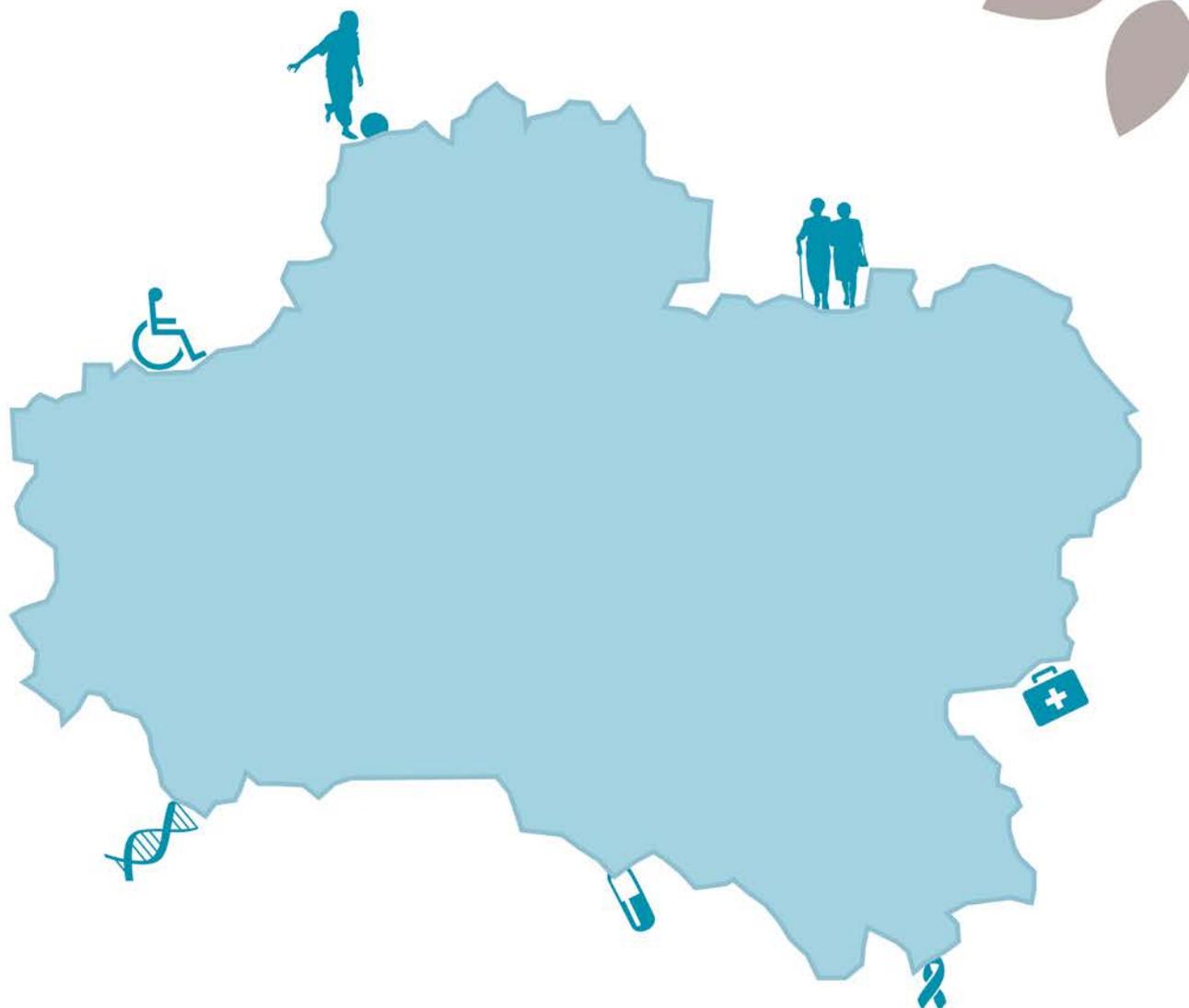


Programme territorial de santé du Loiret

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 24 octobre 2013 (révisé le 15 décembre 2014)
Validé par le Directeur général de l'ARS Centre-Val de Loire le 25 avril 2015

www.ars.centre.sante.fr

ars
Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire

PTS du LOIRET

Version actuelle révisée et adoptée en Conférence de territoire le 15 décembre 2014
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre-Val de Loire le 25 avril 2015

Programme territorial de santé du Loiret

Le programme territorial de santé du Loiret (PTS du Loiret)

Préambule

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

– **renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé** : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;

– simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'assurance maladie ;

– mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé : les ARS vont renforcer la capacité d'action collective de notre système de santé :

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

Au travers de cet objectif, plusieurs enjeux liés à la territorialisation peuvent être mis en évidence en matière de santé et plus spécifiquement de soins :

- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès
- Encourager et faciliter la coordination des acteurs et opérateurs
- Affiner la connaissance des besoins locaux pour structurer au mieux l'offre
- Garantir la pertinence et l'efficacité des moyens à disposition
- Dynamiser les territoires en matière de dispositifs de « couverture »
- Optimiser proximité et efficacité de l'offre
- Favoriser des parcours de santé, clairs et transversaux, qui évitent les ruptures de prise en charge.

La Loi HPST prévoit la possibilité de décliner le Projet Régional de Santé (PRS) au moyen de programmes territoriaux de santé (PTS). Chaque programme territorial peut donner lieu à plusieurs contrats locaux de santé (CLS). Il peut enrichir également et de manière complémentaire et cohérente les autres contrats noués avec les établissements, les associations et de manière générales les parties prenantes à la politique de santé sur le « territoire de santé » (le département en région Centre). Ces programmes territoriaux sont toutefois, juridiquement, facultatifs.

Le territoire de la région Centre est vaste et étendu. Si les problèmes de santé rencontrés dans les territoires sont sensiblement les mêmes, ces problèmes s'y posent avec une acuité différente dans ses différents points. Les atouts et les faiblesses des territoires, dont il faut tenir compte pour organiser l'offre sont également différents d'un territoire à l'autre. De même la perception des enjeux par les acteurs de santé et l'appui sur les dynamismes partenariaux et les initiatives locales sont éminemment variables.

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

- 1) **programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques.** Le PTS est un outil de programmation des actions à conduire sur un territoire donné sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS : promotion et prévention de santé dont santé environnementale, offre de soins ambulatoire et hospitalière et accompagnement médico-social.
- 2) **recenser l'ensemble des outils via lesquels l'ARS pourra intervenir** (création de filières par exemple, etc.) **auprès des acteurs de la région**, qu'il s'agisse de collectivités territoriales, d'offreurs de soins, d'associations, etc.
- 3) **mettre en cohérence les démarches locales de santé existantes avec le PRS :** Le PTS a également pour objectif de s'assurer de l'**adéquation des démarches locales de santé avec le PRS** sur le territoire concerné, voire de les rapprocher et les mettre en cohérence les unes par rapport aux autres.
- 4) **associer les instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé :** Le PTS permet aux ARS d'intégrer dans les territoires concernés les **propositions des conférences de territoire** tout en les **resituant dans le cadre stratégique du projet régional de santé**. L'article L.1434-17 dispose que le rôle de la conférence de territoire vise à mettre en cohérence « *les projets territoriaux sanitaires* », au sens des démarches locales de santé avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique. Cette compétence attribuée à la conférence de territoire vient **confirmer son rôle dans le cadre de l'élaboration des PTS. La conférence devient garante de l'articulation entre le processus descendant de déclinaison du PRS et le processus ascendant de prise en compte des démarches locales de santé.**
- 5) **Rendre lisibles les critères de l'ARS permettant d'évaluer les opportunités de lancement des contrats locaux de santé.**
- 6) **Communiquer et concerter avec les partenaires institutionnels susceptibles de s'engager dans un CLS avec l'ARS.**

Aussi, il apparait nécessaire de faire de ce PTS **un outil de référence souple, adaptable et partagé entre les acteurs intervenant dans le domaine de la santé sur un territoire donné.** Il est donc privilégié de ne pas l'inscrire dans le cadre législatif du Projet régional de santé pour éviter le formalisme et les modalités de concertation induits. Il est en effet

important que ce programme s'appuie prioritairement sur les conférences de territoire et qu'il puisse évoluer de façon réactive.

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

SOMMAIRE

I. L'identité du territoire	p 7
1. Les données existantes.....	p 7
2. Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire.....	p 44
II. La territorialisation des actions de santé	p 53
1. Le rôle de la conférence de territoire	p 53
2. La structuration géographique du territoire	p 54
3. L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santé	p 61
III. Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire du Loiret	p 63
1. Définition de la notion de parcours	p 63
2. Les outils de la coopération	p 64
3. Les parcours	p 64
4. Les priorités du territoire en santé environnementale	p 73
IV. La méthodologie retenue dans le cadre du PTS du Loiret	p 76
Conclusion	p 87

I. L'identité du territoire

1. Les données existantes

Le profil démographique et socio économique aujourd'hui et demain

Le département du Loiret est un département plutôt urbain, relativement dynamique au plan économique. Sa croissance démographique est soutenue (15,1% estimé sur la période 2005-2030). Orléans, est le chef lieu de la région Centre, région qui en réalité compte, de fait, deux « métropoles » (Tours et Orléans) dont il convient de faire un atout tactique en termes de développement, notamment. Plutôt riche et rentré plus tardivement que les autres départements limitrophes dans les difficultés économiques, ce département n'offre pas de caractéristiques saillantes, atypiques du point de vue de la santé ; comme l'illustrent les quelques repères statistiques rappelés dans toute cette première partie. Mais il accuse peut-être de ce fait un manque d'anticipation et d'harmonie de son devenir socio économique. Et de santé, par voie de conséquence. Une seule problématique claire et majeure ressort, partagée d'ailleurs avec les départements de la Région, c'est la question de la démographie des professionnels de santé...

Mise à part cette question récurrente, la situation « globalement privilégiée » du Loiret n'induit pas, pour autant, l'absence de besoins prégnants en matière de cohérence de santé, de coordination des acteurs et opérateurs, de couverture harmonieuse et de développement ciblé de l'offre de santé quand on analyse, plus en détail, les disparités infra départementales. Au contraire. Et d'autant si l'on adopte un point de vue prospectif et l'on souhaite faire progresser la santé au bénéfice de nos concitoyens.

Dans cette optique, le département du Loiret doit faire montre d'une claire volonté d'aménagement confortée et équilibrée de l'offre de santé sur ses territoires infra départementaux. Pour cela, entre partenaires de l'offre santé, on doit pouvoir convenir d'une ambition de développement « social » au sens de l'OMS (la recherche d'un état optimum de bien être sanitaire et social) et ce, en ré expertisant les modes de prise en charge existants, de la prévention au médicosocial ou aux soins de suite en passant par l'ambulatoire et l'hospitalier en tant que de besoin. L'enjeu concernera, dès lors, la structuration adéquate des acteurs entre eux, l'articulation opportune des dispositifs autour de parcours de santé qui doivent être adaptés et fluides. Cela engage non seulement les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne mais encore l'effort de concert, le soutien, sine qua non, de l'ensemble du partenariat institutionnel (Conseil régional, Conseil général, Cohésion sociale, Assurance maladie, Communautés de communes etc.)

→L'évolution de la population : 1975-2010-2040

Le département du Loiret est le plus peuplé de la région Centre, le plus dense aussi (97 hab. /km²). Sa population se concentre à plus de 80% autour des grandes aires urbaines que sont Orléans, Montargis, Gien et Pithiviers. La tendance à la hausse de la démographie se poursuit mais toutefois de manière contrastée selon les bassins démographiques concentrées autour de ces villes.

Population au 1er janvier 2012

en nombre

	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Loiret	653 510	165 290	341 037	89 169	58 015
bassin démographique					
Orléans	399 447	102 703	215 720	50 188	30 836
Pithiviers	61 209	15 815	31 006	8 361	6 027
Montargis	123 867	30 412	60 030	19 827	13 598
Gien	68 987	16 361	34 281	10 792	7 554
région Centre	2 538 590	610 262	1 300 221	373 185	254 922

source : Insee, recensement de la population

en %

	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Loiret	25,3	52,2	13,6	8,9
bassin démographique				
Orléans	25,7	54,0	12,6	7,7
Pithiviers	25,8	50,7	13,7	9,8
Montargis	24,6	48,5	16,0	11,0
Gien	23,7	49,7	15,6	10,9
région Centre	24,0	51,2	14,7	10,0

source : Insee, recensement de la population

→ La structure par âge de la population

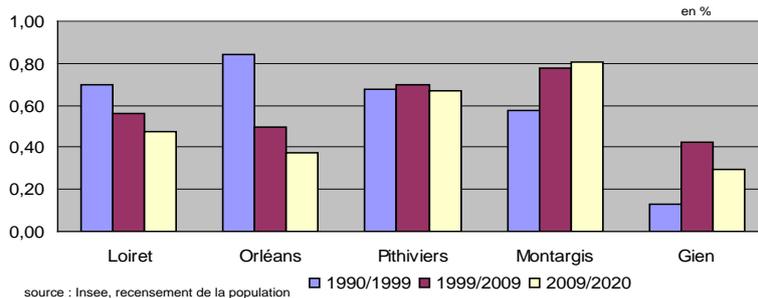
La population du Loiret est relativement jeune. Les moins de 25 ans représentent environ 30% de la population totale contre près de 17% des 65 ans et plus. Cependant, en termes de répartition géographique, l'est du département et dans une moindre mesure le nord sont des zones où l'on observe un vieillissement plus marqué qu'ailleurs et dépassant les valeurs moyennes régionales.

→ Demain, quelle évolution ?

A l'horizon 2020 voire 2040 (projection 2040 : 728 238 habitants), le Loiret reste le département en tête au plan démographique. Son indice de vieillissement actuel est un des plus faibles de la région. Cependant si la progression de la classe d'âge la plus jeune est attendue (+1 point) celles des seniors évolue plus vite d'environ 2 points. Le vieillissement de la population s'observe surtout dans la moitié orientale du département, même si ce n'est pas là une caractéristique qui singularise manifestement ce département et plus que d'autres dans la région.

On remarquera toutefois que l'évolution globale, à la hausse, de la population du Loiret se répartit inégalement sur le territoire. C'est aussi et paradoxalement l'est (voire le centre-est) et le nord du département qui bénéficient des indicateurs de croissance les plus marqués. La proximité de ces zones géographiques avec la région parisienne et un moindre coût de la vie dans ces zones semi urbaines ne sont certainement pas neutres dans ce constat. Les tableaux et graphiques ci-dessous illustrent la situation.

Évolution annuelle de population



Projection de population au 1er janvier 2020

en nombre

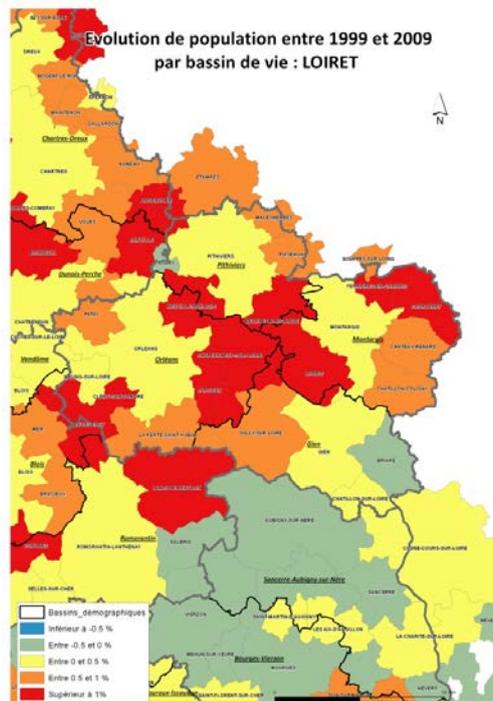
	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	314 706	68 255	143 451	65 607	37 393
Eure-et-Loir	445 882	112 649	215 011	77 248	40 974
Indre	234 426	47 938	105 299	50 122	31 067
Indre-et-Loire	631 633	149 920	306 227	109 678	65 808
Loir-et-Cher	344 519	78 390	156 515	68 178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

Source : Insee, Omphale

en %

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

Source : Insee, Omphale



Les indicateurs sociodémographiques

Quelques chiffres comme repères pour un diagnostic général...

→ Les personnes âgées

L'indice de vieillissement cache des disparités départementales, les bassins démographiques de Montargis et Gien (ainsi que Pithiviers mais dans une moindre mesure) connaissent un vieillissement de leurs populations respectives plus important que la moyenne régionale. Il en va de même concernant les personnes âgées potentiellement dépendantes sur la période 2010-2020.

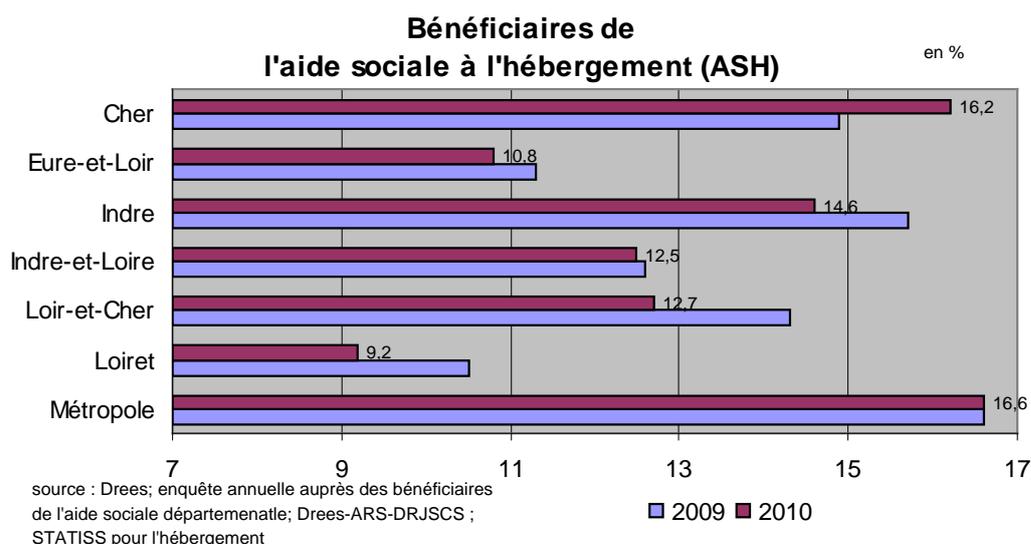
Personnes âgées

	Indice de vieillissement *	Personne âgée de plus de 60 ans			Personne âgées potentiellement dépendantes (+ 60 ans)		
		2010	2020	Évolution 2010/2020	2010	2020	Évolution 2010/2020
Loiret	0,89	135 194	181732	21,5	11 739	14 995	14,6
Bassins démographiques							
-Orléans	0,79	82 702	102746	24,2	6 737	7 971	18,3
-Montargis	1,10	33 975	40098	18,0	3 053	3 418	11,9
-Gien	1,12	18 517	21734	17,4	1 948	2 121	8,8
-Pithiviers	0,91	14 357	17154	19,5	1 345	1 486	10,5
Centre	1,03	640 892	769 239	20,0	58 690	66 731	13,7

source : Insee, études personnes âgées potentiellement dépendantes

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

→ Les dépenses d'aide sociale à l'hébergement (ASH) : 9,2 %. Situation : Le Loiret consacre le plus faible pourcentage d'ASH de la région contre une valeur de 16,2% dans le Cher par exemple.



→ **Les bénéficiaires de l'APA** : environ 146 000 personnes attributaires soit près de 8 % de la population de plus de 60ans ; ce chiffre est légèrement supérieur à la moyenne régionale (7,5%).

Nombre de personnes concernées en région Centre hors procédures d'urgence (domicile+établissement)		
	Nombre de personnes de plus de 60 ans au 1erjanvier 2009 de +60 ans(en%)	Ratio bénéficiaires APA/nombre
Cher	87 075	7,6
Eure-et-Loir	93 344	6,9
Indre	70 053	7,7
Indre-et-Loire	38 690	6,9
Loir-et-Cher	89 177	8,2
Loiret	145 638	7,9
Centre	623 977	7,5

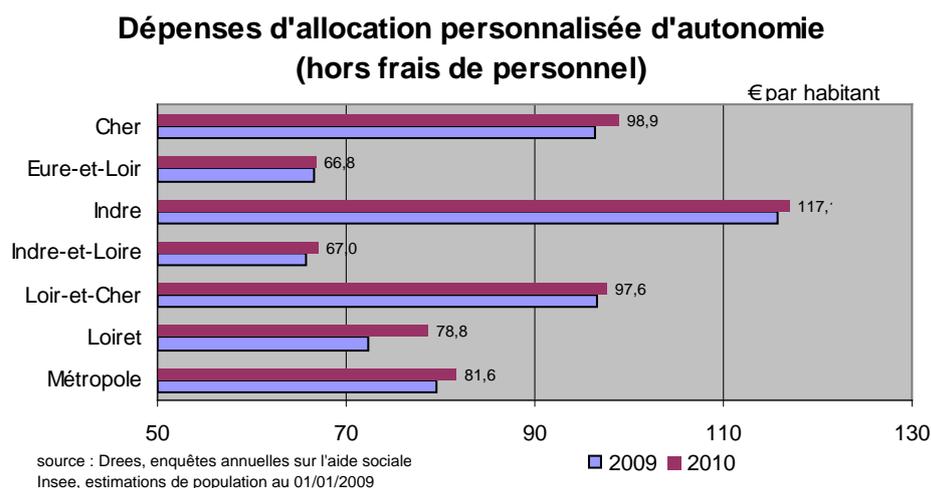
Source : Drees - Enquête annuelle "Aide sociale"

Sont ainsi concernés en région Centre un peu moins de 8 % des + de 60 ans

→ **Les dépenses d'APA** : 78,8 € par habitant.

Situation régionale : 66,8 en Eure et Loir < 78,8 Loiret < 117,1€ dans l'Indre.

Le Loiret occupe la 4^{ème} place au plan régional avec une dépense par habitant relativement faible.



→ **Les personnes handicapées**

Les allocataires de l'AAH : 1,9% des 20-64 ans en 2010. C'est le plus faible pourcentage de la région, l'Indre occupant la 1ere place.

Personnes handicapées

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

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

¹ PCH : prestation de compensation du handicap, ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

→ **Les bénéficiaires de la PCH** : 3 ‰ en Indre et Loire < 3,6 ‰ dans le Loiret < 6 ‰ dans le Cher. Si cette valeur reste proche de la moyenne régionale, la dépense qui s'y rapporte est la plus faible de la région.

→ **Les dépenses brutes de compensation du handicap** : avec 4328 € par habitant le Loiret occupe la dernière place en matière de dépenses de compensation du handicap soit 15 € par habitant contre 25 en moyenne régionale. On est dans ce domaine très en dessous du niveau national (presque moitié moins).

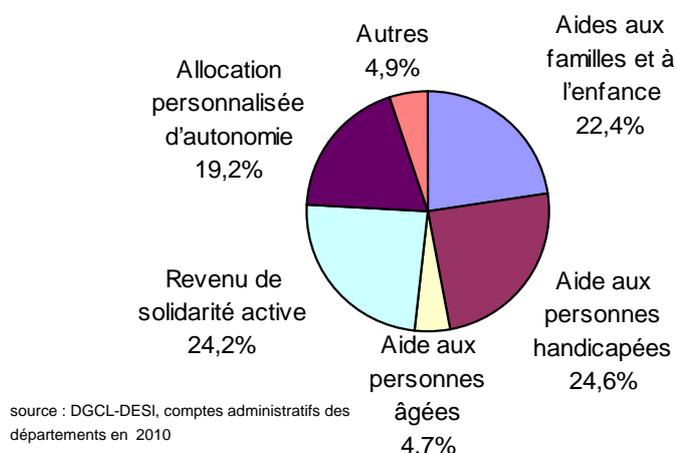
→ **Les personnes en situation précaire** : *Les minima sociaux*

Dépenses d'aide sociale des conseils généraux en 2010

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

Source : DGCL-DESL, comptes administratifs des départements.

Les aides sociales dans le Loiret



→ **Les dépenses brutes de RSA** : Elles concernent plus de 5% de la population (idem moyenne Régionale) pour une dépense brute autour de 2700 € par bénéficiaire ou encore 101 € par habitant situant ainsi le département entre la 3^{ème} et la 4^{ème} place au plan régional.

Plus globalement les dépenses d'aide sociale du Conseil général du Loiret sont maintenues à niveau assez élevé comparativement aux autres départements de la Région sauf en ce qui concerne en particulier les personnes âgées, ce qui n'est pas sans poser question pour l'avenir.

→ **Les foyers fiscaux non imposés** : cf. carte ci après. Là encore la situation générale du Loiret ne se distingue pas particulièrement. Le Loiret est un département plutôt « aisé ». Le pourcentage moyen de foyers fiscaux non imposé se situe dans les valeurs les plus faibles de la région. Au demeurant, l'Est et le Nord du département se distinguent cumulant les ménages aux revenus les plus faibles.

Revenus fiscaux localisés des ménages - Année 2010

Indicateurs de distribution par Ménage en euros

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

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

note de lecture : dans le Loiret, 10 % des ménages déclarent un revenu annuel inférieur à 11 466 €

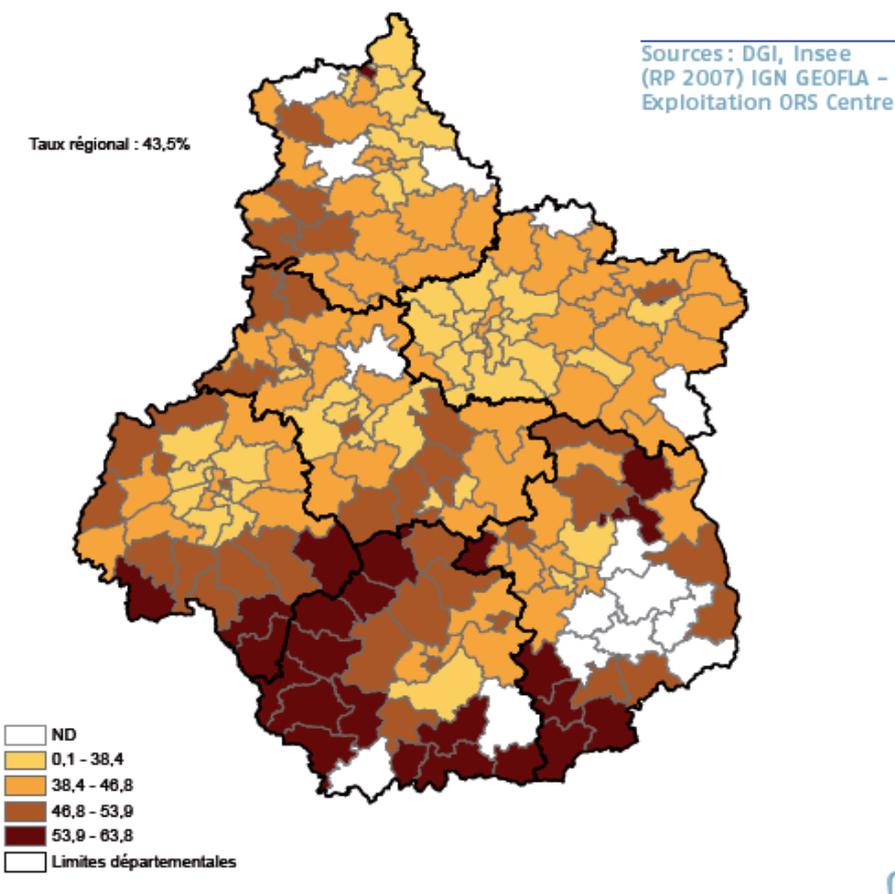
Indicateurs de distribution par Ménage - Référent de 75 ans ou plus

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

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

note de lecture : dans le Loiret, 50 % des ménages déclarent un revenu annuel supérieur à 22 386 €

Nombre de foyers fiscaux non imposés sur le revenu pour 100 foyers fiscaux imposés en 2007



Au travers des critères d'imposition on constate que globalement les ménages du département du Loiret sont relativement plus riches que dans les autres départements de la région même si à l'instar des autres, 10% de sa population déclarent un revenu inférieur à 11 500€. Cette caractéristique n'est pas neutre sur le diagnostic social ou de santé qui pourra être porté sur ce territoire, sachant cependant que dans ce domaine comme dans d'autres, la réalité est plus contrastée selon les bassins de vie ; l'est et le nord du département étant beaucoup plus fragilisés, comme déjà signalé.

→ Les jeunes peu ou pas diplômés :

Enseignement, scolarité :

Source : Insee (RP 2008), Rectorat de l'académie Orléans-Tours

Données	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France entière
Nombre de jeunes de 16 à 24 ans scolarisés dans un opérateur de formation (année scolaire 2008-2009) (pour 100 jeunes de 16 à 24 ans)	42,9%	37,0%	41,7%	59,9%	43,1%	52,6%	49,1%	54,5% (France hexagonale)
Taux de sortie avant la fin du second cycle (année scolaire 2009-2010)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	7,4%	7,9%
Nombre de jeunes de 20 à 24 ans non diplômés en 2008 (pour 100 jeunes de 20 à 24 non inscrits dans un établissement scolaire)	2300 (21,0%)	3 769 (21,9%)	1 791 (22,5%)	3 818 (17,7%)	2 548 (22,8%)	6 188 (23,8%)	20 415 (21,5%)	498 592 (21,6%) (France hexagonale)
Nombre de jeunes de 20 à 29 ans sortis du système scolaire sans diplôme ou avec uniquement le certificat d'études primaires en 2008 (pour 100 jeunes de 20 à 29 ans)	3 221 (10,3%)	5 506 (11,6%)	2 537 (11,8%)	5 356 (7,3%)	3 835 (12,3%)	9 469 (11,8%)	29 923 (10,5%)	760 973 (9,8%) (France hexagonale)
Nombre de personnes de 15 ans et plus non scolarisés sans qualification ou de faibles niveaux de formation en 2008 (aucun diplôme, CEP, BEPC, Brevet des collèges) (pour 100 personnes de 15 ans et plus non scolarisés)	96 335 (40,2%)	123 606 (39,8%)	81 639 (44,9%)	150 643 (35,7%)	104 530 (42,2%)	176 747 (37,5%)	733 500 (39,2%)	16 479 359 (36,6%) (France hexagonale)
Nombre de personnes de 15 ans et plus non scolarisés titulaires d'un bac+2 en 2008 (pour 100 personnes de 15 ans et plus non scolarisés)	40 757 (17,0%)	56 996 (18,4%)	25 119 (13,8%)	95 950 (22,7%)	40 828 (16,5%)	101 707 (21,6%)	361 359 (19,3%)	10 721 441 (23,8%)

Ce tableau résume la situation concernant les jeunes et les diplômés. Plus récemment et comme autre illustration, la région Centre présente à la session d'examen 2011 du diplôme national du Brevet, un taux d'accès inférieur à celui de la France (78,0% contre 80,1%). Les taux varient d'ailleurs en région de 72,7% dans le Cher à 82,9% dans l'Indre-et-Loire. Concernant le baccalauréat, le taux d'accès a fortement augmenté avec la réforme de la série professionnelle, mais le taux régional reste inférieur au taux national (70,2% contre 71,6%). Le Loiret, a le taux de réussite au bac le plus élevé (78,5%). A la rentrée 2010, 65,2% des néo-bacheliers de la région Centre ont poursuivi leurs études dans l'enseignement supérieur, contre 68,6% en France. Les néo-bacheliers du Loiret et du Cher ont davantage poursuivi leurs études après le baccalauréat, et en particulier plus vers les BTS, que ceux de l'Indre par exemple (respectivement 66,6%, 65,8% et 62,4%). Pour autant, la cartographie des inégalités de santé qui sera présentée plus loin témoigne de forte « poches » de jeunes précarisés, non diplômés, dans l'est, le centre-est et le nord du département

→ **Les bénéficiaires de la CMU-C** : 37 609 bénéficiaires correspondant à un taux de couverture de 5,7% de la population, équivalent à celui de la région en moyenne. Cependant, on note que le Loiret est le second département après le Cher quant au taux de couverture de la population par CMU-C ce qui laisse présager des inégalités sociales très fortes au sein de ce territoire.

