



— CPOM ARS Poitou-Charentes  
Annexe 6.2 : *Fiches indicateur  
régionales*  
— Février 2011

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année		Valeur initiale	2010-2012
Valeur cible pour 100 000 hab.	Homme	119,30	113
	Femme	29,60	28

## Diagnostic régional

- Les taux de décès prématurés (avant 65 ans) de 2003 à 2005 s'établissent pour les hommes à 270 et à 116 pour les femmes (INSEE).
- En Poitou-Charentes, la mortalité prématurée (ORS, mars 2009) représente 16% des décès. La mortalité prématurée évitable représente plus de 8% des décès.
- Certains pourraient être évités essentiellement par une action sur les comportements individuels (cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, des bronches et des poumons, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose du foie, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides).
- D'autres seraient évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'une action de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels (tuberculose, cancer du sein ou maladies hypertensives ou la mortalité maternelle).
- La mortalité évitable est représentée par l'ensemble des causes de mortalité qui pourraient être évitées sans connaissances, ni équipement supplémentaires mais qui sont liées à des comportements ou à de mauvais fonctionnements du système de santé.
- La mortalité prématurée évitable représente 55,50% de la mortalité prématurée chez les hommes et un peu moins chez les femmes (53,70%).
- Les causes de MPE sont :
  - chez les hommes, des facteurs de risques individuels pour 77% et une mauvaise prise en charge du système de santé (23%),
  - chez les femmes cette structure est plus équilibrée : 52% sur les facteurs individuels et 47% sur d'autres facteurs.

## Actions envisagées en régions

- Développer prioritairement chez les hommes la prévention des facteurs individuels de risques (prévention de 92% des cancers évitables chez les hommes).
- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages des cancers (augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés) et cibler les bassins de vie où le recours au dépistage est le plus faible.
- Favoriser en application du cadrage national et en exploitant les projets locaux, la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire et hospitalier pour les pathologies suivantes: maladies cardio-métaboliques dont diabète et hypertension artérielle avec 2 axes:
  - Schéma régional des formations des professionnels de santé en éducation thérapeutique du patient (ETP),
  - mise en place de programmes d'ETP de proximité sur toute la région sur les thématiques prioritaires.
- Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements pour toutes les addictions .
- Valoriser et renforcer le maillage associatif en alcoologie.
- Développer des actions de sensibilisation des professionnels pour favoriser le repérage, l'orientation précoce et la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) permettant ainsi de sensibiliser professionnels et environnement familial aux méfaits de l'alcool, de dépister, orienter et mieux accompagner les familles concernées et d'éviter précocement les complications liées à l'alcool tant sur le plan de la morbidité que la mortalité évitable.
- Les commissions de coordination des politiques publiques veilleront à traiter les sujets relatifs aux accidents de la vie courante, accidents de la voie publique et les chutes accidentelles.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année		Valeur initiale	2010-2012
Valeur cible pour 100 000 hab.	Homme	31,20	30,00
	Femme	8,70	8,20

## Diagnostic régional

- On choisit en référence les populations des moins de 25 ans et des plus de 25 ans. En France (INSERM, atlas de la mortalité) : 1,3% des décès soit 5, 6 pour 100 000 habitants.
- En Poitou-Charentes, entre 2005 et 2007 : le suicide représente 2,3% des décès (400 décès), soit 21 pour 100 000 habitants. Plus de ¾ des suicides sont masculins. Les taux de décès croissent avec l'âge jusqu'à 50 ans.

		35 à 64 ans	65 ans et +
Valeur pour 100 000 hab.	Homme	47,90	73,80
	Femme	15,10	10,00

- En 2007, le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide s'élevait à 18 pour 100 000 et dans 86% des cas le mode était l'intoxication (plus de la moitié des cas par psychotropes). La baisse observée des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (TS) entre 2004 et 2007 (13,4 pour 10 000 hommes et 22,5 pour 10 000 femmes) en Poitou-Charentes montre une évolution plutôt favorable.
- Mais les taux de suicides restent eux relativement stables.
- Les tentatives de suicide déclarées chez les moins de 25 ans en 2005 sont de 4% chez les garçons et de 14,70% chez les filles.
- Les conditions socio-économiques et psychosociales défavorables sont décrites comme des facteurs de risque d'une crise suicidaire.
- Les causes de décès par suicide sont toujours difficiles à saisir. Une partie des causes de mort indéterminée peut également influencer les estimations.
- L'approche des médecins certificateurs est aussi déterminante. Le rôle joué par la classe d'âge peut aussi conduire à une sous estimation. Les morts suspectes donnant lieu à l'ouverture de processus médico-légal ne sont pas comptabilisées par le système des certificats de décès.
- La prévention du suicide est un des axes du plan d'actions « Prévention-Promotion Santé Mentale » 2007 – 2011 en Poitou -Charentes. Il a intégré la formation de professionnels à la crise suicidaire, le développement de projets de prévention en milieu carcéral et en milieu de travail.
- L'évaluation des résultats qui a démarré en 2009 est encore en cours.

## Actions envisagées en régions

- Améliorer la qualité de données et du suivi des TS et de la mortalité par suicide.
- Renforcer les activités de sensibilisation et de formation à la souffrance psychique des enfants et adolescents vers les professionnels de l'enfance, les professionnels de santé dont les médecins généralistes.
- Former les professionnels en milieu de travail sur les risques psychosociaux.
- Poursuivre les expérimentations visant à développer la prévention du suicide en milieu carcéral.
- Pour les personnes âgées :
  - Favoriser la prévention des maladies chroniques par l'éducation thérapeutique (levier pour la lutte contre l'isolement dans le cadre d'un service de proximité),
  - Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées est un axe essentiel pour prévenir les suicides puisque les psychotropes sont les médicaments les plus souvent incriminés. Cette action permet en sus de diminuer la morbidité liée à certaines consommations thérapeutiques en partenariat avec les services de la pharmacovigilance du CHU de Poitiers. La poly-médication induite en partie par la présence de poly-pathologies accroît la complexité du traitement et son observance. De plus, les risques iatrogéniques et environ 10% des admissions hospitalières des sujets âgés sont pour tout ou partie liées à un accident médicamenteux.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	<b>3,20%</b>	<b>3,20%</b>	<b>3,14%</b>	<b>3,06%</b>	<b>3,00%</b>

## Diagnostic régional

- La prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section de maternelle en 2005 -2006 pour la France entière est de 3,10%.
- La prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section de maternelle en 2005-2006 pour le Poitou-Charentes est de 3,20%.
- **Prévalence obésité degré 2 : 1.42 %** régional en 2008 -2009 – bilan de grande section de maternelle
- La population est de 13 015 enfants concernés soit 73,60 % des scolarisées en grande section.
- Prévalence départementale :
  - 1,03 % en Charente
  - 0,75 % en Charente Maritime
  - 1,33 % en Deux Sèvres
  - 2,73 % dans la Vienne

## Actions envisagées en régions

- Mettre en place une technique de recueil systématisé des indicateurs nécessaires à l'évaluation des actions mises en place et des résultats attendus au niveau régional et réévaluation annuelle.
- Développer les objectifs du PNNS3 dans ce champ dans la région Poitou-Charentes dont la promotion de la santé auprès des jeunes filles adolescentes en âge de procréer et des familles.
- S'appuyer sur des expériences régionales dynamiques, en particulier celles de la Charente (comité de pilotage interinstitutionnel) et dans le cadre du volet scolaire du PNNS 1 et 2 sur chaque territoire de la région pour impulser une dynamique visant à diminuer l'obésité.
- Poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels de santé aux enjeux d'une prise en charge précoce de l'obésité (médecins généralistes – pédiatres – gynécologues obstétriciens – sages-femmes – endocrinologue – diététiciennes - nutritionnistes – diabétologues) des jeunes, des femmes, des familles, y compris des grands parents.
- Développer en amont une organisation de la prise en charge continue de l'obésité des femmes pendant leur grossesse et après l'accouchement en intégrant :
  - ↑ un dépistage au cours de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois et suivi en préparation à la naissance,
  - ↑ le meilleur accompagnement nutritionnel et l'orientation vers des ateliers d'éducation thérapeutique,
  - ↑ la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en veillant à avoir une consultation et une conseillère en lactation dans chaque territoire de recours,
  - ↑ le développement de programmes d'activités physiques pour les femmes enceintes.
- Sensibiliser à tous les niveaux de prise en charge collective du petit enfant (crèche - halte-garderie –assistante maternelle – centre de loisir petit enfant ...) en lien avec les conseils généraux (PMI), la direction de la jeunesse et des sports , les municipalités et prioriser les zones INSEE repérées de précarité les enfants de moins de 6 ans.
- Optimiser l'organisation du dépistage de tout enfant de moins de 6 ans pour amener les familles à consulter sur des lieux spécifiques préalablement identifiés de prise en charge médicale de l'obésité en accord avec les recommandations de l'HAS.
- Favoriser l'accès à ces prises en charge de l'obésité des enfants par les professionnels de santé sur tous les territoires de la région.

## Région

Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	12,70 %	12.40 %	12.20 %	11.80 %	11,50%

## Diagnostic régional

- La prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section de maternelle en 2005-2006 pour la France entière est de 3,10%.
- La prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section de maternelle en 2005-2006 pour le Poitou-Charentes est de 3,20%.
- La prévalence du surpoids chez les enfants en grande section maternelle en 2005-2006 pour la France entière est de 12,10 %.
- La prévalence du surpoids chez les enfants en grande section maternelle en 2005-2006 pour le Poitou-Charentes est de 12,70%.

## Actions envisagées en régions

- Rejoindre les taux nationaux les meilleurs : 1,8 en Bourgogne ; 1,9 en Pays de Loire,
- Développer les actions du programme national nutrition santé (PNNS) :
  - période gravidique et prévention périnatale en prévention des handicaps,
  - promotion de l'allaitement maternel
- Développer le « bien manger » à la cantine,
- Développer les formations à la cuisine pour les familles les plus défavorisées,
- Coordonner ces actions avec l'éducation nationale,
- Développer la prévention des risques de santé sur le plan nutritionnel aux différents âges de la vie : risques sanitaires pour enfance et adolescence – période reproductive et pathologies gravidiques – période adulte et maladies chroniques en lien avec tous les partenaires et institutionnels concernés,
- Développer une démarche promotionnelle auprès des différents acteurs et partenaires -Actions avec l'agriculture : commission de coordination..
- Promouvoir l'activité physique.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	40 %	40 %	43 %	46 %	50 %

## Diagnostic régional

- Objectif national : 50% de la population en âge d'être dépistée.
- En 2008 : 30 % en Charente et 37 % dans les Deux Sèvres pour la population des 50 – 74 ans.
- En 2009 : 40 % sur l'ensemble des départements avec 34 % en Charente et 47 % en deux Sèvres.
- L'incidence du cancer du colon et du rectum représentait en 2005, 1300 nouveaux cas dont environ 40% chez les femmes. A ce jour, le recensement n'est pas encore actualisé et la mise en place d'un registre de cancers permettra de suivre cette évolution d'ici 2012.
- Environ 600 décès par cancer du colon sont survenus en 2005 et pour 60% d'entre eux chez les hommes.
- Le dépistage réalisé peut permettre de diagnostiquer plus précocement des cancers moins graves qui seront alors de meilleur pronostic.

