 SROMSI : Action 60 : développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires.
Objectifs poursuivis	Mieux utiliser le plateau technique du CH de LA LOUPE, notamment le service de gériatrie aigüe
Points clés de l'action à mener	Prévoir des dispositions conventionnelles entre le CH et les trois EHPAD afin de favoriser les hospitalisations programmées
Leviers d'action	CPOM du CH de LA LOUPE – CTP des EHPAD du bassin de LA LOUPE
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Offrir une prise en charge de proximité aux résidents d'EHPAD
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH de LA LOUPE et les EHPAD de SENONCHES, COURVILLE – PONTGOUIN et CHATEAUNEUF EN THYMERAIIS
Indicateur de suivi	Date de signature des conventions
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°17 Développer l'usage de la télémédecine entre les EHPAD et les CH de référence	
Intitulé de l'action	
Référence au PRS	Programme régional de télémédecine
Objectifs poursuivis	Externaliser l'expertise hospitalière dans les EHPAD
Points clés de l'action à mener	Mener une première expérimentation de télémédecine entre deux EHPAD et deux CH; l'évaluer et déployer le dispositif à tous les établissements
Leviers d'action	CPOM des CH et CTP des EHPAD concernés
Coût	Dotation soins des EHPAD
Bénéfices attendus	Eviter les transferts des personnes âgées à l'hôpital
Réalisation de l'action	Lancement de l'expérimentation : septembre 2013 Evaluation de l'expérimentation : septembre 2014
Responsable de l'action	Tous les CH et les EHPAD du département
Indicateur de suivi	Nombre d'EHPAD équipés
Référents de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Dominique PIERRE et Gérald NAULET

Fiche action n°18 Développer l'intervention de l'HAD en EHPAD	
Intitulé de l'action	
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3 SROMSI : Action 64 : poursuivre et développer les partenariats avec les HAD
Objectifs poursuivis	Maintenir en EHPAD les personnes âgées dont l'état de santé requiert une hospitalisation
Points clés de l'action à mener	Expertiser les conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD
Leviers d'action	CPOM de l'HAD28
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Eviter les transferts des personnes âgées à l'hôpital
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	HAD 28
Indicateur de suivi	Date de signature des conventions entre l'HAD 28 et les EHPAD
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°19	
Mieux accompagner en EHPAD les personnes en fin de vie	
Intitulé de l'action	
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3 SROMSI : Action 63 : poursuivre et développer les partenariats avec les EADSP
Objectifs poursuivis	Maintenir en EHPAD les personnes âgées en fin de vie
Points clés de l'action à mener	Développer les conventions entre l'EADSP28 et les EHPAD
Leviers d'action	CTP des EHPAD
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Eviter les transferts des personnes âgées à l'hôpital
Réalisation de l'action	Mars 2014
Responsable de l'action	EADSP 28
Indicateur de suivi	Nombre d'interventions de l'EADSP28 en EHPAD
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°20	
Intitulé de l'action	information / sensibilisation / formation des personnels des EHPAD sur les soins bucco-dentaires
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-3 : organiser l'accès et la continuité des soins
Objectifs poursuivis	Assurer une action de formation/information sur la manipulation des prothèses et le repérage des principaux problèmes bucco-dentaires chez la personne âgée
Points clés de l'action à mener	Prévoir cette formation dans le plan de formation de chaque EHPAD
Leviers d'action	Programme "gestion du risque" de la Région Centre
Coût	17.50 € / résident
Bénéfices attendus	Améliorer la qualité de vie des résidents d'EHPAD
Réalisation de l'action	2013
Responsable de l'action	Tous les EHPAD d'Eure et Loir
Indicateur de suivi	Proportion d'EHPAD ayant réalisé la formation
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°21	
Intitulé de l'action	Mener un dépistage bucco-dentaire auprès de tous les résidents d'EHPAD
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-3 : organiser l'accès et la continuité des soins
Objectifs poursuivis	Organiser une visite de prévention régulière (annuelle ou biannuelle) pour tous les résidents d'EHPAD
Points clés de l'action à mener	Etablir en lien avec le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes un programme annuel d'intervention des dentistes en EHPAD
Leviers d'action	Programme "gestion du risque" de la Région Centre
Coût	25 € / résident
Bénéfices attendus	Assurer un dépistage précoce des éventuels problèmes bucco-dentaires
Réalisation de l'action	Novembre 2013
Responsable de l'action	conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes et tous les EHPAD d'Eure et Loir
Indicateur de suivi	Proportion d'EHPAD ayant mis en place le dépistage
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°22	
Intitulé de l'action	Créer au sein de CH de CHARTRES un service de chirurgie ambulatoire en odontologie à destination des personnes âgées
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-3 : organiser l'accès et la continuité des soins
Objectifs poursuivis	Offrir à la population âgée des bassins de vie de CHARTRES, CHATEAUDUN et NOGENT LE ROTROU un service de chirurgie ambulatoire en odontologie à destination des personnes âgées non admissibles en cabinet de ville soit parce qu'elles nécessitent des moyens techniques importants (actes avec anesthésie générale) soit parce qu'elles requièrent des temps d'intervention prolongés.