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

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

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

→ **L'espérance de vie** : le Loiret voit l'espérance de vie des femmes comme des hommes augmenter et celle-ci, mesurée à la naissance ou à 60 ans se situe au dessus de la moyenne régionale voire nationale. Seule l'Indre et Loire marque des valeurs un tout petit peu supérieures.

→ **Le taux de natalité** de 13 ‰ est, avec celui de l'Eure et Loir le plus fort de la Région et dépasse même l'indicateur national (12,6‰). C'est à priori un atout au plan démographique mais qui, en matière de santé reste, naturellement, contingent de considérations socioéconomiques plus vastes.

→ **Le taux de mortalité** et le taux de mortalité prématuré affichent, la encore, des taux significatifs. Le Loiret a le plus faible taux de mortalité de la Région et inscrit ses indicateurs en cohérence avec ceux de la métropole. Un signe préoccupant toutefois, en matière de mortalité infantile, ou là, le Loiret devrait pouvoir faire mieux et diminuer un taux de 3,6 ‰ largement perfectible...

En termes d'évolution et dans le détail des causes de mortalité prématurées, l'appréciation sera toutefois à nuancer concernant les affections liées à l'appareil circulatoire ou ce qu'il convient de qualifier « les traumatismes, empoisonnement et causes externes » chez les femmes. Les valeurs affichées méritent des actions correctives appropriées notamment en matière de prévention.

→ **Divers taux comparatifs pour lesquels le Loiret indique des valeurs globalement en deçà de la moyenne régionale, sauf en matière de dépistage du cancer (sein et colorectal) et d'accidentologie des transports et de suicides chez les femmes.**

● Taux comparatifs de mortalité prématurée (1)

Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2007-2009

Sources : INSERM - CepiDc

	Centre	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Hommes							
Toutes causes dont :	280,5	328,4	275,7	322,3	252,5	294,0	281,2
tumeurs	109,1	131,8	111,6	111,5	97,8	116,3	101,0
Appareil circulatoire	39,1	47,9	36,1	51,5	34,2	34,8	38,2
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	55,3	61,8	49,8	69,4	50,3	60,7	53,1
dont suicides	23,2	29,8	20,5	28,0	21,8	24,2	21,1
dont accidents de transport	15,6	14,0	14,7	23,3	12,5	18,5	15,8
Alcoolisme	35,3	41,7	34,0	48,3	29,9	37,9	31,1
Femmes							
Toutes causes dont :	126,2	130,2	126,4	133,6	121,5	128,3	125,5
tumeurs	61,9	59,9	66,0	61,3	63,3	57,9	61,4
Appareil circulatoire	12,8	14,4	12,9	13,3	9,6	13,7	14,1
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	17,4	21,1	14,3	20,7	16,9	16,1	17,9
dont suicides	7,4	8,3	5,2	9,6	7,7	7,4	7,7
dont accidents de transport	4,1	5,5	3,7	5,5	2,7	4,4	4,5
Alcoolisme	8,9	10,4	9,0	9,1	8,6	10,4	7,6

(1) taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine

9

En effet, on observe les valeurs suivantes, pour 100 000 habitants de moins de 65 ans :

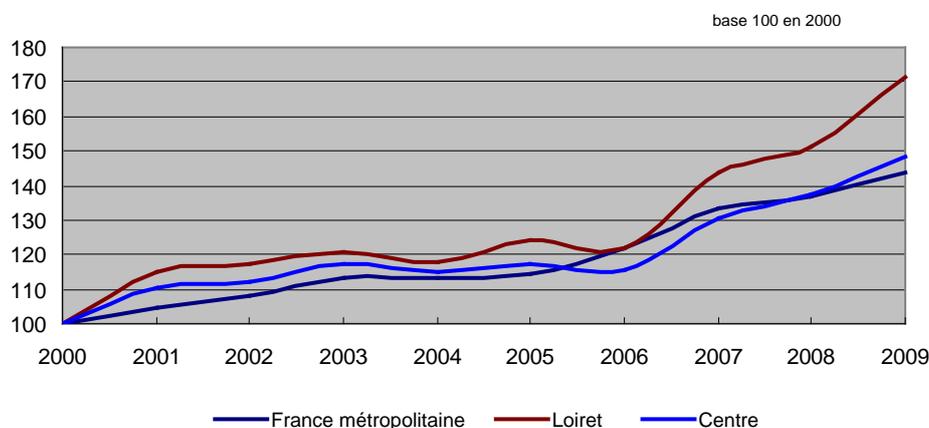
- Taux standardisé de mortalité pour maladies cardiovasculaire :
Hommes : 38,2/1000 habitants. Femmes : 14,1
- Taux standardisé de mortalité pour cancer :
Hommes : 101 Femmes : 61,4

Ces chiffres ne sont pas problématiques au contraire des deux suivants qui mériteront un travail d'amélioration, en partenariat notamment.

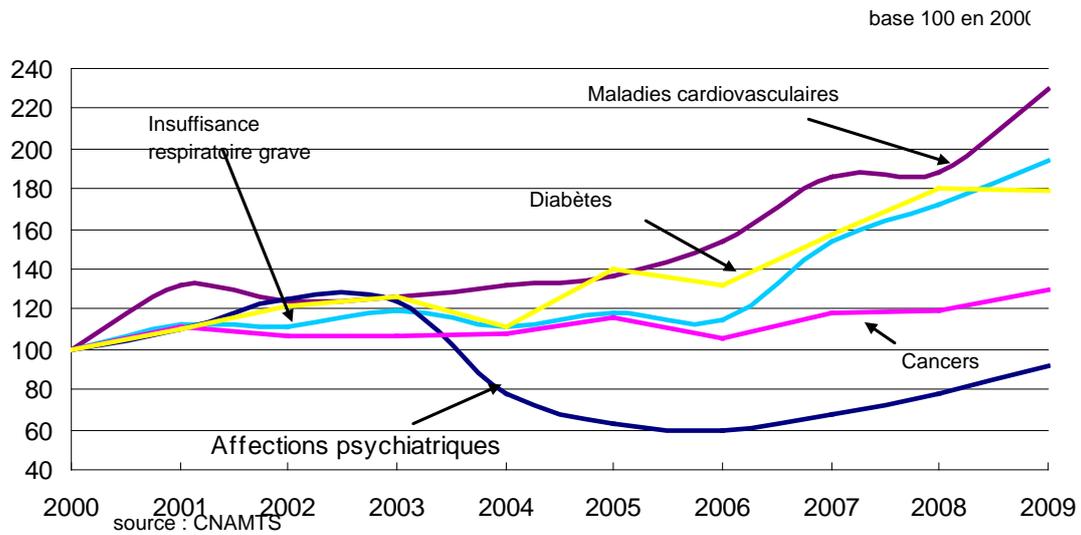
- Taux de participation au Dépistage organisé du cancer du sein et colorectal : sein 51,2 et colorectal 32,0 soit des taux les plus bas de la région Centre. Là encore l'est du département est plus déficitaire.
- Taux standardisé de mortalité pour suicide : Hommes : 53,1 Femmes : 17,9
Accidents de la route : Hommes : 21,1 Femmes : 7.7
Accidents de la vie courante : Hommes : 15,8 Femmes : 4.5
- Taux d'IVG, dont IVG chez les mineures : un nombre global d'IVG en légère baisse depuis 2007 et un pourcentage parmi les plus bas chez les mineurs (6,6 % en 2010).
- Données sur les dépendances (alcool, tabac) : taux de mortalité prématurée : 31,1 (pour 100 000 habitants (pour les hommes contre 7,6 pour les femmes).

En revanche, si en matière d'affections de longues durées (ALD) les données brutes ne sont pas marquantes, la progression de certaines est inquiétante. Manifestement, on observe une croissance de ces ALD dans le Loiret depuis plusieurs années dépassant les repères régionaux et même nationaux. En tête de ces affections, les maladies cardiovasculaires. Le diabète et les insuffisances respiratoires occupent une place importante. Il y a, dans ce constat la nécessité d'une approche géographique plus sérieuse qui induira la mise en perspective d'actions de prévention renforcées et ciblées sur les zones de projets ou au plan de l'ensemble du département, selon les précisions qui seront fournies.

Évolution des ALD



Évolution des principales ALD

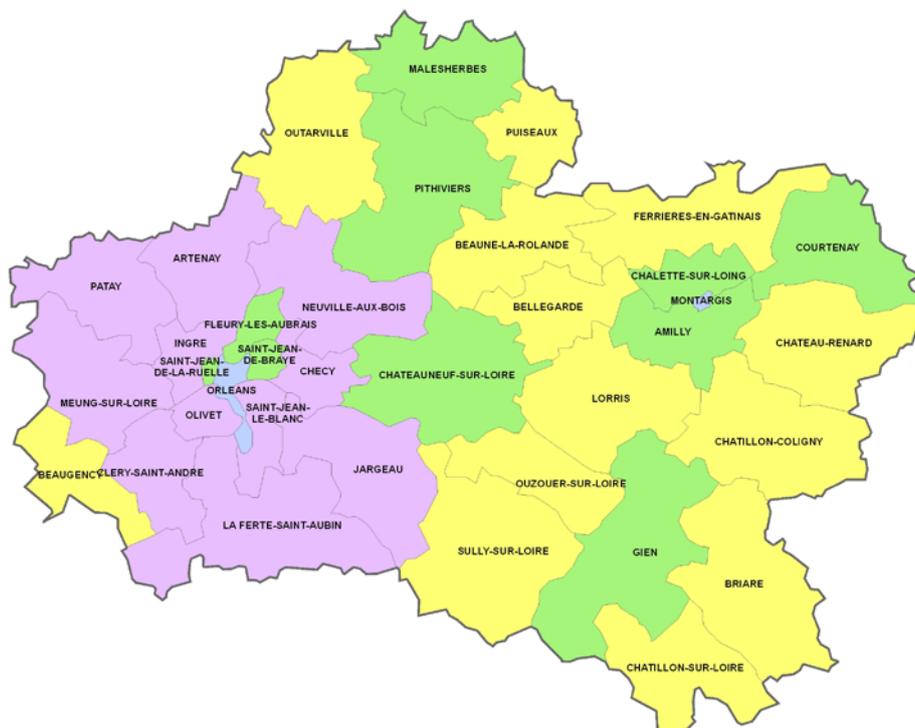


Les inégalités cantonales de santé (*cartographie sur la base des travaux de l'ORS*) dans le Loiret

Une étude confiée à l'ORS a conduit en 2010 à l'analyse de 57 indicateurs sociodémographiques, de mortalité, d'offre de soins, de séjours hospitaliers et d'admissions

en affectation de longue durée. Cette étude a permis de classer les cantons du département en 5 classes, aux caractéristiques suivantes :

Les inégalités cantonales LOIRET



Classification

- Classe A
- Classe B
- Classe C
- Classe D
- Classe E

0 10 km

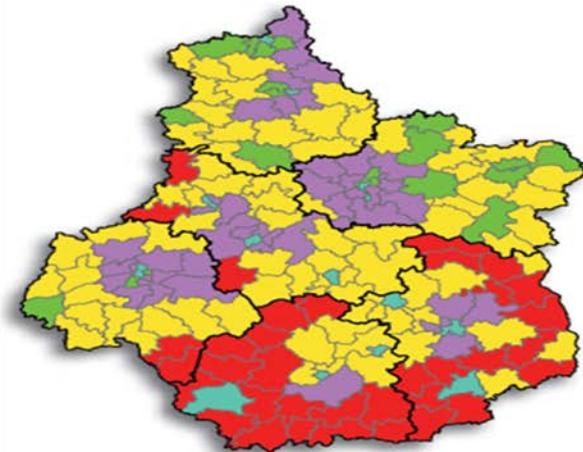
Réalisation : ARS du Centre - Janvier 2013 Source : INSEE - ORS

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'ALD, en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers.
 Classe D : Cantons avec une faible offre de soins, en sur-mortalité par morts violentes.
 Classe E : Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins.

Illustration chiffrée en région Centre...

Résultats de la typologie en 5 classes après consolidation

	Nombre de cantons après consolidation	Nombre d'habitants au RP 2006	% de la population au RP 2006
Classe A	42	664 124	26,3%
Classe B	14	611 180	24,3%
Classe C	21	380 414	15,1%
Classe D	73	645 800	25,6%
Classe E	35	218 049	8,7%
Ensemble	185	2 519 567	100%



A	Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante
B	Villes-centres, 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 sur-mortalité par morts violentes
E	Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins

Inégalités Cantonales de santé en région Centre
une répartition territoriale des déterminants de santé (juillet 2010)

Classe A

socialement favorisés sous mortalité générale et prématurée
offre de soins satisfaisante

Classe B

Villes centre forts contrastes sociaux,
surmortalité prématurée
très bonne offre de soins

Classe C

Fort proportion de jeunes peu ou pas diplômés bcp de séjours
hospitaliers et d'ALD, sous mortalité générale
bien desservis par les services hospitaliers

Classe D

surmortalité par morts violentes
faible offre de soins

Classe E

ruraux surmortalité générale et par suicide
très faible offre de soins

Cette cartographie des inégalités cantonales en région Centre induit une grille de lecture circonstanciée de la population qui y réside. Par croisement avec l'offre de santé de proximité, il est donc déjà possible, à ce stade, d'entrevoir des actions de base à entreprendre en matière de santé. Autrement dit de repérer d'emblée, sur des territoires infra départementaux, la problématique majeure rencontrée, l'approche sectorielle la plus concernée (hospitalière, médico-sociale, ambulatoire, de prévention...), l'institution partenaire la plus intéressée (Conseil Général, Cohésion sociale, Ville et Agglomération, Assurance maladie ou autre etc.) et la question centrale posée en matière de santé : adéquation des dispositifs ou de moyens ? Lisibilité de l'offre ? Coordination des acteurs, repérage et accompagnement des populations ? Accessibilité de l'offre ? Existence et structuration des parcours ? Complexité de la situation ? Juxtaposition de plusieurs problématiques ? Etc.

Ainsi peuvent être dressées des « cartes d'identité » par secteurs géographiques qui seront fortement utilisées dans des territoires de projet pour affiner un diagnostic. Et constituer la trame des plans territoriaux de santé qui serviront de socle aux actions à contractualiser entre les parties prenantes d'une zone de projet (in : contrat local de santé, CPOM, conventions...).

A l'observation, tout l'est du département du Loiret et le nord cumulent des zones de couleur verte (environ 30% de la population) ou jaune (18% de la population). Cela renvoie à des difficultés spécifiques d'accès à la santé.

Dans les cantons en vert par exemple, il s'agira surtout de repérage en termes de prise en charge adaptée des populations précaires et aussi d'accompagnement social de ces situations. Il conviendra d'impliquer avant tout les structures médicosociales et hospitalières.

Aux fins d'accompagnement partenarial on impliquera en premier lieu le Conseil général et la Cohésion sociale.

Dans les zones colorées en jaune cumulant les caractéristiques de « morts violentes », de nombreuses ALD, une faible densité des professionnels de santé et un relatif éloignement des structures hospitalières, on privilégiera le maintien à domicile et l'accessibilité à la santé en veillant à la continuité des soins, à l'organisation bien structurée des parcours de santé et à la promotion d'actions préventives (diabète, suicide...). Le Conseil général (maintien à domicile, transport, Pmi...) et la préfecture (prévention des accidents de la circulation) seront les partenaires privilégiés.

Dans ces territoires, la question des soins de premier recours (exercices regroupés de professionnels de santé...) est primordiale au plan de l'aménagement du territoire. D'ailleurs, le Conseil régional s'investit fortement au côté de l'Etat et de l'ARS dans ce domaine palliatif à la baisse de la démographie des professions de santé.

La démographie des professions de santé

Elle n'échappe pas, comme en France entière au constat de carence. Qui plus est, la démographie médicale, en particulier, occupe au plan régional l'avant dernière voire la dernière place nationale avec la Picardie. C'est dire l'acuité de la problématique posée pour laquelle tant le « Pacte santé » de la Ministre Marysol Touraine que les mesures alternatives « locales » (les exercices regroupés, la télémédecine, les délégations de tâche et autres solutions de recours...) sont à conjuguer et mettre en œuvre avec la plus grande détermination. Car le point culminant du phénomène de pénurie est à venir. Il est attendu pour demain (environ 5 ans). Et former et attirer des professionnels de santé ne s'accordent pas dans les même temps. Mieux, les exigences d'exercice professionnel d'aujourd'hui n'ont plus rien à voir avec les considérations et motivations d'hier. Il convient de tenir compte, aussi, de cette nouvelle sociologie. Il faut intégrer encore, la question des transports comme au cœur de la recomposition géographique de l'offre de santé de 1^{er} recours. Enfin s'avère centrale un mode d'exercice plus coopératif et plus coordonné pour pallier la démographie et éviter les ruptures de parcours de santé. C'est toute une nouvelle économie générale du système qui va s'imposer.

Les tableaux ci-après illustrent la situation démographique actuelle. On remarquera dans le Loiret la densité des différentes professions de santé, la plupart du temps inférieure à la moyenne régionale déjà, elle-même, très basse.

Cette densité, appréciée sur les territoires infra départementaux (bassins démographique, SCOT, Pays etc.) est encore plus caractéristique et évolue négativement ; ce qui va, encore une fois, influencer largement le choix des territoires de projets prioritaires pour décliner et développer l'offre de santé dans le Loiret.

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

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

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

(2) y compris pharmacies mutualistes

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

**Professionnels de santé libéraux
En exercice au 1.01.2012**

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
<i>densité pour 100 000 habitants</i>								
Médecins généralistes y.c remplaçants								
nombre	258	329	200	682	308	551	2 328	67 704
densité	83	77	86	116	94	84	92	105
dont praticiens de 55 ans et plus	131	163	110	250	169	294	1 117	30 354
Médecins généralistes hors remplaçants								
nombre	238	316	182	601	287	523	2 147	62 652
densité	77	74	78	102	88	80	85	97
dont praticiens de 55 ans et plus	127	159	106	236	163	280	1 071	29 387
Médecins spécialistes								
nombre	190	248	111	608	230	473	1 860	59 248
densité	61	58	48	103	70	72	73	94
dont praticiens de 55 ans et plus	115	133	71	278	142	242	981	30 161
Chirurgiens dentistes								
nombre	134	158	81	286	125	271	1 055	36 039
densité	43	37	35	48	38	41	41	57
Infirmiers								
nombre	305	260	311	519	321	456	2 172	87 236
densité	98	61	134	88	98	69	85	139
Masseurs kinésithérapeutes								
nombre	157	200	95	471	191	405	1 519	57 370
densité	51	47	41	80	58	62	60	91

Sources : DREES - RPPS traitements DREES

Médecins spécialistes libéraux

Selon la spécialité exercée au 1.01.2012 (2)

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

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

Médecins spécialistes salariés exclusifs

Selon la spécialité exercée au 1.01.2012

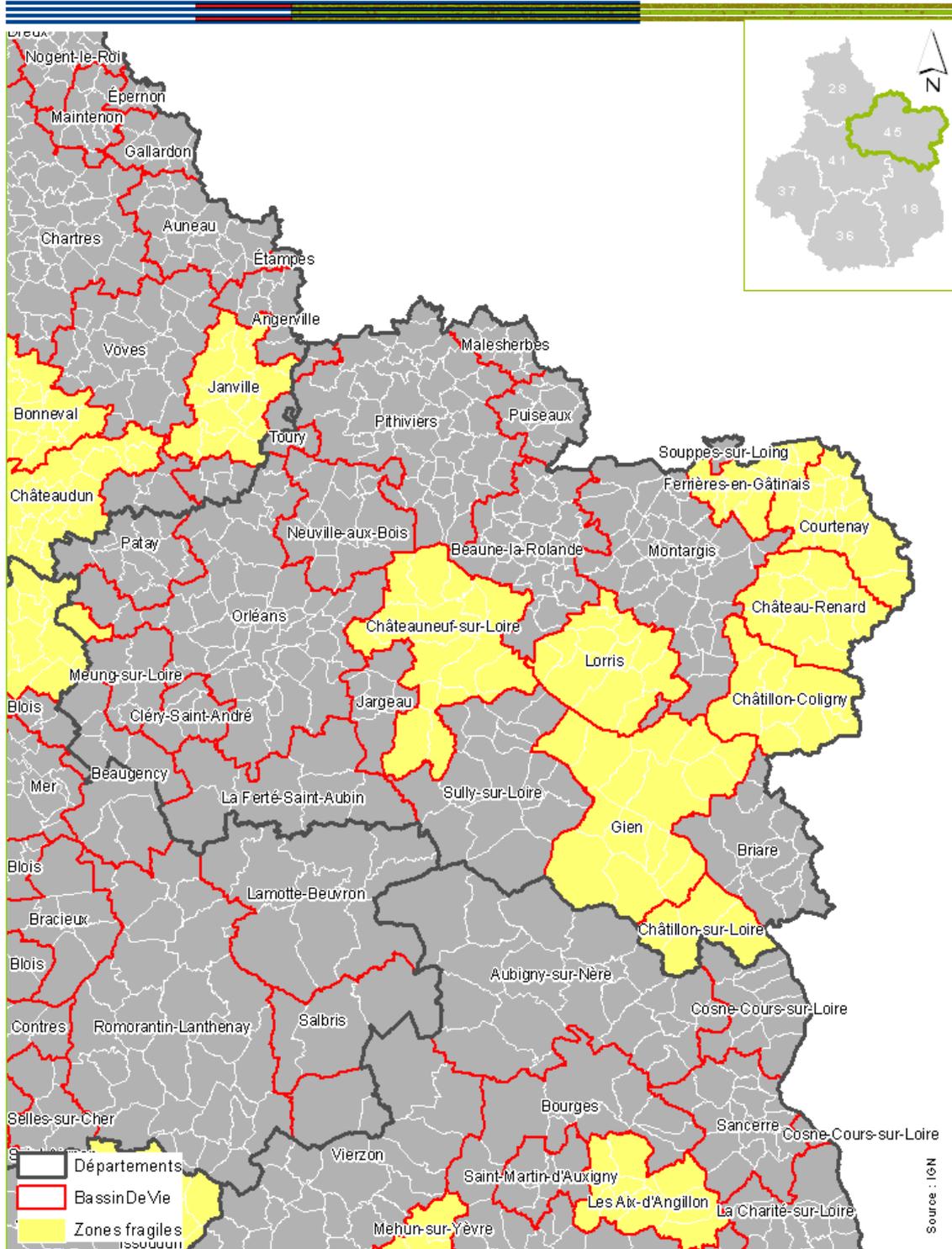
Spécialités exercées	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Spécialités médicales	67	115	48	365	81	207	883	29 763
Dont :								
Anesthésie-réanimation	13	27	11	76	13	41	181	6 321
Cardiologie	4	7	4	29	7	11	62	1 864
Dermato-vénéréologie	0	2	0	11	0	4	17	629
Gastro-entéro-hépatologie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

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

Les deux cartes qui suivent parlent d'elles mêmes. Les surfaces en couleur jaune précisent les aires géographiques où la densité médicale est encore plus faible qu'ailleurs. Autrement dit, là où la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne nationale.

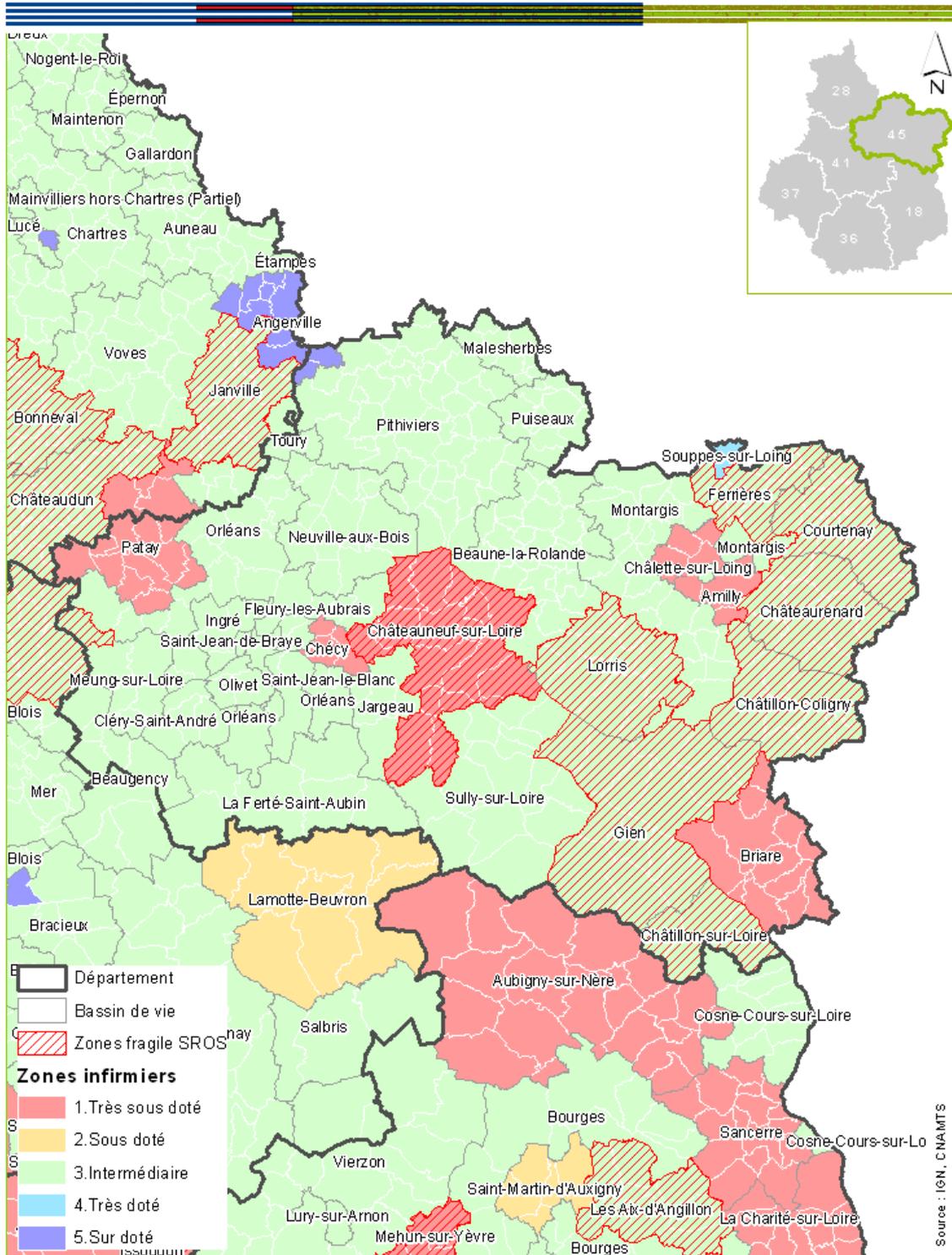
Zonage fragile SROS en Région Centre

Département: LOIRET



Zones fragiles SROS et zones infirmiers en Région Centre

Département: LOIRET



Cette seconde carte reprend les données de la première et surajoute les carences en matière d'infirmiers. On pourrait superposer ainsi d'autres données d'implantation relatives à d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, orthophonistes...). Cela ne ferait que confirmer la fragilité des zones est et centre-est du département (Montargois, Giennois et alentours de Châteauneuf sur Loire), le reste du département étant relativement moins touché.

Ce constat va donc faciliter à nouveau le choix des territoires de projet qui seront sollicités, prioritairement, pour travailler à l'élaboration d'un plan « de ressourcement » en matière de santé. Ce dernier pouvant, ou plutôt devant conduire à une contractualisation sous plusieurs formes adaptées (contrats de type CLS, CPOM, conventions etc.) entre acteurs responsables de la santé du territoire : politiques, institutionnels, acteurs, opérateurs...

L'accès aux soins en urgence

La référence dans ce domaine est l'accès, dans un département, en moins de 30 mn au service d'urgence le plus proche. Le Loiret dispose de services d'urgence (et hospitaliers adossés) répartis aux « quatre coins du département » : Orléans au centre, Pithiviers au nord, Montargis au nord-est et Gien au sud-est. Ce qui d'ailleurs est très structurant en termes de couverture de l'offre de soins.

Ainsi et à l'instar de l'Indre-et-Loire, le Loiret est assez bien servi. Le temps moyen d'accès est d'environ 17mn et seule 1% (12 communes sur 334) de la population réside à plus des 30 mn d'accès d'un service d'urgence.

Ces secteurs mal desservis occupent, exception à la « règle », plutôt le sud du département, la Sologne, et les pourtours de St. Benoit sur Loire et Tigry, juste au dessus.