## Actions envisagées en régions

- Action et plan spécifiques selon les départements dans le cadre du PRGDR associant les caisses d'assurance maladie pour améliorer le recours au dépistage par le médecin généraliste de premier recours.
- Appui aux structures de dépistage (ré-appropriation des actions par la dynamique associative des structures de dépistage).
- Élargissement à d'autres professions de santé de la mission de promotion du dépistage, surtout dans les zones à faible densité médicale ou dé-médicalisées.
- Mieux impliquer les usagers dans la dynamique de dépistage par le biais de la Ligue Régionale contre le cancer, par un signalement systématique de l'invitation des assurés à leur médecin référent.
- Concentrer l'appui aux structures de gestion sur 1 ou 2 axes prioritaires:
  - partenariat de coopération avec les collectivités territoriales.
  - favoriser la dynamique par l'implication d'autres partenaires territoriaux: laboratoires – mutuelles – médecine du travail ....
- Associer le médecin traitant dans le cadre de la RCP en oncologie .
- Développer la formation médicale continue sur le rôle du médecin traitant dans le traitement et l'accompagnement du patient dans le cadre du réseau de cancérologie régional.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Amélioration des tests avec plus de spécificités pour augmenter le rendement des coloscopies.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	55,3%	55,30%	60%	65%	70%

## Diagnostic régional

- Valeur initiale en 2009 : taux de 55,30%.
- L'objectif national et la valeur cible à atteindre d'ici 2012 serait de 70%.
- Constats d'évolution:
  - En 2007 : 52,20%
  - En 2008 : 50,80%
  - En 2009 : 55,30% soit une augmentation significative entre 2008 et 2009.
- En 2005, les décès par cancer du sein en région sont au nombre de 347 cas avec une augmentation progressive après 40 ans.
- L'incidence ou le nombre de nouveaux cas estimés de cancer du sein annuel est d'environ 1 400 par an.
- La part des décès prématurés par cancer du sein (avant 65 ans) est autour de 4% des décès totaux.
- On ne parlera pas de décès évitable mais d'évitabilité de l'aggravation et d'amélioration des prises en charge grâce à des diagnostics plus précoces.

## Actions envisagées en régions

- Développer une meilleure prise en compte des inégalités par des actions ciblées auprès de populations à risque et vulnérables.
- Mobiliser les délégués d'assurances maladie et les commissions paritaires des caisses sur les actions du programme gestion du risque (PGRD) puis continuer à valoriser les contrats d'amélioration des pratiques individuelles et développer un CAP (contrat spécifique avec les unions régionales des professionnels de santé - URPS).
- Evaluer la qualité du lien entre le dépistage organisé et la prise en charge des personnes atteintes de cancer (délai de prise en charge).
- Développer le rôle de prescription du médecin de premier recours en ambulatoire : étudier avec les caisses d'assurances et la structure départementale de gestion comment le médecin peut être informé de l'envoi de l'invitation afin que le médecin puisse alors effectuer une offre rebond et en assurer le suivi.
- Associer le médecin traitant dans le cadre de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en oncologie.
- Développer la formation médicale continue sur le rôle du médecin traitant dans le traitement et l'accompagnement du patient dans le cadre du réseau de cancérologie régional.
- Aider les structures départementales de gestion de dépistage des cancers (une structure par département) à se professionnaliser en développant une analyse de santé publique régionale concernant la prévention des risques et en identifiant plus précisément les populations non bénéficiaires à ce jour.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	90 %	90%	92%	94%	95%

## Diagnostic régional

- Indicateur suivi annuellement par la DREES et par l'INVS.
- -En France, en légère augmentation mais encore en dessous de la cible qui est de 95% (cf. Les épidémies de rougeole sévissant chez les adultes).
- La couverture vaccinale une dose à 24 mois a progressé de la façon suivante :  
2004 : 87,50%  
2005 : 87,20%  
2006 : 89,40%  
2007 : 90,10%
- La couverture chez l'enfant plus grand est estimée par les enquêtes triennales (6 ans, 11 ans et 15 ans). La couverture vaccinale pour une vaccination à une dose a connu une bonne progression et se situe autour de 95 % de la population cible.
- -En Poitou-Charentes :  
Couverture vaccinale une dose à deux ans : 87% comme la situation nationale avec des disparités départementales :  
Deux bonnes positions : 90,8% et 90% respectivement en Charente et en Vienne,  
En Deux Sèvres : 85,40% et seulement 82,90% en Charente-Maritime.
- Deux épidémies de rougeole ont touché la région Poitou-Charentes depuis la fin de l'année 2008 (Deux-sèvres et Charente Maritime). Depuis cette période 110 cas ont été déclarés dans les départements concernés et 12 ont dû être hospitalisés. La moitié d'entre eux a moins de 13 ans. Parmi les cas âgés de plus de 1 an, 80% n'étaient pas vaccinés.

## Actions envisagées en régions

- Nécessité de vacciner pour protéger les enfants et leurs proches contacts.
- Améliorer l'implication des médecins traitants et des pédiatres au remplissage du carnet de santé de l'enfant .
- Cibler des actions sur la Charente Maritime après analyse des résultats (éducation nationale et médecin scolaire, assurance maladie).
- Responsabiliser le réseau des professionnels de santé vis-à-vis de la vaccination.
- Développer une communication forte d'une expertise reconnue dans ce domaine auprès de la population.
- Rattraper tout retard d'analyse des résultats pour mieux cibler les politiques de prévention et d'intervention..
- Améliorer le recueil des données : lancer de nouvelles enquêtes en lien avec les enquêtes de l'INVS.
- Développement du partenariat sur tous les territoires de la région pour améliorer la couverture vaccinale au niveau de toute la région et pas seulement les départements ayant la moins bonne couverture vaccinale :
  - Avec le Conseil général (notamment les services de PMI, et les centres de vaccination pour ceux qui ont gardé cette compétence) : non seulement pour l'information des familles mais aussi pour favoriser des actions de proximité (vérification des carnets, séances de vaccination, ...) en profitant de son maillage territorial,
  - Avec l'assurance maladie (rôle des DAM dans la sensibilisation des professionnels de santé libéraux à la vaccination, promotion ciblée, ...) en favorisant une contractualisation avec les caisses,
  - Avec l'éducation nationale : actions d'information / sensibilisation au-delà des classes de maternelle.
- Mettre en place des actions de sensibilisation, information, communication ciblées selon les problématiques locales (cf diagnostic régional) auprès des praticiens libéraux, salariés et hospitaliers en prenant en compte l'implication d'autres professionnels de santé libéraux (pharmaciens, infirmiers, sages-femmes cf. plus

2.+

**Objectif spécifique régional :**

Développement de l'éducation thérapeutique pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Fiche régionale

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Indicateurs	Nbre de patients PEC pour :	2013
Files actives ETP tous âges confondus	Diabète	2 000
	Insuffisance cardiaque et hypertension artérielle	2 000
	Asthme et insuffisance respiratoire	1 000
	Santé mentale	300

**Diagnostic régional**

- En Poitou-Charentes, jusqu'à ce jour, ont été mis en œuvre les moyens suivants pour répondre à cet objectif régional :
  - Dès le schéma régional d'éducation pour la santé de 2003, la région Poitou-Charentes a été l'une des premières à définir un programme d'éducation thérapeutique en ambulatoire et le programme ASALEE comporte un volet conséquent sur ce thème.
  - Mise en place d'un comité scientifique régional associant les professionnels de santé concernés par cette approche culturelle différente et disposer d'une définition commune de la maladie chronique selon les caractéristiques arrêtées par le haut conseil de la santé publique.
  - Groupes de travail régionaux interprofessionnels pour sensibiliser l'ensemble des acteurs.
  - Réalisation d'assises régionales en Poitou-Charentes en octobre 2009.
  - Publication d'un rapport relatif à l'enquête régionale réalisée sur tous les établissements de la région.
  - Rapport régional pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation relatif aux établissements financés en éducation thérapeutique du patient en 2008 -2009.

**Actions envisagées en régions****1. Organiser un schéma régional de formation des professionnels de santé sur toute la région.**

L'objectif général est de développer une offre de formation pyramidale (ambassadeurs, formateurs, formés...) en éducation thérapeutique du patient destinée en priorité aux professionnels de la région impliqués dans la démarche d'éducation thérapeutique :

- Pour amener le plus grand nombre de professionnels à être formés à l'éducation thérapeutique d'ici 2012.
- Pour adapter la formation initiale des professionnels de santé.
- Pour inscrire l'éducation thérapeutique dans les thèmes prioritaires de formation continue des différents professionnels de santé.

**2. Développer un accès territorial de prise en charge des maladies chroniques**

- Organiser une offre de proximité en programme d'éducation thérapeutique pour des prises en charge adaptées répondant à un cahier des charges commun avec des organisations de professionnels libéraux coordonnées (maison de santé pluri professionnelles, projets territoriaux de santé, centre d'examen de santé, centres hospitaliers des territoires : MCO – hôpital local).

- Définir une offre en matière de programmes d'accompagnements pour assurer la continuité et le suivi formalisé et évalué des patients atteints de maladies chroniques : réseaux, associations

Articuler son travail avec les collectivités territoriales et les municipalités, avec les lieux de médecine préventives (universitaire – éducation nationale – médecine du travail ...).

- Spécifier et expérimenter une offre d'éducation thérapeutique pour les patients ne relevant pas de l'ALD.

- Permettre un accès à des lieux ressources territoriaux articulé avec le niveau régional

- Communiquer sur l'existence de l'offre sanitaire et les articulations médico-sociales : maisons départementales du handicap.

**3. Favoriser une réduction des inégalités entre les territoires de santé**

- Cibler les populations vulnérables atteintes de maladies chroniques pour une communication privilégiée grâce à des indicateurs spécifiques et définis (groupe de travail)

- Définir les lieux, les situations ou les zones identifiées pour informer les patients par des professionnels sensibilisés ou formés

- Définir une stratégie régionale d'approche qui permettrait le contrôle de la répartition régionale de l'offre .

- Développer un retour d'information et de communication sur les territoires par la mise en place de référents territoriaux sur les problèmes rencontrés et définir une méthodologie de réponse.

- Cette action sera portée dans le cadre de la négociation des contrats avec les caisses d'assurances maladie.

## 3.1

% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année

Fiche régionale

Région

- Poitou-Charentes

Propositions régionales

Année	2010	2011
Valeur cible	60,00%	85,00%

## Diagnostic régional

CANICULE

- Une procédure canicule a été unifiée pour l'ensemble de la région Poitou-Charentes. Elle a été testée en liaison avec les 4 préfetures au cours de l'exercice ministériel du 16 juin 2010. Cette procédure n'a toutefois pas été intégrée formellement aux différents plans canicule départementaux.

PANDEMIE GRIPPALE

- Les services ont fait preuve d'un investissement exceptionnel dans la campagne de vaccination contre le virus pandémique, achevée en février 2010.
- Les travaux menés ont donné lieu à des retours d'expérience particulièrement riches en enseignements, mais aucun plan régional n'a été conçu. Une procédure régionale de distribution de masques aux professionnels de santé libéraux par les officines de pharmacie avait été mise en place.