Points clés de l'action à mener	<p>1/ Création d'un temps à définir de chirurgie ambulatoire en odontologie (avec mise à disposition du bloc opératoire) à destination des personnes âgées. Les dentistes (une dizaine) seraient recrutés par le CH de CHARTRES sous forme de vacations et sur la base de propositions formulées par le CDOCD</p> <p>2/ Outre le recours au bloc opératoire, mise à disposition par le CH de CHARTRES d'un temps d'accès à un fauteuil dentaire équipé et destiné à l'accueil de la population présentant des troubles majeurs du comportement et nécessitant notamment des temps importants d'intervention.</p>
Leviers d'action	Programme "gestion du risque" de la Région Centre – CPOM du CH de CHARTRES
Coût	Tarifification à l'activité
Bénéfices attendus	Améliorer la qualité de vie des personnes âgées
Réalisation de l'action	3 ^{ème} trimestre 2013
Responsable de l'action	Le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes et le CH de CHARTRES
Indicateur de suivi	Date d'ouverture du service de chirurgie ambulatoire
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°23	
Intitulé de l'action	Améliorer l'accès aux avis psychiatriques
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3</p> <p>SROMSI : Action 60 : Développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires</p>
Objectifs poursuivis	Répondre à la demande d'avis psychiatriques de la part des EHPAD, notamment concernant le traitement des usagers
Points clés de l'action à mener	En l'absence d'équipe mobile de géronto-psychiatrie, faire des CMP le relais de proximité des EHPAD et des médecins généralistes
Leviers d'action	CPOM du CH de BONNEVAL et du CH de DREUX
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Améliorer le suivi psychiatrique des résidents d'EHPAD
Réalisation de l'action	Janvier 2015
Responsable de l'action	CH de DREUX – CH de BONNEVAL
Indicateur de suivi	Nombre de conventions signées entre les deux CH et les EHPAD
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Nathalie LURSON

Fiche action n°24	
Intitulé de l'action	Favoriser un accès départemental à l'unité de géronto-psychiatrie du CH de BONNEVAL
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectifs 3-1 et 3-3</p> <p>SROMSI : Action 60 : Développer les partenariats entre les ESMS et les établissements sanitaires</p>
Objectifs poursuivis	Permettre aux patients âgés situés sur les secteurs d'intervention du CH de DREUX d'accéder à l'unité de géronto-psychiatrie ("Les Arcades") de BONNEVAL
Points clés de l'action à mener	Etablir un protocole interne entre le CH de DREUX et le CH de BONNEVAL favorisant l'accès direct des patients du drouais au CH de BONNEVAL
Leviers d'action	CPOM du CH de BONNEVAL
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Offrir une prise en charge spécialisée aux patients du drouais
Planning	Janvier 2014
Responsable de l'action	CH de DREUX – CH de BONNEVAL
Indicateur de suivi	Proportion de personnes de l'arrondissement de DREUX accueillies à l'unité de géronto-psychiatrie
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°25	
Intitulé de l'action	Mener une étude quant au déploiement des dispositifs automatisés de sécurité
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-2 : promouvoir les bonnes pratiques professionnelles
Objectifs poursuivis	Améliorer la sécurité des résidents d'EHPAD potentiellement fugueurs.
Points clés de l'action à mener	Mener une réflexion éthique sur les conditions de mise en œuvre d'un tel dispositif
Leviers d'actions	Schéma gérontologique du Conseil Général
Coût	A définir (tarif "hébergement")
Bénéfices attendus	Eviter les sorties non désirées des résidents d'EHPAD
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	ARS – CG 28
Indicateur de suivi	Réalisation de l'étude
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n° 26	
Intitulé de l'action	Développer une unité cognitivo-comportementale
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-3 : améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques
Objectifs poursuivis	Améliorer en SSR la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Points clés de l'action à mener	Demander aux CH de DREUX et CHARTRES (qui disposent tous deux d'un SSR "gériatrique") de lancer une étude de faisabilité architecturale
Leviers d'action	Plan Alzheimer
Coût	A définir
Bénéfices attendus	Diminuer les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	ARS en lien avec le CH de CHARTRES et le CH de DREUX
Indicateur de suivi	Ouverture de l'unité
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n° 27	
Intitulé de l'action	Développer une unité d'hébergement renforcée
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 2 – objectif 2-3 : améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques
Objectifs poursuivis	Améliorer en USLD la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Points clés de l'action à mener	Lancer un appel à candidatures
Leviers d'action	Plan Alzheimer
Coût	164 000 €
Bénéfices attendus	Diminuer les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	ARS
Indicateur de suivi	Ouverture de l'unité
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°28	
Intitulé de l'action	Déployer le dispositif "espace seniors info services" sur tout le territoire
Référence au PRS	PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-1 : améliorer la coordination des acteurs
Objectifs poursuivis	Ouvrir sur les quatre bassins de vie du département des CLIC
Points clés de l'action à mener	Actuellement, deux CLIC sont ouverts (DREUX et CHATEAUDUN) ; envisager avec le CG28 l'extension de ce dispositif aux bassins de CHARTRES et NOGENT LE ROTROU
Leviers d'actions	Schéma gérontologique du Conseil Général
Coût	Financement intégral par le CG28
Bénéfices attendus	Améliorer l'accès à l'information pour les personnes âgées
Réalisation de l'action	Septembre 2014
Responsable de l'action	CG 28
Indicateur de suivi	Date d'ouverture des CLIC
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°29	
Intitulé de l'action	Etendre le dispositif "MAIA" à tout ou partie du département
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 3 – objectif 3-1</p> <p>SROMSI : Action 50 : Organiser la mise en œuvre des mesures du plan dans un souci de maillage équitable au sein des territoires en favorisant efficience et complémentarité avec les dispositifs existants</p>
Objectifs poursuivis	Renforcer les dispositifs de coordination
Points clés de l'action à mener	Une MAIA a ouvert à DREUX fin 2012. L'objectif est donc d'évaluer les résultats afin d'envisager l'extension de ce dispositif aux autres arrondissements.