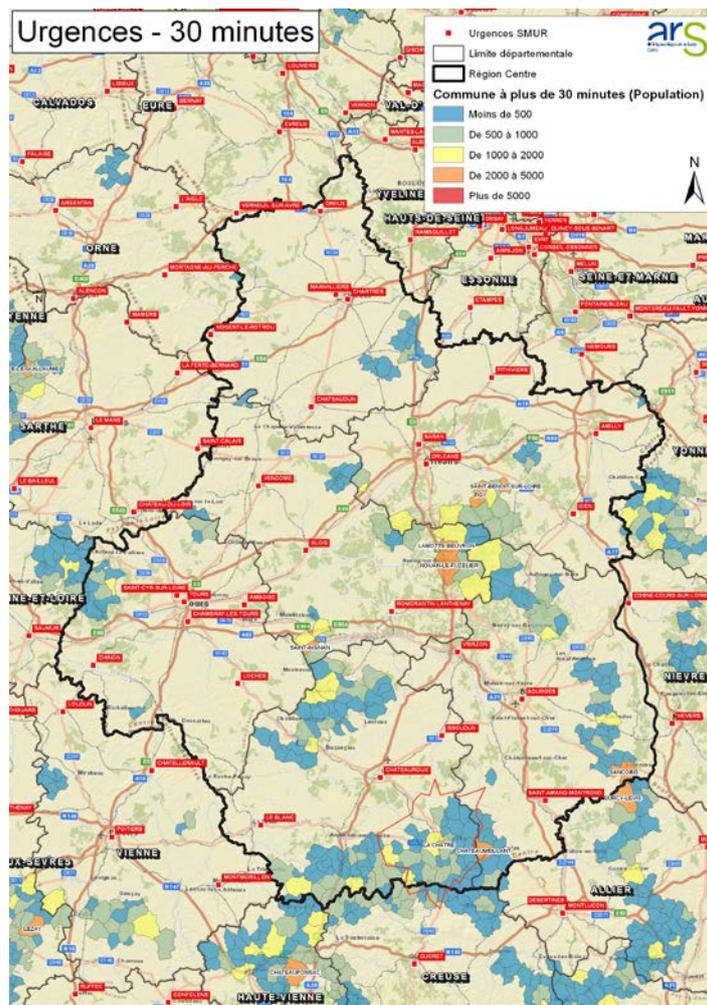
La question sectorielle de la formation et de l'installation circonstanciée de médecins-correspondants devra alors être expertisée pour parfaire une organisation, somme toute, satisfaisante.

Temps d'accès au service d'urgence le plus proche

	communes à moins de 30 minutes	communes à plus de 30 minutes	Nb habitants à plus de 30 minutes	Population à plus de 30 minutes en (%)	Temps moyen d'accès
Cher	258	32	15 100	4,9	19,7
Eure-et-Loir	397	6	1 732	0,4	16,9
Indre	167	80	38 055	16,4	24,2
Indre-et-Loire	266	11	6 018	1,0	17,0
Loir-et-Cher	277	14	13 567	4,1	17,9
Loiret	322	12	6 748	1,0	17,2
Centre	1 687	155	81 220	3,2	18,5

source : DREES -enquête SAE2011 , Insee pour le distancier

Cf. carte ci après.



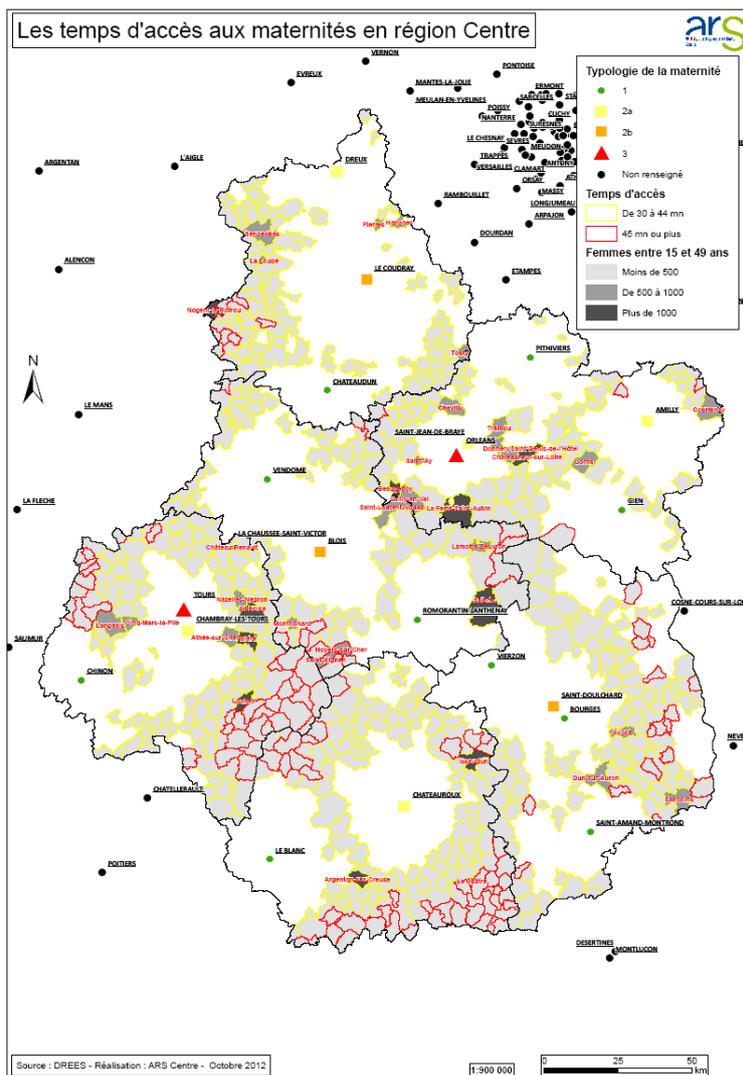
Temps d'accès à une maternité

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

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

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

Il en va de même pour le temps d'accès à une maternité ou près de 85% de la population est à environ 17 mn de la maternité la plus proche. Le sud de la Sologne est particulièrement visé même si la dissémination de la population éloignée touche plutôt les pourtours du département. On sera cependant attentif aux modifications structurelles de l'offre hospitalière (rassemblement des cliniques au nord d'Orléans – « Oréliance ») et à la restructuration complète du CHR à Orléans-la Source comme aussi aux considérations fonctionnelles sur la communauté hospitalière de territoire (CHT de Pithiviers-Beaune-Montargis) qui peuvent induire des modifications sur les temps d'accès aux maternités qu'il conviendra d'apprécier.



Les caractéristiques du territoire en santé-environnementale

L'eau potable

La population du Loiret est alimentée en eau potable à partir de 219 captages (exclusivement en eaux souterraines), répartis selon 240 réseaux de distribution (communes indépendantes, syndicats de communes, communautés de communes). Les interconnexions sont peu nombreuses et par conséquent peu de collectivités disposent d'une bonne sécurité de leur approvisionnement.

Globalement, l'eau dite « du robinet » voit sa qualité s'améliorer d'années en années du fait des travaux engagés par les collectivités concernées : abandon des captages les plus pollués, création de nouveaux forages, interconnexion avec des réseaux voisins, traitement des nitrates ou des pesticides. Toutefois, cette évolution positive ne s'accompagne que rarement d'une amélioration de la qualité des eaux brutes.

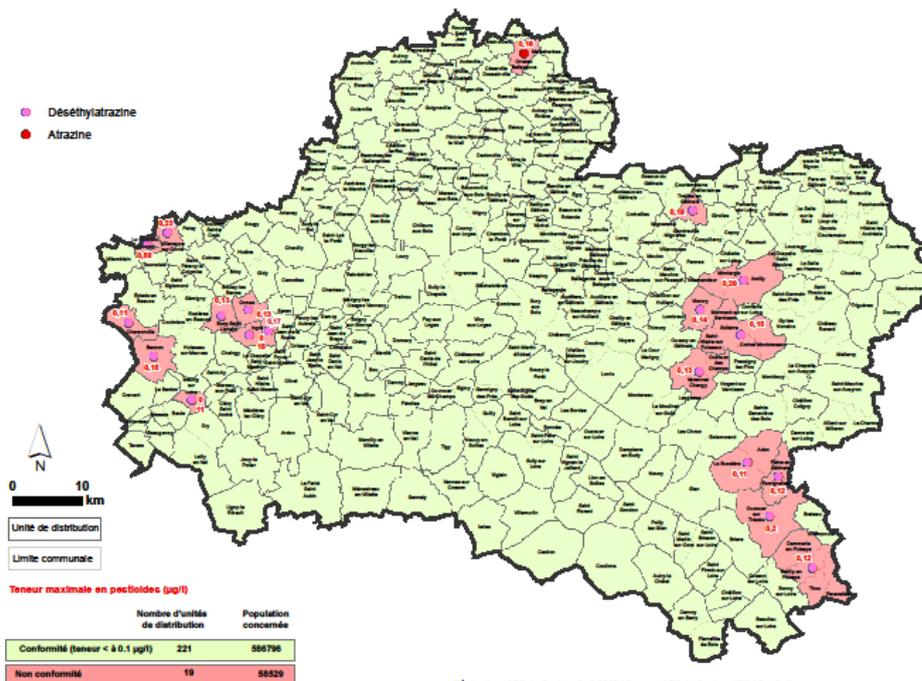
En 2012, 1,4 % de la population était encore alimentée par une eau non conforme en nitrates et 9,2 % pour ce qui concerne les pesticides. Les dépassements sont dus pour l'essentiel aux pollutions diffuses d'origine agricole, ce qui doit conduire à poursuivre les

efforts engagés par la profession agricole en matière de pratiques culturales. L'est du département reste particulièrement impliqué dans l'amélioration de la qualité de ses eaux.



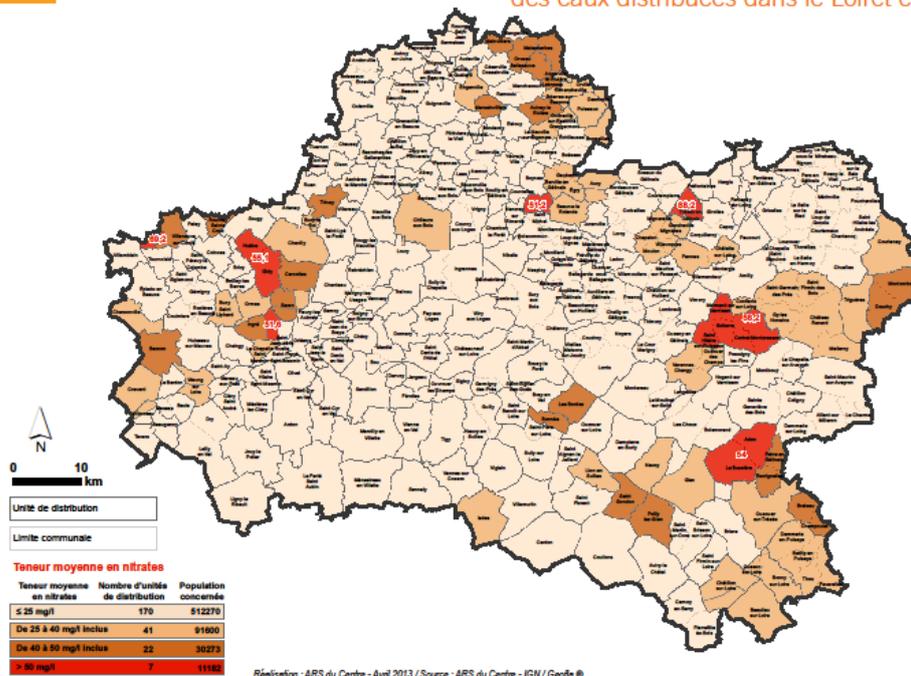
LES TENEURS EN PESTICIDES

des eaux distribuées dans le Loiret en 2012



LES TENEURS EN NITRATES

des eaux distribuées dans le Loiret en 2012



Concernant la protection des ressources en eau vis-à-vis des pollutions accidentelles, 78 % de ces dernières bénéficient de périmètres de protection. Ce « bon » chiffre masque des

« points noirs » qu'il convient de régler rapidement : cela concerne en particulier Chateauneuf-sur-Loire et la communauté de communes du Malesherbois.

En ce qui concerne la lutte contre les pollutions diffuses complémentaires aux périmètres de protection précédemment cités, l'ARS vient en appui de la DDT pour la démarche liée aux bassins d'alimentation de captages (B.A.C.). Cet outil, complémentaire aux périmètres de protection, vise les 12 captages prioritaires dits « captages grenelle de l'environnement ».

Les eaux de loisirs

Le département compte seulement 5 baignades autorisées, ce qui représente une offre assez faible pour le territoire et mal répartie.

Pour plus de précisions, on consultera sur internet :

- <http://www.ars.centre.sante.fr/Eaux-potables-et-de-loisirs.79694.0.html>
- <http://www.sante.gouv.fr/resultats-du-contrôle-sanitaire-de-la-qualite-de-l-eau-potable.html>
- <http://baignades.sante.gouv.fr/editorial/fr/accueil.html>

L'habitat

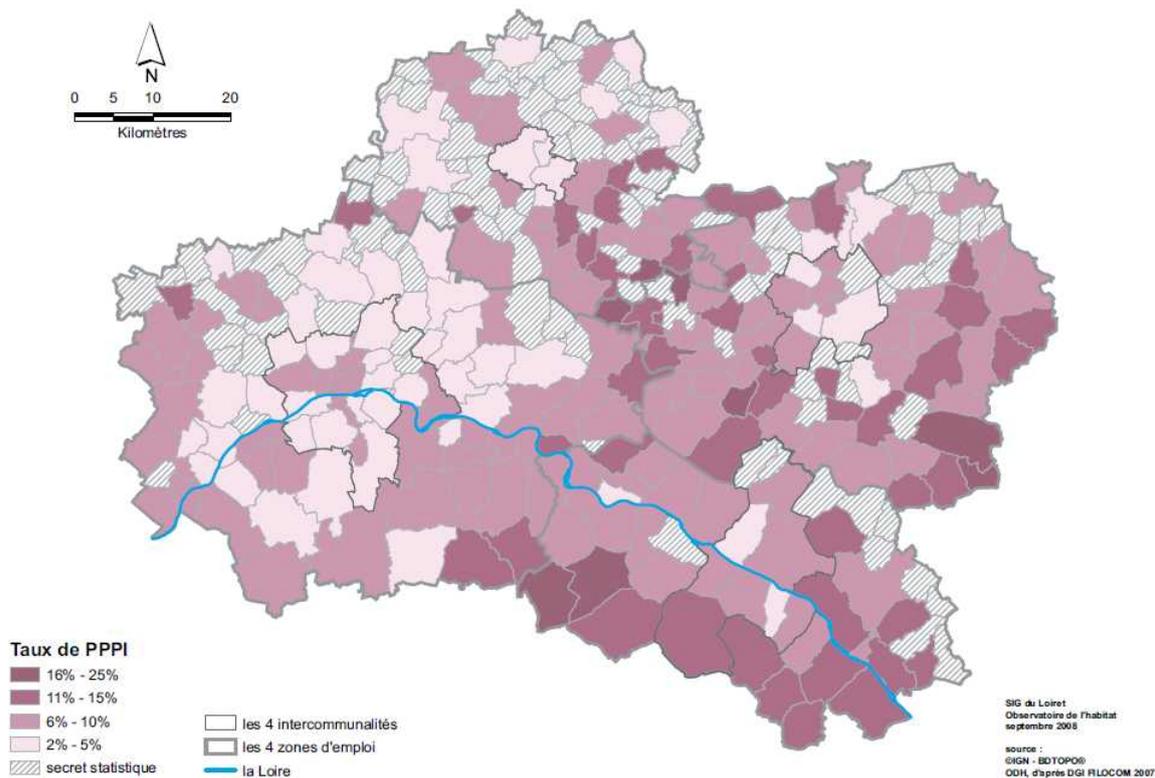
La problématique de la résorption de l'habitat indigne concerne tous les territoires du Loiret, qu'il s'agisse de territoires urbains ou ruraux. Les caractéristiques sociodémographiques et urbaines du département contribuent à expliquer l'émergence de phénomènes d'exclusion et leurs localisations sur le département.

L'observatoire de l'habitat du Loiret fournit une analyse du logement indigne dans le département à la date de 2007. Ce sont 13 984 résidences principales potentiellement indignes qui étaient alors dénombrées, soit environ 6% du parc privé (les logements potentiellement indignes sont identifiés à partir de FILOCOM sur la base de l'état du logement et du niveau de revenu des occupants). L'agglomération d'Orléans concentre plus de 30% de ces logements.

Mais l'essentiel du Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI) se situe dans le centre et la frange est du département : bassins d'emploi de Gien et Montargis en particulier.

Deux profils de ménage semblent plus concernés par l'habitat potentiellement indigne dans le Loiret :

- Les personnes seules et âgées, propriétaires de leur logement et situées plutôt dans les zones rurales,
- Les jeunes ménages d'une ou deux personnes, locataires d'un petit logement implanté en milieu urbain.



"Ville et Habitat" lors de sa mission d'évaluation du PDALPD du Loiret 2002-2007 a fait un diagnostic des caractéristiques du logement dans les territoires. Il en ressort l'analyse suivante :

- La zone d'emploi d'Orléans et la Communauté d'agglomération d'Orléans
 - une problématique d'agglomération : un renforcement des tensions sur le marché du logement (augmentation des prix de l'immobilier, liste d'attente pour le logement social...) qui fragilise une part croissante des ménages dans leur parcours de logement
- La zone d'emploi de Montargis et la communauté d'agglomération de Montargis
 - une problématique d'agglomération, dans des proportions moindres qu'à Orléans cependant, et un secteur rural entre périurbanisation et fragilisation du parc existant
- Les zones d'emploi de Gien et de Pithiviers
 - des secteurs fragiles ; des situations parfois aigües de mal logement

Le Loiret bénéficie d'un réseau d'acteurs départementaux dynamique qui s'est structuré autour du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) en particulier depuis 2010. De nombreuses actions de sensibilisation, accompagnées de propositions de formations et d'outils d'échanges, ont été proposées aux élus et aux travailleurs sociaux du département.

La connaissance de situations d'habitat indignes par l'ARS et ses partenaires a fortement progressé depuis 2011, suite à la mise en place de premières actions de repérage. Les situations d'habitat indigne restent toutefois toujours difficiles à repérer et à traiter.

Les logements concernés sont mal connus, d'autant plus que ces situations sont souvent tolérées par les occupants. Le signalement de tels logements peut faire l'objet de réticence de la part des occupants comme de celle des travailleurs intervenant à domicile.

Par ailleurs, les acteurs intervenant dans la lutte contre l'habitat indigne ne maîtrisent pas toujours les procédures à leur disposition. En particulier, les élus peuvent se sentir démunis face aux situations rencontrées par leurs administrés.

Signalements reçus par l'ARS pour le Loiret

	2008	2009	2010	2011	2012
Signalements	82	80	60	89	118
Arrêtés d'insalubrité	5	11	14	14	18
Réalisation de travaux d'office	1	1	1	2	0

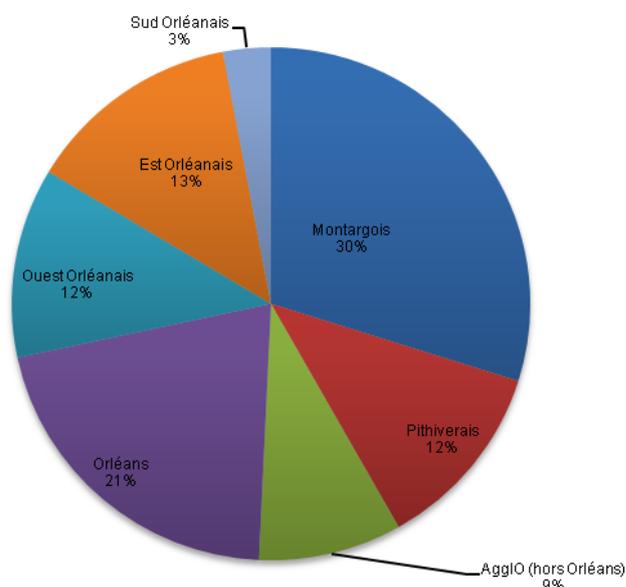
Un dispositif de guichet de repérage a été mis en place dans le département depuis décembre 2010. Des situations sont transmises à l'ARS notamment par les travailleurs sociaux par le biais d'une fiche signalétique à remplir, en accord avec l'occupant. Cet outil est commun à tous les acteurs du département afin de faire connaître une situation en vue de sa résolution.

Accompagnée d'une notice explicative, elle a fait l'objet d'une large diffusion auprès des élus, des professionnels de l'habitat, du social, de la santé et de la sécurité (pompiers, gendarmerie).

L'Agence Régionale de Santé reçoit cette fiche de pré-repérage, analyse et caractérise la situation au vu des éléments indiqués et transmet le dossier à l'autorité compétente (SCHS d'Orléans, Maire, CAF, ARS).

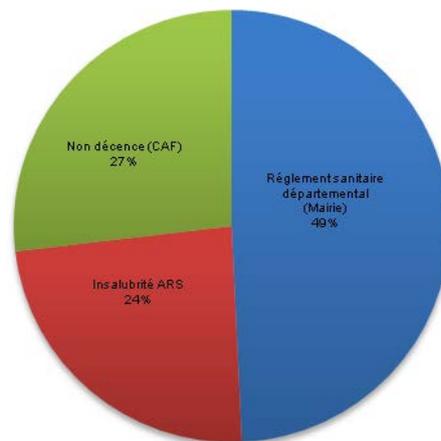
Quarante neuf fiches de pré-repérage ont été reçues par l'ARS en 2012.

Répartition géographique des signalements :



NB : la répartition illustrée ci-dessus peut s'expliquer par l'organisation de réunions d'informations récentes auprès des UTS et CLIC sur des territoires de Montargis et de l'agglomération d'Orléans.

Orientations des situations par l'ARS



49% des fiches ont été transmises aux Maires pour une infraction au titre du Règlement Sanitaire Départemental.

La CAF a reçu 27% des fiches pour un contrôle de décence.

L'ARS a conservé 24% des fiches en raison d'une présomption d'insalubrité. Les logements font l'objet de visites et, le cas échéant, de procédures d'insalubrité au titre du code de la santé publique.

Plusieurs OPérations d'Amélioration de l'Habitat sont actuellement en cours sur le département (OPAH). Elles sont actives sur l'agglomération d'Orléans, la communauté des communes giennoises et la communauté de communes de Chatillon-Coligny. Leurs objectifs peuvent varier mais comprennent systématiquement un volet dédié à la lutte contre les situations d'habitats indignes et très dégradés. Elles peuvent également traiter de l'amélioration de la performance énergétique de l'habitat, de l'adaptation des logements au vieillissement et au handicap, de contribuer à la mise aux normes des réseaux d'assainissement privés.... Dans ce cadre, une équipe de suivi-animation est missionnée pour informer, conseiller et accompagner gratuitement les propriétaires dans leurs projets de travaux et leurs demandes de subventions. Dans les situations d'habitat indigne, cette mission peut s'étendre au repérage et à la prospection ainsi qu'à la recherche de solutions pour la prise en charge de la situation de l'occupant, en lien avec les partenaires associés.

Les intoxications au monoxyde de carbone

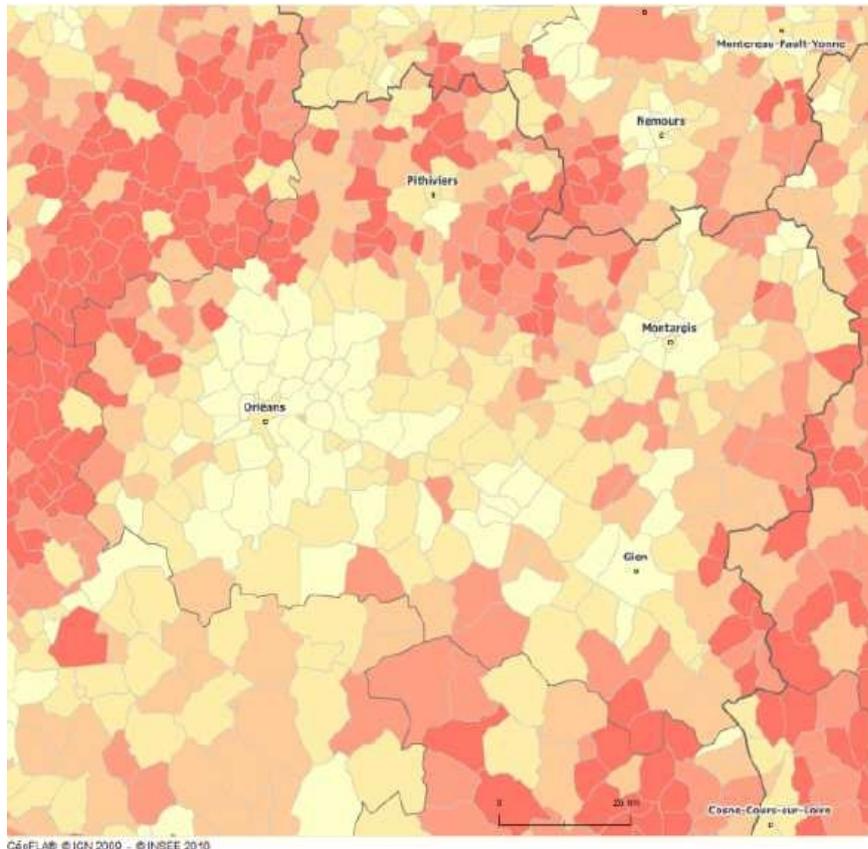
Vivre dans un habitat indigne entre parfois en convergence avec d'autres problématiques, telles le maintien à domicile des personnes âgées ou encore la précarité énergétique.

Cette dernière peut être responsable d'accidents par toxique. L'utilisation de chauffages d'appoints ou autres appareils tels les braséros, ou encore de groupes électrogènes en cas de coupure d'électricité sont la cause de multiples intoxications au monoxyde de carbone. En 2012, pour le seul département du Loiret ce sont 12 épisodes qui ont été signalés à l'ARS impliquant 36 personnes intoxiquées. Pendant la même période, deux décès étaient à

déplorer en région Centre. Dans ces cas, l'ARS mène une enquête auprès des personnes intoxiquées afin de confirmer la source responsable de l'intoxication et mettre en œuvre les mesures nécessaires pour supprimer tout risque de récurrence.

Le saturnisme

Le saturnisme infantile peut avoir plusieurs origines et les peintures au plomb dégradées présentes dans l'habitat ancien (en général antérieur à 1949) en font notamment partie. La carte ci-dessous illustre la répartition de l'habitat ancien dans le département.



Chaque année, l'ARS a connaissance de 2 à 4 cas de saturnisme infantile, maladie qui peut entraîner des séquelles en particulier pour le développement neurologique des enfants. Elle diligente alors une enquête afin d'identifier la source de plomb à l'origine de l'intoxication de l'enfant pour ensuite assurer sa suppression.

Les nuisances sonores

Le bruit est une préoccupation forte des habitants de la région Centre, puisqu'environ un habitant sur deux se déclarait gêné par le bruit en 2001.

Les expositions volontaires au bruit sont notamment dues à la musique amplifiée via les baladeurs et les concerts. Elles se surajoutent aux expositions subies quotidiennement telles celles liées à la circulation, aux bruits de voisinage, aux bruits au domicile... Ces expositions volontaires concernent essentiellement les jeunes qui, pour 30% d'entre eux écoutent plusieurs fois par semaine leur baladeur dont 1/3 à volume fort ou très fort. Il s'agit également majoritairement des personnes les moins diplômées, qui ont donc tendance à cumuler les expositions subies et volontaires au bruit contribuant à une inégalité sociale forte (BSE, 2007).

Plusieurs actions sont menées dans le département :

Par exemple, des spectacles pédagogiques ont été proposés à destination des élèves de collège dans le cadre des concerts Peace and Love en 2012 (Conseil général Junior). Créé en collaboration avec des professionnels de la santé et de la musique, ces concerts dynamiques et interactifs, retracent l'histoire des musiques amplifiées en sensibilisant les adolescents pour les aider à gérer leurs différentes pratiques de l'amplification (concert, boîte de nuit, baladeur, pratique musicale...). Des documentations et des bouchons d'oreilles leurs sont remis à cette occasion.

En amont, l'ARS organise une journée de sensibilisation aux risques auditifs liés à l'écoute de la musique amplifiée à destination des personnels enseignants et infirmières scolaires, à la suite de laquelle ils peuvent animer des sessions de formation auprès des élèves au long de l'année. Différents supports sont fournis au travers d'un kit pédagogique. En effet, l'ARS a réuni dans une mallette pédagogique régionale des outils variés de sensibilisation au problème du bruit et de la musique amplifiée. Ces outils sont destinés à un public jeune, allant du primaire au lycée. Leur utilisation par des associations ou toute autre structure amenée à intervenir auprès de ce type de public (école de musique...) est également possible.

Au-delà des effets sur l'audition (perte auditive, surdité, acouphène,...), le bruit peut affecter l'ensemble de l'organisme. L'évaluation de ces effets sanitaires dits extra-auditifs associés à l'exposition aux bruits ambiants s'avère encore peu précise, malgré les nombreuses études réalisées depuis plusieurs décennies. Le bruit constitue un phénomène omniprésent dans nos vies quotidiennes. Il n'existe pas de distinction physique entre un son et un bruit mais plutôt une différence de perception. Comme le précise l'Anses dans son rapport d'expertise collective de décembre 2012¹, « *le bruit comporte également une dimension psychologique et territoriale. La façon dont le bruit est perçu dépend de composantes multiples, à la fois personnelles, contextuelles et culturelles. C'est pour quoi, pour un même niveau d'exposition au bruit, les effets varient fortement d'un individu à l'autre.* »

D'autres effets dits « extra-auditifs » peuvent être observés tels perturbation du sommeil, désordres cardiovasculaires, troubles digestifs, effets sur le système endocrinien, aggravation d'états anxio-dépressifs ou encore trouble de l'apprentissage chez les enfants. La fatigue excessive due au bruit est souvent source d'agressivité et d'agitation psychomotrice. La qualité des échanges et le climat social se trouvent détériorés, ce qui peut engendrer une baisse de la participation et de la motivation. Face au bruit, une baisse de la concentration et une démobilité des élèves peuvent, dans certains cas, participer de l'échec scolaire. Dans les cantines, les niveaux sonores sont parfois identiques à ceux d'un atelier industriel, il faut alors plus d'une demi-heure aux enfants pour récupérer physiquement de leur repas².

¹ Anses – Rapport d'expertise collective, Evaluation des impacts sanitaires extra-auditifs du bruit environnemental, décembre 2012.