PLAN PIRATE - NRBC

- Les SAMU, chargés de la prise en charge des victimes quelle que soit la situation, disposent d'ores et déjà d'équipements de protection qui leur permettent d'intervenir en milieu contaminé. La gestion de ces équipements est assurée par l'ARS zonale. Des formations de formateurs ont été dispensées par le CHU de référence zonale. Des inspections ont été conduites dans l'ensemble des SAMU de la région, ce qui permet d'évaluer l'opérationnalité du dispositif mis en place.
- Le plan national Pirate NRBC vient d'être achevé et doit être diffusé en novembre aux ARS.

REGLEMENT INTERIEUR INTERNATIONAL

- Le RSI (Règlement Sanitaire International) 2005 prévoit que les ports et aéroports ouverts au trafic international doivent répondre au 30 juin 2012 aux exigences fixées par l'annexe B du RSI.

## Actions envisagées en régions

- CANICULE : l'intégration de cette procédure unifiée pour la région dans les plans départementaux des préfetures sera faite en 2011.
- PANDEMIE GRIPPALE : la réalisation complète du plan pourrait être programmée pour 2011, en bénéficiant de l'expérience acquise en la matière.
- PLAN PIRATE - NRBC : à partir de six situations de référence, des mesures ont été définies, telles que la mise en alerte d'équipes spécialisées, la diffusion de l'alerte et de consignes aux populations menacées.
- Le travail sur ce thème sera conduit en liaison avec l'ARS zonale, qui a d'ores et déjà programmé une réunion à Bordeaux de l'ensemble des SAMU de la Zone le 15 décembre 2010, avec la participation des ARS régionales. Le DUS et l'EPRUS figurent parmi les intervenants.
- Sauf diffusion retardée des instructions nationales, un premier point de situation sera disponible fin décembre 2010, avec implication des SAMU, avec un programme de travail pour 2011.
- RSI : il convient pour la région PC d'harmoniser les capacités d'intervention aux trafics constatés et de développer la coordination avec les services médicaux susceptibles d'intervenir.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Faciliter la construction du réseau de veille et d'alerte par une action interministérielle forte.
- Mieux définir le signal (circulaire permettant de mieux identifier tous les aspects d'un évènement critique).
- Mieux décrire les circuits de transmission des signaux au niveau national.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Taux de réalisation des prescriptions nationales	30%	30%	50%	80%	100%

**Diagnostic régional**

- Les protocoles provisoires sont opérationnels et en cours d'évaluation. Les protocoles définitifs sont sur le point d'être signés. Ces protocoles déclinent les principes de continuité, de permanence, d'équité et de professionnalisation de la veille et de l'alerte.
- Ils décrivent les procédures graduées de gestion des signaux et l'organisation du traitement de tous les aspects de la crise sanitaire.
- Les effectifs nécessaires à la gestion de la plateforme régionale sont affectés. La vie de service est active. Les relations entre le service de la veille et de l'alerte et la CIRE ont fait l'objet d'un protocole.
- Depuis le 30 juin 2010, la plateforme dispose d'un numéro unique, d'opératrice de réception et régulation. L'astreinte régionale doit fonctionner à partir de ce numéro unique régional.
- La plateforme est composée de personnels répartis sur les sites de NIORT et de POITIERS. Elle fait appel à l'expertise des métiers différents répartis sur les 4 sites de l'agence selon un mode d'astreinte ouverte hebdomadaire.
- Les outils, mains courantes et VOOZALERT version 2, sont choisis et utilisés pour la formation des personnels. Ils sont opérationnels depuis fin juillet 2010.
- L'astreinte régionale est définie. Tous les cadres de l'ARS ont et auront une formation à la gestion des astreintes. L'astreinte est hebdomadaire. Elle comprend : une astreinte de direction, une astreinte de régulation, une astreinte technique et opérationnelle. Le turn over s'établit à 3 à 4 semaines d'astreintes par cadre et par an.
- Le dispositif permet de recevoir les signaux 24 heures sur 24.
- Les outils d'astreintes sont en place : valise d'astreinte. Ils doivent être modernisés par la mise en place d'un portail informatique présentant tous les outils et utilitaires de la veille et de l'alerte.
- Le retour vers le national ou la zone ne fait l'objet d'aucune procédure d'interprétation. Il est systématique. Concernant la zone, il est fait au regard des obligations mentionnées dans les annexes au protocole ARS de zone- ARS.
- Un plan de communication vis-à-vis du réseau de la veille et de l'alerte est réalisé. Il est entré en vigueur avec la mise en place du numéro unique. Le réseau est composé de l'ensemble des services et institutions mentionnés dans l'article L 1413-15.
- Une communication vers le public est d'ores et déjà en préparation.

**Actions envisagées en régions**

- Enoncés clairs des principes régissant l'organisation de la veille, de l'alerte, de la gestion des signaux et des crises puis partagés par l'autorité préfectorale.
- Existence d'un diagnostic des risques régionaux déclinés sur plusieurs critères : population, gravité, fréquence en relation avec la CIRE.
- Existence d'une nomenclature des signaux et des situations.
- Bilan annuel quantitatif des signaux, événements et situations de niveau 1, 2 et 3.
- Pratique régulière en formation continue des techniques de l'analyse préliminaire et rapide des risques et de la criticité : nombre d'heures de formation et nombre de personnes formées.
- Existence d'un Recueil validé des procédures régionales et zonales d'intervention.
- Existence d'un portail de veille et d'alerte accessible sur le net, sécurisé et présentant tous les outils et annuaires de la veille et l'alerte.
- % des retours d'expérience et de l'évaluation des pratiques professionnelles : après événement de niveau 2 et 3, après exercice.
- Bilan diagnostique régional des plans de sécurité et de défense.
- Nombre de révisions validées des plans de sécurité et de défense.
- Le champ de la sécurité sanitaire sera constitué par l'analyse sur les territoires régionaux de l'état et de l'évolution des risques relatifs aux événements et aux situations susceptibles de constituer des crises sanitaires mais aussi aux risques liés aux soins et aux services, aux médicaments et autres produits de santé et aux milieux et à l'environnement.
- L'ensemble de ces risques fera l'objet d'une évaluation régionale selon la même grille de critères (population, impact, gravité, fréquence, criticité etc..) permettant de définir une hiérarchie des risques régionaux et de proposer un schéma régional des risques de santé publique.
- La situation des risques en région et le schéma régional des risques seront soumis chaque année au comité régional de sécurité sanitaire rassemblant les préfets de la région".

**Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux**

- Faciliter la construction du réseau de veille et d'alerte par une action interministérielle forte.
- Mieux définir le signal (circulaire permettant de mieux identifier tous les aspects d'un événement critique).
- Mieux décrire les circuits de transmission des signaux au niveau national.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

## Diagnostic régional

- En Poitou-Charentes, malgré la vulnérabilité marquée des ressources en eau utilisées pour la production d'eau potable (sur les 162 millions de m<sup>3</sup> produits, 15 % proviennent d'eau superficielle et 63% d'eau souterraine en nappe libre), la qualité de l'eau distribuée est globalement bonne.
- Le niveau de l'indicateur proposé au CPOM donne 100% de qualité. Il n'y a donc aucune amélioration possible. Il n'apparaît pas pertinent au regard de la répartition des unités de distribution et des populations qui sont desservies. En effet, sur les 21 UDI de Poitou-Charentes (sur 287 au niveau national) visées dans l'annexe 2 de la circulaire du 23 décembre 2009, aucune n'est concernée par la définition d'UDI prioritaire relevant d'une dérogation, d'une restriction d'utilisation ou d'une mise en demeure pour l'année 2009.

## Actions envisagées en régions

- ♦ Les plans d'actions déjà mis en place seront poursuivis compte tenu que les unités de distribution d'eau alimentant en eau potable de plus de 5 000 habitants présentent 100% de qualité.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Au niveau national :

- Valorisation en interministériel des outils innovants expérimentés avec succès dans les régions, tout en favorisant leur pérennité, pour la reconquête de la qualité de la ressource.
- Simplification des procédures et besoin de positionnement du ministère de la santé sur les problématiques spécifiques à l'eau potable.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionalesIndicateur proposé :  
Accroître le taux de  
protection de captage

2010

2011

2012

2013

70%

80%

90%

100%

**Diagnostic régional**

- En 2008 :
  - près de 98 % de la population régionale a été alimentée par de l'eau conforme vis-à-vis des paramètres microbiologiques,
  - seulement 0,50 % de la population régionale a reçu une eau contenant en moyenne 50 mg/l de nitrates,
  - 9,10 % de la population a reçu une eau dépassant la valeur réglementaire de 0,10 µg/l de pesticides, mais restant en dessous de 20% de la valeur sanitaire maximale retenue par des organismes officiels nationaux ou internationaux (AFSSA, OMS, ...).
- Depuis 2002, tous les 2 ans, des synthèses départementales et régionales sont élaborées et diffusées vers les acteurs de l'eau. Ces synthèses sont également mises en ligne sur le site internet de l'ARS.
- Concernant la protection des captages vis-à-vis des pollutions ponctuelles et accidentelles, actuellement 70 % des captages (représentant 76 % des débits produits) sont protégés par un arrêté de déclaration d'utilité publique. Ainsi, la population régionale alimentée par une ressource protégée est estimée à 1 278 724 d'habitants (sur 1 724 123 habitants).
- Pour améliorer la situation régionale il apparaît pertinent d'accompagner les responsables de production et de distribution d'eau dans l'amélioration de la surveillance de leurs installations basée sur une analyse de dangers et de développer les actions de sensibilisation sur la qualité de l'eau d'adduction publique.

**Actions envisagées en régions**

- Accroître le taux de protection des périmètres de captage. Il est actuellement de 70% et de 76% pour les débits. L'objectif est de parvenir à 100% de protection dans les cinq années à venir.
- Développer les programmes d'inspection des périmètres et des installations avec des outils de surveillance adaptés, modernisés et validés, qui permettront d'opérer une surveillance permanente et une alerte précoce.
- Améliorer la surveillance des installations mise en place par les personnes responsables de la production/distribution d'eau en systématisant la réalisation d'une analyse de dangers adaptée à chaque situation dans l'objectif d'améliorer la sécurité sanitaire globale de la distribution de l'eau en Poitou-Charentes.
- Poursuivre et développer les actions de sensibilisation sur la qualité de l'eau potable à partir des résultats du contrôle sanitaire et des études en cours (médicament, cyanobactéries, ..) et informer la population sur la gestion des non-conformités.
- Communiquer sur les risques liés à l'utilisation des eaux de pluie et de puits privés.
- Intégrer le système de surveillance spécifique des eaux dans une approche globale de la surveillance épidémiologique des populations et lui appliquer les mêmes règles d'organisation.

**Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux**

- Au niveau national :
- Valorisation en interministériel des outils innovants expérimentés avec succès dans les régions, tout en favorisant leur pérennité, pour la reconquête de la qualité de la ressource.
  - Simplification des procédures et besoin de positionnement du ministère de la santé sur les problématiques spécifiques à l'eau potable.