Leviers d'actions	Plan Alzheimer
Coût	A déterminer en fonction de l'évaluation
Bénéfices attendus	Améliorer la coordination des dispositifs d'aide à domicile
Réalisation de l'action	Décembre 2014
Responsable de l'action	CG 28
Indicateur de suivi	Rapport d'évaluation
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Danièle STEINBACH

Fiche action n°30	
Intitulé de l'action	Développer les capacités des SSIAD
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 4 – objectifs 4-3</p> <p>SROMSI : Action 69 : Analyser, suivre les besoins et la répartition en SSIAD par département et développer l'offre médico-sociale</p>
Objectifs poursuivis	Accompagner la politique de maintien à domicile déployée par le CG28
Points clés de l'action à mener	Mener une étude définissant les zones sous-dotées
Leviers d'actions	PRIAC de la région Centre
Coût	11 000 € / place
Bénéfices attendus	Diminuer le délai d'attente pour accéder au SSIAD
Réalisation de l'action	Septembre 2016
Responsable de l'action	ARS
Indicateur de suivi	Lancement de l'appel à projets
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°31	
Intitulé de l'action	Déployer le dispositif "SSIAD Alzheimer" sur tout le département
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 4 – objectifs 4-3</p> <p>SROMSI : Action 69 : Analyser, suivre les besoins et la répartition en SSIAD par département et développer l'offre médico-sociale</p>
Objectifs poursuivis	Etendre les zones d'intervention des 3 SSIAD "Alzheimer" afin de couvrir tout le territoire
Points clés de l'action à mener	Mener une étude définissant les zones d'intervention possibles des 4 SSIAD
Leviers d'actions	Plan Alzheimer
Coût	Néant
Bénéfices attendus	Permettre à toute personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de bénéficier d'une prise en charge en SSIAD
Réalisation de l'action	Septembre 2013
Responsable de l'action	ARS
Indicateur de suivi	Date des arrêtés modifiant les zones d'intervention
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°32	
Intitulé de l'action	Créer une plate-forme de répit
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 4 – objectif 4-1</p> <p>SROMSI : Action 67 : Poursuivre la mise en place d'une plate-forme de répit par territoire</p>
Objectifs poursuivis	Accompagner la politique de maintien à domicile déployée par le CG28
Points clés de l'action à mener	Lancer un appel à candidatures
Leviers d'actions	Plan Alzheimer
Coût	100 000 €
Bénéfices attendus	Soulager les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Réalisation de l'action	Décembre 2013
Responsable de l'action	ARS
Indicateur de suivi	Signature de la convention entre l'ARS et le promoteur retenu
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET

Fiche action n°33	
Intitulé de l'action	Mettre en œuvre des actions de formation des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.
Référence au PRS	<p>PSRS : Domaine autonomie, priorité 4 – objectifs 4-2</p> <p>SROMSI : Action 68 : Recenser, identifier et faire connaître par territoire, les actions de formation, et d'information destinées aux aidants.</p>
Objectifs poursuivis	Offrir aux familles qui accompagnent un parent, des connaissances et des outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation aidant-aidé
Points clés de l'action à mener	Lancement de l'appel à candidatures
Leviers d'actions	Plan Alzheimer
Coût	1600 € par action
Bénéfices attendus	Améliorer l'accompagnement par les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
Réalisation de l'action	Janvier 2014
Responsable de l'action	ARS
Indicateur de suivi	Signature de la convention entre l'ARS et le promoteur retenu
Référent de l'ARS en charge du suivi de la fiche	Gérald NAULET