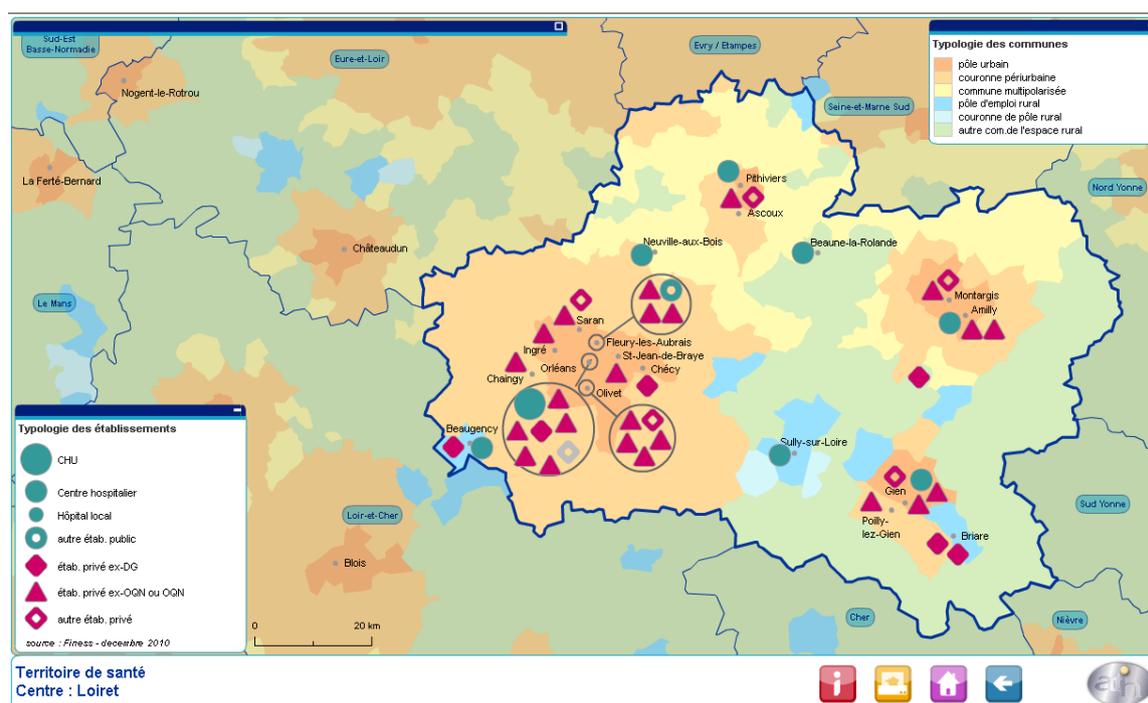
² CIDB – Bruit et santé, 2013-05-27

C'est sur la base de ce constat que le Plan Régional Santé Environnement 2012-2014 a retenu pour action la réduction de l'impact du bruit dans les bâtiments en traitant l'acoustique interne des lieux les plus sensibles utilisés par les jeunes enfants à laquelle l'ARS participe.

L'offre sanitaire et sociale disponible

Un « dessin valant souvent mieux que de beaux discours », les cartes suivantes indiquent et localisent les équipements de base.

Les établissements sanitaires



L'offre hospitalière, publique et privée confondue, est globalement riche. Elle a fait l'objet de restructurations avancées dont le regroupement récent des cliniques d'Orléans au sein du pôle « Oréliance », au nord d'Orléans est un exemple évident. Autre exemple, le fonctionnement de concert de l'hôpital et de la clinique de Gien sur un terrain commun et un partage fonctionnel des activités. Proximité également des structures publiques et privés à Montargis. Deux Centres spécialisés couvrent le département, l'un à Orléans, l'autre à Montargis. Autre exemple encore, et s'il en est un, l'énorme chantier de restructuration-regroupement du centre hospitalier régional -CHR- sur Orléans la Source. Et une communauté hospitalière de territoire (CHT) récemment fondée entre les deux structures d'obédience régionale : le CHU à Tours et CHR à Orléans. Une deuxième CHT organise aussi l'offre sur tout le nord du département du Loiret.

Bref, au-delà d'opérations nouvelles qui viendront encore parfaire le paysage de l'offre sanitaire (cf. SROS 2012-2016) il convient de souligner le caractère très structurant de l'offre hospitalière (hôpitaux et cliniques) dans le Loiret puisque l'ensemble du département est couvert par des structures de référence, tant au nord (Pithiviers) et nord-est (Montargis) qu'au sud (Orléans) et sud-est (Gien) ; des hôpitaux locaux complétant l'offre dans les intervalles. Cette disposition géographique bien répartie est véritablement un atout en termes d'aménagement sur le territoire de santé

Les établissements pour personnes âgées et les personnes handicapées

En matière de structures et de services pour personnes âgées, comme pour les personnes handicapées d'ailleurs (cf. plus infra), les chiffres parlent. Comparativement aux autres départements de la région, les taux d'équipement sont relativement faibles mais l'offre est avant tout diversifiée pour correspondre aux besoins de populations qui évoluent. Un certain retard d'équipement reste donc à pallier, sans faire cependant l'économie d'une réflexion sur les modalités de l'offre. La place du service à « domicile » ou des services organisés portés en extra muros est à prendre en compte dans la réflexion sur l'aménagement du territoire en termes de « territorialisation » de la santé, tant les inégalités d'accès à la santé sont différentes à ce niveau et l'offre pouvant se conjuguer en intersectoriel entre plusieurs domaines.

Là encore, la notion de parcours adapté doit prévaloir et devrait avoir des conséquences sur les dispositifs mis ou à mettre en œuvre.

Nombre établissements accueillant des personnes âgées

	Centre de Jour	Etab. Accueil temporaire	Logement Foyer	Maison de Retraite	Ensemble
Loiret	5	1	12	70	88
-Orléans	3	1	8	39	51
-Gien	1	0	1	9	11
-Montargis	0	0	3	15	18
-Pithiviers	1	0	0	7	8

source : Finess au 15/11/2012

Accueil des personnes âgées

	Centre		Loiret		Pithiviers		Orléans		Montargis		Gien	
	Places autorisées	Places installées										
Centre de Jour	162	162	56	56	13	13	31	31	0	0	12	12
Etab. Accueil temporaire	228	221	31	31	0	0	31	31	0	0	0	0
Logement Foyer	4 068	3 732	759	725	0	0	512	498	167	153	80	74
Maison de Retraite	36 593	28 204	14 204	6 295	708	667	11 089	3 329	1 351	1 267	1 056	1 032
Ensemble	41 051	32 319	15 050	7 107	721	680	11 663	3 889	1 518	1 420	1 148	1 118

source : Finess au 15/11/2012

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

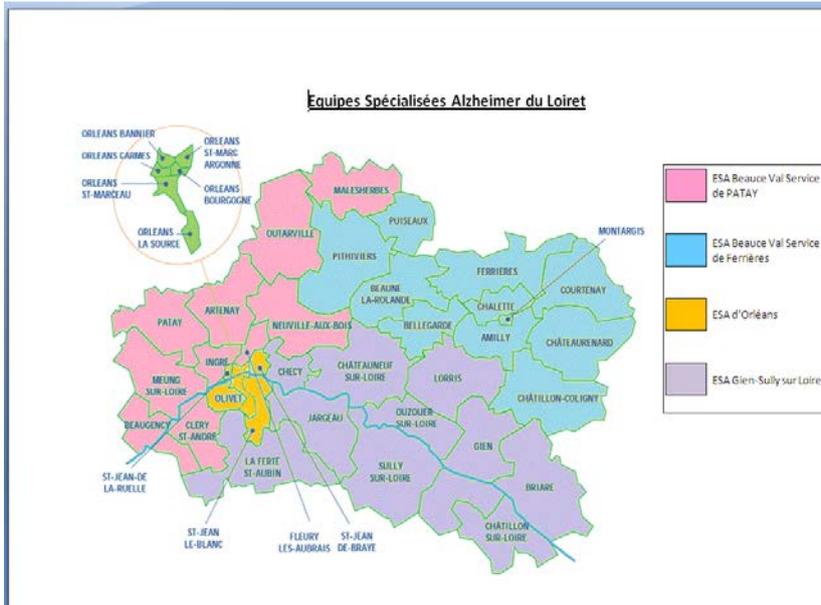
Equipement	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire, lits USLD)	128,6	125,9	122,0	125,4	129,6	123,2	125,6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

Sources : DREES - ARS - FINESS

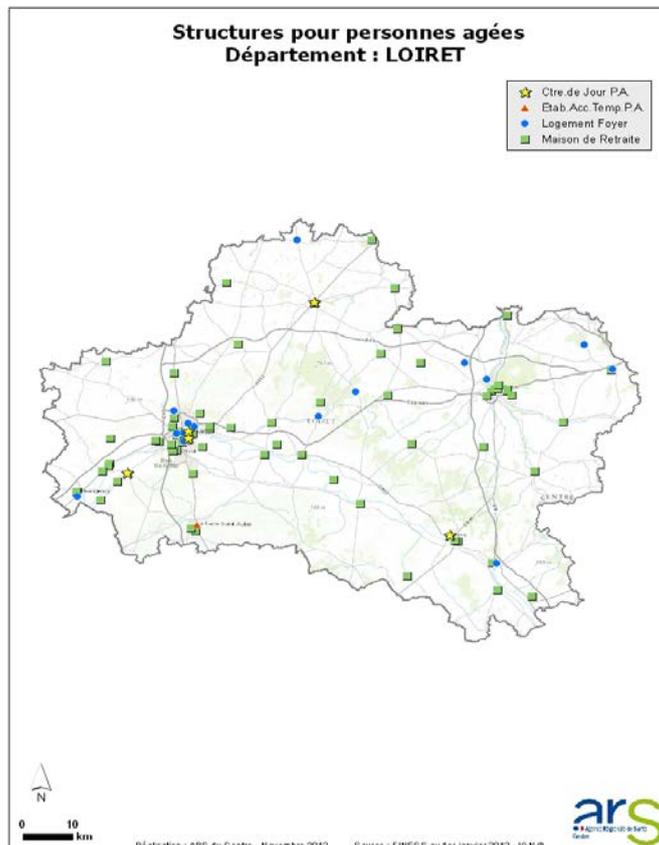
Nombre places Alzheimer

	EHPAD			Centre accueil de jour autonome
	maison retraite		accueil temporaire	
	Hébergement Complet	Accueil de Jour	Hébergement Complet	
Loiret	492	49	36	56
Orléans	222	24	20	31
Montargis	109	15	4	0
Gien	62	10	11	12
Pithiviers	99	0	1	13

source : FINES 15/11/2012



Répartition des ESA



Les établissements et services pour personnes handicapées

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

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

Source : DREES - ARS - FINISS

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

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

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

Sources : DREES - ARS - FINISS

Les établissements pour enfants handicapés

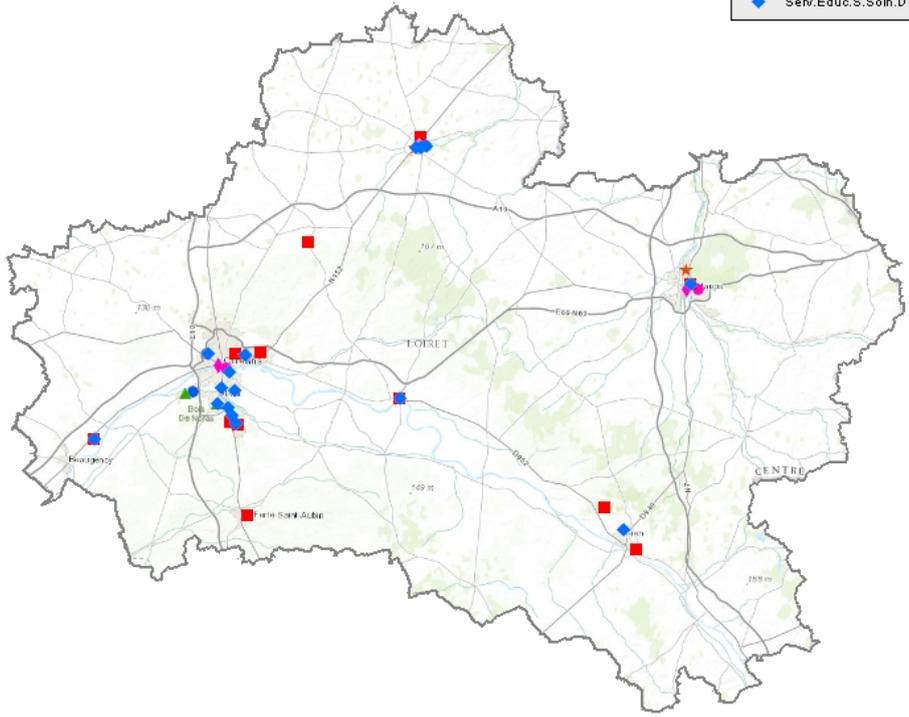
nombre

	Centre	Loiret	Orléans	Gien	Montargis	Pithiviers
C.A.M.S.P.	20	2	1	0	1	0
C.M.P.P.	16	3	1	0	1	1
Etab.Enf.ado.Poly.	10	2	2	0	0	0
Etab.Expér.Enf.Hand.	2	0	0	0	0	0
I.E.M.	5	2	1	0	0	1
I.M.E.	56	14	9	3	1	1
I.T.E.P.	21	2	1			1
Inst.Déf.Auditifs	2	0	0	0	0	0
Inst.Ed.Sen.Sour.Ave	1	0	0	0	0	0
Jardin Enfants Spéc.	6	2	1	0	1	0
Serv.Educ.S.Soin.Dom	63	16	11	1	1	3
Ensemble	202	44	28	4	5	7

source : FINISS au 19/11/2012

Structures pour enfants et adolescents handicapés Département : LOIRET

- ◆ C.A.M.S.P.
- I.E.S.E sourds/aveugles
- ◆ C.M.P.P.
- ▲ Etab.Enf.ado.Poly.
- Etab.Expér.Enf.Hand.
- I.E.M.
- I.M.E.
- ★ I.T.E.P.
- J.E.S.
- Inst.Déf.Auditifs
- ◆ Senv.Educ.S.Soin.Dom



0 10 km

Réalisation : ARS du Centre - Septembre 2012 Source : FINESS au 1er janvier 2012 - I6N ©



Les établissements pour adultes handicapés

Nombre

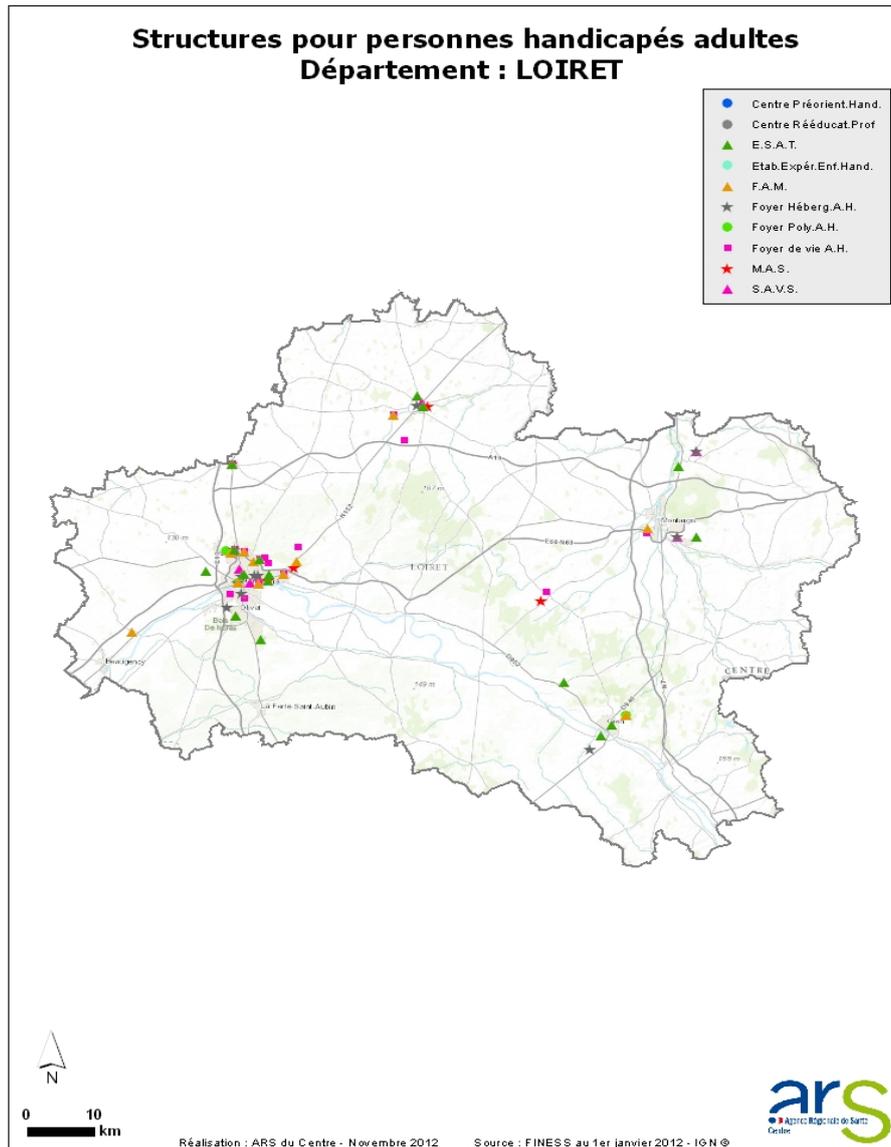
	Centre	Loiret	Orléans	Pithiviers	Montargis	Gien
Ctre.Préorient.Hand.	2	0	0	0	0	0
Ctre.Rééducat.Prof	3	0	0	0	0	0
E.S.A.T.	78	16	10	1	2	3
Etab.Expér.A.H.	4	0	0	0	0	0
F.A.M.	46	10	7	1	1	1
Foyer de vie A.H.	77	19	14	2	2	1
Foyer Héberg.A.H.	66	12	8	1	2	1
Foyer Poly.A.H.	5	3	2	0	0	1
M.A.S.	23	4	2	1	1	0
S.A.V.S.	67	17	12	1	3	1
Ensemble	371	81	55	7	11	8

source : FINESS au 19/11/2012

L'accueil des adultes handicapés

	Centre	Loiret	Orléans	Pithiviers	Montargis	Gien
Ctre.Préorient.Hand.	38	0	0	0	0	0
Ctre.Rééducat.Prof	266	0	0	0	0	0
E.S.A.T.	4 869	1 200	743	105	201	151
Etab.Expér.A.H.	126	0	0	0	0	0
F.A.M.	1 164	189	157	8	9	15
Foyer de vie A.H.	2 187	509	332	41	106	30
Foyer Héberg.A.H.	2 022	463	293	32	95	43
Foyer Poly.A.H.	127	84	35	0	0	49
M.A.S.	804	176	101	26	49	0
S.A.V.S.	1 728	348	264	27	31	26
Ensemble	13 331	2 969	1 925	239	491	314

source : FINESS au 19/11/2012



Constat : équipement pour personnes handicapées en deçà de la moyenne régionale.

2. Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire

Les travaux préparatoires à la 1^{ère} conférence de territoire, une fois actualisés ont servi à la mise en perspective des forces et faiblesses du territoire. Ils sont enrichis des réflexions menées dans le cadre des feuilles de route relatives à la filière gériatrique, au PRAPS, aux soins de 1^{er} recours, au handicap et handicap psychique notamment.

Au regard d'une approche populationnelle, les éléments suivants peuvent être mis en avant.

⇒ Pour les personnes âgées :

Forces :

- les taux d'équipement du Loiret comparés aux autres départements de la région montrent une offre comparable aux taux nationaux, et même supérieur de 8 points pour ce qui concerne le taux de places médicalisées d'EHPAD et USLD. Pour ce qui est des places de SSIAD, le Loiret reste comparable aux taux d'équipement national, car plus de 200 places ont été créées depuis 2010. L'offre est pour certains d'entre eux couplée avec une offre de services d'aide à domicile.
- le développement des projets de prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, et la mise en place de structures UHR, PASA (EHPAD), et d'ESA (SSIAD),
- le développement de modes de coopération entre établissements : GCSMS pour les tutelles en EHPAD, et pour le recrutement des cabinets d'évaluation externe des ESMS par exemple, d'autres émergent progressivement,
- le développement des projets et des formations pour les aidants familiaux dans le cadre du maintien à domicile,
- le soutien à la formation et qualification des personnels soignants,
- le développement de 2 MAIA (HL de Sully sur Loire et CHRO) dans le département, et le développement d'une réflexion sur la filière gériatrique dans le Loiret dans le cadre d'une méthodologie de projet plus axée sur les territoires du Montargois et du Giennois, la filière étant complète sur l'agglomération orléanaise,
- l'optimisation des projets d'animation au sein des établissements avec l'existence d'un réseau départemental Résanim'45 (association loi 1901 créée en juin 2009),
- l'habilitation à l'aide sociale des EHPAD par le Conseil Général permettant des tarifs maîtrisés.

Faiblesses :

Pour ce qui est du maintien à domicile :

- le suivi et l'anticipation des besoins des personnes âgées sont encore insuffisamment encadrés par le Conseil général (absence de schéma départemental),
- le choix du maintien à domicile est une solution pertinente qui mérite d'être développés en termes de diversification de l'offre et de l'accompagnement des personnes qui souhaitent vieillir le plus longtemps chez elles. En revanche le maintien à domicile présente toutefois des limites à considérer : les possibilités d'aide des familles, les problèmes liés au suivi médical et paramédical dans les zones identifiées, l'insuffisance de solution adaptée à la grande dépendance.

En établissement :

- les difficultés de recrutement des personnels soignants (AS, IDE, médecins coordonnateurs), et les difficultés pour avoir un médecin traitant,
- des bâtis qui pour certains établissements sont trop anciens et ne répondent plus aux normes actuelles,
- des alternatives insuffisantes à l'hébergement permanent, que ce soit en hébergement temporaire et en accueil de jour pour permettre d'aider les familles,
- des freins pour l'entrée en établissement : volonté de rester à domicile plus longtemps, représentation négative des EHPAD et le coût parfois très élevé de ce mode d'hébergement,
- des coopérations voire des mutualisations entre établissements encore insuffisants,
- une GPEC et un référentiel partagé des besoins en formations encore insuffisamment utilisés.

Hébergement temporaire et accueil de jour :

- difficulté de mise en place de ces types d'accueil et du montage des projets de vie et de soins pour ces accueils.

Quel que soit le mode de prise en charge on retiendra le manque d'accès facilité à la culture de droit commun, vecteur souvent oublié et corollaire qualitatif de la santé.

⇒ **Pour les personnes handicapées adultes:**

Forces :

- une dynamique de réseau entre associations et directeurs d'établissements
- une diversification des modes d'accompagnement proposé par les structures (diversification des types d'établissement et des modalités d'accueil (internat, externat, accueil temporaire...))
- des créations récentes de structures médico-sociales et à venir sur des déficiences telles que l'autisme, le handicap psychique
- le développement de places de FAM via la médicalisation de places de foyer de vie pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
- des SSIAD polyvalents qui interviennent pour les personnes handicapées ou âgées selon une répartition territoriale et un service dédié à la prise en charge des personnes en situation de handicap

Faiblesses :

- une faiblesse de l'observation des besoins, et l'absence d'évaluation prospective,
- une connaissance insuffisante des besoins par rapport aux orientations CDAPH et les personnes en attente de solution
- le nombre croissant des jeunes en situation de handicap de plus de 20 ans dans les IME, en attente de place dans les structures pour adultes,
- une insuffisance de réponses adaptées à l'alourdissement des handicaps et à la dépendance consécutive au vieillissement des populations concernées,
- une inadéquation entre les besoins des travailleurs à temps partiel ou arrivés à l'âge de la retraite et l'offre d'établissements et de services,
- une difficulté de recrutement du personnel médical et paramédical sur l'ensemble du territoire du Loiret : médecins psychiatres, infirmiers, aides-soignants, orthophonistes, kinésithérapeutes, et plus particulièrement sur le secteur de Pithiviers, Gien
- une formation insuffisante du personnel des structures accueillant les personnes sur le vieillissement, sur l'autisme, sur les troubles du comportement et de la conduite,
- une information et formation insuffisante des professionnels de santé libéraux sur le handicap notamment handicap sensoriels, visuels, TED..)
- des difficultés d'accès aux soins notamment dentaires, hospitaliers, et gynécologiques,
- un conventionnement à développer entre ESMS et une articulation insuffisante entre le secteur sanitaire et médico-social, notamment lors de situations de crise,
- une GPEC et un référentiel partagé des besoins en formations encore insuffisamment utilisés.

⇒ Pour les personnes handicapées enfants :

Forces :

- une diversité dans les prises en charge et l'accompagnement spécifiques : polyhandicapés, troubles autistiques, TED, sourds et malentendants sur l'ensemble du territoire,
- des modes d'accueil diversifiés : semi-internat, internat modulé, séquentiel, accueil temporaire de jour et de nuit, permettant un accompagnement personnalisé
- l'ouverture depuis fin 2011 d'une structure dédiée à l'accueil temporaire sur le territoire, permettant un répit pour les aidants familiaux et/ou structures médico-sociales,
- l'existence de la maison des adolescents à Orléans
- une dynamique de réseau entre associations et directeurs d'établissements
- des conventions récentes entre l'Inspection Académique et les établissements spécialisés relatives aux unités d'enseignement
- un dispositif CLIS et ULIS en augmentation ces dernières années et un maillage territorial

Faiblesses :

- une connaissance insuffisante des besoins par rapport aux orientations CDAPH et des personnes en attente de solution,
- des difficultés liées au dépistage précoce (délai, accès aux services..)
- l'absence d'évaluation prospective,
- les difficultés à trouver une solution adaptée à la fin de prise en charge en structure pour enfants (pour les + 20 ans),
- des difficultés de recrutement de personnels médicaux, paramédicaux, et des rééducateurs (orthophonie, kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité) encore plus prégnantes sur certains territoires (Pithiviers, Gien, Montargis)
- un besoin de formation des personnels ESMS sur la spécificité de certains handicaps,
- une information et formation insuffisante des professionnels de santé libéraux sur le handicap notamment handicap sensoriels, visuels, TED..)
- des difficultés de prise en charge concertée entre les différents acteurs du champ sanitaire, médico-social, ASE, PJJ en ce qui concerne les enfants présentant des troubles du comportement importants, et notamment en situation de crise,
- un besoin de coopération avec les services de l'ASE pour les enfants accueillis en MECS et pris en charge en ESMS

- des difficultés d'accès aux soins notamment soins dentaires,
- une GPEC et un référentiel partagé des besoins en formations encore insuffisamment utilisés

Là encore, dans le domaine du handicap en général, l'accès facilité à la culture de droit commun doit être développé.

Sur un autre plan, général aussi, la notion de fluidité des parcours des personnes handicapées mérite une réflexion décloisonnée, une planification concertée entre associations et entre secteurs médicosociaux tant les seules réponses structurelles aux problèmes de l'évolution en âge peuvent poser questions...

⇒ Pour les personnes en souffrance psychique :

Forces :

En matière de prévention

- l'implication forte d'associations dont l'UNAFAM en aide aux familles par des permanences, groupes de parole, formation psycho-active, soutiens dont une des conséquences amène à limiter les ré-hospitalisations,
- à nouveau peut être notée l'existence de GEM et leur rôle constructif, notamment sur l'agglomération orléanaise (4 GEM) et un sur le montargois,
- le fonctionnement en réseau d'une maison des adolescents (MDA) dont l'ouverture s'est effectuée en 2013,
- concernant la prévention du suicide des actions sont développées sur le Loiret depuis 2003 notamment les formations au repérage et à la crise suicidaire à destination des professionnels du secteur sanitaire, social, médico-social et associatif. Une quarantaine de personnes formées chaque année sur le Loiret peuvent échanger leurs expériences au cours d'une rencontre départementale.
- en projet : mise en place de la formation éducation thérapeutique du patient au sein des établissements sanitaires.

En matière de prise en charge post hospitalisation psychiatrique

L'ouverture de la clinique du Pont de Gien de 76 lits à vocation régionale en 2013.

Faiblesses:

- l'urgence psychiatrique n'est pas assurée sur l'ensemble du département.
- absence de dispositif d'accueil et de soins pour adolescents sur Montargis. Peu de disponibilités d'accueil par le CH Daumezon, suite à un nombre important d'OPP (ordonnances de placement provisoire par le juge).

- couverture incomplète du territoire pour le secteur social et médico-social pour les personnes atteintes de troubles psychiques.
- réponse aux besoins non satisfaits car délais d'attente important tant dans le secteur public que dans le secteur libéral.
- manque d'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social pour fluidifier le parcours de santé
- formation insuffisante en santé mentale des acteurs de 1^{ère} ligne et des professionnels œuvrant en secteur spécialisé. Point à faire sur le dispositif du tutorat. La mise en place de programme de formations relève d'une réflexion régionale, voire nationale.
- insuffisante coordination ASE/PJJ/établissements pour l'accompagnement et la prise en charge des enfants qui présentent des troubles de la conduite et du comportement.

⇒ Pour les personnes en situation précaire :

Forces :

- un réseau d'acteurs dynamique qui s'est construit dans la durée (PARADS, PDALPD...)
- peut être de nouveau soulignée le rôle constructif des GEM
- des hôpitaux de référence qui ont une offre structurelle de santé importante
- l'existence d'un dispositif de guichet de repérage de l'habitat indigne a été mis en place dans le département depuis décembre 2010. Des situations sont transmises à l'ARS notamment par les travailleurs à domicile par le biais d'une fiche signalétique à remplir, en accord avec l'occupant. Cet outil est commun à tous les acteurs du département afin de faire connaître une situation en vue de sa résolution. Ce dispositif a fait l'objet d'une large diffusion auprès des élus, des professionnels de l'habitat, du social, de la santé et de la sécurité (pompiers, gendarmerie).