## 4.1

Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale

## Fiche régionale

## Région

▪ Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	7,90%	7,90%	7,00%	6,00%	5,00%

## Diagnostic régional

- Le Poitou-Charentes compte 5 109 médecins en activité pour une population générale estimée à 1 734 000 habitants. Les médecins généralistes représentent 54,50% de cet effectif contre 48,80% en France.
- La densité des médecins généralistes de moins de 55 ans y est de 72% pour 100 000 habitants contre 71% en France.
- L'effectif total est de 2 785 médecins généralistes dont 870 sont âgés de plus de 55 ans et 274 sont âgés de plus de 60 ans.
- 1 921 médecins généralistes exercent en cabinets libéraux et 505 exercent en hôpital (la quasi-totalité en hôpital public). La population vit dans 89 bassins de vie (INSEE).
- La moyenne nationale de la densité de médecins généralistes est de 92,30 pour 100 000 habitants. Le seuil de densité de moins 30% par rapport à la moyenne nationale est de 64,60 médecins pour 100 000 habitants.
- Au regard de ces seuils 8 bassins de vie présentent des densités déficitaires en médecins généralistes. Il s'agit des bassins de vie de :
  - Pont l'Abbé d'Arnoult : 37,72 MG/100 000 habitants (Charente Maritime).
  - Argenton Château : 53,86 MG/100 000 habitants (Deux Sèvres).
  - Les Aubiers : 62,46 MG/100 000 habitants (Deux Sèvres).
  - Celles-sur-Belle : 39,40 MG/100 000 habitants (Deux Sèvres).
  - Saint Maixent-l'école : 59,04 MG/100 000 habitants (Deux Sèvres).
  - Secondigny : 55,38 MG /100 000 habitants (Deux Sèvres).
  - Dangé-Saint-Romain : 58,38 MG/100 000 habitants (Vienne).
- Les bassins de vie qui apparaissent prioritaires sont ceux de Pont l'abbé d'Arnoult, Celles sur Belle. Ils totalisent à eux trois 26 578 habitants pour une densité moyenne en MG pour 100 000 habitants de 37,81. Le rattrapage par rapport à la densité moyenne nationale correspond à un effectif supplémentaire de 14 médecins.
- D'autres éléments de contexte sont à prendre en compte :
  - La part des médecins de plus de 50 ans en 2006, était de 51,30%.
  - 71,20% de diplômés de la région entrent dans la vie active au sein de la région.
  - Dans les 20 années à venir il est prévu une évolution de plus 26% du nombre des médecins, et de plus 15,70 de la densité médicale pour 100 000 habitants.
  - La part de la médecine générale aux épreuves classantes nationales (ECN) va passer de 21,60% à 46,60%. La part des spécialités médicales va, elle fortement diminuer (de 27,80% à 20,50%).

## Actions envisagées en régions

- Améliorer la capacité d'observation et d'analyse par une valorisation de la vie institutionnelle et des travaux de l'Observatoire Régional de la Démographie Médicale.
- Accroissement des effectifs en formation de médecins généralistes se destinant à l'exercice de la médecine générale (problèmes des DESC et notamment en urgence) jusqu'en 2013 (passage de 410 à 425).
- Accroissement du nombre des maîtres de stage en médecine générale (116 actuellement) (6,80% en Poitou-Charentes contre 5,90% en France) par des actions concertées entre les instances professionnelles, l'université et ciblées sur les bassins déficitaires.
- Amélioration des conditions de la pratique dans les bassins concernés par une faible densité constatée ou prévue par une concentration des propositions de projets de maison médicale pluri disciplinaire (MMPD) ou de projet de santé de type pôle.
- Mettre en place des actions régionales visant à la cohérence et la coordination des actions avec les acteurs locaux.
- Mettre en place une politique de gestion en ressources humaines médicales dans les zones déficitaires et celles qui vont le devenir .

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- L'indicateur mériterait d'être affiné afin que la réalité des flux avec la proximité de zones bien dotées soit prise en compte.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	20	20	18	16	14

## Diagnostic régional

- Le contexte régional se distingue peu du contexte national avec la coexistence d'une insalubrité rurale et d'une insalubrité urbaine.
- En 2005, le parc privé du Poitou-Charentes, qui comporte environ 700 000 résidences principales, compte 68 740 logements estimés comme "potentiellement" indignes à partir du classement cadastral des logements et du niveau de revenu des occupants. Le logement "potentiellement" indigne est plus marqué en zone rurale qu'en zone urbaine. En zone rurale, il s'agit fréquemment de propriétaires occupants pour lesquels la procédure d'insalubrité n'est pas adaptée.
- De plus, certains logements dégradés repérés, sans pour autant être insalubres, relèvent de la compétence du maire (police générale du maire - règlement sanitaire départemental) ou du droit privé : décret n°2002-120 du 31 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent (juge d'instance).
- En matière d'organisation, des structures de partenariat existent dans les quatre départements. En Charente et en Deux Sèvres les opérateurs interviennent au nom d'un pôle habitat et santé.
- De plus, Poitou-Charentes s'est investie, dès 2009, comme région pilote pour le déploiement de l'outil partagé de gestion des procédures insalubrité et plomb : @riane-habitat, développé par le Ministère de la Santé.
  - Concernant le plomb : Le bilan des dépistages fait apparaître 28 cas de saturnisme infantile dans le Poitou-Charentes entre 2003 et 2007 dont 23 dans la Vienne.
  - Concernant l'indicateur, les observations suivantes sont formulées :
    - la politique de lutte contre l'habitat indigne apparaît plus portée par le ministère chargé du logement, de ce fait les objectifs fixés dépendent en grande partie des partenaires,
    - des précisions sont nécessaires pour calculer l'indicateur pour éviter une hétérogénéité entre ARS. S'agit-il du nombre de nouveaux dossiers ouverts dans l'année ou de dossiers en cours ?
    - l'indicateur incite à avoir un maximum de dossiers d'insalubrité ouverts et non à résorber l'insalubrité,
    - les indicateurs CPOM pourraient être extraits de l'enquête nationale Habitat Indigne-plomb fournis tous les ans par les services de l'ARS.
- En 2008, 473 logements ont fait l'objet d'une évaluation relative à l'hygiène de l'habitat.

## Actions envisagées en régions

- Formalisation d'une procédure type partagée entre ARS, SCHS (services communaux d'hygiène et de santé) et DDT en matière de lutte contre l'habitat insalubre : du repérage à la résolution des situations.
- Lutte contre l'humidité des logements et son impact sur la santé en développant une information en direction des particuliers.
- Etude de l'opportunité/faisabilité de développer la profession de conseillers médicaux en environnement intérieur sur le Poitou-Charentes.
- Développement des actions de repérage actif de l'habitat indigne (sur la base de ce qui a été expérimenté en Charente et en Deux-Sèvres).
- Déploiement de la base @riane-BPH.
- Sensibilisation des professionnels de santé à l'utilité d'une recherche de plombémie chez les enfants et évaluation de l'impact de cette sensibilisation.
- Demande à la CIRE d'une étude de faisabilité d'un repérage épidémiologique des personnes victimes de l'insalubrité.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Instructions nationales souhaitées pour mieux cerner la globalité de la problématique de l'habitat insalubre (caractérisation du risque relatif d'habitat insalubre par rapport aux logements potentiellement indignes (facteurs déterminants) et caractérisation des populations concernées).
- Créer l'outil administratif et juridique pour fédérer en 1 point focal les financements éclatés, en utilisant au mieux les ressources de la DREAL, ARS, CAF, MSA : type GIP, pact, autre.
- Accélérer les processus d'accréditation des opérateurs (évaluation, chiffrage des travaux, assistance à maîtrise d'ouvrage, etc...).
- Simplifier encore les procédures du CSP (procéder par étape, permettre la suspension ou le séquestre des loyers sur injonction de travaux avant de passer à l'coderst pour des travaux d'office ; doctrine claire sur les prescriptions, le périmètre des travaux etc.....).
- Accélérer le développement-utilisation d'un identifiant unique des logements (numéro fiscal) pour permettre le suivi longitudinal des dossiers entre administrations (CAF-ARS-DDT-DDCS...) et entre différentes bases informatiques.

4.3

Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)- Valeur cumulée

Fiche régionale

Région

- Poitou-Charentes

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	/	0	6	13	17

### Diagnostic régional

- Si une démarche de contractualisation a été engagée à travers des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) ( 1 en Charente , 3 en Charente-Maritime , 1 en Deux-Sèvres et 2 en Vienne), en revanche aucun contrat local de santé (CLS) n 'a été signé.
- Seuls des ateliers santé ville (ASV) ont été intégrés à certains CUCS. Cette situation permet néanmoins d 'envisager, avec une certaine probabilité de succès, le prolongement de ces ASV en contrats locaux de santé.
- Par ailleurs, la mobilisation d 'acteurs locaux motivés en milieu rural ouvre également des perspectives de contrats locaux de santé sur ce champ.
- Le développement de réseaux de santé, de projets de regroupements de professionnels de santé ou d 'expérimentations de délégations de tâches constituent autant de facteurs favorables à l 'évolution de la pratique des professionnels de santé vers une perspective de santé communautaire.

### Actions envisagées en régions

- La réalisation de diagnostics « santé-social » par l' ORS notamment en Charente peut être étendue à d 'autres zones territoriales.
- Information-sensibilisation des élus locaux (avec le comité départemental d 'éducation pour la santé - CODES) et développement d 'actions d 'animation avec les collectivités locales.
- Le travail des Conférences de Territoire conduira à des propositions de contrats locaux de santé:
  - Pour le département de la Charente, 2 contrats peuvent être envisagés pour 2010, 2 en 2011, et 1 en 2012 ou 2013.
  - S'agissant de la Charente-Maritime, en cohérence avec le nombre de CUCS signés dans le cadre de la politique de la ville, soit 3 à ce jour, prenant en compte également l'intérêt ressenti sur un territoire rural de dimension importante, on peut estimer à 4 le nombre des contrats locaux de santé sur la période 2010/2013, à raison d'un contrat par an.
  - En Deux-Sèvres, le CUCS signé et la situation sensible de 3 territoires ruraux donnent une perspective de 4 contrats locaux de santé, à raison d'un contrat par an entre 2010 et 2013.
  - Enfin dans la Vienne, les deux CUCS dans lesquels des ASV existent déjà constituent un terrain favorable à un développement vers 2 contrats locaux de santé sur la période 2010-2013. En milieu rural, la sensibilisation des acteurs du nord du département peut également déboucher sur la signature d 'un contrat local de santé. L'ensemble doit également être étalé sur la période 2010-2013.
- Si plusieurs services et directions de l 'Agence sont mobilisés dans le cadre du Projet Régional de Santé, un travail de cadrage régional sera nécessaire pour disposer localement d'outils méthodologiques bien définis sur des territoires aux contours bien établis.

### Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Penser au financement du temps d 'animation/coordination indispensables à la dynamique des acteurs impliqués dans les contrats.
- La production d 'un cahier des charges des CLS sur le modèle de celui des ASV.

Région

Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible	8,90%	10,40%	7,90%	9,70%	6,80%	9,10%	6,20%	7,80%	5,70%	6,50%

## Diagnostic régional

Secteur PH :

- Une situation relativement homogène en 2009 mis à part la Charente qui accuse un retard important d'équipement pour l'accompagnement des adultes handicapés.
- Le département de la Vienne apparaît en situation favorable plus particulièrement sur le secteur de l'enfance mais cet avantage doit être relativisé dans la mesure où c'est dans ce département que sont concentrées les structures à vocation régionale, voire nationale (IEM, IRJS, Centres ressources autisme/ Sourds-aveugles...)

