



Projet PAERPA en région Bretagne

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

Diagnostic territorial des pays de Rennes, Brocéliande et Vallons de Vilaine

Sommaire

I. PREAMBULE	4
I.1. PRESENTATION DU PROJET PAERPA SUR LE TERRITOIRE.....	4
I.2. OBJECTIFS DU PROJET SUR LE TERRITOIRE	8
I.3. METHODE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	8
I.4. DEFINITION DU PERIMETRE DU DIAGNOSTIC	12
II. ETUDE POPULATIONNELLE	17
II.1. ANALYSE DEMOGRAPHIQUE	17
II.2. ANALYSE SOCIO-ECONOMIQUE	23
II.3. ETAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES SUR LE TERRITOIRE	29
II.4. DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES SUR LE TERRITOIRE.....	31
III. OFFRE DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE	36
III.1. OFFRE EN MATIERE DE PREVENTION ET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE	36
III.2. OFFRE DE SOINS LIBERALE ET AMBULATOIRE.....	41
III.3. OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE	53
III.4. ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALES ET SOCIALES POUR LES PERSONNES AGEES	71
IV. ANALYSE DES CONSOMMATIONS DE SOINS ET DES FLUX DES PATIENTS AGES	82
IV.1. CONSOMMATIONS DE SOINS EN AMBULATOIRE	82
IV.2. CONSOMMATIONS DE SOINS EN MILIEU HOSPITALIER.....	87
IV.3. DEPENSES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES SUR LE TERRITOIRE	108
V. ANALYSE DE LA COORDINATION DES ACTEURS	112
V.1. ACTEURS DE LA COORDINATION ET DE L'INTEGRATION.....	112
V.2. SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE	116
VI. PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES	123
VII. CONCLUSION	129
VIII. ANNEXES	130

Glossaire

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
AJA	Accueil de Jour Autonome
ALD	Affections de Longue Durée
ANAP	Agence Nationale de l'Appui à la Performance
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de Santé Libérale En Equipe
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
ASV	Allocation Spéciale Vieillesse
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCP	Coordination Clinique de Proximité
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMC	Catégorie Majeure Clinique
CMP	Centre Médico Psychologique
CMU –C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPP	Coordination Clinique de Proximité
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EHPA	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESA	Equipes Spécialisées Alzheimer
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Education thérapeutique du patient
FIGAR	Filière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise
GP	Groupe de Planification
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupe Iso Ressource
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé

HC	Hospitalisation Complète
HP	Hospitalisation Partielle
HT	Hébergement Temporaire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PA	Personne Agée
PAERPA	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PAP	Plan d'Accompagnement Personnalisé
PAPD	Personne Agée Polypathologie Dépendante
PASA	Pôle d'Activités et Soins Adaptés
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RA	Résidence Autonomie
RAC	Revue Annuelle du Contrat
RG	Régime Général
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SGMAS	Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales
SLM	Sections Locales Mutualistes
Sniir-AM	Système National d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
UC	Unité de Consommation
UCC	Unité Cognito-Comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

I. Préambule

I.1. Présentation du projet PAERPA sur le territoire

I.1.1. Cadrage

Pour faire face au défi du vieillissement et à ses conséquences, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a instauré, via l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2013, la mise en place de projets pilotes PAERPA dans 9 régions : Aquitaine, Bourgogne, Centre Val de Loire, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de Calais et Pays-de-la-Loire. Le programme PAERPA vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus en facilitant leur parcours de santé et en évitant les ruptures de prises en charge. Renforcé par le Pacte Territoire Santé 2, le projet a été généralisé en 2016 à l'ensemble des régions, dont la Bretagne, mais sur un territoire préalablement ciblé. L'objectif de cette deuxième vague est de se recentrer sur le premier recours, le suivi et la gestion des transitions entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Le programme PAERPA contribue également aux objectifs du plan triennal ONDAM¹ 2015-2017 à travers « l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière » et le « virage ambulatoire » pour proposer des alternatives à l'hospitalisation et favoriser un accompagnement de proximité. Par ailleurs, PAERPA s'inscrit dans les orientations de la loi de modernisation de notre système de santé, notamment la mise en place des plateformes territoriales d'appui, les groupements hospitaliers de territoires, les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé,... Enfin, conformément aux dispositions de la loi d'adaptation au vieillissement, la coordination gérontologique s'effectue au niveau départemental par la signature de conventions entre le Département, l'ARS, les organismes de sécurité sociale où tous les acteurs intervenant auprès de la personne âgée. En outre, concernant les actions de prévention, le déploiement de PAERPA se réalisera en lien avec la conférence des financeurs, prévue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