Faiblesses:

- un maillage territorial incomplet
- une action de prévention insuffisamment développée ou plutôt mal adaptée en matière de diabète et de problèmes cardio-vasculaires notamment, d'habitat indigne, et limitée surtout aux actions d'informations
- une méconnaissance des réseaux de professionnels entre eux (entre social et santé) et peu de démarches de formation partagée sur les publics précaires et leur prise en charge
- des problèmes de rupture de prises en charge à la sortie d'hospitalisation
- l'absence d'équipe mobile de psychiatrie
- un cumul de difficultés pour les personnes précaires qui se situent aussi sur les territoires infra départementaux qui connaissent des problématiques d'accès aux soins

de 1^{er} recours amplifiées du fait de la situation relative à la démographie des professionnels de santé,

- un cumul de difficultés liées également aux situations d'habitat indigne

⇒ **S'agissant de l'accès aux soins de 1^{er} recours de la population :**

Faiblesses :

-Un grand nombre de zones fragiles dans le Loiret : 8 zones inscrites au volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins, principalement situées dans la moitié Est du département :

- Châteauneuf-sur-Loire,
- Lorris,
- Gien,
- Châtillon-sur-Loire,
- Châtillon-Coligny,
- Château-Renard,
- Courtenay,
- Ferrières-en-Gâtinais.

15.95% de la population du département³ vit donc dans une zone où la densité en médecin généraliste est inférieure de 30% à la moyenne nationale. A titre de comparaison, le seuil retenu par l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011 pour le zonage de la région Centre est de 14,2%. A l'échelle nationale, 7,34% de la population vit en zone fragile.

- le constat d'un « croissant » de zones fragiles semi-rurales entourant l'agglomération montargoise comprenant les bassins de vie suivants : Lorris, Chatillon-Coligny, Chateaurenard, Courtenay et Ferrières-en-Gâtinais, dont la population totale dépasse les 45.000 habitants.
- Une deuxième zone apparaît entre Bray-en-Val et Châteauneuf-sur-Loire (plus de 25.000 habitants).
- Enfin, les bassins de vie de Gien et Chatillon-sur-Loire, à proximité du bassin de vie de Briare (37.000 habitants).
- 4 zones sous-dotées selon le zonage infirmier : Patay, Châteauneuf-sur-Loire, Amilly ainsi que Briare.
- le zonage relatif aux chirurgiens dentistes confirme qu'une large zone à l'est du département, plus grande que le montargois, est très sous dotée en professionnels.
- il existe 6 centres de santé répertoriés mais aucun n'est situé en territoire prioritaire.
- les réseaux intervenants sont tous essentiellement thématiques. Aucun réseau pluri-thématique de proximité n'existe sur le département

³ Chiffres INSEE recensement 1999

- pour l'accès aux soins des personnes handicapées, peu de visibilité par rapport à l'offre existante. Le recensement des SAMSAH montre qu'ils ne sont pas situés en zones fragiles.
- en ce qui concerne les EHPAD, 10 d'entre eux sont situés en zones fragiles : Ces établissements situés en territoire prioritaire sont : Courtenay, Château-Renard, Châtillon-sur-Loire et Coullons, Chatillon-Coligny, Lorris, Gien (3 dont un privé), Seichebrières.

Forces :

- en ce qui concerne les formes d'exercice partagé, et notamment les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), on recense quatre maisons de santé pluridisciplinaires en activité, Bonny-sur-Loire et Bray-en-Val, Tavers et Meung-sur-Loire ainsi que des projets émergent sur l'ensemble du département et notamment aussi dans des zones fragiles.
- concernant les PASS des hôpitaux elles sont situées en zone urbaine mais elles contribuent à l'accès aux soins des publics précaires situés en zones fragiles également
- 18 SSIAD implantés sur le territoire dont 4 en zones fragiles
- les services d'HAD couvrent l'ensemble des besoins du département,

D'une manière plus générale, au-delà d'une approche populationnelle, des forces sont identifiées sur les territoires infra départementaux en matière de dynamiques locales :

Des dynamiques lancées par les collectivités locales permettent de mettre en lumière les données recensées par elles et de les croiser avec les données de l'ARS sur des zones infra territoriales. Il convient de souligner ici les dynamiques relatives aux contrats locaux / contrats de Pays placés sous l'égide de l'agenda 21, contrat local santé ville élargi pour Orléans, projet de contrat de cohésion sociale sur l'agglomération montargoise, projet de contrat de Pays sur le grand bassin montargois, projet de contrat de cohésion sociale sur l'agglomération de Gien.

Des lignes de forces et de faiblesses peuvent ainsi et seront affinées selon le territoire d'où l'on parle à travers des diagnostics partagés et consolidés, notamment via l'Observatoire Régional de la Santé pour le volet santé-ARS.

Cela nécessite d'aller au-delà des approches populationnelles « traditionnelles » avec les forces et faiblesses repérées plus haut. Il s'agit de faire émerger et de développer des réponses de santé locales aux besoins et problématiques repérées par ces diagnostics. Les réponses doivent être mises en perspective avec le PRS et les moyens d'actions de l'ARS bien sûr. Elles doivent aussi être mises en perspective par rapport à un parcours personnalisé qui n'enferme pas dans une population, mais qui au contraire permet une ouverture pluridisciplinaire et intersectorielle dans l'accompagnement proposé.

Ces dynamiques peuvent alors permettre de faire émerger une **démarche plus globale**, visant à mettre en synergie les projets et les actions sur un territoire infra départemental. **Une approche multidimensionnelle** peut être alors proposée en matière de santé au sens large, au sens de l’OMS, et incluant la santé environnementale mais aussi la santé scolaire, la santé au travail, la Protection Maternelle et Infantile, la santé au travers de l’accès à la culture et la promotion de la santé.

Les données statistiques, les forces et faiblesses retracées ici permettent de voir et de conclure que l’est du département se démarque par un faisceau d’indicateurs qui montre une fragilité plus particulière, là où se concentrent à la fois des problèmes forts de démographie des professionnels de santé, des problématiques sociales et d’accès à la santé, des problématiques environnementales (sans évoquer, des difficultés sociales et économiques déterminantes reconnues par ailleurs).

Ce sont des zones qui correspondent à peu près aux zones d’emploi de Montargis et de Gien, de Pithiviers, et un territoire situé autour de Châteauneuf sur Loire, entre les deux agglomérations orléanaise et montargoise, sur le val de Loire.

Pour agir, il convient en préalable de se situer par rapport à la notion de territoire et de comprendre, pour la conférence de territoire, les différents niveaux géographiques repérés, impliquant un ensemble d’acteurs. L’idée centrale étant de retenir le territoire de projet partenarial présentant le plus grand dénominateur commun opérationnel qui fasse consensus.

II. La territorialisation des actions de santé

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

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

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

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

Pour autant, concrètement, en termes de déploiement opérationnel des actions de santé contenues dans le PRS, il importe de prendre en compte -en infra départemental- les territoires de projet les plus pertinents au regard de l'existant, au plus près des habitudes de vie des populations et en s'appuyant sur des dynamismes locaux autant que possible.

L'ajustement de l'offre de santé au travers du PTS est en quelque sorte une opération de projection et de programmation qui vise à réaliser la meilleure adéquation possible entre deux exigences souvent antinomiques en termes de santé : cohérence et complétude optimum de l'offre / proximité et efficience des dispositifs. L'offre de santé doit être comprise comme celle mise en perspective et validée dans le programme régional de santé (PRS).

1. Le rôle de la conférence de territoire

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

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

Sa composition en différents collèges (représentants des usagers, des collectivités territoriales et des différents « offreurs de santé ») en fait un lieu privilégié de débat et de

propositions pour la mise en place de parcours de prise en charge articulés « prévention/soins ambulatoires/soins hospitaliers/prise en charge médico-sociale/social »

2. La structuration géographique du territoire

La structuration géographique du territoire – en l’occurrence le territoire de santé du Loiret – dépend du regard et du point de vue portés par les acteurs de ce territoire. Autant de structurations différentes, presque, que d’opérateurs de terrain. Chaque collectivité, chaque institution, chaque partenaire a sa représentation territoriale qui lui permet de déployer au mieux son action. Parallèlement l’INSEE ou des organismes comme l’ORS offrent un panel de représentations référentielles qui peuvent servir de repères consensuels sur le volet santé.

Représentation cartographiée.

Les territoires relevant du code officiel géographique

→ La commune et l’intercommunalité

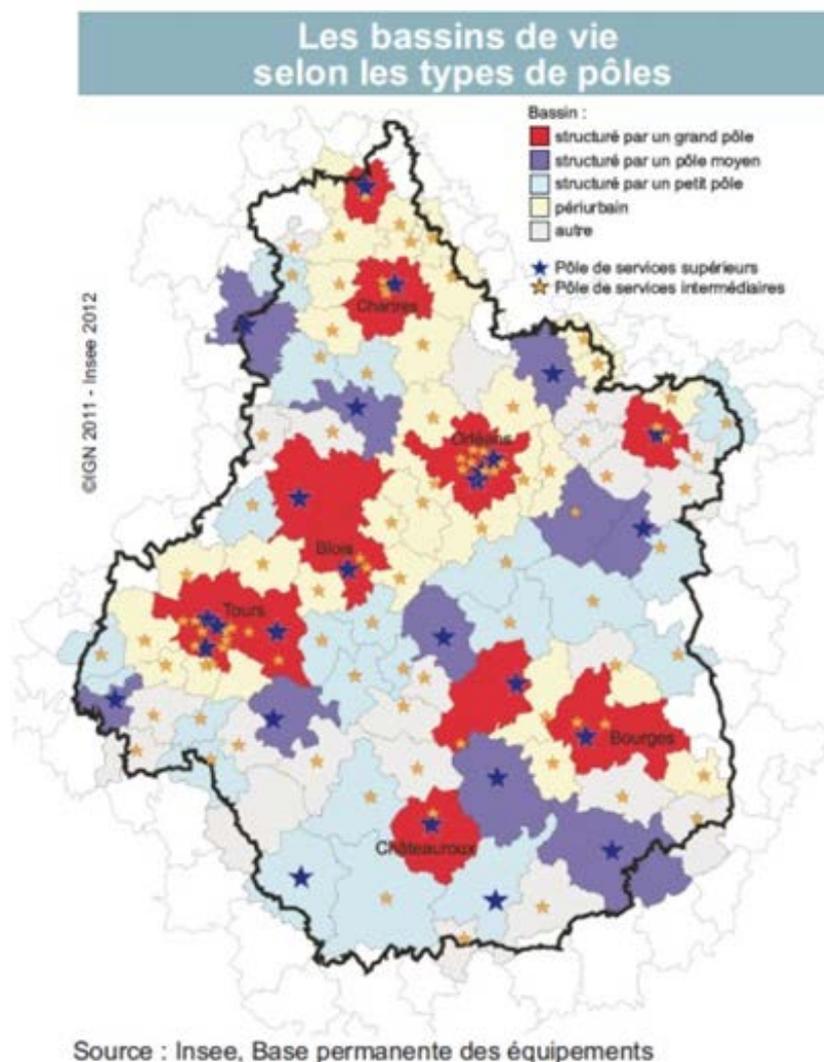


→ La zone d’emploi

Les Zones d'emploi 2010



→ **Les bassins de vie** : « Le découpage de la France en « Bassins de vie » est un « outil » proposé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale. » La présentation suivante a le mérite de qualifier chaque bassin.



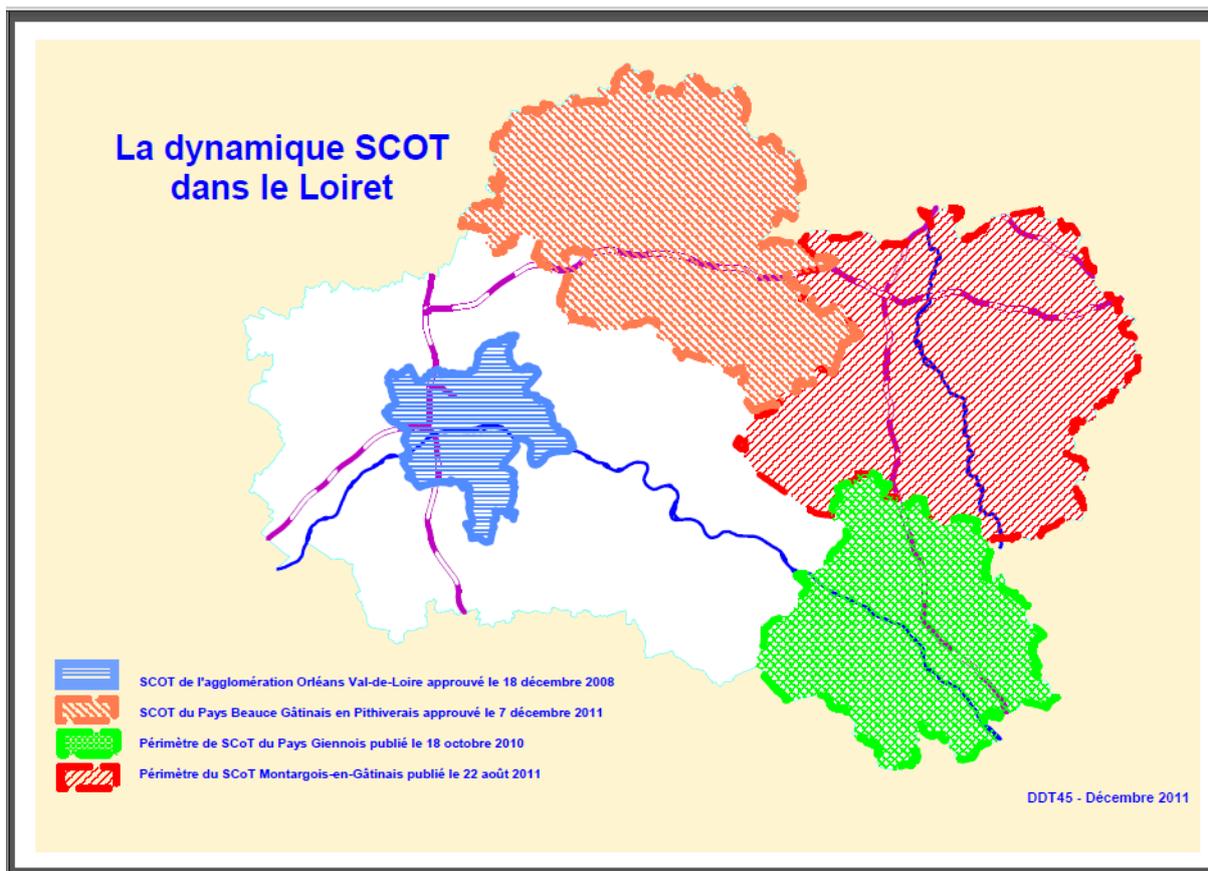
Les bassins de vie de grands pôles (en rouge) auxquels on peut rajouter les périurbains (en jaune): des équipements nombreux et d'accès rapide.

Parmi les 96 bassins de vie de la région, dix sont structurés autour de grands pôles urbains proposant de nombreux emplois. Il s'agit des bassins centrés sur les chefs-lieux départementaux auxquels s'ajoutent Montargis, Dreux, Vendôme et Vierzon. Dans le Loiret, il s'agit donc des bassins d'Orléans et de Montargis.

La population de ces zones a facilement accès à l'ensemble des équipements de la vie courante et à ceux de gamme supérieure (lycée, hôpital, hypermarché...). Malgré des superficies importantes, la présence d'équipements bien répartis sur le territoire limite leur temps d'accès. Ainsi, une grande partie des habitants met moins de dix minutes pour accéder à un équipement de la gamme supérieure.

Les bassins de vie de pôle moyen (en violet) : un bon niveau d'équipement

Dans la région, dix bassins de vie sont caractérisés par une unité urbaine comptant entre



Les territoires de référence utilisés par les partenaires de l'ARS

→ La structuration géographique des services du conseil général

Le Conseil général du Loiret dispose d'unités territoriales d'action sociale (UTS) structurant l'ensemble du département.

Successivement UTAS puis UTS, les actuelles "Maisons du Département" sont au nombre de sept, implantées à Gien, Montargis, Orléans Nord, Orléans Sud, Meung-sur-Loire, Jargeau et Pithiviers. Chacune dotée d'une équipe aux compétences pluridisciplinaires (médecins, psychologues, puéricultrices, assistants sociaux, conseillers en économie sociale, conseillers en insertion professionnelle...), elles ont pour vocation l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation difficile ou précaire et veillent tout particulièrement à la protection de l'enfance.

Elles incarnent avant tout les services de proximité du Conseil général ; d'où la notion de Maison du Département.

→ Les grands bassins de vie du Conseil régional (cf. cartes supra)

Ils recouvrent grosso modo les zones d'emploi au sens de l'INSEE. Dans l'est du département, ces zones d'emploi recoupent à peu près les notions de pays et de SCOT et reprennent tout le Montargois et le Giennois. Ce qui est d'autant plus intéressant dans la mesure où l'ensemble des zones fragiles pluri professionnelles publiées par l'ARS du Centre se calquent sur cette même géographie. C'est également le cas pour le Pithiverais et l'agglomération orléanaise, ce qui aussi sera facilitant pour le déploiement de la politique de santé sur le territoire. En revanche le croisement des zones partenariales sur les pays « forêt d'Orléans-val de Loire », « Sologne-val sud » et « Loire-Beauce » sera plus délicat pour le déploiement d'une offre de santé coordonnée...

Les territoires de proximité déjà formalisés dans le domaine de la santé

→ **Les territoires de référence** pour l'offre hospitalière est le département du Loiret avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes du Loiret, Orléans, Montargis, Gien et Pithiviers.

→ **Une communauté hospitalière** de territoire est formalisée entre le centre hospitalier de l'agglomération Montargoise, celui de Pithiviers et l'hôpital local de Beaune la Rolande.

→ **Le découpage du département en zones fragiles** a été arrêté en 2012 et fait apparaître 8 zones sensibles dans le Loiret, quasiment toutes situées, à l'est du territoire comme indiqué précédemment.

→ Par ailleurs le découpage en **zones « professionnelles »** de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (zonage pluri professionnel, zonage infirmiers, zonage d'implantation des masseurs kinésithérapeutes etc.) souligne également la plus grande fragilité de l'est du département.

→ Il existe un **Contrat Urbain de Cohésion Sociale** qui intègre de longue date un Atelier santé ville à Orléans. L'évolution de la dynamique a permis d'aboutir à la réalisation d'un plan local de santé formalisé sur la base duquel un Contrat Local de Santé a été conclu en 2011. Ce contrat porte sur l'ensemble de la ville d'Orléans et a vocation à recouvrir l'agglomération à moyen terme.

→ Issu de précédents schémas, le découpage en **secteurs psychiatriques adultes ou infanto juvénile** est resté en référence mais peut être réinterrogé pour tenir compte des grands bassins de vie en émergence. Enfin, les dispositifs tels que les SSIAD et autres HAD ou certains services médicosociaux disposent d'aires géographiques d'activités mais qui sont issue de la réglementation sur les autorisations.

Éléments de prospectives pour un PTS territorialisé

Ces éléments dépendent, pour le Loiret, de **sept considérations de principe** à prendre en compte :

- 1) les attendus des orientations de santé du Projet Stratégique Régional de Santé et de la mise en œuvre du PRS (schémas et programmes régionaux).
- 2) parmi les principes directeurs fondamentaux, le maintien à domicile autant que faire se peut.
- 3) l'analyse, plus fine au plan infra départemental, des déséquilibres et autres inégalités d'accès à la santé, voire des profils cantonaux des inégalités de santé,
- 4) la dynamique des acteurs (santé et social) et des partenaires institutionnels locaux sur des territoires de projets.
- 5) l'organisation potentielle en réseaux, voire en « fédération » de réseaux, et en coopérations des acteurs de la santé,
- 6) l'intégration de la démocratie sanitaire dans la démarche de projet, avec les contributions de la conférence de territoire quelles soient en amont (les préoccupations, les réflexions et la structuration de l'action) ou en aval (validation et suivi des plans d'actions) ; le principe de subsidiarité comme guide,
- 7) l'animation territoriale comprise avant tout comme une action croisée d'aménagement et de développement du volet santé d'un territoire, action bâtie sur le terrain avec les acteurs de santé et les partenaires institutionnels.

Ces principes conduisent à construire la **stratégie de déploiement** de la politique de santé dans le Loiret autour des **dix axes liés** suivants:

- 1) *définir des territoires de projets les plus cohérents possibles* pour répondre aux besoins les plus prégnants au regard des fragilités repérées et du croisement des données de santé,
- 2) *s'appuyer, autant que possible, sur les initiatives et dynamismes locaux* en matière de perspectives de santé (projets d'exercices regroupés, projets de communauté de communes, de pays, « ambitions 2020 » du Conseil régional, agenda 21, projets du Conseil général...),
- 3) *stimuler l'initiative locale dans les zones où n'existe pas de projet* en recherchant les personnes ressources et fédératrices. La délégation territoriale de l'ARS se rapprochera des collectivités locales, des opérateurs et institutionnels sur le territoire,
- 4) *développer avec les acteurs de santé -en lien avec le domaine social- une pratique organisée* de coordination des modalités d'accompagnement en termes de santé. Autrement dit, il s'agit ici de réorganiser les modes d'intervention auprès des personnes et avec les personnes,
- 5) *structurer des parcours de santé, que ce soient des parcours type par « population » ou des parcours personnalisés (cf. définitions partie 3.3)*; autrement dit des trajectoires formalisées qui vont de la prévention en passant par le soin de premier recours, voire l'hospitalisation, jusqu'au recours éventuel à des structures médicosociales.
- 6) *développer pour chaque type de parcours un rôle « d'articulateur »*, autrement dit de « gestionnaire de situation ou de cas » au sein d'un dispositif reconnu (exemple d'une MAIA dans le domaine des personnes âgées, d'une PASS « revisitée en termes de vocation » dans le domaine de la précarité, d'un réseau d'appui (réseau urgence, réseau ados...), de professionnels référents, de plateforme de moyens mutualisés – moyens techniques ou humains- type GCSMS, de fédérations d'opérateurs, etc.)
- 7) *promouvoir donc une démarche de coopération inter disciplinaires* et de travail en équipe, autour de populations repères telles que par exemple : la population générale (accès aux à la périnatalité et aux soins de 1^{er} recours), les personnes âgées, les personnes handicapées, les publics précaires, les malades souffrant de troubles psychiatriques, les victimes d'AVC, de problèmes cardiovasculaires, de maladies chroniques etc. Cette coopération interdisciplinaire oblige à des formations adaptées pour se comprendre...
- 8) *valoriser des formes de mutualisation et de coopérations* pour assurer la complétude de l'offre et la complémentarité entre les professionnels et les structures (faire bouger les lignes de coopérations entre acteurs d'un même territoire...).
- 9) *mobiliser les capacités d'ingénierie des structures professionnelles propres aux opérateurs* pour parfaire le « paysage » de l'offre et accompagner les évolutions territoriales nécessaires.
- 10) *capitaliser et évaluer les plans territoriaux de santé au sein des contrats d'engagements*, dont le plus global, le plus matriciel, est le contrat local de santé (CLS).

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

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

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

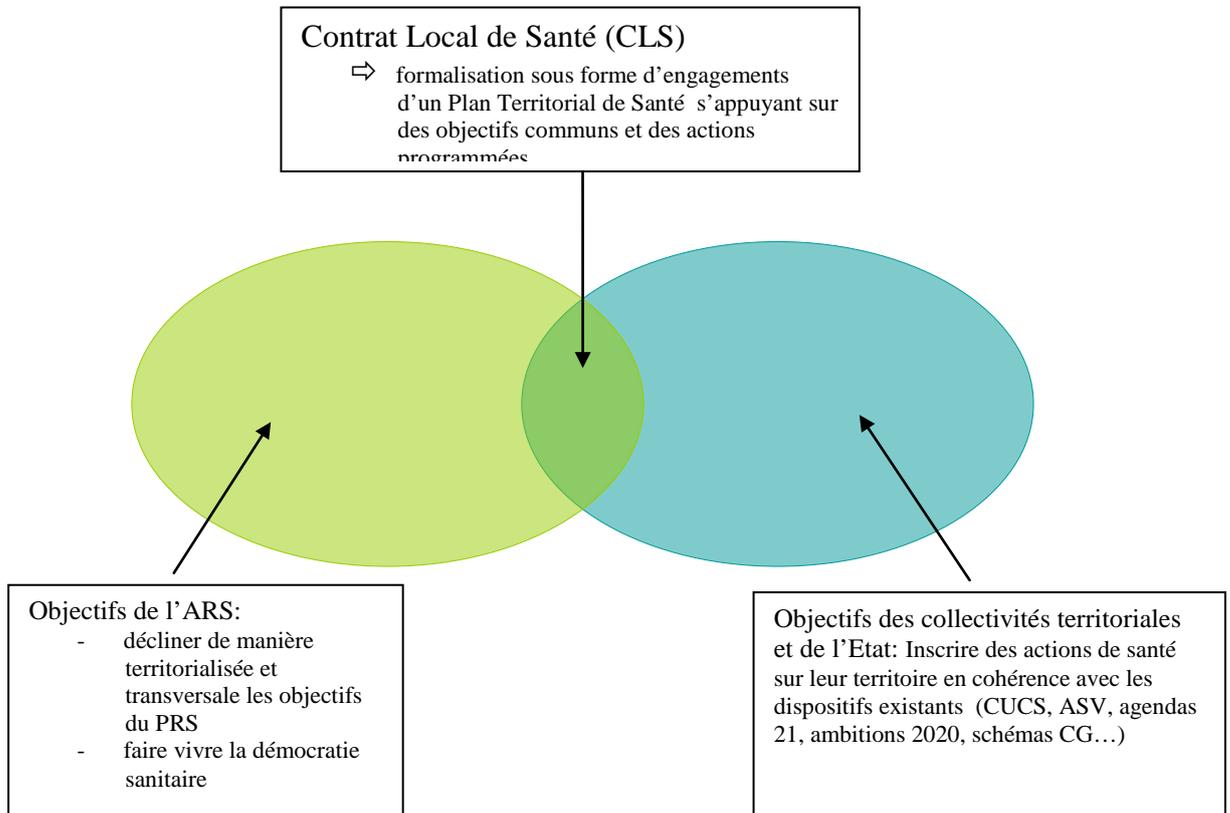
Le Contrat local de santé a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux de santé, notamment portés par les élus locaux, en veillant à leur articulation et leur cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Ces projets, qui reposent sur des diagnostics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

Au titre de sa politique de réduction des inégalités de santé entre territoires, l'ARS du Centre a favorisé, dès sa mise en place, la promotion des contrats locaux de santé (CLS) afin de :

- sensibiliser et mobiliser tous les acteurs locaux aux priorités de santé publique : dans le Loiret en lien, notamment, avec les Communautés de Communes, les Agglomérations, les Pays et le Conseil Régional dans son projet « ambitions 2020 ». Dès la parution du schéma sur l'Autonomie, un partenariat conforté devra être recherché avec le Conseil Général.
- formaliser les dynamiques locales entre acteurs de santé autour d'objectifs communs partagés et d'actions structurantes,
- offrir un outil de « rassemblement » là où les porteurs de projets sont peu nombreux, malgré l'existence de mauvais indicateurs de santé.
- rendre lisible les actions entreprises ou à construire sur les territoires de projets pour favoriser l'expression des besoins des habitants : organisation de « forum santé » et « d'ateliers » sur les territoires de projets pour initier et suivre les plans territoriaux conduisant aux CLS, voire organiser une conférence publique de territoire sur le Loiret présentant l'ensemble des projets menés,
- valoriser les expériences constructives des acteurs de santé sur le terrain (exemple : le GCSMS de Lorris, le regroupement de réseaux de santé, les projets d'exercices regroupés, etc.)
- décloisonner et mettre en synergie les différentes politiques publiques sur un même territoire.

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

L'articulation entre PTS et CLS peut être représentée ainsi qu'il suit :



III. Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire du Loiret

Le présent PTS n'a pas pour objectifs de décliner de façon systématique les actions relevant du PRS ; outil conçu comme évolutif et opérationnel, sa première rédaction pourra par ailleurs être complétée ultérieurement en intégrant le cas échéant, au fur et à mesure les fruits des travaux menés par la conférence de territoire et issus également des travaux tant internes à l'ARS (feuilles de route par exemple) que sur les territoires de projets.

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

Par contre, le PTS vise à une déclinaison transversale des priorités du PSRS. Pour cette raison, il est proposé de décliner les priorités territoriales en fondant la réflexion sur la notion de parcours de santé.

1. Définition de la notion de parcours

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

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

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

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

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

2. Les outils de la coopération

Le recours à la notion de parcours implique une organisation structurée sur le territoire de santé qui rende visible trois pivots, trois repères pour soutenir les parcours populationnels :

- des dispositifs clairs, finalisés et connus, avec des opérateurs identifiés chargés de construire, de suivre et d'évaluer le bien fondé des trajectoires personnelles : tels que des « questionnaires de situation », des "commissions de synthèse ou de travail d'équipe", un "réseau pluridisciplinaire, réseau des réseaux" ;
- un « agencement » à trouver, un pivot central (médecin généraliste à priori?) de ces dispositifs permettant le repérage des points de croisement entre parcours afin de favoriser une vision globale et partagée des besoins et des choix de la personne. Et des réponses apportées à ces besoins. Fut-ce un changement de parcours et/ou d'accompagnement s'il convient. Ou encore la conduite de parcours coordonnés pour un même personne...
- une équipe mobile de soutien, pluri professionnelle, en appui « palliatif » aux établissements et aux services en difficulté ponctuelle de personnel (sorte de « task force », de logistique mutualisée).

Le recours à la notion de parcours implique également la mise à disposition de moyens partagés en termes **d'ingénierie de projet, de formation adaptée et en termes de systèmes d'information informatisés.**

En effet, suivre des parcours nécessite de partager l'information et de communiquer en réseau de manière performante et économe de temps et de moyens humains au regard de la rareté des ressources. Les projets de télémédecine et de DMP par exemple illustrent cette évolution. Il est incontournable que des fédérations professionnelles, des partenaires institutionnels, les professionnels et les collectivités locales apportent leur contribution en ingénierie de projet, pour des raisons d'impact, de cohérence et de complémentarités des politiques publiques au plan local ;

Suivre des parcours impliquera l'accompagnement de l'évolution des métiers par l'ouverture de formations et de qualifications des professionnels œuvrant dans le champ de la santé. Les centres de formation doivent être impliqués fortement et rapidement dans ce processus d'évolution des modalités d'exercice professionnel.

Enfin, les systèmes d'information partagés constituent un enjeu, complexe à mettre en œuvre, mais particulièrement important de la coopération organisée des cabinets médicaux, structures, services et réseaux de professionnels de santé. La démarche de parcours en dépend.