Secteur PA :

- Là encore le département de Charente est le moins équipé de la région, essentiellement en places de SSIAD.
- La part des actes en AIS (actes de soins infirmiers) pratiquée par les IDEL est un des plus faibles de France. Cette situation est vraisemblablement liée au déficit régional du nombre d'IDEL, dès lors centrées sur leur cœur de métier (actes en AMI), et qui n'entrent donc pas en concurrence avec les SSIAD pour la réalisation des actes de nursing.

Seul le département de Charente-Maritime compense un relatif déficit de places en EHPAD par un volume d'AIS qui se rapproche des moyennes nationales.

## Actions envisagées en régions

- Sur le secteur du handicap : rééquilibrer l'offre en faveur de la Charente dans le cadre de la nouvelle procédure d'appel à projets.
- Sur le secteur Personnes âgées : poursuivre la dynamique de réduction des écarts d'équipement entre départements enclenchée dans le PRIAC en continuant à favoriser la création de places nouvelles de SSIAD en Charente, en articulation avec l'offre de soins libérale, et en recentrant l'utilisation d'une partie des enveloppes anticipées 2011, 2012 et 2013 pour la création de places d'EHPAD dans les 2 départements les plus déficitaires (Charente-Maritime et Charente) grâce notamment à la reprise intégrale du stock des projets en attente de financement.
- Mener une analyse précise des actes de nursing et techniques des IDE libérales, en partenariat avec l'ordre infirmier départemental afin de mesurer la part des besoins non couverts.

Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	26,53 %	26 %	23 %	22 %	20 %

## Diagnostic régional

- 26 % des établissements sont certifiés avec réserves.
  - Les motifs des certifications avec réserves sont essentiellement :
    - ◊ La dispensation des médicaments et le respect des droits usagers. Ce dernier point est par ailleurs souligné par les indicateurs IPAQH publiés en 2009 sur la base des données 2008. Sur la traçabilité de la douleur, et la tenue du dossier patient dans son ensemble, la région Poitou-Charentes était particulièrement en retrait par rapport aux autres régions.
- Les petits établissements (ex HL) sont en outre particulièrement impactés par des problèmes d'hygiène en blanchisserie, circuit du linge, restauration et la gestion des risques.
- Par ailleurs, il faut prendre en compte le fait que les établissements qui seront certifiés dans les années à venir le seront avec une nouvelle approche. Si nous manquons de visibilité par rapport à cette méthode, nous savons qu'une plus grande sévérité sera appliquée aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) mis en place au sein des établissements, et à la prise en charge aux urgences.
  - Concernant les EPP, on constate pour l'instant peu de réserves posées sur cet item.
  - Concernant les urgences, la nouvelle méthodologie s'intéressera aux délais d'attentes, à la formalisation des circuits de prise en charge, à l'existence d'un mécanisme de signalement des événements indésirables.

## Actions envisagées en régions

- Les actions doivent cibler les principaux motifs de réserves.
- Concernant les urgences, les leviers envisagés sont les suivants : dialogue de gestion autour de l'indicateur « délai d'attente », orientation des établissements en difficulté vers des accompagnements « urgence » pilotée par l'ANAP ou par l'ARS, inventaires à mener par le réseau régional des urgences à propos de la formalisation des circuits de prise en charge, à l'existence d'un mécanisme de signalement des événements indésirables (second semestre 2010 – 1<sup>er</sup> semestre 2011).
- Sur la dispensation des médicaments : utilisation de l'outil contractuel CBU (contrat de bon usage) pour les établissements MCO. Pour les ex HL et SSR, développement des engagements pris par ces établissements dans le cadre des CPOM. Définition d'une stratégie de financement de l'informatisation du circuit du médicament (H2012, établissements, ARS). Analyse comparative de l'utilisation des moyens (Mobilisation de personnel médical, informatisation – 1<sup>er</sup> semestre 2011).
- Sur la tenue du dossier patient : utilisation de CPOM ; suivi des projets d'équipements informatiques en cours ; déploiement chantier suivi trouble alimentaire.
- Sur les problématiques spécifiques aux « petits établissements », adaptation du groupe d'évaluation mutualisé (GEM) qualité afin de pouvoir traiter leurs problématiques spécifiques.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Circuit du médicament : nécessité d'avoir une visibilité sur H2012, afin de pouvoir adapter la stratégie de l'ARS. Mise en place par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) d'un outil d'analyse du circuit du médicament (à l'image de celui en cours d'élaboration à propos de facturation – recouvrement).
- Urgence : formation des référents performance sur la problématique des urgences.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible	~0%	~0%	5%	5%	15%	15%	45%	45%	70%	70%

## Diagnostic régional

La loi du 21 juillet 2009 exige que les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) PA et PH procèdent à des évaluations externes de leurs structures, tout en précisant le calendrier : entre la date de l'autorisation et son renouvellement (pendant 15 ans), deux évaluations externes doivent être effectuées.

Ce dispositif n'est pas aujourd'hui en place. La notion de durée apposée à celle d'autorisation dans le secteur médico-social n'a pas du tout été intégrée par les services de l'Etat et des Conseil Généraux.

En revanche, une auto-évaluation (de type Angélique) est pratiquée systématiquement au moment du renouvellement des conventions tripartites, en tout cas, pour ce qui concerne les structures PA.

La généralisation des évaluations externes, qui devrait être prochainement actée dans un décret, doit s'entendre aussi par une remise en cause de la manière de gérer les autorisations.

Par ailleurs, nous sommes confrontés à deux calendriers, celui des autorisations et des évaluations externes (2 en 15 ans), et celui des conventions (ou CPOM) avec les auto-évaluations (1 fois en 5 ans). Il faudra établir une passerelle entre les deux dans la mesure où la contractualisation sera un moyen d'obtenir un démarrage puis une généralisation des évaluations externes.

## Actions envisagées en régions

- Etablir un calendrier régional des renouvellements d'autorisation et des contrats (2<sup>er</sup> Semestre 2010).
- Rappel de l'obligation réglementaire de recourir aux évaluations externes (au fil du renouvellement des autorisations, des appels à projets et du renouvellement des contrats).
- Organiser des réunions de sensibilisation dans chaque territoire sur les aménagements dans le suivi des contrats et des autorisations. Il s'agira de s'appuyer également sur les têtes de réseau (FEHAP, FHF, SINERPA, ADAPEI, etc.) (2<sup>eme</sup> semestre 2010 – 1<sup>er</sup> semestre 2011).
- Effectuer une évaluation des mesures et de leur impact (2<sup>em</sup> semestre 2011) pour réorienter le plan d'action.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Sensibilisation des acteurs au niveau national ,des têtes de réseau.
- Quels seront les moyens de coercition si les objectifs de qualité ne sont pas réalisés au moment du renouvellement de l'autorisation ?

5. 2+

**Objectif régional spécifique :**

Taux d'ESMS disposant au moins d'une personne ressource formée sur les problématiques de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance

Fiche régionale

Région

- Poitou-Charentes

Propositions régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
<b>Valeur cible</b>	36%	0%	<b>36 %</b>	<b>0 %</b>	<b>57 %</b>	<b>10 %</b>	<b>79 %</b>	<b>20 %</b>	<b>100 %</b>	<b>30 %</b>

## Diagnostic régional

La proposition d'indicateur relatif à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance s'inscrit dans une logique de diffusion des bonnes pratiques et d'accompagnement des établissements vers une meilleure prise en compte de ces problématiques.

Cette proposition répond, en outre, à une forte préoccupation des pouvoirs publics au niveau national. Pour rappel, l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) a conduit une enquête sur ce thème auprès de 5 000 EHPAD. Dans son étude, l'ANESM souligne "l'impact bénéfique des formations sur la bientraitance ou la prévention de la maltraitance".

Suite à cette étude, la secrétaire d'état aux aînés a fixé 3 objectifs aux ARS en matière de bientraitance :

- « l'existence effective fin 2010 des conseils de la vie sociale dans l'ensemble des EHPAD »; "la généralisation dans tous les EHPAD de procédure de recueil des faits de maltraitance »; « l'engagement du plan triennal de formation visant à disposer à horizon 2012 de deux référents par établissement formés à la bientraitance »..

En Poitou-Charentes, un dispositif de formation de personnes ressources en EHPAD a été initié en 2008. En 2009, 134 personnes ressources exerçant dans 132 établissements ont ainsi été formées. Cette formation d'une durée de 6 jours a pu se faire grâce à un cofinancement (CNSA, OPCA et GRSP) qui a notamment permis de couvrir le remboursement des salaires de remplacement des stagiaires.

Afin d'assurer la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans les ESMS, il est ainsi proposé de :

- Pérenniser l'action afin de viser l'ensemble des EHPAD de la région ,
- Etendre le dispositif aux ESMS pour personnes handicapées .

## Actions envisagées en régions

- Lancement d'une nouvelle action de formation de personnes ressources à destination des personnels intervenant d'une part dans les EHPAD et d'autre part dans les établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESMS) pour personnes handicapées.
- Sensibilisation des établissements sur la nécessité de disposer d'au moins un référent bientraitance/maltraitance :
  - Réunions départementales d'information associant les Fédérations d'établissements,
  - Inscription de l'objectif de formation dans le cadre de la contractualisation,
  - Organisation de temps d'échanges entre les personnes ressources formées,
  - Création et utilisation d'un espace dédié sur la plateforme des espaces numériques régionaux de santé (ENRS).
- Les partenaires de ce projet (conseils généraux, organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA)) sont associés à la définition du prochain plan d'actions qui sera finalisé fin 2010 et mis en œuvre à partir de 2011.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Accompagnement méthodologique et financier dans le dispositif de formation.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	Pas de définition donnée ou possible actuellement				

## Diagnostic régional

- Pendant la phase de préfiguration, en lien avec le préfigurateur, l'URCAM a élaboré un Programme Régional de Gestion du Risque (PRGDR) transitoire qui a été validé et diffusé en janvier 2010.
- En termes de résultats, les indicateurs de maîtrise médicalisée de la région Poitou-Charentes sont parmi les meilleurs de France. La région atteint régulièrement ses objectifs inscrits dans les Contrats de Gestion (Caisses et URCAM).

Parmi les thèmes de maîtrise médicalisée, au regard des résultats départementaux en France, des marges de progression subsistent : les antibiotiques, les indemnités journalières, les inhibiteurs de la pompe à protons et l'usage de l'ordonnancier bizona.

- Pour suivre toutes ces thématiques, la région Poitou-Charentes dispose d'un suivi mensuel détaillé et analytique des évolutions des thèmes de maîtrise de médicalisée.
- Suite à l'instruction du CNP du 16 avril, et après une première rencontre entre le DGARS et le Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque (GDR) du régime général, une réunion avec l'ensemble des Caisses d'Assurance Maladie a eu lieu le 28 mai. Cette réunion a permis d'échanger sur le décret du 18 mai 2010 et de constituer l'équipe projet régionale.
- L'équipe projet régionale s'est réunie par deux fois (le 14 et le 18 juin) afin de réfléchir à des propositions de méthode d'élaboration du PRGDR et des contrats liant l'ARS aux organismes et services d'assurance maladie. Ces propositions s'inspirent de l'instruction du CNP du 16 avril, tant pour la méthode que pour le calendrier de réalisation. Elles ont été examinées par la commission de gestion du risque qui s'est réunie en formation restreinte, le 23 juin, et en formation plénière, le 25 juin.

## Actions envisagées en régions

- Proposer une méthode d'élaboration et de mise en œuvre du PRGDR visant à faire converger les actions, dans la logique de l'alliance stratégique proposée par l'ARS Poitou-Charentes aux organismes et services d'assurance maladie.
- Aboutir à un diagnostic régional partagé.
- Instaurer une collaboration effective entre tous les acteurs de la GDR (ARS, Caisses, Régimes complémentaires, URPS, Ordres, établissements) et assurer leur participation active, soit par des travaux conjoints soit par des travaux complémentaires.
- Dans cet esprit, proposer un travail conjoint sur les thèmes nationaux prioritaires de GDR et les enrichir, le cas échéant, par des actions régionales complémentaires en lien avec le programme transitoire de janvier 2010 (indemnités journalières, transports, prescription en dénomination commune en établissement, usages de l'ordonnancier bizona et relance de l'usage du Test Diagnostic Rapide).

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Un programme national de Gestion du Risque mis à disposition au plus tard lors du premier trimestre de chaque année.
- Des référentiels ou outils livrés dans des délais compatibles avec les objectifs pour les actions nationales.
- Une transparence totale entre l'Etat et l'UNCAM, en matière de gestion du risque, et une clarification de la position nationale de l'assurance maladie, notamment par rapport à l'instruction du CNP du 16 avril 2010.

Région

- Poitou-Charentes

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	116	116	114	112	100

## Diagnostic régional

L'activité de chirurgie sur la région a diminué ces deux dernières années.

La restructuration a permis de renforcer les plateaux techniques.

Le taux de recours ne peut être extrait du PMSI car celui-ci ne fournit que des séjours.

La SAE compte en actes mais avec un retard de un an : actuellement, seule l'année 2008 est disponible.

On peut noter que le taux de recours à la chirurgie (totalité de l'activité) en Poitou-Charentes est de 104/1 000 habitants (chiffres 2008).

La situation particulière de la région Poitou-Charentes, mise en évidence avec le nombre d'actes réalisés sur les 20 gestes marqueurs avec un taux de recours à la chirurgie au dessus de l'ICH 100, ne trouve pas d'explication certaine à ce jour. Aussi, pour y remédier le plan d'action suivant est proposé.

## Actions envisagées en régions

- Mener une enquête PMSI afin d'avoir le nombre d'actes réalisés par établissement pour les 20 gestes marqueurs .
- Mettre en place un groupe de travail de chirurgiens afin de procéder à l'analyse de ces données. Les objectifs seront d'analyser les causes et d'étudier les pratiques professionnelles.
- Les collèges chirurgicaux seront notamment mobilisés sur le sujet à l'occasion des nouveaux schémas d'organisation des soins. L'analyse qui aura pu être faite sera intégrée dans le SROS et les recommandations feront l'objet d'un suivi dans les CPOM.
- Développer les mises sous accord préalable.
- Développer également le dialogue avec les collèges chirurgicaux sur la base des recommandations HAS.
- Développer le contrôle avec les caisses d'assurance maladie.
- Mettre en place des contraintes financières via le CPOM et utiliser l'outil OPH pour le dialogue de gestion.
- Sensibiliser les partenaires titulaires de l'autorisation à l'occasion de la revue de contrat annuelle.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible	20 %	70 %	30%	72%	35%	73%	40%	74%	50%	75%

## Diagnostic régional

- Des délais incompressibles liés à la réalisation des travaux : 2 à 3 ans pour des créations ex nihilo de MAS/FAM/EHPAD.
- Un rythme d'installation élevé sur le secteur du handicap difficilement améliorable en raison de la nécessité de solder au préalable les suites d'opérations partiellement financées lors des exercices précédents .
- Des difficultés de recrutement des aides-soignants tout particulièrement en zone rurale, ce qui freine l'installation des places de SSIAD.
- Le conseil régional, conscient des besoins de professionnels en aide soignant, ne souhaite pas en former plus, car il estime ne pas avoir obtenu les transferts financiers suffisants suite au transfert de compétences .

## Actions envisagées en régions

- Eviter l'émiettement des projets en adoptant une programmation plus régionalisée et priorisée, notamment sur le secteur du handicap en favorisant dans le cadre des appels à projets le territoire de la Charente.
- Partager avec le Conseil Régional un diagnostic sur la situation des aides-soignants afin d'envisager des solutions communes pour favoriser leur recrutement.
- Déterminer de nouveaux critères de sélection pour l'analyse des appels à projet afin que soit pris en compte la capacité à réaliser rapidement les projets.
- Développer le partenariat avec la DREAL pour coordonner au niveau régional les aides à l'investissement dans le secteur médico-social et ainsi faciliter le bouclage financier des plans de financement.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Dans le cadre du partenariat à développer avec le Conseil régional, pour augmenter le nombre d'aides-soignants formés, des crédits de la section IV de la CNSA pourraient venir en appui pour aider par exemple au renforcement des temps enseignants dans les instituts de formation.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale		2010		2011		2012		2013	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
Valeur cible	17%	27%	20%	30%	23%	32%	25%	34%	28%	35%

## Diagnostic régional

Secteur PA

- Ralentissement du rythme de progression de création de places en EHPAD au profit des services (apparition de places disponibles en EHPAD non occupées suivant les territoires).
- La difficulté de mobiliser sur certains territoires les opérateurs de SSIAD en raison des problèmes de recrutement des aides-soignants mais aussi d'un mode de tarification inadapté.

Secteur PH

- Réticence des Conseils généraux à développer des places de SAMSAH.
- Priorité sur le secteur de l'enfance à l'intervention en milieu ordinaire avec cependant des politiques départementales très différentes liées au partenariat avec l'éducation nationale avec grande diversité des pratiques.

## Actions envisagées en régions

- Maintenir le rythme de développement des services pour favoriser le maintien à domicile.
- Développer les SSIAD en priorité dans les zones déficitaires et en cohérence avec la mise en œuvre du dispositif de régulation de l'offre de soins infirmiers libéraux.
- Susciter dans les futurs appels à projet la création de formules innovantes et aider à la mise en œuvre de nouveaux projets comme les gardes itinérantes de nuit, dont les besoins ne sont pas satisfaits.
- Définir une politique régionale pour développer et structurer l'Accueil de jour et les Hébergements Temporaires :
  - Constituer au 2ème semestre 2010 un groupe de travail avec les conseils généraux sur les conditions de réussite de la mise en place des AJ/HT.
  - Promouvoir ce type de prise en charge auprès des établissements.
- Coordonner et articuler les actions à mener avec l'éducation nationale, le rectorat pour la mise en œuvre des SESSAD, afin d'homogénéiser les pratiques .

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Mise en place de la réforme de la tarification des SSIAD qui tiendrait compte de la charge en soins.
- Un appui méthodologique et des possibilités de financements spécifiques pour les formules innovantes comme les gardes de nuits.
  - Une meilleure articulation avec le Ministère de l'Education nationale pour une meilleure coordination des politiques publiques notamment en matière d'intégration scolaire.
  - Un cadrage au niveau national sur la définition du contenu de service attendu des SESSAD à concilier avec la prise en charge des différents handicaps compte tenu des disparités constatées. Articulation à faire avec les cahiers des charges et les critères d'analyse à retenir.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	70%	75%	80%	85%	85%

## Diagnostic régional

- La région Poitou-Charentes a été longtemps en retard dans l'utilisation de la chirurgie ambulatoire.
- Durant ces cinq dernières années, l'évolution a été positive, en raison d'une part, de l'inscription d'un taux dans les CPOM et d'autre part, de la mise sous accord préalable des établissements pour des actes dont le taux était bien inférieur au taux cible régional.
- L'activité en chirurgie ambulatoire est plus élevée dans le privé que dans le secteur public . Ainsi sur 2009, le taux sur les établissements privés est de 71 % contre 68 % pour le public.
- Il n'est pas possible d'arriver pour un acte donné d'atteindre les 100 % car il faut toujours tenir compte de contre- indications médicales et/ou socio-économiques.

## Actions envisagées en régions

- Mobiliser le réseau des caisses et utiliser les outils spécifiques de l'ARS pour réaliser ce volet du programme régional de gestion des risques (PRGDR) car le développement de la chirurgie ambulatoire est une des priorités de l'ARS Poitou-Charentes.
- Développer le processus de mise sous accord préalable qui a fait la preuve de son aide et de son efficacité pour améliorer les pratiques professionnelles.
- Le plafonnement à 85 % est édicté par l'augmentation de la population âgée en Poitou-Charentes. Celle-ci constitue une limite à cette modalité de chirurgie compte tenu de la perte de l'autonomie de la personne âgée.
- Promouvoir ces techniques en valorisant les expériences réussies en région au cours de séances de développement professionnel continu .

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Renforcer la diffusion auprès des autorités médicales des bonnes pratiques.
- Renforcer le différentiel de rémunération entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie complète pour les actes simples.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	9,18 %	10%	11%	13%	15%

## Diagnostic régional

- La dialyse péritonéale demeure peu pratiquée dans la région Poitou-Charentes.
- Une des raisons en est la population âgée. En effet, qu'elle soit manuelle ou automatisée, cette technique de dialyse doit être pratiquée par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce personne.
- C'est également pour cette raison que les centres lourds sont en général saturés.
- Au sein de la région, l'activité de dialyse « hors centre » est couverte par deux associations, une située dans la Vienne et une autre en Charente Maritime. Ces deux associations se répartissent l'implantation des unités de dialyse sur l'ensemble des territoires de la région Poitou-Charentes. En 2009, l'association ADA 17 et l'association AURA ont réalisé respectivement 3 777 et 6 717 équivalents séances. En 2008, le taux national est 7,20 et 9,40 pour la région Poitou-Charentes.
- La tendance est à la baisse dans l'utilisation de cette technique même dans les pays industrialisés qui ont fait un usage important de cette technique (le Canada ou les Pays Bas). Le taux d'utilisation de cette technique de 15% paraît être une cible acceptable dans la région Poitou Charentes. On notera la variation importante de ces taux entre départements et territoires de santé. Cette variation met en évidence le rôle que peut jouer la promotion dans la diffusion de cette technique.
- La communauté médicale est encore imparfaitement sensibilisée au potentiel de cette de technique. Les choix se font encore en opposant les indications des techniques entre elles. Les patients équilibrés ne souhaitent pas remettre en jeu un équilibre fonction rénale résiduelle- technique et mode de dialyse-habitudes de vie parfois difficilement acquis. La structure démographique, sociologique et épidémiologique de la population des insuffisants rénaux chroniques est donc déterminante et doit être connue pour élaborer des objectifs réalistes au développement de la dialyse péritonéale.

## Actions envisagées en régions

- L'action prioritaire dans ce domaine doit demeurer le dépistage des pathologies chroniques conduisant à l'insuffisance rénale bien avant la phase d'insuffisance rénale, ainsi que la prévention dans le domaine des cardiopathies ischémiques et de l'hypertension artérielle.
- Consolider la promotion de la greffe et du prélèvement pour maintenir le délai d'attente faible dans la région Poitou-Charentes.