3. Les parcours

Les idées maitresses portées par la conférence de territoire sont de :

- **favoriser l'approche multidimensionnelle et multisectorielle** au-delà de l'approche populationnelle pour aboutir à une notion de parcours co-construite avec les acteurs de la santé au sens OMS ;
- **ancrer l'action sur des territoires prioritaires** car ils montrent un faisceau d'indicateurs plus défavorables que sur d'autres territoires ;

- **participer à et faire émerger des contrats locaux de santé** comme un des aboutissements majeurs de la démarche collective de territorialisation.
- **placer les systèmes d'information, leur inter opérationnalité**, et les outils associés (DMP, logiciel de trajectoire, télémédecine) **comme clés de voute**, sine qua non, de la démarche de parcours et le premier recours comme porte d'entrée et pivot de la démarche.
- **affirmer la formation des professionnels de santé** au sens large (c.à.d. comprenant le médicosocial) comme levier du changement dans les pratiques métiers. Et donc faciliter le rapprochement de l'offre et de la demande de formation (notamment au travers de L'ORFE) et inciter les Ecoles (faculté de médecine, instituts de formation, écoles...) à intégrer dans les cursus la problématique des parcours de santé, du travail collaboratif et donc des nouvelles modalités d'exercices professionnels collectifs.

Il importe donc d'indiquer dans chaque feuille de route, document interne ARS alimentant le PTS, les éléments qui sont les jalons d'un « décloisonnement » et d'une dynamique cheminant vers ces idées forces.

Les notions de liaison, de coordination, jusqu'à celle d'intégration complète des démarches d'organisation inter dispositifs apparaissent inévitables avec, éventuellement, des niveaux intermédiaires ou progressifs dans le temps. S'y ajoutent celles de filière à l'image des réflexions qui ont conduit à modéliser la filière gériatrique et les MAIA par exemple.

On ne peut surtout, à ce stade, parler de parcours de santé sans affirmer encore la place incontournable des systèmes d'informations (SI) du moins la nécessité de l'interopérabilité entre eux. **« Les systèmes d'information sont la clé de la mutation vers démarche de parcours »**. **Le concept recouvre deux points essentiels précités : d'une part la possibilité donnée au patient d'être parfaitement informé et plus « proactif » et d'autre part la coordination des soins entre les professionnels de santé.**

Mais pour cela il faut faire bouger les lignes, chaque acteur de santé disposant souvent de ses systèmes d'informations et de ses représentations.

L'hôpital par exemple. L'hôpital est une forme de parcours en lui-même grâce à son propre système d'information. Si l'on veut développer ce parcours hors les murs de l'hôpital, il faut développer l'organisation de ce parcours ! Ce n'est pas qu'un sujet de « tuyaux » et de réseaux interne ou externe ! *», c'est un problème d'organisation, de représentation, de valeurs et de travail collaboratif ouvert, entre professionnels.*

A ces conditions, les systèmes d'information constitueront un formidable levier pour ce changement profond qu'est la santé de parcours.

Quatre paliers stratégiquement déterminants doivent être franchis pour muter vers une médecine de parcours selon Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé. « L'approche globale ou systémique conduit d'abord à ce que l'incitation soit portée sur la communication entre professionnels, et non uniquement sur l'augmentation des équipements informatiques. Ensuite, il faut organiser les parcours et définir la nature des informations échangées. Et enfin, il faut développer les plans personnalisés de santé à travers les outils de messagerie, des logiciels et le DMP ».

La place du médecin généraliste dans cette santé de parcours est sans doute, essentielle. Mais le travail supplémentaire occasionné nécessite probablement une évolution des

organisations et modalités d'exercice pour gagner du temps (exercice regroupé par exemple) et que le temps consacré à cet échange d'informations soit rémunéré.

Il conviendra aussi de disposer nécessairement d'un outil commun pour suivre le parcours de santé à travers un plan personnalisé de santé. Il s'agit en l'occurrence « *d'un ensemble d'informations qui concernent les besoins dans tous les domaines et qui soit partagé et véhiculé par les systèmes d'information* ».

- à ce titre un répertoire opérationnel des ressources, modulaire, doit être disponible et partagé et renseigné (sans faille) y compris au plan territorial. Au delà des structures et dispositifs, l'intégration en son sein des professionnels autres que médecins, de tous les professionnels qui concourent à la santé au sens large, comme les médicosociaux, l'est tout autant.
- à ce titre aussi, un SI (sous forme d'applicatif) modélisant le trajet de santé est tout aussi indispensable.
- de même, à ce stade, la mise en place et la coopération de dispositifs tels que ceux évoqués en amont « d'articulateurs » (« gestionnaires de situation », « réseau pluridisciplinaire »), sont inévitables pour garantir l'existence et la continuité d'un parcours individuel « sans » rupture ; qui plus est un parcours complexe pluri pathologique par exemple. On peut être précaire, âgé voire handicapé, connaissant un problème de santé mental et ayant une maladie chronique...
- de même encore, l'outil privilégié de partage qu'est le DMP correspond à un vrai service public dont la montée en charge programmée doit être soutenue et complètement partagée. Inexorablement.
- enfin la politique de « parcours » ne peut se déployer sans appui à la performance. Cet appui doit être réfléchi et structuré dans la mesure où la démarche classique d'appui à la performance ne porte pas, historiquement, sur la démarche de parcours.

Sur le fondement de ces considérations, sont repris ci dessous les axes saillants identifiés dans les feuilles de route (documents thématiques internes) de la délégation territoriale par approche populationnelle découlant du PRS. Pour autant, les nombreuses pistes d'action déjà prévues dans les « feuilles de route » seront mises en perspective et finement programmées mais seulement dans les fiches actions des contrats locaux de santé. Et pas dans le PTS qui reste un document de référence méthodologique plus générique.

Les premiers parcours « populationnels » ci-dessous référencés et très résumés sont d'ores et déjà en cours de déploiement progressifs sur les territoires de projet. D'autres feront l'objet d'une réflexion et d'une mise en œuvre ultérieure. Mais déjà sur les bases présentées ci dessous et de manière croisée en tant que de besoin, ces parcours profilent des démarches transverses de mise en place et en œuvre. ?

L'offre de premier recours

La notion de parcours implique que la population puisse accéder en 1^{er} niveau à un médecin traitant, à des infirmiers, à des auxiliaires médicaux, à des spécialistes selon ses besoins évalués en équipe pluridisciplinaire. C'est pourquoi l'exercice regroupé est une des réponses à privilégier pour les soins de 1^{er} recours de la population.

Au regard du croisement des données statistiques, la problématique de l'accès aux soins de 1^{er} recours se pose de manière aigue pour les populations qui se situent dans des zones fragiles du point de vue de la démographie des professionnels de santé.

C'est pourquoi sont favorisées toutes les mesures qui sont de nature à faciliter l'installation de professionnels de santé en exercice regroupé dans ces zones prioritairement.

Le travail en équipe impliquant le partage d'informations va permettre de faire émerger des réponses de travail collaboratif entre professionnels, entre eux et avec les structures sanitaires et médico-sociales grâce à des systèmes d'information partagés. Une messagerie sécurisée, un espace partagé de travail, le DMP, la télémédecine etc. vont être privilégiés. La mise en réseau des professionnels de santé va être organisée (un réseau des réseaux notamment ; en cours de constitution dans le Loiret) de manière à être une charnière et une aide dans l'accompagnement des professionnels et des personnes en proximité, notamment pour le traitement des situations complexes.

□

La filière gériatrique

La notion de parcours de la personne âgée implique nécessairement l'accès aux soins de 1^{er} recours et notamment par rapport aux maladies chroniques liées au vieillissement de la population. Il implique également la mise en place d'une filière gériatrique organisée sur les territoires de proximité et dans le département qui doit permettre à chaque personne âgée, quelque soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. La filière de soins gériatriques a pour objet de couvrir tous les parcours possibles du patient âgé de la prévention à la prise en charge en passant par l'accompagnement au besoin.

Au regard du croisement des données statistiques, et de l'état d'avancement de la filière gériatrique dans l'orléanais et alentours, ce sont les zones relevées comme prioritaires qui seront d'abord prises en compte pour le développement des autres filières, et plus particulièrement le territoire couvrant celui de la Communauté Hospitalière de Territoire du pays du Gâtinais, du Pithiverais et du Beaunois.

Le territoire qui s'étend entre Gien, Sully sur Loire et Briare, Bonny, fera aussi l'objet d'un projet de développement de la filière gériatrique concernée et ce, dans un 2nd temps.

Il s'agit ici de renforcer et organiser les coopérations ville-hôpital, ainsi qu'entre établissements de santé et établissements médico-sociaux, et, au sein des établissements de santé mettre en place une organisation la plus complète et la plus intégrée possible. Il s'agit aussi d'ouvrir la filière gériatrique vers le suivi à domicile, en ambulatoire le cas échéant et autant que possible des personnes âgées.

La déclinaison du PRAPS

La notion de parcours est fortement marquée par les déterminants sociaux des populations. L'accès aux soins et à la santé des publics en situation sociale fragile, précaires, nécessite la construction d'un lien étroit entre Santé-Social. Il vise à promouvoir la prise en charge globale de la personne au travers d'un parcours de santé, dans lequel le soin peut prendre une place importante. Un interface est à consolider avec les acteurs des politiques sociales : DDCS, collectivités locales, caisses de sécurité sociale, ANAH, ADIL, les associations...et notamment vis-à-vis du PARADS, réseau d'acteurs dynamique.

Il s'agit ici de permettre aux personnes de pouvoir accéder à une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, et dont l'axe fort sera de développer autour des PASS une fonction spécifique d'élaboration et de suivi des parcours de santé des publics

précaires, et favoriser la coopération ville-hôpital-médicosocial pour le suivi au titre des soins de 1^{er} recours en particulier avec les MSP.

La santé mentale

Autour de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, il est nécessaire de faire évoluer les regards et les pratiques afin d'améliorer la santé mentale de la population en considérant la souffrance psychique comme une dimension à prendre en compte dans les réponses proposées par l'action publique en matière de santé.

En bref comme pour les autres thématiques, il s'agit essentiellement de développer des actions sur le territoire du Loiret permettant d'améliorer le parcours sanitaire, social et médico-social des personnes en souffrance psychique et souffrant de troubles mentaux. A cette fin, il s'avère nécessaire de privilégier une approche transversale et localisée des politiques de santé publique en vue d'opérer une meilleure complémentarité des offres, des ressources et des compétences au profit des populations concernées ; le tout dans une logique de proximité territoriale.

Dans le cadre des contrats locaux de santé ayant un axe santé mentale il s'agit donc, concrètement et avant tout de mettre en place un conseil local en santé mentale (CLSM), dispositif qui permettra de fédérer les différents acteurs dans le champ de la santé mentale pour une meilleure prise en charge des personnes en souffrance psychique au sein de la « cité » et des territoires en évitant le « tout hospitalo-centré » sur la seule psychiatrie.

La prévention doit pouvoir être également développée, afin de communiquer et sensibiliser sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, les réseaux de santé, pour ne pas stigmatiser les personnes en souffrance psychique.

Les dispositifs sanitaires et médico-sociaux existants doivent pouvoir rendre lisible une organisation de référence pour renforcer la coopération entre acteurs de proximité et entre acteurs des différents territoires (principe de subsidiarité entre les équipements locaux, départementaux et régionaux) : la notion de parcours de santé des personnes est au cœur de cette préoccupation. Cela inclut les personnes souffrant de handicaps psychiques et les enfants et adolescents souffrant de troubles de la conduite et du comportement.

Le Handicap

Le diagnostic (forces et faiblesses...) sera actualisé dès lors que le schéma Autonomie établi par le Conseil général en 2009 sera actualisé. En l'attente quelques éléments de réflexion s'imposent cependant.

Sur le secteur du Handicap (« enfance handicapée » et « adulte handicapé »), au-delà d'une offre médico-sociale qui reste à parfaire en terme de taux d'équipement sur le territoire du Loiret, au-delà des partenariats existants mais ponctuels opérants un lien entre le social et la santé, il manque un dispositif qui facilite et favorise :

- la connaissance et la coordination des acteurs dans les territoires de projet,
- la connaissance des ressources et des orientations possibles pour la population en situation de handicap,
- la formation des intervenants à la spécificité de l'accompagnement de certains handicaps et d'une manière plus générale la prise en charge globale de la santé de ces populations,
- les parcours et le suivi organisés des personnes au plus près de leurs besoins,

- les coopérations, les mutualisations, la recherche concertée et la formalisation de ces parcours entre associations et notamment pour les situations complexes. Cette dimension doit anticiper une évolution adaptée des « organisations » aux exigences sociologiques actuelles, voire de performance en matière de réponse de l'offre.

Le secteur médico-social est par nature complexe. La diversité des personnes accompagnées, les différentes modalités d'accompagnement, la pluralité des acteurs posent comme problématiques, la lisibilité des dispositifs existants pour l'utilisateur lui-même mais aussi l'appréhension de l'organisation de ce secteur par les acteurs qu'ils soient sociaux, médico-sociaux ou sanitaires.

Pour le territoire du Loiret, se rajoutent à ces problématiques celles relatives aux ruptures d'accompagnement liées aux barrières de l'âge (passage de l'enfance à l'âge adulte, avancée en âge).

La réflexion en termes de parcours de santé le plus construit possible, « parcours » qui sont des organisations à promouvoir et à référencer, est donc nécessaire et doit être privilégiée sur le territoire.

Il s'agit de favoriser les initiatives et actions visant à éviter les ruptures d'accompagnement des personnes par une meilleure coordination des acteurs autour des besoins de la personne qu'ils soient de l'ordre de la prévention et du dépistage, de l'accès aux soins et du soin, en institution, à domicile, et en toute dimension citoyenne.

Les priorités qui se dégagent de la thématique « handicap » sont :

- Améliorer et accompagner la coopération et la coordination des acteurs du champ médico-social et sanitaire et favoriser ainsi la mise en place de dispositifs ou de réseaux sur un territoire par typologie de handicap, ou par population,
- Initier et accompagner les projets permettant d'agir le plus précocement possible sur le handicap et en particulier pour la population TED,
- Initier et accompagner les projets permettant d'éviter les ruptures de parcours notamment celles liées à l'âge (« Creton », handicap vieillissant),
- Favoriser l'inclusion et l'intégration des personnes en situation de handicap : promouvoir la scolarisation, favoriser l'insertion professionnelle des enfants et jeunes en situation de handicap
- Accompagner les actions visant à favoriser le recrutement ou l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux au sein des structures médico-sociales,
- Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (urgences, 1^{er} recours, périnatalité, addictions)
- Promouvoir les actions de prévention santé à destination des personnes en situation de handicap notamment soins bucco-dentaires, soins gynécologiques, vie affective et sexuelle,
- Permettre autant que possible l'accès à la culture de droit commun et au sport (préoccupation citoyenne favorisant la santé)
- Favoriser les actions d'information et de formations portées par les acteurs :
 - o auprès des professionnels de santé notamment auprès des professionnels des urgences
 - o auprès des professionnels des ESMS PH / PA (connaissance et échanges sur la population vieillissante/ population handicapée),

La priorisation des actions à mener au sein des 5 territoires de projets infra-territoriaux sera fonction des besoins, des potentialités et des initiatives caractéristiques qui se feront jour sur chacun des territoires.

Par ailleurs, l'ensemble des actions, des moyens, des dispositifs qui sera proposé sur les 5 territoires de projet infra départementaux retenus par le PTS du Loiret devront s'inscrire dans une perspective de contractualisation avec les opérateurs sur le terrain (CPOM, hospitaliers ou ambulatoires, médico-sociaux, de prévention, CTP...) et d'une manière plus large dans les Contrats Locaux de Santé (CLS) en cours et à venir.

Un des outils privilégié pour faciliter la coopération entre acteurs, pour la construction du parcours de santé sera la mise en place et l'utilisation d'un système d'information partagé en Santé par les acteurs du médico-social.

La périnatalité

Les enjeux pour la périnatalité et de la petite enfance peuvent être synthétisés en cinq points :

- Lutter contre les inégalités sociales de santé en préservant la santé des enfants
- Favoriser l'acquisition des comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge
- Repérer les situations à risque et proposer des réponses adaptées au plus tôt
- Permettre aux femmes d'avoir des conditions de grossesse et d'accouchement favorables
- Permettre aux femmes d'avoir « la capacité à espacer et limiter ses grossesses considérant que cette capacité a un impact direct sur sa santé et son bien-être ainsi que sur l'issue de chaque grossesse ».

Les taux de mortalité périnatale et de mortalité maternelle, indicateurs socio sanitaires, sont pour le Loiret supérieurs au taux régionaux, ce qui est révélateur en termes d'actions à mettre en place afin de faire diminuer ces taux.

Pour améliorer le suivi des femmes enceintes, l'entretien du 4^{ème} mois a par ailleurs été mis en place dans le but de permettre l'adéquation entre le risque diagnostiqué pendant la grossesse et l'orientation de la femme vers le type de maternité adéquat.

En parallèle, une reconfiguration du paysage des maternités a été initiée et s'est accompagnée d'une mise aux normes des maternités avec renforcement de la proximité, développement des réseaux de proximité et accroissement du rôle des Centre périnataux de proximité (CPP).

Concernant la santé de la femme enceinte et du nouveau né, les recommandations de santé publique visant à éliminer la consommation d'alcool et de tabac paraissent bien suivies. Plusieurs campagnes de sensibilisation et d'information sont opérées notamment autour de la vaccination, du dépistage du surpoids et de l'obésité. Cependant l'effort doit être poursuivi notamment en ce qui concerne le département du Loiret.

Une analyse SWOT a été effectuée concernant le département du Loiret afin d'identifier les forces, faiblesses, menaces et opportunités. Plusieurs pistes d'action prioritaires apparaissent :

Priorité 1 : Améliorer les conditions de grossesse et de naissance favorables. L'atteinte de l'objectif passe par l'augmentation des comportements favorables autour de la grossesse, la sécurisation des accouchements et l'amélioration du repérage et du suivi des facteurs de risques médico-psycho sociaux.

Priorité 2 : Améliorer la santé du jeune enfant de 0 à 6 ans. Les inégalités sociales de santé se construisent dès la petite enfance avant même la naissance. Lutter pour réduire ces inégalités passe par un ensemble d'actions de prévention et de promotion de la santé à proposer dès l'enfance pour bâtir un capital santé à l'âge adulte. Les éléments dont dispose l'ARS ne permettent pas d'élaborer un diagnostic sur les 3 axes de travail proposé pour cet

objectif notamment par département et par conséquent de proposer des actions à décliner par la suite par territoire projet.

Priorité 3 : Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées L'objectif est de planifier une offre équitable sur les territoires de santé, d'en améliorer l'accessibilité afin de voir diminuer le nombre de grossesses non désirées. Ceci pour toutes les femmes avec une attention particulière pour la population mineure. Il s'agit également d'améliorer les conditions de la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse en conformité à la législation et aux recommandations des sociétés savantes.

Au titre de l'animation territoriale, le Conseil Départemental est un partenaire incontournable puisqu'il intervient en matière de protection maternelle et infantile en lien avec les établissements de santé, les établissements scolaires, les établissements et services médico-sociaux et sociaux, de la MDPH, de la psychiatrie également, de la Caf et de la MSA, et régimes de sécurité sociale entre autres.

Par ailleurs, l'ensemble des priorités d'actions proposées doivent pouvoir tenir compte du parcours des personnes afin de limiter les ruptures d'accompagnement tant pour la mère que pour l'enfant, et pour toutes les femmes souhaitant bénéficier d'un accompagnement au titre d'une grossesse non désirée.

L'accès aux soins primaires, à la prévention, l'accompagnement éventuellement en cas de problème d'addiction, l'accompagnement au sein des établissements de santé, comme au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, la santé mentale, l'accompagnement au domicile sont des questions à intégrer dans la notion du parcours des personnes.

Les conduites addictives

Au regard de l'analyse territoriale effectuée, il apparaît tout d'abord une difficulté des professionnels concernés par ce champ d'activité à travailler ensemble, coopérer voire mutualiser.

Concernant la prise en charge de ce public spécifique, il convient de limiter les points de rupture de son parcours ; les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie) pourraient jouer le rôle « d'articulateur » du suivi des parcours en étroite collaboration avec les PASS pour les personnes en situation de précarité.

Pour mieux organiser ces parcours, des priorités doivent être données à :

- un dispositif de prévention réfléchi, étendu et coordonné,
- une prise en charge sociale, médico-sociale, sanitaire et ambulatoire accessible à tous et coopératrice,
- une formation au repérage précoce et à l'intervention brève des professionnels de santé et acteurs de première ligne de tout le département, avec un accent fort sur les zones de projet fortement impactées par les comportements addictifs,
- une information large des professionnels et du public sur l'ensemble du dispositif addictologique.

Pour répondre à ces priorités, il conviendra de mettre en place un certain nombre d'actions, tout en tenant compte des situations spécifiques de chaque territoire de projet, ayant pour objectif :

- L'amélioration de la prise en charge des conduites addictives dans les hôpitaux,
- La prise en charge de qualité des personnes placées sous main de justice,

- L'amélioration de l'accès aux soins par un maillage territorial équitable des structures médico-sociales alliant proximité géographique, polyvalence des prises en charge, pluridisciplinarité des équipes et régularité des soins,
- Le développement d'une culture de réduction des risques sur chaque territoire de projet,
- La généralisation du repérage précoce et de l'intervention brève chez les professionnels de santé du premier recours,
- L'évitement et la réduction des troubles liés aux conduites addictives chez les jeunes, les femmes enceintes et dans les populations à risque,
- La formation des acteurs de première ligne.

L'Urgence

L'enjeu de l'Urgence est l'amélioration de la prise en charge transversale des patients en demande de soins urgents et non programmés, dans un délai approprié le territoire du Loiret et en tenant compte des particularités locales d'organisation et de fonctionnement.

Si le médecin généraliste est l'acteur fondamental du niveau de premier recours des soins non programmés et urgents et qu'il assure la continuité et la permanence des soins en ambulatoire, les urgentistes sont au cœur de la prise en charge de la situation d'urgence.

Les Urgences sont donc un lieu essentiel, circonstanciel, du parcours global de santé, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels, et à ce titre permettent le repérage de points de rupture.

Une fois le patient pris en charge, stabilisé et son diagnostic réalisé, il faut pouvoir lui proposer une prise en charge de suite, à domicile ou en établissement, adaptée à son état de santé.

L'amélioration de l'accès aux soins urgents dans des délais adaptés relève donc de priorités nationales de l'organisation des soins.

Dans le Loiret force est de constater sur l'ensemble du processus des difficultés d'accès aux soins de premier recours, première « étape » de l'urgence dans beaucoup de situations :

- démographie médicale en baisse constante et préoccupante,
- cabinets médicaux fermés pendant les vacances et les ponts sans organisation concertée,
- consultations majoritairement sur rendez-vous et/ou horaires fixes en dehors des MSP qui sont tenues de prévoir les consultations non programmées,
- difficultés d'accès aux visites à domicile et à la permanence des soins ambulatoire sur certains secteurs,
- diminution des médecins volontaires dans le cadre de cette PDSA,
- recours palliatif aux urgences pour les résidents des établissements médico-sociaux
- absence de réseau départemental formalisé des urgences pour faire évoluer globalement le dispositif

La demande de soins non programmés du ressort de la médecine de premier recours est, de ce fait, reportée de manière délicate sur les urgences hospitalières ouvertes H24 et J365. Cela pose naturellement un problème important en termes de recentrage sur le « cœur de métier »..

A cela s'ajoutent des difficultés induites : l'embolisation des services d'urgences et Les complications de la réponse en psychiatrie sur l'est du département. Au-delà de l'offre hospitalière, quasi exclusive du CHAM, la réponse libérale est désormais pratiquement inexistante.

La cartographie des urgences montre une distribution géographique cependant bien répartie des services sur le département entre Orléans, Pithiviers, Montargis et Gien avec sur Orléans le siège du SAMU, le SMUR pédiatrique et le transport hélicoptéré.

Cette organisation territoriale permet malgré les difficultés relevées, de garantir un accès aux soins urgents à la population du Loiret en moins de trente minutes comme souhaité par le ministère. Sur l'ensemble du département, seules 12 communes sont à un peu plus de 30 minutes d'un service d'urgence. Cela représente 6748 habitants, soit 1% de la population.

Sur ces constats sont mis en perspective cinq objectifs principaux, priorisés :

Priorité 1 : Articuler les soins de premier recours et les soins urgents hospitaliers : poursuivre la mise en place de consultations non programmées dans les MSP

Priorité 2 : Améliorer l'accès aux soins urgents hospitaliers en moins de 30 minutes : formation et localisation ciblée de « médecins correspondants de l'Urgence ».

Priorité 3 : Diminuer les délais d'attente à l'accueil et en aval des urgences. Conforter l'accueil en PDSA sur Orléans et alentours pour mieux desservir la population et désengorger de facto les urgences. Favoriser une « maisons des consultations hospitalières » au nouvel hôpital d'Orléans (NHO). Proposer une nouvelle offre de soins aux patients: mise en œuvre du Centre d'Accueil de crise au NHO. Renforcer l'organisation et le fonctionnement des urgences hospitalières dans chaque établissement autorisé SU.

Priorité 4 : Améliorer la prise en charge des patients poly pathologiques notamment âgés : Conforter et étendre les filières gériatriques. Apporter la compétence gériatrique aux urgentistes. Améliorer la prise en charge des personnes handicapées. Prise en charge des addictions au sein des services d'urgence.

Priorité 5 : Intégrer et décliner les dispositions du schéma ORSAN et des plans blancs élargis dans les plans blancs des établissements de santé et des plans bleus des établissements médico-sociaux.

4. Les priorités du territoire en santé environnementale

4.1 L'eau potable et les eaux de loisirs

Parallèlement aux actions développées ci-dessous qui relèvent essentiellement du domaine de la prévention, l'ARS met en œuvre (en partenariat avec les autres services de l'Etat) des actions visant la mise en conformité de l'eau distribuée pour les collectivités concernées. Ces actions vont graduellement de la négociation amiable aux sanctions administratives et pénales. Elles ne sont pas développées dans le programme territorial de santé car elles sont d'ordre régalien et réalisées par l'ARS pour le compte du préfet. Cela concerne également l'établissement des périmètres de protection autour des captages d'eau potable.

Dans le domaine de l'eau, plusieurs priorités se dégagent :

- incitation des collectivités à la sécurisation de leur approvisionnement en eau par notamment des interconnexions, des forages supplémentaires...
- sensibilisation des collectivités (en particulier en Sologne) vis-à-vis de la qualité de l'eau alimentant les habitations isolées non raccordées au réseau public et des risques sanitaires potentiels pour les occupants de ces habitations
- développement d'actions de formation à destination des collectivités en partenariat avec notamment l'association des maires du Loiret (classes d'eau) sur les responsabilités en matière de surveillance de l'eau produite et distribuée, en matière de gestion d'un carnet sanitaire...

Dans le domaine des baignades

- incitation des collectivités à développer/créer des lieux de baignade, en particulier en Loire (dans le respect des règles sanitaires et de sécurité)

4.2 Lutter contre l'habitat indigne

La problématique de la résorption de l'habitat indigne concerne tous les territoires du Loiret, qu'il s'agisse de territoires urbains ou ruraux. Les caractéristiques sociodémographiques et urbaines du département contribuent à expliquer l'émergence de phénomènes d'exclusion et leurs localisations sur le département. Les territoires sur lesquels des actions territorialisées doivent être prioritairement menées sont ceux du Giennois et du Pithiverais et dans une moindre mesure, celui du Montargois.

Ces mêmes territoires pourront faire l'objet d'une sensibilisation particulière du risque lié au plomb dans l'habitat compte-tenu de l'âge ancien des logements de certaines parties de leurs territoires (cf. diagnostic).

En conséquence et aux vus du diagnostic développé, les axes majeurs de travail sont :

- améliorer le traitement des situations par une meilleure maîtrise des procédures par les acteurs locaux et par leur mise en synergie sur les territoires.
- élargir le repérage des situations par une participation au dispositif départemental existant. A ce titre, un partenariat avec les services de soins infirmiers à domicile, les SAMSAH mérite d'être développé, en particulier en zone rurale.
- optimiser les moyens de lutte contre l'habitat indigne en s'appuyant sur les dispositifs locaux et en particulier les OPérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat (OPAH).

Ces considérations sur l'habitat doivent être prises en compte dans les futurs contrats locaux de santé, l'aspect environnemental de la santé étant déterminante pour les populations et en particulier par une articulation avec les dispositifs existants type OPAH.

En complément, l'ARS participe à des actions à l'échelle départementale, dans le cadre du prochain PDALPD (2014-2018). Il s'agit en particulier, avec un partenariat à consolider, de :

- permettre une meilleure résolution des situations rencontrées par les propriétaires occupants (l'enjeu du maintien à domicile y est souvent prégnant),
- mener des actions de formation auprès des élus et personnels communaux.

Toute démarche engagée avec les collectivités sera l'occasion d'améliorer la prévention vis-à-vis du risque d'intoxication au monoxyde de carbone par un relais auprès des centres communaux d'action sociale des communes (CCAS)

4.3 Réduire les expositions au bruit

Dans le cadre de ce PTS, nous nous concentrerons sur les actions retenues dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement de la période 2012-2014 pour lesquelles l'ARS est compétente, à savoir :

- sensibiliser les jeunes aux risques liés à l'écoute prolongée des baladeurs, à la musique amplifiée dans les concerts et salles de musiques
- diminuer l'impact du bruit dans les bâtiments en traitant l'acoustique interne des lieux les plus sensibles utilisés par les enfants

Sensibiliser les jeunes aux risques liés à l'écoute prolongée des baladeurs, à la musique amplifiée dans les concerts et salles de musiques

Outre les actions menées décrites dans le diagnostic et qui sont à poursuivre (concerts pédagogiques, sensibilisation aux risques auditifs des enfants via les outils pédagogiques développés par l'ARS destinés aux infirmières scolaires et enseignants), d'autres actions de prévention pourraient être mises en place avec les partenaires locaux. Par exemple : évaluation de l'audition des lycéens, promotion de la campagne de sensibilisation et de prévention à l'écoute du MP3 dédiée aux transports en commun réalisée par l'association Agi-Son (association interprofessionnelle sur les questions de gestion sonore du spectacle vivant). Avec pour devise : « Moins fort, moins souvent mais pour longtemps ! », cette campagne nationale a été lancée en Mars 2013. Un appel a été fait aux collectivités ainsi qu'aux régies de transports pour qu'elles s'y associent. L'ARS pourrait relayer cette campagne pédagogique auprès des territoires du Loiret.