Mesures relatives à la communauté médicale :

- Développer des consensus régionaux dans le cadre de l'élaboration du PRS en relayant les orientations de la HAS sur les indications et les non indications de la dialyse péritonéale.
- Analyser spécifiquement la base régionale REIN afin de déterminer les caractéristiques de la population théorique des IRC ne présentant pas de contre indications à l'utilisation de la DP (contre indications en terme de morbidité, de co morbidité et de caractéristiques démographiques et sociologiques).
- Promouvoir dans les CPOM, l'approche intégrée alternant dans les deux sens l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.
- Instaurer à l'issue de la mise en dialyse urgente une procédure de remise en jeu systématique du mode de dialyse afin de rediscuter l'indication possible de la dialyse péritonéale.

Mesures relatives aux patients :

- Développer les programmes de formation en pré-dialyse : en faisant valoir des témoignages de patients utilisant la DP.
- Définir un programme d'éducation thérapeutique des patients (ETP) afin d'acquérir plus d'autonomie dans la conduite des traitements susceptibles de permettre un meilleur abord des avantages de la DP.
- Ces actions s'inscrivent également dans le PRGDR.

*Indicateur neutralisé*

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Pour 10 000 habitants	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Nbre de journées HAD	450	451	453	454	455

**Diagnostic régional**

- Durant ces cinq dernières années, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est développée sur notre région. Au 28 février 2010, sur la totalité de la région, il existe 413 places autorisées mais seulement 286 sont installées. Ces 286 places installées correspondent à 68 976 journées soit un TO de 66 % (données PMSI).
- Toutefois, la répartition est encore inégale entre les cinq territoires de santé et la couverture est loin d'être totale.
- Ces deux dernières années, une forte croissance du nombre de places permet de développer une culture de l'HAD qui n'était pas des plus fréquentes.
- Il a été décidé d'étendre les aires géographiques d'intervention des HAD existantes afin de rationaliser les moyens. 60 % des HAD sont publiques dans la région contre 40 % privées.
- Le taux de places par million d'habitants est de 260 pour les places autorisées.
- Subsiste un problème de cohérence voire de concurrence entre l'offre de service ambulatoire et les besoins de la HAD.

**Actions envisagées en régions**

- Informer, expliquer (en distinguant bien les différences avec une prise en charge en SSIAD) et promouvoir la HAD auprès du grand public et des professionnels de santé (praticiens hospitaliers, médecins libéraux, Kinésithérapeutes et infirmiers), notamment dans le cadre des conférences de territoire.
- Faire une analyse sur l'un des territoires pour modéliser les bonnes pratiques de la HAD et les valoriser dans les autres territoires puis faire l'accompagnement nécessaire .
- Développer les contrôles pour s'assurer de la performance et de la qualité des prises en charge en HAD.
- Développer un système d'informatisation qui facilite la communication entre les différents professionnels de santé intervenants.
- Chaque service de HAD doit développer des synergies avec les acteurs locaux.

**Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux**

- Une nécessaire adaptation de la réglementation sur les médicaments pour assouplir les conditions juridiques de l'approvisionnement.
- Développer l'HAD SSR avec une tarification appropriée et reconnue par les caisses d'assurance maladie compte tenu des DMS déjà observées (30 jours), des populations prises en charge et des recommandations du volet SSR du SROS III.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	3	4	8	12	15

## Diagnostic régional

- La région Poitou-Charentes, peuplée d'une population faible en densité mais âgée et rurale, accuse également une faible démographie médicale notamment parmi les généralistes.
- Le travail fait par la Mission Régionale de Santé sur la détermination de zones plus fragiles ou en passe de le devenir, a permis de déterminer les sites à pourvoir en priorité en structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire.
- Aucune maison de santé pluridisciplinaire (MSP) n'a été financée par le FIQCS en Poitou-Charentes.
- Toutefois, si des appellations de MSP se retrouvent dans la région, elles ne correspondent pas à la définition du cahier des charges à venir.
- Il s'agit des « MSP » :
  - en Vienne à Charroux, ouverte en juin 2007,
  - en Charente-Maritime à Aulnay-Néré, ouverte en 2009.
- 31 projets pluridisciplinaires sont à différentes phases de concertation dont 2 au stade de finalisation.

## Actions envisagées en régions

- Promouvoir les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé libéraux en structures d'exercice collectif :
  - ◆ avec un appel à projet en juillet 2010, instruction des dossiers en novembre 2010 pouvant aboutir à une convention entre les structures et l'ARS,
  - ◆ avec un accompagnement des structures par rapport à ces nouveaux modes de rémunération et à leur mise en œuvre (réunions d'information).
- Poursuivre l'actualisation de l'état des lieux des projets de maisons, pôles et centres de santé et identifier les projets les plus avancés.
- Accompagner les projets de MSP et mettre en œuvre une coordination régionale en mobilisant les délégations territoriales.
- Mise en place du comité de sélection composé du préfet, du conseil régional, des conseils généraux et des représentants des professionnels dans le cadre du plan des « 250 maisons de santé pluridisciplinaires ».

7.1

Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS

Fiche régionale

Région

- Poitou-Charentes

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	13 %	12 %	11 %	10 %	9 %

Indicateur neutralisé

## Diagnostic régional

- Le taux de primo-passages aux urgences, dont la gravité a été classée en CCMU 1 est de 13 %.
- Si tous les établissements de la région ne remontent pas les données RPU à ce jour, il a été calculé avec les données des établissements les plus représentatifs ( CHU; CH Angoulême; CH de LA Rochelle; CH de Jonzac; CH de Saintes; Sud Charente; CH de Loudun; CH de Ruffec).
- Il serait toutefois intéressant de l'analyser avec le taux de niveau 2 de la CCMU, puisque 1/3 des patients ressortent des urgences sans hospitalisation.

## Actions envisagées en régions

- Développer des maisons de garde situées à proximité des services d'accueil les plus importants et notamment sur les sites de Niort et Angoulême (seuls les CH de Saintes, de la Rochelle et la Polyclinique de Poitiers ont une maison de garde).
- Développer une campagne de communication sur le bon usage des urgences auprès du grand public et des professionnels de santé (deux campagnes ont été réalisées).  
Relancer une campagne tous les deux ans..
- Poursuivre et achever l'informatisation des services d'urgences pour avoir une bonne connaissance de la trajectoire du patient ( volet qualité et quantité).  
Fin 2010, l'ensemble des services d'urgences sera informatisé. Il faudra s'assurer de la fiabilité des données informatisées, durant 2011 et 2012.  
L'ensemble sera intégré dans le dispositif d'assurance qualité et inscrit dans chaque CPOM des établissements.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régional

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	Pas de définition actuellement				

**Indicateur neutralisé**

## Diagnostic régional

- L'ARH Poitou-Charentes a présenté en 2009 une enquête IPSOS sur le recours et l'appréciation des urgences en Poitou-Charentes. C'est une enquête ponctuelle, lourde et onéreuse (enquête téléphonique). Elle ne peut pas constituer un outil annuel de mesure. Elle a toutefois offert des pistes d'amélioration.
- La satisfaction des usagers peut se mesurer objectivement dans la réponse apportée par le dispositif de régulation de permanence des soins. On peut ainsi proposer un autre indicateur de mesure d'optimisation de l'organisation de la permanence des soins :
  - Taux des consultations en médecine générale libérale hors régulation ; consultations hors et dans le dispositif de régulation..
- Cet indicateur objectif peut être mesuré à partir des données d'Assurance Maladie et du PMSI.

## Actions envisagées en régions

- Apporter une lisibilité régionale du dispositif (numéro d'appel unique, organisation claire dans chaque département).
- Obtenir une participation réelle et effective des médecins libéraux : astreintes et médecins effecteurs.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	- 1 628 851		- 3 000 000		

## Diagnostic régional

- 5 établissements déficitaires en 2008, 7 en 2009.  
Montant du déficit cumulé brut : - 971 809 en 2008, - 1 628 851 en 2009.
- Si l'on s'intéresse plus en détail aux éléments qui constituent cette situation, et plus particulièrement aux charges on observe :
  - Que les dépenses de titre 1 représentent 65% de l'ensemble des charges. De plus, l'évolution du titre 1 a été de 2,2% entre 2008 et 2009.
  - Les établissements sous contrat de retour à l'équilibre (CH Royan, CH Cognac, CH Loudun) ont connu une décroissance de leur masse salariale entre ces deux dates.
  - Les dépenses de titre 2 représentent entre 9 et 16% (sauf pour les ex CHS -3% du fait des spécificités de ces établissements).
  - Les dépenses de titre 3 représentent environ 10% des charges (le double concernant les ex hôpitaux locaux).
  - La promotion des groupements d'achat a permis d'engendrer des gains significatifs (en particulier pour ce qui concerne le titre 2, médicaments et DMI).
  - Les dépenses de titre 4 représentent environ 10% des charges.

## Actions envisagées en régions

- Eviter la dérive des établissements par le renforcement des tableaux de bord à la disposition de l'ARS (suivi de l'activité et des recettes, etc.), et par le suivi des projets d'investissement (pour éviter les dérives du titre 4).
- Accompagner les établissements sur le point de connaître des changements d'environnement extérieur (fermeture de services, montée en charge de la T2A...).
- Continuer à soutenir et à permettre le développement des groupements de commandes.
- Mutualisation des fonctions supports (en particulier pour les petits établissements).
- Optimiser les recettes par une meilleure maîtrise du circuit facturation – recouvrement (chantier ANAP, puis déploiement, etc.).
- Face aux situations de déficits chroniques de certains établissements, l'ARS engagera une politique d'adaptation durable de leur offre au contexte et bien intégrée au territoire de santé.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Soutien national sur les chantiers achats (méthode, animation, etc.).

Région

- Poitou-Charentes

Propos  
région

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	304 089	Stabilité à 2% d'évolution près			

**Indicateur neutralisé****Diagnostic régional**

- L'activité MCO accuse un tassement durant ces trois dernières années.
- Durant les dix dernières années, la chirurgie et l'obstétrique ont été restructurées pour permettre une sécurité et une qualité des soins toujours plus grandes.
- La médecine polyvalente a été développée dans les établissements de santé de proximité, répondant ainsi aux besoins réels d'une population âgée et rurale .
- L'activité de discipline médicale sera la seule à augmenter compte tenu de la structure de la population Poitou-Charentes.

**Actions envisagées en régions**

- Développer la chirurgie ambulatoire en poursuivant les mises sous entente préalable.
- Réduire les hospitalisations avec le développement de l'HAD, en y associant très vite les SSR.
- Faire pénétrer l'HAD dans les structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées .
- Concentration des plateaux techniques pour diminuer les coûts, à activité égale.

**Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux**

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	53%	60%	64%	65%	75%

## Diagnostic régional

- Ces résultats, plutôt satisfaisants, sont le fruit d'une part :
  - D'une restructuration de plusieurs services de chirurgie (CH Confolens, CH Royan, CH Loudun, CH Cognac). Ces établissements auraient typiquement augmenté le nombre d'établissements n'atteignant pas le seuil national.
  - D'une assez bonne adaptation des équipements (en terme de nombre de salles) aux besoins des établissements. Les établissements encore suréquipés (CH Saint-Jean, CH Montmorillon, CH Jonzac) sont minoritaires. Le Benchmark bloc réalisé en 2008 révélait cette réalité.
  - D'une utilisation assez efficiente des équipements (réalité également soulignée par le Benchmark).
- Concernant les établissements publics, les établissements étant en-deçà de la médiane en 2008 étaient le CH Ruffec, le CH Sud-Charente, le CH de Montmorillon, le CH Nord Deux-Sèvres.

## Actions envisagées en régions

- Poursuivre les restructurations des services chirurgicaux, notamment en lien avec la récente circulaire (fermeture de la chirurgie du CH de Ruffec en 2010, de la Clinique de Rochefort).
- Analyser chaque demande de renouvellement d'autorisation au regard des indicateurs de performance de la MEAH.
- Accompagner les établissements vers une utilisation optimale de leur équipement
  - Réinitialisation de Benchmark Bloc,
  - Suivi des engagements contractuels en matière de performance des blocs opératoires,
  - Echange sur les bonnes pratiques en la matière.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Mise à disposition aux ARS d'un outil et d'une base de données centralisés et agrégés permettant de piloter et de suivre de façon autonome des benchmark.
- Accompagnement méthodologique et financier afin de réévaluer et de suivre les actions entreprises auprès des établissements, au-delà des benchmark pris en charge par l'ANAP.

## 8.4

Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%

## Fiche régionale

Région

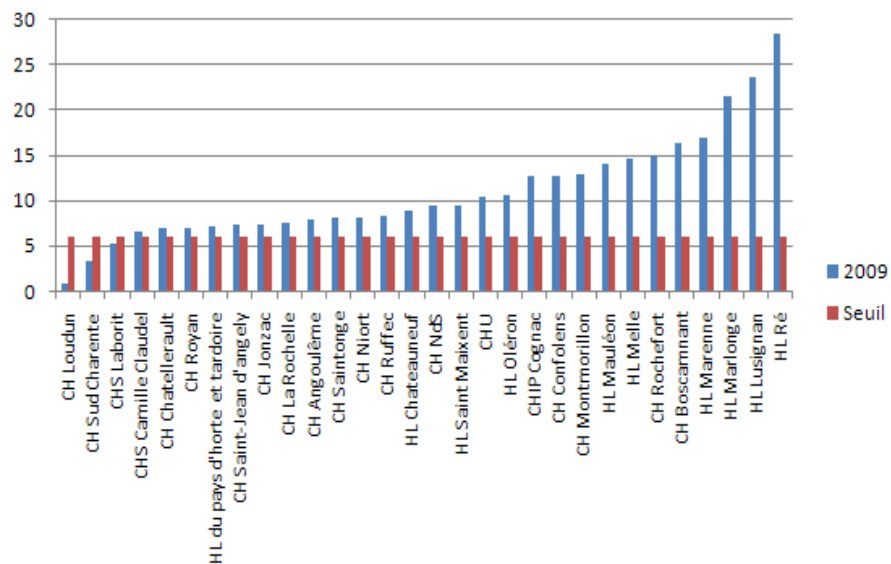
▪ **Poitou-Charentes**

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>31</b>

### Diagnostic régional

- Le positionnement de la grande majorité des établissements au-dessus du seuil de 6% du taux de marge brute révèle une situation globale satisfaisante. En examinant dans le détail ces informations, on remarque que les établissements en deçà ou aux environs du seuil sont ceux suivis dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre, les établissements psychiatriques ont des taux de marge brute au niveau du seuil, et que les établissements au-delà de 10% de taux de marge brute sont des établissements au sein desquels les budgets annexes ont un poids substantiel. Il s'agit pour l'essentiel d'hôpitaux locaux.



### Actions envisagées en régions

- Eviter la dérive des établissements par le renforcement des tableaux de bord à la disposition de l'ARS (suivi de l'activité et des recettes, etc.)
- Accompagner les établissements sur le point de connaître des changements d'environnement extérieur (fermeture de services, montée en charge de la T2A...).
- Continuer à soutenir et à permettre le développement des groupements de commandes.
- Impulser la mutualisation des fonctions supports (en particulier pour les petits établissements).
- Optimiser les recettes par une meilleure maîtrise du circuit facturation – recouvrement (chantier ANAP, puis déploiement, etc.).
- Renforcer l'utilisation des outils de comptabilité analytique et le contractualiser dans le CPOM afin de permettre la séparation adéquate entre le budget H et le budget annexe.
- Pour les établissements en déficit, poursuivre les suivis à travers tout le dispositif des CRE.
- Assurer une veille pour la majorité des établissements (au centre du graphique) pour que l'équilibre soit maintenu.
- Analyser la situation des établissements se trouvant à priori dans une situation favorable (partie droite du graphique).
- Mobiliser tous les outils conférés à l'ARS par la loi pour garantir son rôle de pilote et de régulateur de l'hôpital public.

**Objectif régional spécifique :**

Disposer d'un outil d'analyse territoriale des dépenses de santé de l'ONDAM

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	Suivi papier	Pérenniser en ARS l'existant	Étape 1	Étape 2	Étape 3

## Diagnostic régional

- Plusieurs sources d'informations permettent individuellement d'explorer certaines parties des dépenses de l'ONDAM. Aucune ne les rassemble.
- En région Poitou-Charentes, l'ex URCAM avait réalisé, avec deux autres régions, un tableau de bord de suivi des dépenses inter-régimes mensuelles et départementales pour l'enveloppe des soins de ville. L'outil a été nationalisé sous le nom de *DECRIRE*. L'ensemble des régions, des régimes, des équipes statistiques utilisaient cette source pour alimenter les commissions paritaires, diagnostiquer les territoires.
- Avec l'installation de l'UNCAM et la création d'un SNIIRAM, les organismes locaux attendaient une amélioration de l'outil avec notamment une approche de l'enveloppe ONDAM. L'inverse s'est produit. Au motif de l'arrivée du SNIIRAM, *DECRIRE* a été arrêté et n'a pas été remplacé .
- Pour palier ce déficit, les équipes statistiques des Caisses du Poitou-Charentes ont construit un tableau de bord des dépenses de la maîtrise médicalisée, outil aujourd'hui repris par le Directeur Coordonnateur de la gestion du risque.
- L'ARS Poitou-Charentes n'a pas encore demandé ni obtenu cet outil de diagnostic aujourd'hui.

## Actions envisagées en régions

- 1 - Pérenniser et disposer d'un suivi détaillé des dépenses de soins de ville en inter-régimes afin notamment de territorialiser la dépense (actions ciblées de GDR par exemple).
- 2 - Étendre ce suivi à un tableau de bord des dépenses permettant de détailler l'ONDAM et son évolution annuelle par territoire.  
Ce tableau de bord informatisé doit avoir pour objectif de permettre un détail des dépenses sanitaires et médico-sociales par territoire de santé, puis par structure, puis par ligne budgétaire de la structure. C'est donc un tableau de bord des dépenses d'assurance maladie de ville mais aussi des dépenses par dotation.
- 3 - Mettre à disposition cet outil de suivi et d'analyse des dépenses par département et par poste budgétaire au grand public par une mise en ligne sur les sites internet des ARS.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Accompagnement méthodologique et mise à disposition de sources d'informations utiles.
- Travail inter-ARS, ministère, UNCAM pour la réalisation de cet outil.

Région

▪ Poitou-Charentes

Propositions  
régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible	0	37 %	70%	100 %	

## Diagnostic régional

- Etat des lieux réalisé dans le cadre des Assises Régionales Alzheimer avec la définition d'orientations régionales et la mise en place d'un dispositif de suivi.
- Nombre de dossiers actuellement déposés dans le cadre de l'appel à candidatures : 36 pôles d'activité et de soins (PASA) et 22 unités d'hébergement renforcées (UHR).
- L'objectif national fixé pour la région Poitou-Charentes est de 51 PASA et 11 UHR (6 sur le médico-social et 5 sur le sanitaire).
  - 17 PASA et 6 UHR en 2010
  - 18 PASA et 3 UHR en 2011
  - 16 PASA et 2 UHR en 2012

## Actions envisagées en régions

- Animation du comité de suivi du plan Alzheimer associant l'ensemble des partenaires de la région.
- Détermination des critères de sélection par un groupe de travail issu du comité régional de suivi, avec comme objectif de déployer les nouvelles unités en privilégiant sur le territoire une logique de filière.
- Mise en place d'un comité de sélection fin juin associant les conseils généraux, France Alzheimer et les fédérations d'établissement pour étudier les appels à candidatures.
- Mobilisation des aides à l'investissement sur toute la durée du plan.
- Inciter les établissements dans le cadre de la contractualisation à développer les PASA.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

- Plus de souplesse dans l'attribution des UHR entre le sanitaire et le médico-social sur le calendrier.

## Région

- Poitou-Charentes

## Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
2009	18 %	28 %	36 %	40 %	45 %

## Diagnostic régional

- Une absence d'homogénéité dans le dépistage et le diagnostic.
- Un centre régional autisme (CRA) de création récente qui doit trouver sa place dans le réseau régional.
- Une programmation dictée sous la pression des familles essentiellement sur les enfants.
- Des réponses différentes selon les départements : en établissement ou en SESSAD.
- Dans le PRIAC 2010-2013, 75 places nouvelles sont programmées en faveur des personnes autistes ou atteintes de troubles envahissants du développement, soit 8 % du total des places programmées.
- Sur ces 75 places, 68 sont dédiées à l'accompagnement d'enfants ou adolescents et 7 places sont réservées à des adultes.

## Actions envisagées en régions

- Désigner un référent régional autisme pour mettre en place une politique régionale ( besoin d'un référent médical).
- Clarifier le rôle et la place du CRA en complémentarité avec le Centre d'expertise du CH de Niort.

## Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux

10.+

**OBJECTIF SPECIFIQUE REGIONAL :**

Pilotage de l'action territoriale de l'Agence Régionale de Santé : % de la population touchée par au moins l'une de ces actions marqueurs

Fiche régionale

Région

- Poitou-Charentes

Propositions régionales

Année	Valeur initiale	2010	2011	2012	2013
Valeur cible		20%	40%	60%	80%

**Diagnostic régional**

- La création de l'ARS est l'occasion de réinterroger les objectifs, les moyens, l'animation et le pilotage des politiques au niveau local.
- La conférence de territoire est le théâtre du débat pour la mise en cohérence des projets territoriaux avec le projet régional de santé.
- Dans la mise en œuvre du projet régional de santé, la réalisation de certaines actions que l'on peut considérer comme marqueurs témoigne de l'efficacité de l'action territoriale de l'ARS.  
Il s'agit notamment : des actions de santé publique, des opérations de regroupements de professionnels de santé (dont les MSP), des opérations de coopération des établissements de santé et/ou des établissements médico-sociaux, des contrats locaux de santé.
- Chacune de ces actions touche la population localisée sur un territoire donné (commune, communauté de communes, pays...).
- La performance de l'action de l'agence se mesure au % de population touchée par au moins l'une de ces actions marqueurs ( sans double compte) :  
numérateur = population des zones concernées par l'action,  
dénominateur = population de la région Poitou-Charentes.

**Actions envisagées en régions**

- Identifier les acteurs à mobiliser sur le territoire.
- Organiser et mettre en œuvre un programme ciblé des contacts utiles à l'action.
- Proposer un programme d'animation de la conférence de territoire.
- Développer et utiliser une application de suivi des contacts ( type CRM ou GRC).
- Mettre en place, en liaison avec les Directions métier ( santé publique, offre de santé et médico-sociale, efficacité), un dispositif de suivi de la progression régulière des dossiers sur les territoires.

**Moyens spécifiques attendus des acteurs nationaux**