Diminuer l'impact du bruit dans les bâtiments en traitant l'acoustique interne des lieux les plus sensibles utilisés par les enfants

Les partenaires du PRSE ont retenu comme action le traitement de l'acoustique interne et la sensibilisation des gestionnaires de bâtiments utilisés par les enfants à l'acoustique des locaux et aux conditions d'utilisation. Ce sont principalement les classes, crèches, salles de repos et de restauration scolaire qui sont visées. Un soutien financier et technique aux travaux de réhabilitation acoustique peut être apporté par les acteurs départementaux. Dans ce cadre, l'ARS assiste les gestionnaires par la réalisation d'une étude sonométrique préalable permettant de déterminer si un gain en termes de sonorisation peut être attendu (mesure du temps de réverbération) et s'il est susceptible de bénéficier d'un financement. Une mise en réseau vers les partenaires instructeurs est alors réalisée. Il faut signaler l'important travail déjà réalisé dans ce type de salles dans le Loiret. Cette action y est en effet menée depuis la parution de la circulaire du 10 février 2004 du MEDD (Ministère de l'écologie et de développement durable) avec attribution des premières subventions en 2005.

IV. La méthodologie retenue dans le cadre du PTS du Loiret :

La DT ARS du Loiret formalise le programme territorial de santé du Loiret en lien étroit avec le Président et le bureau élargi de la Conférence de Territoire. Cela a donné lieu à une dizaine de réunion de travail en 2013.

Le CODIR de l'ARS examine le PTS du Loiret sous l'angle de la cohérence avec le projet régional de santé (PRS) et de la politique de santé en général début octobre 2013.

La conférence de territoire ajuste et conforte le PTS fin octobre 2013.

Le CODIR de l'ARS valide par la suite l'ensemble finalisé fin 2013, sachant cependant le document évolutif.

La mise en œuvre sur les territoires de projet est programmée en lien avec le bureau de la conférence de territoire et les partenaires politiques et de santé au plan local.

La délégation territoriale de l'ARS dans le Loiret se rapprochera des autres acteurs institutionnels : Services partenaires de l'Etat, Conseil général, Conseil régional, Assurance maladie, territoires de projet, pour présenter le PTS, recueillir leurs suggestions et obtenir leur concours dans le déploiement de la politique de santé dans le département.

Le choix de la DT ARS du Loiret est celui de décliner le présent PTS à des niveaux infra territoriaux (en référence aux principes et axes stratégiques définis dans les éléments de prospective considérés en amont) et d'aboutir à la conclusion de contrats locaux de santé à l'échelle de ces territoires.

Cela, en ayant fait « vivre » la démocratie sanitaire, depuis la conception du PTS en passant par la conférence de territoire, jusqu'à l'engagement en CLS (et autres contrats connexes). Y compris donc naturellement en infra départemental, là où les populations et les acteurs se rejoignent pour prendre en mains leur santé au plus près des besoins autant que possible. Le concept comme la démarche concrète de territorialisation prend là tout son sens. De démocratie sanitaire également.

Le choix de la DT ARS du Loiret est aussi celui de déployer la politique régionale de santé dans tout le département en priorisant, simplement mais avant tout, les zones où les fragilités sont le plus aiguës et se cumulent.

Le choix de la DT ARS c'est encore et très clairement le choix d'une démarche de parcours qui sera portée sur le terrain pour être relayée par les acteurs de santé. Deux types de démarche par parcours seront développés :

- **un parcours de santé « populationnel »**. Il s'agit en fait de la construction de parcours catégoriels, généraux et « macroéconomiques » par définition. L'objectif est d'organiser structurellement et fonctionnellement une trajectoire type de santé, évitant les ruptures de prise en charge, pour une population donnée : le maître mot dans ce type de parcours est la coopération des acteurs de santé autour de modalités et de dispositifs de prise en charge (exemple : organiser la filière gériatrique ou plus largement le parcours des personnes âgées en privilégiant telle ou telle bonne pratique et en évitant telle ou telle problématique).
- **un parcours de santé individualisé**, parcours réel, « microéconomique », approprié à une personne en particulier au regard de ses besoins. Ce type de parcours ou la

dimension « empowerment » (développement du pouvoir d'agir sur sa santé en l'espèce) est requise suppose, au-delà de la formalisation et de la mise en œuvre des parcours populationnels, la promotion, le choix, d'une médecine de parcours, notamment. Et par extension, d'une trajectoire de santé potentiellement multidimensionnelle, y compris donc avec de la prévention.

La question des systèmes d'information (SI) partagés est alors la condition sine qua non de la réalisation de tels parcours. Comment apporter à une personne une bonne réponse de santé, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût en tenant compte des contraintes de contexte et d'environnement, notamment en milieu rural (contraintes telles que celles de la démographie et de la sociologie des professionnels de santé entre autres) ?

En bref :

- construire ou parfaire la coordination des parcours populationnels de santé, c'est produire de l'organisation, de la cohérence et de la synergie. La DT ARS s'y emploie en mobilisant les acteurs de santé sur le terrain.
- construire un parcours de santé individuel, c'est promouvoir une démarche intégrée, multidimensionnelle, des professionnels de santé. Là encore cette voie, plus complexe, fera l'objet d'actions concertées au sein de la démarche de projet territorialisée.

Cependant, le PTS du Loiret ne recouvre pas que la seule dimension, mais essentielle, de territorialisation des actions. Le PTS fait aussi évidemment référence et s'appuie sans déroger sur les dispositifs et programmations prévus dans les schémas et programmes du PRS (PRIAC, SROS, PRSE, Télémedecine, etc.) sans, cependant, qu'il soit utile de les énumérer ici et d'alourdir la rédaction par des redites du PRS.

De même des déploiements de parties entières de politique de santé régionale seront menés sans besoin de territorialisation sur l'ensemble du territoire de santé, le département. Parce que, simplement, un déploiement partiel, infra départemental ou sélectif n'aurait pas de sens. Il en va ainsi des travaux autour de l'amélioration des urgences (avec notamment la question sous jacente des correspondants de « l'urgence » dans les zones d'accès de plus de 30 mn). Il en va aussi du déploiement de la Télémedecine selon des modalités de montée en charge régionale et dépendant largement du dynamisme des acteurs (au premier chef hospitaliers), le rôle de la DT ARS du Loiret étant avant tout d'inciter, de convaincre et de soutenir. Il en va de même encore du déploiement du DMP (dans les établissements de santé) dont l'échéance pour le Loiret est prévue, sans conteste, et doit être organisé au second semestre 2014. Les acteurs, en établissement notamment, doivent s'y préparer dès maintenant : en termes d'organisation en particulier.

La méthodologie de réalisation et de déploiement du PTS du Loiret peut se décrire en 6 points :

- 1- Une méthode propre au Programme Territorial de Santé du Loiret, qui implique aussi une conduite de projet.**
- 2- Suite a un diagnostic général, cette méthode commence par le choix des territoires de projet** au regard des faisceaux d'indicateurs existants, de santé avant tout mais aussi d'indicateurs issues des données statistiques et des découpages partenariaux vus précédemment. Ils font ressortir les inégalités territoriales et sociales de santé les plus défavorables. En bref la volonté de la DT ARS du Loiret de découper le territoire de santé en unité opérationnelle tient compte du *plus grand dénominateur partenarial*

commun en termes de territorialisation. Cela induit -grosso modo- des territoires assez proches de la notion INSEE de « bassins démographiques » mais sachant le découpage en « pays » plus riche et fonctionnel au plan politique. Seront ainsi ciblés prioritairement les territoires suivants pour le Loiret :

Le territoire du Gâtinais montargois

Ce territoire de projet est la combinaison de l'Agglomération Montargis et Rives du Loing (AME), 56770 habitants, dont 15.105 ont plus de 60 ans (et 6319 plus de 75 ans), répartis sur 9 communes et le Pays Gâtinais (59935 habitants, dont 16.418 ont plus de 60 ans et 6458 plus de 75 ans), répartis sur 73 communes et 6 bassins de vie.

Au total, le territoire de projet représente une population de 116.705 habitants (données INSEE 2009), soit 17,36% de la population du département du Loiret. Les plus de 60 ans représentent 27% de cette population, et les de plus de 75 ans 10,95% de la population (moyenne départementale 8,65%).

Les problématiques liées au vieillissement de la population en milieu urbain, périurbain et rural sont donc particulièrement prégnantes dans le Gâtinais montargois. En effet, les projections démographiques à échéance 2020 esquissent un passage de la part des plus de 60 ans dans le territoire à plus de 35%, avec dans le même temps une diminution de la part des moins de 20 ans dans la population (allant de 24 à 20%).

Au-delà du vieillissement cependant, le territoire connaît un accroissement démographique plus élevé que le reste de la région Centre avec une évolution annuelle globale de 0,8% (moyenne régionale 0,4%) représentant une augmentation d'environ 9300 habitants entre 1999 et 2009 dans la zone d'emploi.

Les besoins de santé sont donc doubles, avec d'un côté une population vieillissante et de l'autre des ménages actifs, souvent navetteurs au sein du territoire de projet ou vers l'Ile-de-France qui nécessitent le maintien d'une offre de service à la population (entre autres en ce qui concerne l'offre de soins de premier recours) adaptée à leurs conditions de vie.

Le choix d'un échelon de contractualisation étendu au Pays et à l'Agglomération s'inscrit dans une optique de couverture territoriale optimale. En effet, les communes du territoire ne sont pas toutes regroupées en intercommunalités. La combinaison de deux entités distinctes a bien évidemment des implications en ce qui concerne la gouvernance, mais elle s'impose par le fait de l'absence de l'agglomération centrale dans les instances du pays et vice-versa. Cette configuration politique impose donc un pilotage double à l'échelon du territoire.

C'est à l'échelon du Gâtinais montargois dans son ensemble qu'il sera le plus pertinent de mettre en œuvre un Contrat Local de Santé avec en perspective les motivations suivantes articulées autour des trois axes structurants de la politique de l'Agence Régionale de Santé du Centre :

- réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
- faire face à la démographie des professions de santé
- développer la performance du système de santé.

- En termes d'offre de soins

38% de la population totale du territoire vit en zone fragile au titre du zonage pluri professionnel du volet ambulatoire du Schéma Régional de l'Organisation des Soins, contre une proportion de 15.95% de la population à l'échelle du département.

La densité médicale sur l'ensemble du territoire de projet est de 60,83 médecins généralistes pour 100.000 habitants. En revanche, si l'on ne considère que le territoire du Pays du Gâtinais cette densité tombe à 41 médecins pour 100.000 habitants. L'enjeu de la réduction des inégalités territoriales de santé est donc crucial en ce qui concerne les 59.935 habitants de ce pays.

Le choix du territoire de projet du Gâtinais Montargois gâtinais permet cependant de pouvoir appuyer les initiatives du territoire sur trois établissements sanitaires dont un Centre Hospitalier de référence, une clinique principalement chirurgicale et un établissement de santé privé d'intérêt collectif spécialisé dans les soins de suite en médecine physique et de réadaptation.

- **En termes de besoins de santé et de déterminants de la santé**

En amont des travaux d'élaboration du Projet Régional de Santé, l'Observatoire Régional de Santé a développé une typologie des cantons selon 5 axes après l'agrégation d'un ensemble de données relatives à la structure socio-démographique, à l'offre de soins et aux données de morbidité/mortalité à l'échelle des cantons. Sur le secteur de Montargis, on retrouve trois types de territoire.

Au centre, un territoire de classe B correspondant à une ville-centre à forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée avec une offre de soins très développée.

En périphérie, les cantons de Chalette-sur-le-Loing, Amilly et Courtenay représentent des cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et de personnes en Affection de Longue Durée, en sous-mortalité générale et bien équipés en services hospitaliers (classe C)

Plus loin, on retrouve des cantons avec une faible offre de soins et en sur-mortalité générale par morts violentes (Lorris, Chatillon-Coligny, Château-Renard, Ferrières-en-Gâtinais) correspondant à la classe D. Ces profils territoriaux appellent donc une action spécifique de la part de l'ARS

- **Sur le champ de la santé environnementale**

35.389 habitants du territoire sont alimentés par une eau dont la teneur en nitrates dépasse les 25 mg par litre, soit 30,32% de la population. La proportion à l'échelle du département est de 21%. Les habitants du Gâtinais montargois sont donc plus touchés, en proportion, par la question des nitrates dans l'eau.

Sur le territoire de projet, 38.844 habitants (33% de la population totale du territoire) vivent dans une zone desservie par une unité de distribution non conforme aux teneurs maximales en pesticides. Le territoire de projet regroupe 63,7% de la population alimentée en eau potable non conforme pour les pesticides pour le Loiret.

La problématique de la qualité de l'eau est donc fondamentale à une approche fondée sur la santé de l'action dans le territoire. Elle nécessite également un fonctionnement en mode intersectoriel afin d'être la plus efficace possible. En effet, cette thématique est également incluse dans la charte de développement durable du Pays Gâtinais avec l'identification de crédits visant à améliorer le fonctionnement des systèmes d'assainissement. De même, l'idée du développement de l'interconnexion des réseaux est évoquée.

Le territoire du Giennois

L'approche de priorisation basée sur la concordance entre des besoins locaux et l'opportunité de la démarche amène à placer le Pays Giennois en seconde position. En effet, les perspectives d'offre de soins de premier recours et de vieillissement de la population y sont largement similaires à celles observées dans le Gâtinais montargois. De même, le Pays est demandeur d'une contractualisation autour d'un projet territorial de santé concerté qui a vocation à s'inscrire dans le champ d'un CLS, notamment au titre de l'Agenda 21.La

démarche de développement de la connaissance territoriale est cependant moins avancée dans le Giennois ce qui explique son inscription sur un calendrier plus tardif.

Le territoire du Pays Beauce – Gâtinais en Pithiverais

L'approche de priorisation basée sur la concordance entre des besoins locaux et l'opportunité de la démarche amène à placer le Pays Beauce-Gâtinais en Pithiverais en troisième position. En effet les perspectives sont proches de celles du giennois. Un contrat local de santé peut y être promu mais la démarche de développement de la connaissance territoriale est cependant peu avancée. L'expérience des projets du montargois et du giennois permettra de consolider une méthode au bénéfice de cette partie du territoire. C'est pourquoi il est situé en 3^{ème} position.

Le territoire qui se situe entre l'agglomération orléanaise et la Sologne

Ce territoire plus complexe car situé entre plusieurs Pays et proche de l'agglomération orléanaise a des caractéristiques proches des territoires précédents. L'expérience des contrats locaux de santé menés sur les autres territoires permettra de définir une méthode également visant à faire émerger un CLS, sachant que des démarches SCOT sont également engagées.

Pour autant d'autres territoires de projet sont également investis comme celui de l'agglomération orléanaise déjà dotée d'un CLS en pleine évolution vers un contrat territorial de santé plus large au plan géographique, politique et thématique..

- 3- afin de consolider la connaissance de ce territoire de projet prioritaire sur le domaine de la santé, **un diagnostic complémentaire et ciblé** est initié par la DT ARS du Loiret avec le concours actif de l'ORS. Ce diagnostic inclut un questionnement auprès de la population du territoire concerné.
- 4- le diagnostic ciblé vient enrichir la connaissance de la situation de la population du territoire de projet et permet de réunir les acteurs de santé de ce territoire **autour d'un « forum santé »**, sous l'égide du président de la conférence de territoire du Loiret afin de partager les constats, les points forts et les points faibles. Il s'agit d'avoir un diagnostic enrichi et approprié représentatif des besoins en prospective.
- 5- sur cette base seront construites les **solutions dans le cadre d'une conduite de projet avec les acteurs de santé de ce territoire**. A ce stade, les « feuilles de route populationnelles » établies de manière connexe au PTS sont les axes essentiels des actions qui seront déclinées, ordonnancées, planifiées et programmées très concrètement dans les territoires de projet. C'est donc à ce niveau et seulement à ce niveau que des « fiches actions opérationnelles » (à proprement parler) seront réalisées et serviront d'ossature au contrat local de santé (CLS).

Cela nécessite en amont la mise en place d'un « **COPIL santé** » territorial spécifique (en lien avec le président de la conférence de territoire) et de **groupes de travail locaux** sous l'égide d'un responsable projet identifié par territoire retenu (exemple : la chargée du développement urbain de l'agglomération Montargoise).

- o **avec naturellement**, tout au long du projet, **l'appui en cadrage fonctionnel de la DT ARS du Loiret**. La DT ARS du Loiret s'est « formatée » pour cela.

Chaque cadre est à la fois responsable d'un domaine « métier » et « animateur territorial » d'une zone projet identifiée. En interne à la DTARS, tous les cadres se réunissent en « équipe projet d'animation territoriale » et font lien entre eux pour mobiliser les ressources et les compétences nécessaires au projet territorial en cours de réalisation;

- **avec le concours recherché de partenaires institutionnels incontournables** (Animateurs territoriaux du Conseil régional, services de l'Etat appropriés tels que la DDCS par exemple, service du Conseil général, services de l'assurance maladie évidemment etc.).

La formalisation des actions projetées constituera donc **le volet santé du contrat local de santé (CLS)**, celui-ci pouvant être intégré d'ailleurs dans un projet politique plus large (cf. contrat de cohésion sociale par exemple) à l'image de ce qui se passe dans le grand montargois avec l'accord du COPIL politique du projet territorial social de la Communauté de commune et sur l'échelle du « pays ».

Encore une fois et pour des raisons d'engagement et de pragmatisme évident, les fiches actions thématiques et fonctionnelles sont établies à ce stade avec les acteurs de santé et porteurs de projets. Le point focal essentiel et inévitable, est la construction, sur zones, de parcours populationnels types sur lesquels s'appuieront les parcours individualisés de la responsabilité des acteurs de santé organisés en filières, en réseaux...

Le Contrat local de santé est soutenu par la conférence de territoire qui participe pleinement à son suivi et à son évaluation.

- 6- afin de suivre les projets en cours, **des outils spécifiques sont élaborés par l'ARS-DT du Loiret** pour toute la période couverte par le PRS, tels que des fiches « météo » par exemple (voir infra). Des outils internes mais aussi partagés avec la conférence de territoire sont à consolider (diagramme de Pert et logiciel projet...). Il est proposé par la DT ARS du Loiret de positionner dans l'arborescence commune « animation territoriale », un fichier permettant de rapatrier toutes les fiches météo élaborées par la DT ARS du Loiret sur les projets, ainsi qu'un tableau de bord spécifique qui pourrait être le suivant par exemple: (page suivante)

Tableaux de bord prévisionnels:

CLS Pays du Gâtinais AME et Rives du Loing	<u>échéancier</u>	<u>Personne référente</u>	<u>Actions projetées</u>	<u>opportunités</u>	<u>Freins/risques</u>	<u>observations</u>
2013	Définition de l'échéancier et de la méthodologie projet	Auriane Mongin	Réunions préliminaires	-Projet de cohésion sociale Copil ad hoc -Ambition CR 2020	-Changements Politiques -Résistance ou carences de professionnels de santé -Disponibilités...	
2014	-Diagnostic ORS début d'année -Fin d'année conclusion du volet santé/CLS		COPIL volet santé GT volet santé Réunion locale volet santé	« forum santé » Dynamique projet de construction CLS		
2015	Mise en œuvre des actions					
2016	Mise en œuvre des actions évaluation					

Contrat local de santé du Giennois	<u>échéancier</u>	<u>Personne référente</u>	<u>Actions projetées</u>	<u>opportunités</u>	<u>Freins/risques</u>	<u>observations</u>
2013	Lancement de la démarche par le Conseil Régional Agenda 21	Caroline Nicolas	Réunions préliminaires	-Contrat de Pays agenda 21 COPIIL ad hoc	-Changements Politiques -Résistance ou carences de professionnels de santé -Disponibilités...	
2014	-Définition de l'échéancier et de la méthodologie projet -Diagnostic ORS - Fin d'année conclusion du volet santé/CLS		COPIL volet santé GT volet santé Réunion locale volet santé	« forum santé » Dynamique projet de construction CLS	id	
2015	Fin diagnostic ORS - Fin d'année conclusion du volet santé/CLS				id	
2016	Mise en œuvre des actions				id	

CLS Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	<u>échéancier</u>	<u>Personne référente</u>	<u>Actions projetées</u>	<u>opportunités</u>	<u>Freins/risques</u>	<u>observations</u>
2013						
2014	Lancement de la démarche Définir l'échéancier et la méthodologie de projet	CC	Solliciter les personnes ressources Créer un COPIL santé	Méthodologie de projet existante pour le Grand Montargois et le Giennois	-absence d'initiative locale concertée -Changements Politiques -Résistance ou carences de professionnels de santé -Disponibilités...	
2015	Diagnostic ORS fin d'année			« forum santé » Dynamique projet de construction CLS	id	
2016	Formalisation d'un CLS 1 ^{er} semestre d'année Mise en œuvre des actions				id	

CLS Forêt d'Orléans Loire Beauce et Sologne Val Sud	<u>échéancier</u>	<u>Personne référente</u>	<u>Actions projetées</u>	<u>opportunités</u>	<u>Freins/risques</u>	<u>observations</u>
2013						
2014	Lancement de la démarche	CF	Solliciter les personnes ressources Créer un COPIL santé	Méthodologie de projet existante pour le Grand Montargois et le Giennois	-absence d'initiative locale concertée -Changements Politiques -Résistance ou carences de professionnels de santé -Disponibilités...	
2015	Définir l'échéancier et la méthodologie de projet				id	
2016	Formalisation d'un CLS et mise en œuvre des actions			« forum santé » Dynamique projet de construction CLS	id	

CLS Agglomération d'Orléans	<u>échancier</u>	<u>Personne référente</u>	<u>Actions projetées</u>	<u>opportunités</u>	<u>Freins/risques</u>	<u>observations</u>
2013	Poursuite de la Mise en œuvre des actions	CP	Participer aux instances du CLS	Dynamique locale existante CLS existant depuis 2012	Changements Politiques -Résistance ou carences de professionnels de santé - Disponibilités ...	
2014	Elargir l'objet du CLS et formaliser les modifications et ajustements apportés via des avenants notamment		Permettre l'évolution du CLS au regard du PTS et des FDR Ajustements des actions / intégration de nouvelles actions	id	id	
2015	Diagnostic ORS 22 communes engagé Formalisation du nouveau CLS		Participer aux instances du CLS	id	id	
2016	Poursuite de la mise en œuvre des actions/renouvellement du CLS élargi		Participer aux instances du CLS Formalisation du nouveau CLS	id	id	

Maquette de fiche météo projet :

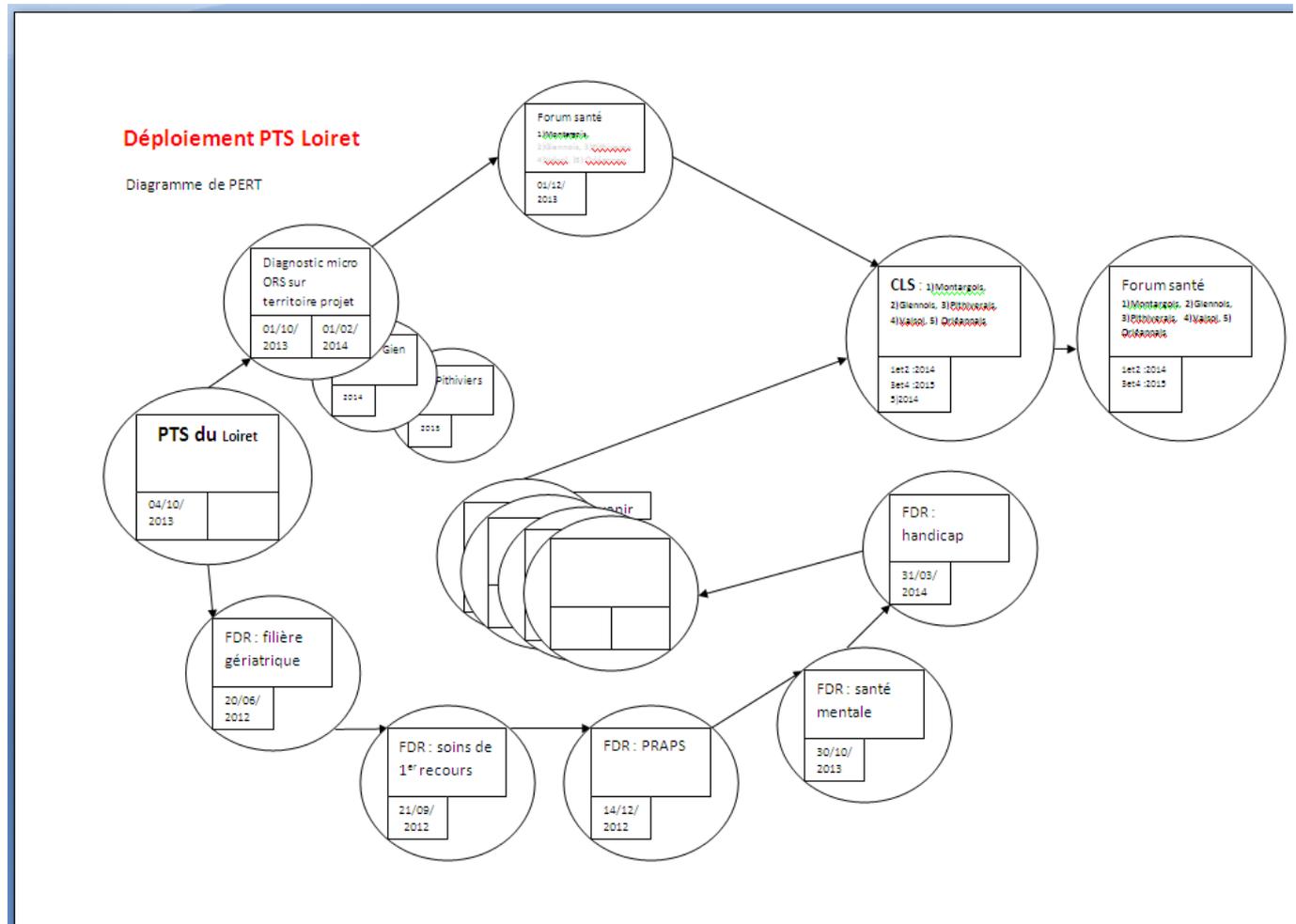
Météo projet



PTS du Loiret Projet Xx

Météo	  	État d'avancement	     0% 25% 50% 75% 100%
Principales actions réalisées		Prochaines actions clés	
<ul style="list-style-type: none">• 1/• 2/• 3/		<ul style="list-style-type: none">• 1/• 2/• 3/	
Points d'alerte		Questions / Points de décisions / arbitrage	
<ul style="list-style-type: none">• 1/• 2/• 3/		<ul style="list-style-type: none">• 1/• 2/• 3/	

Diagramme de PERT ordonnant les travaux :



- 7- enfin **une évaluation** reste à prévoir en fin de contrat nécessite des indicateurs suffisamment synthétiques et raisonnablement intéressants restant à sélectionner, pour avoir une idée de l'apport ou non du CLS (amélioration ou au contraire dégradation de la situation de santé...) dans sa mise en œuvre, la conduite des processus et les résultats. Le recours méthodologique de l'unité d'appui à la performance de l'ARS est requis d'emblée et sera des plus utiles en la matière, tant en termes de conception qu'au plan opérationnel dans l'ingénierie de soutien aux projets de territoires,

En conclusion :

Le programme territorial de santé (PTS) est la déclinaison, mise en perspective sur le terrain, du projet régional de santé du Centre. Rappelons que le PTS du Loiret ne décrit pas pour autant les programmations « autosuffisantes » en elles mêmes établies dans les schémas et programmes du projet régional de santé (PRS) telles que dans le SROS, le PRIAC, le PRSE, et dans les autres Programme de télémédecine ou d'accès à la prévention...qui servent de documents socles de référence.

Le programme territorial de santé ne saurait également être l'occasion, tant dans l'esprit que dans le « texte », d'engranger des besoins exogènes à l'économie générale du Projet Stratégique Régional de Santé (PSRS). Ce serait contraire à la construction démocratique du programme régional dont la réalisation a fait participer les représentants de l'ensemble des acteurs de santé et institutionnels.

Le PTS vise donc plus modestement à décliner le PRS, mais en perspective des problématiques du Loiret, sur les zones les plus sensibles d'abord. Dans la démarche de portage des objectifs sur les territoires de projet, il ambitionne l'engagement de ces territoires pour aider à solutionner les problématiques identifiées: concrètement. Le PTS (de même les réflexions de la DT ARS au travers de ses feuilles de route) incite les acteurs territoriaux à intégrer un ensemble d'actions correctrices ou promotionnelles dans un plan santé local assorti des fiches actions opérationnelles qui conviendront.

La DT ARS et la Conférence de territoire du Loiret encouragent à la construction d'un tel plan de santé qui, dans chaque territoire de projet, sera conduit -précisément-sous forme de « projet ». Cette méthodologie associera les acteurs de santé et les acteurs politiques. Un contrat local de santé (CLS) pourra, in fine, s'avérer l'aboutissement formel de cette démarche de projet. Ainsi chaque acteur doit se sentir concerné directement par le devenir contractuel de la « santé sur son territoire ».

La DT ARS et la conférence de territoire du Loiret sont là pour faciliter ce déploiement méthodologique de la politique de santé territorialisée. Elles sont là aussi pour préparer et accompagner les dynamiques de changement qui s'avèrent inévitables dans un futur proche (synergie des acteurs autour d'une santé de parcours...).

Enfin, s'il convient de remercier très sincèrement tous ceux qui hier, aujourd'hui et demain ont et vont travailler à faire émerger un « nouveau contrat social » de santé, il est encore plus important de remercier à l'avance tous les acteurs politiques, institutionnels et associatifs, et avant tout tous les professionnels de santé qui vont être, à n'en pas douter, la cheville ouvrière d'une offre de santé refondée et optimale sur le département. Mêlant au mieux, proximité et efficience au profit unique de nos concitoyens.

On peut espérer que le PTS du Loiret sera une « chose » utile et nécessaire. Mais un simple document ne saurait être suffisant... Seule l'action prévaut. A tous, sur le terrain, d'en faire: un bon produit (des dispositifs adaptés), au bon prix (aux meilleurs coûts) avec un bon service (un engagement responsable).

L'évaluation devra en témoigner.

**GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES
DANS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTE DU LOIRET**

Sigles	Intitulé
AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ADELI	Automatisation DEs LIstes (Fichier des professions médicales et paramédicales)
ADIL	Agence Départementale d'Information sur le Logement
ALD	Affection Longue Durée
ANAH	Agence NAtionale de l'Habitat
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
AVC	Affection Cardio Vasculaire
B A C	Bassin d'Alimentation de Captage
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce (0-6 ans)
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHRO	Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIS	Classe pour l'Inclusion Scolaire
CLS	Contrat Local de Santé
CTS	Contrat Territorial de santé (périmètre différent et plus large qu'un CLS)
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CODIR	COmité de DIRection
COPIL	COmité de PILOTage
CPOM	Contrat Prévisionnel d'Objectifs et de Moyens
CRF	Centre de Rééducation Fonctionnelle
CSP	Code de Santé Publique
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDCS	Direction Départementale de Cohésion Sociale
DDT	Direction Départementale des Territoires
DGFIP	Direction Générale des FInances Publiques
DGI	Direction Générale des Impôts
DMP	Dossier Médical Personnel
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DT	Délégation Territoriale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunal
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer (SSIAD Alzheimer)
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissement Sociaux et Médico Sociaux
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FDR	Feuille de Route
FILOCOM	Fichier LOgement COMmunal
FINESS	Fichier National des Equipements Sanitaires et Sociaux
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GPEC	Gestion Prévisionnelle Emploi et Compétence
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Loi Hôpital Patients Santé Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDA	Maison Des Adolescents
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MEDD	Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPAH	OPération d'Amélioration de l'Habitat
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire
ORFE	Observatoire Régional de la Formation et de l'Emploi (région Centre)
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PARADS	Pôle d'Accueil en Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adapté
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCH	Prestation Compensatrice du Handicap
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
Pmi	Protection Maternelle et Infantile
PPPI	Parc Privé Potentiellement Indigne
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement de la Perte d'Autonomie
PRS	Programme Régional de Santé
PRSE	Plan Régional de Santé Environnement
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTS	Programme Territorial de Santé

RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCHS	Service Communal d'Hygiène et Santé
SCOT	Schéma de Cohérence Territorial
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SI	Système d'Information
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (Personnes Handicapées)
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
STATISS	Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TED	Trouble Envahissant du Développement
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UNAFAM	Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux
USLD	Unité Soins Longue Durée
UTS	Unité Territoriale Sociale

Tableaux annexe au PTS DT45 Pistes d'actions

PREAMBULE

Les tableaux suivants reprennent pour chacun des Cinq territoires de projet du département les objectifs d'animation territoriale (dites aussi « pistes d'actions ») qui sont à poursuivre au sens du Projet Régional de Santé de l'ARS du Centre via le Programme territorial de santé du Loiret. Ces objectifs ont vocation à irriguer les différents les parcours de santé qui seront établis.

Au-delà des zones dites de proximité ou de projet, des programmes d'actions ou schéma de planifications couvrent et complètent l'offre de santé sur l'ensemble du département sans qu'il soit indispensable de les reprendre et de territorialiser particulièrement ces documents déjà focalisés au besoin sur le territoire de santé du département (schémas régionaux d'offres d'activités et de services, PRIAC, PRADSI, Urgences.....) dans le programme territorial de santé. Mais ils y concourent largement le cas échéant.

GATINAIS et MONTARGOIS

L'accès aux soins de 1^{er} recours

- ★ Promouvoir les maisons de santé pluridisciplinaire et l'exercice regroupé des professionnels de santé (perspective globale entre 25 et une trentaine de MSP réparties sur l'ensemble des territoires de projet ; Gâtinais et Montargois : 6-7).
- ★ Cibler les actions sur les territoires non encore pourvus d'une structure d'exercice regroupé
- ★ Revisiter et consolider la PDSA
- ★ Promouvoir les échanges d'information des PS via la messagerie sécurisée, la télémedecine et le DMP
- ★ Faire de la PASS un dispositif pivot de l'accès aux soins des publics précaires et permettant une coordination avec les MSP
- ★ Favoriser l'accès aux soins via les consultations externes, consultations avancées des centres hospitaliers de proximité
- ★ Faciliter une organisation en réseau pour l'accès aux bilans de santé de la population du territoire ?
- ★ Le généraliste comme artisan central (« articulateur ») du croisement des parcours de santé (messagerie sécurisée etc.)

La filière gériatrique

- ★ Améliorer le diagnostic précoce des facteurs de fragilité (avec les acteurs du domicile, repérage, troubles cognitifs, chutes, troubles nutrition, mauvaise observance médicamenteuse, etc.)
- ★ Limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les personnes âgées à domicile comme en EHPAD dans une logique d'amélioration du parcours
- ★ Intégrer, en perspective, les dispositifs filières, dans les projets territoriaux émergents sous l'égide de la MAIA (fonction « d'articulateur »)
- ★ Consolider la coordination de la filière de soins au sein de la communauté hospitalière de territoire (CHT) : structuration et organisation des parcours de santé des patients en lien avec les projets d'établissements, les projets médicaux, les projets de soins, les projets de vie y/c à domicile (introduction de la prévention, de l'accès à la culture de droit commun...)
- ★ Favoriser la coopération entre la psychiatrie et la gériatrie et le recours à la prise en charge psycho-gériatrique des personnes âgées
- ★ Promouvoir la télémedecine

Le PRAPS

- ★ Développer les points d'accueil santé /social
- ★ Développer autour de la PASS une fonction spécifique d'élaboration et de

suivi des parcours de santé des publics précaires (fonction « d'articulateur »)

★ **Faire intervenir l'équipe mobile de psychiatrie départementale (publics précaires et public personnes âgées)**

★ **Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action concernant la prise en charge psychiatrique**

★ **Mobiliser les structures de prévention pour la santé sur des actions visant à restaurer auprès des publics ciblés une « image positive de soi » (action psychosociale à bâtir en lien avec l'antenne 45 de la FRAPS)**

★ **Promouvoir l'égalité homme-femme d'accès à la santé et articuler en termes de réponse aux besoins de la politique de ville et le plan de santé du CLS**

★ **Faciliter la coopération et la mutualisation des divers réseaux de santé également pour les publics précaires**

★ **Renforcer la formation sur le repérage de la crise suicidaire des professionnels santé et sociaux**

★ **Poursuivre une participation active aux commissions de sécurité routière**

★ **Renforcer le repérage des situations d'habitat indigne avec les acteurs qui interviennent à domicile**

★ **Encourager la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'habitat et la réduction des risques sanitaires liés à l'habitat**

★ **Favoriser la vigilance sanitaire des populations susceptibles d'être exposées à des risques liés à des sites et sols pollués**

★ **Favoriser auprès des partenaires l'émergence d'une politique qualitative de la distribution d'eau potable, alliée à une politique de sécurisation des réseaux de distribution d'eau**

(Ces deux derniers focus concernent naturellement l'ensemble des populations et pas exclusivement les populations visées par le PRAPS.)

La Santé mentale

★ **Mettre en place un conseil local en santé mentale, dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet santé mentale du CLS**

★ **Mettre en place et organiser une réponse à l'urgence psychiatrique**

★ **Mettre en place le parcours de soin en santé mentale en lien étroit avec le secteur médico-social**

★ **Intégrer les GEM et des acteurs institutionnels à la réflexion, à la réponse au besoin et à l'action**

★ Développer la coordination des acteurs santé pour l'accompagnement et la prise en charge des adolescents en difficulté et favoriser la création d'une antenne MDA sur Montargis (Maison des Adolescents)

★ Développer des actions et les synergies en faveur de l'accès à la culture et au sport des personnes souffrant de troubles mentaux

Le handicap

★ Mettre en place un parcours de santé coordonné des personnes handicapées (à portée générale sur territoire de santé : le département) et notamment pour les adolescents et pour les adultes présentant des troubles psychiques (territoire du Gâtinais Montargois)

★ Initier une dynamique de territoire numérique
Accompagner le déploiement des systèmes d'information partagés en Santé

★ Définir une prise en charge concertée des jeunes avec troubles complexes du comportement

★ Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap

★ Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce des personnes souffrant de TED

★ Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport à destination des personnes en situation de handicap

La périnatalité

★ Rendre attractif le territoire pour l'installation de sages femmes, gynécologues obstétriciens et psychologues libéraux

★ Améliorer le taux de préparation à l'accouchement (communication ciblée)

★ Améliorer significativement le taux d'entretien prénatal précoce

★ Favoriser l'allaitement maternel

★ Mettre en place des actions d'informations et de formations à l'intention des parents pour prévenir les pathologies bénignes des enfants ne nécessitant pas de recours aux urgences

★ Soutenir la fonction parentale et éducative par la mise en place d'actions d'informations

★ Améliorer l'accès aux accompagnements médico-sociaux (CMPE, CAMSP, CMPP)

Les conduites addictives

★ Améliorer la prise en charge des conduites addictives via les ELSA dans les hôpitaux

★ Proposer une prise en charge de qualité aux personnes placées sous main de justice

★ Améliorer l'accès aux soins des CSAPA par un maillage territorial équitable de leurs antennes et consultations avancées alliant proximité géographique et efficacité des soins, polyvalence des prises en charge, pluridisciplinarité des équipes et régularité des soins

★ Développer la synergie des acteurs de l'addiction pour développer l'offre coopérative de services au regard des terrains de compétence

★ Développer l'organisation du parcours de santé des personnes en addiction (fonction « d'articulateur ») notamment avec les PASS

★ Développer une culture de réduction des risques sur chaque territoire de santé et par conséquence de projet

★ Généraliser la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève chez les professionnels de santé du premier recours

★ Eviter et réduire les troubles liés aux conduites addictives chez les jeunes, les femmes enceintes et dans les populations à risque
former les acteurs de première ligne

GIENNOIS

L'accès aux soins de 1^{er} recours

- ★ Promouvoir les maisons de santé pluridisciplinaire et l'exercice regroupé des professionnels de santé (perspective globale entre 25 et une trentaine de MSP réparties sur l'ensemble des territoires de projet ; Giennois : 3-4)
- ★ Cibler les actions sur les territoires non encore pourvus d'une structure d'exercice regroupé
- ★ Promouvoir la télémedecine
- ★ Faire de la PASS un dispositif pivot de l'accès aux soins des publics précaires et permettant une coordination avec les MSP
- ★ Favoriser l'accès aux soins via les consultations externes consultations avancées des centres hospitaliers de proximité
- ★ Quelle organisation en réseau retenue pour l'accès aux bilans de santé de la population du territoire ?
- ★ Le généraliste comme artisan central (« articulateur ») du croisement des parcours de santé (messagerie sécurisé etc.)

La filière gériatrique

- ★ Améliorer le diagnostic précoce des facteurs de fragilité (avec les acteurs du domicile, repérage, troubles cognitifs, chutes, troubles nutrition, mauvaise observance médicamenteuse, etc.)
- ★ Limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les personnes âgées à domicile comme en EHPAD
- ★ Intégrer, en perspective, les dispositifs filières, dans les projets territoriaux émergents sous l'égide de la MAIA (fonction « d'articulateur »)
- ★ Promouvoir la télémedecine

Le PRAPS

- ★ Développer les points d'accueil santé /social
- ★ Développer autour de la PASS une fonction spécifique d'élaboration et de suivi des parcours de santé des publics précaires (fonction « d'articulateur »)
- ★ Faire intervenir l'équipe mobile de psychiatrie départementale (publics précaires et public personnes âgées)
- ★ Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action concernant la prise en charge psychiatrique
- ★ Mobiliser les structures de prévention pour la santé sur des actions visant à restaurer auprès des publics ciblés une « image positive de soi » (action psychosociale à bâtir en lien avec l'antenne 45 de la FRAPS)

★Promouvoir l'égalité homme-femme d'accès à la santé et articuler en termes de réponse aux besoins de la politique de ville et le plan de santé du CLS

★Faciliter la coopération et la mutualisation des divers réseaux de santé également pour les publics précaires

★Renforcer la formation sur le repérage de la crise suicidaire des professionnels santé et sociaux

★Poursuivre une participation active aux commissions de sécurité routière

★Renforcer le repérage des situations d'habitat indigne avec les acteurs qui interviennent à domicile

★Encourager la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'habitat et la réduction des risques sanitaires liés à l'habitat

★Favoriser la vigilance sanitaire des populations susceptibles d'être exposées à des risques liés à des sites et sols pollués

★Favoriser auprès des partenaires l'émergence d'une politique qualitative de la distribution d'eau potable, alliée à une politique de sécurisation des réseaux de distribution d'eau

(Ces deux derniers focus concernent naturellement l'ensemble des populations et pas exclusivement les populations visées par le PRAPS.)

La Santé mentale

★Mettre en place un conseil local en santé mentale, dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet santé mentale du CLS

★Mettre en place et organiser une réponse à l'urgence psychiatrique

★Mettre en place du parcours de soin en santé mentale en lien avec le secteur médico-social

★Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action

★Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport des personnes souffrant de troubles mentaux

Le handicap

★Mettre en place un parcours de santé coordonné pour les adultes handicapés vieillissants en lien avec la MAIA du territoire

★Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap

★Améliorer le dépistage du handicap et l'accompagnement précoce notamment pour personnes souffrant de TED

périnatalité

★ Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport à destination des personnes en situation de handicap

★ Rendre attractif le territoire pour l'installation de sages femmes, pédiatres, gynécologues obstétriciens et psychologues libéraux

★ Améliorer le taux de préparation à l'accouchement, communication ciblée

★ Améliorer significativement le taux d'entretien prénatal précoce par le renforcement de la collaboration avec le réseau des sages-femmes libérales

★ Mettre en place des actions d'informations et de formations à l'intention des parents pour prévenir les pathologies bénignes des enfants

★ Soutenir la fonction parentale et éducative par la mise en place d'actions d'informations sur la santé

★ Promouvoir la plateforme téléphonique régionale « IVG-Contraception »

Conduites addictives

★ Améliorer la prise en charge des conduites addictives dans les hôpitaux via les ELSA

★ Proposer une prise en charge de qualité aux personnes placées sous main de justice

★ Améliorer l'accès aux soins des CSAPA par un maillage territorial équitable de leurs antennes et consultations avancées alliant proximité géographique et efficacité des soins, polyvalence des prises en charge, pluridisciplinarité des équipes et régularité des soins

★ Développer la synergie des acteurs de l'addiction pour développer l'offre coopérative de services au regard des terrains de compétence

★ Développer l'organisation du parcours de santé des personnes en addiction (fonction « d'articulateur ») notamment avec les PASS

★ Développer une culture de réduction des risques sur chaque territoire de santé et par conséquence de projet

★ Généraliser la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève chez les professionnels de santé du premier recours

★ Éviter et réduire les troubles liés aux conduites addictives chez les jeunes, les femmes enceintes et dans les populations à risque

★ Former les acteurs de première ligne

**L'accès aux
soins de 1^{er}
recours**

PITHIVERAIS BEAUCE EN GATINAIS

★ Promouvoir les maisons de santé pluridisciplinaire et l'exercice regroupé des professionnels de santé (perspective globale entre 25 et une trentaine de MSP réparties sur l'ensemble des territoires de projet ; Pithiverais: 3-4)

★ Promouvoir la télémédecine

★ Faire de la PASS un dispositif pivot de l'accès aux soins des publics précaires et permettant une coordination avec les MSP

★ Favoriser l'accès aux soins via les consultations externes consultations avancées des centres hospitaliers de proximité

★ Quelle organisation en réseau retenue pour l'accès aux bilans de santé de la population du territoire ?

★ Le généraliste comme artisan central (« articulateur ») du croisement des parcours de santé (messagerie sécurisée etc.)

**La filière
gériatrique**

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

★ Limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les personnes âgées à domicile comme en EHPAD

★ Intégrer, en perspective, les dispositifs filières, dans les projets territoriaux émergents sous l'égide de la MAIA (fonction « d'articulateur »)

★ Consolider la coordination de la filière de soins au sein de la communauté hospitalière de territoire (CHT) : structuration et organisation des parcours des patients en lien avec les projets d'établissements, les projets médicaux et les projets de soins

★ Promouvoir la télémédecine

Le PRAPS

★ Développer les points d'accueil santé /social

★ Développer autour de la PASS une fonction spécifique d'élaboration et de suivi des parcours de santé des publics précaires (fonction « d'articulateur »)

★ Faire intervenir l'équipe mobile de psychiatrie départementale (publics précaires et public personnes âgées)

★ Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action concernant la prise en charge psychiatrique

★ Mobiliser les structures de prévention pour la santé sur des actions visant à restaurer auprès des publics ciblés une « image positive de soi » (action psychosociale à bâtir en lien avec l'antenne 45 de la FRAPS)

★Promouvoir l'égalité homme-femme d'accès à la santé et articuler en termes de réponse aux besoins de la politique de ville et le plan de santé du CLS

★Faciliter la coopération et la mutualisation des divers réseaux de santé également pour les publics précaires

★Renforcer la formation sur le repérage de la crise suicidaire des professionnels santé et sociaux

★Poursuivre une participation active aux commissions de sécurité routière

★Renforcer le repérage des situations d'habitat indigne avec les acteurs qui interviennent à domicile

★Encourager la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'habitat et la réduction des risques sanitaires liés à l'habitat

★Favoriser la vigilance sanitaire des populations susceptibles d'être exposées à des risques liés à des sites et sols pollués

★Favoriser auprès des partenaires l'émergence d'une politique qualitative de la distribution d'eau potable, alliée à une politique de sécurisation des réseaux de distribution d'eau

(Ces deux derniers focus concernent naturellement l'ensemble des populations et pas exclusivement les populations visées par le PRAPS.)

La Santé mentale

★Mettre en place un conseil local en santé mentale, dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet santé mentale du CLS

★Mettre en place et organiser une réponse à l'urgence psychiatrique

★Mettre en place du parcours de soin en santé mentale en lien avec le secteur médico-social

★Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action

★Développer la coordination des acteurs santé pour l'accompagnement et la prise en charge des adolescents en difficulté et favoriser la création d'une antenne MDA (Maison des Adolescents)

★Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport des personnes souffrant de troubles mentaux

Le handicap

Mettre en place un parcours de santé coordonné pour les adultes vieillissants en situation de handicap

Définir une prise en charge concertée des jeunes avec troubles complexes du comportement

Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap

Améliorer le dépistage du handicap et l'accompagnement précoce

Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce des personnes souffrant de TED

Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport à destination des personnes en situation de handicap

La périnatalité

★ Rendre attractif le territoire pour l'installation de sages femmes, pédiatres, gynécologues obstétriciens et psychologues libéraux PRADO au CH de Pithiviers

★ Mettre en place des actions d'informations et de formations à l'intention des parents pour prévenir les pathologies bénignes des

★ Soutenir la fonction parentale et éducative par la mise en place d'actions d'informations sur la santé

★ Promouvoir la plateforme téléphonique régionale « IVG-Contraception »

Les Conduites addictives

★ Améliorer la prise en charge des conduites addictives dans les hôpitaux via les ELSA

★ Proposer une prise en charge de qualité aux personnes placées sous main de justice

★ Améliorer l'accès aux soins des CSAPA par un maillage territorial équitable de leurs antennes et consultations avancées alliant proximité géographique et efficacité des soins, polyvalence des prises en charge, pluridisciplinarité des équipes et régularité des soins

★ Développer la synergie des acteurs de l'addiction pour développer l'offre coopérative de services au regard des terrains de compétence

★ Développer l'organisation du parcours de santé des personnes en addiction (fonction « d'articulateur ») notamment avec les PASS

★ Développer une culture de réduction des risques sur chaque territoire de santé et par conséquent de projet

★ Généraliser la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève chez les professionnels de santé du premier recours

★ Éviter et réduire les troubles liés aux conduites addictives chez les jeunes, les femmes enceintes et dans les populations à risque

★ Former les acteurs de première ligne

**FORET D'ORLEANS LOIRE-BEAUCE
et SOLOGNE VAL SUD**

**L'accès aux soins
de 1^{er} recours**

- ★ Promouvoir les maisons de santé pluridisciplinaire et l'exercice regroupé des professionnels de santé (perspective globale entre 25 et une trentaine de MSP réparties sur l'ensemble des territoires de projet ; pour 3 pays : 8)
- ★ Promouvoir la télémédecine
- ★ Revisiter et consolider la PDSA
- ★ En lien avec la PASS du CHRO favoriser un dispositif pivot de l'accès aux soins des publics précaires et permettant une coordination avec les MSP
- ★ Favoriser l'accès aux soins via les consultations externes consultations avancées des centres hospitaliers de proximité
- ★ Quelle organisation en réseau retenue pour l'accès aux bilans de santé de la population du territoire ?
- ★ Le généraliste comme artisan central (« articulateur ») du croisement des parcours de santé (messagerie sécurisé etc.)

**La filière
gériatrique**

- ★ Améliorer le diagnostic précoce des facteurs de fragilité (avec les acteurs du domicile, repérage, troubles cognitifs, chutes, troubles nutrition, mauvaise observance médicamenteuse, etc.)
- ★ Limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les personnes âgées à domicile comme en EHPAD
- ★ Développer la coopération entre le CHRO et les EHPAD du territoire en réseau amont et aval
- ★ Intégrer, en perspective, les dispositifs filières, dans les projets territoriaux émergents sous l'égide de la MAIA (fonction « d'articulateur »)
- ★ Promouvoir la télémédecine

Le PRAPS

- ★ Développer les points d'accueil santé /social
- ★ Développer autour des PASS (CHRO, Gien, Pithiviers) une fonction spécifique d'élaboration et de suivi des parcours de santé des publics précaires
- ★ Faire intervenir l'équipe mobile de psychiatrie départementale (publics précaires et public personnes âgées)
- ★ Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action concernant la prise en charge psychiatrique
- ★ Mobiliser les structures de prévention pour la santé sur des actions visant à restaurer auprès des publics ciblés une « image positive de soi » (action psychosociale à bâtir en lien avec l'antenne 45 de la FRAPS),

★Promouvoir l'égalité homme-femme d'accès à la santé et articuler en termes de réponse aux besoins de la politique de ville et le plan de santé du CLS

★Faciliter la coopération et la mutualisation des divers réseaux de santé également pour les publics précaires

★Renforcer la formation sur le repérage de la crise suicidaire des professionnels santé et sociaux

★Poursuivre une participation active aux commissions de sécurité routière

★Renforcer le repérage des situations d'habitat indigne avec les acteurs qui interviennent à domicile

★Encourager la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'habitat et la réduction des risques sanitaires liés à l'habitat

★Favoriser la vigilance sanitaire des populations susceptibles d'être exposées à des risques liés à des sites et sols pollués

★Favoriser auprès des partenaires l'émergence d'une politique qualitative de la distribution d'eau potable, alliée à une politique de sécurisation des réseaux de distribution d'eau

(Ces deux derniers focus concernent naturellement l'ensemble des populations et pas exclusivement les populations visées par le PRAPS.)

La Santé mentale

★Mettre en place un conseil local en santé mentale, dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet santé mentale du CLS

★Mettre en place et organiser une réponse à l'urgence psychiatrique

★Mettre en place du parcours de soin en santé mentale en lien avec le secteur médico-social

★Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action

★Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport des personnes souffrant de troubles mentaux

La Périnatalité

★Cf. territoire de projet de l'agglomération Orléanaise

Le handicap

★Mettre en place un parcours de santé coordonné pour les jeunes en situation de handicap sur le champ de l'insertion professionnelle et sociale

★Mettre en place un parcours de santé coordonnée pour les jeunes adultes « Amendement Creton »

Les Conduites addictives

- ★ **Définir une prise en charge concertée des jeunes présentant des troubles complexes du comportement**
- ★ **Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap**
- ★ **Améliorer le dépistage du handicap et l'accompagnement précoce notamment pour les personnes souffrant de TED (objectif partagé avec le territoire de l'Agglomération Orléanaise)**
- ★ **Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport à destination des personnes en situation de handicap**
- ★ **Améliorer la prise en charge des conduites addictives dans les hôpitaux via les ELSA**
- ★ **Proposer une prise en charge de qualité aux personnes placées sous main de justice**
- ★ **Améliorer l'accès aux soins des CSAPA par un maillage territorial équitable de leurs antennes et consultations avancées alliant proximité géographique et efficacité des soins, polyvalence des prises en charge, pluridisciplinarité des équipes et régularité des soins**
- ★ **Développer la synergie des acteurs de l'addiction pour développer l'offre coopérative de services au regard des terrains de compétence**
- ★ **Développer l'organisation du parcours de santé des personnes en addiction (fonction « d'articulateur ») notamment avec les PASS**
- ★ **Développer une culture de réduction des risques sur chaque territoire de santé et par conséquence de projet**
- ★ **Généraliser la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève chez les professionnels de santé du premier recours**
- ★ **Eviter et réduire les troubles liés aux conduites addictives chez les jeunes, les femmes enceintes et dans les populations à risque**
- ★ **Former les acteurs de première ligne**

AGGLOMERATION ORLEANAISE

L'accès aux soins de 1^{er} recours

- ★ Promouvoir les maisons de santé pluridisciplinaire et l'exercice regroupé des professionnels de santé (perspective globale entre 25 et une trentaine de MSP réparties sur l'ensemble des territoires de projet ; Agglo Orl. : 5-7)
- ★ Promouvoir la télémedecine
- ★ Revisiter et consolider la PDSA
- ★ Faire de la PASS un dispositif pivot de l'accès aux soins des publics précaires et permettant une coordination avec les MSP
- ★ Favoriser l'accès aux soins via les consultations externes consultations avancées des centres hospitaliers de proximité
- ★ Quelle organisation en réseau retenue pour l'accès aux bilans de santé de la population du territoire ?
- ★ Le généraliste comme artisan central (« articulateur ») du croisement des parcours de santé (messagerie sécurisé etc.)

La filière gériatrique

- ★ Améliorer le diagnostic précoce des facteurs de fragilité (avec les acteurs du domicile, repérage, troubles cognitifs, chutes, troubles nutrition, mauvaise observance médicamenteuse, etc.)
- ★ Limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les personnes âgées à domicile comme en EHPAD
- ★ développer la coopération entre le CHRO et les EHPAD du territoire en réseau amont et aval
- ★ Intégrer, en perspective, les dispositifs filières, dans les projets territoriaux émergents sous l'égide de la MAIA (fonction « d'articulateur »)
- ★ Promouvoir la télémedecine

Le PRAPS

- ★ Développer les points d'accueil santé /social
- ★ Développer autour de la PASS une fonction spécifique d'élaboration et de suivi des parcours de santé des publics précaires (fonction « d'articulateur »)
- ★ Créer et faire intervenir l'équipe mobile de psychiatrie départementale (publics précaires et public personnes âgées) qui aura vocation à intervenir sur le territoire départemental

La Santé mentale

★Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action concernant la prise en charge psychiatrique

★Mobiliser les structures de prévention pour la santé sur des actions visant à restaurer auprès des publics ciblés une « image positive de soi » (action psychosociale à bâtir en lien avec l'antenne 45 de la FRAPS),

★Promouvoir l'égalité homme-femme d'accès à la santé et articuler en termes de réponse aux besoins de la politique de ville et le plan de santé du CLS

★Faciliter la coopération et la mutualisation des divers réseaux de santé également pour les publics précaires

★Renforcer la formation sur le repérage de la crise suicidaire des professionnels santé et sociaux

★Poursuivre une participation active aux commissions de sécurité routière

★Renforcer le repérage des situations d'habitat indigne avec les acteurs qui interviennent à domicile

★Encourager la mise en place d'actions pour l'amélioration de l'habitat et la réduction des risques sanitaires liés à l'habitat

★Favoriser la vigilance sanitaire des populations susceptibles d'être exposées à des risques liés à des sites et sols pollués

★Favoriser auprès des partenaires l'émergence d'une politique qualitative de la distribution d'eau potable, alliée à une politique de sécurisation des réseaux de distribution d'eau

(Ces deux derniers focus concernent naturellement l'ensemble des populations et pas exclusivement les populations visées par le PRAPS.)

★Mettre en place un conseil local en santé mentale, dispositif privilégié de la mise en œuvre du volet santé mentale du CLS

★Mettre en place et organiser une réponse à l'urgence psychiatrique

★Mettre en place du parcours de soin en santé mentale en lien avec le secteur médico-social

Le handicap

★Intégrer les GEM à la réflexion et à l'action

★Mise en place d'une équipe mobile psychiatrie/précarité basée sur Orléans mais à vocation départementale

★Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport des personnes souffrant de troubles mentaux

★Mettre en place un parcours de santé coordonné pour les personnes en situation de handicap présentant des troubles psychiques

★Mettre en place un parcours de santé coordonnée pour les jeunes adultes « Amendement Creton »

★Mettre en place un parcours de santé coordonnée pour les adultes handicapés vieillissants en lien avec la MAIA du territoire

★Définir une prise en charge concertée des jeunes avec troubles complexes du comportement

★Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap

★Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce : TED, et surdité

★Développer des actions en faveur de l'accès à la culture et au sport à destination des personnes en situation de handicap

La périnatalité

★Rendre attractif le territoire pour l'installation de sages femmes, pédiatres, gynécologues obstétriciens et psychologues libéraux

★Améliorer le taux de préparation à l'accouchement, communication ciblée

★Améliorer significativement le taux d'entretien prénatal précoce par le renforcement de la collaboration avec le réseau des sages-femmes libérales

★Mettre en place des actions d'informations et de formations à l'intention des parents pour prévenir les pathologies bénignes des enfants

★Soutenir la fonction parentale et éducative par la mise en place d'actions d'informations sur la santé

★Promouvoir la plateforme téléphonique régionale « IVG-Contraception » et inciter à une réponse favorable rapide et organisée dans les établissements publics et privés

Les Conduites addictives

★Améliorer la prise en charge des conduites addictives dans les hôpitaux via les ELSA

★Proposer une prise en charge de qualité aux personnes placées sous main de justice

★Améliorer l'accès aux soins des CSAPA par un maillage territorial équitable de leurs antennes et consultations avancées alliant proximité géographique et efficacité des soins, polyvalence des prises en charge, pluridisciplinarité des équipes et régularité des soins

★Développer la synergie des acteurs de l'addiction pour développer l'offre coopérative de services au regard des terrains de compétence

★Développer l'organisation du parcours de santé des personnes en addiction (fonction « d'articulateur ») notamment avec les PASS

★Développer une culture de réduction des risques sur chaque territoire de santé et par conséquence de projet

★Généraliser la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève chez les professionnels de santé du premier recours

★Eviter et réduire les troubles liés aux conduites addictives chez les jeunes, les femmes enceintes et dans les populations à risque

★Former les acteurs de première ligne