I.1.2. Objectifs

PAERPA vise à créer les conditions favorables d'une amélioration des réponses aux besoins en santé des personnes âgées au bon moment et au meilleur coût. Il s'articule autour de 3 objectifs :

- Améliorer la qualité de vie à domicile des personnes âgées et de leur entourage, notamment par une action précoce pour prévenir la perte d'autonomie et les ruptures de parcours ;
- Faire évoluer les pratiques professionnelles, notamment par la mobilisation accrue des professionnels de santé libéraux, notamment le médecin traitant ;
- Favoriser de meilleures coordinations dans le cadre d'une structuration départementale, en prenant appui sur les compétences et ressources déjà existantes.

Cette démarche s'adresse donc aux **personnes âgées de 75 ans et plus en risque de perte d'autonomie**, et vise à agir en prévention sur les quatre motifs majeurs d'hospitalisation que sont l'iatrogénie médicamenteuse, la dénutrition, les chutes et la dépression. Pour cela, PAERPA prévoit le déploiement de trois actions phares :

- **La coordination clinique de proximité (CCP)** est initiée par le médecin traitant qui réunit une équipe pluridisciplinaire intervenant au plus près de la personne âgée pour évaluer sa situation et, le cas échéant, établir un PPS. Elle peut s'adresser à la CTA pour trouver les meilleures modalités d'organisation pluridisciplinaire, et respecter le cahier des charges des PPS.
- **Le plan personnalisé de santé (PPS)** : suite au repérage d'une situation à risque chez la personne âgée et après accord de cette dernière, le médecin traitant va former la CCP avec les autres professionnels libéraux, sociaux ou médico-sociaux intervenant auprès de la personne. Sous l'égide du médecin traitant, va ainsi être mis en place un ensemble de prestations définies et inscrites dans un PPS qui présente la situation de la personne et définit un plan d'actions comportant un « volet soins » et éventuellement un « volet aides ». Le PPS est envoyé à la CTA.
- **La coordination territoriale d'appui (CTA)** a pour objectif d'améliorer le service rendu par :

¹ Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

- un appui aux professionnels de santé et en particulier aux médecins traitants dans le cadre de la CCP pour une meilleure coordination des interventions ;
- une information et une orientation aux professionnels, aux personnes âgées et à leurs aidants vers les ressources sanitaire, sociale et médico-sociale ;
- un aiguillage vers des expertises ;
- des outils partagés.

Pour répondre à ces objectifs, elle s'appuie sur les dispositifs existants et développe de nouveaux services (ex : plateforme téléphonique avec des horaires élargies).

PAERPA doit se construire de manière très concrète avec les équipes locales de professionnels de santé, doit impliquer le secteur social et médico-social avec l'ambition de peu à peu transformer les pratiques professionnelles dans le sens d'une meilleure coordination autour des patients âgés à risque de perte d'autonomie. Le programme PAERPA œuvre comme d'autres dispositifs du champ de la perte d'autonomie et du vieillissement à la transformation et à la modernisation de notre système de santé.

Le programme Paerpa se déploie en prenant en compte les dispositifs existants et ceci dans l'objectif de favoriser un maintien à domicile de qualité, éviter des hospitalisations qui peuvent altérer l'autonomie de la personne

I.1.3. Pilotage national

Le projet est piloté par la DSS avec un chef de projet national : Alexandre FARNAULT. Le comité national PAERPA présidé par Dominique LIBAULT regroupe le SGMAS, la DGOS, la DGCS et la DGS, les agences nationales (ANAP, HAS, ASIP), la CNAMTS, la CNAV, la CNSA et l'ensemble des représentants des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Pour piloter ces expérimentations, les ARS s'appuient sur un cahier des charges national élaboré en application de l'article 48 de la LFSS et sur la base du cahier des charges adopté par le comité national PAERPA le 20 décembre 2012. L'ANAP apporte également un appui méthodologique au déploiement du projet sur les territoires et permet une diffusion des savoirs à travers les retours d'expériences des territoires de la première vague. Tous les mois sont ainsi organisés des réunions nationales avec l'ANAP et la DSS réunissant les chefs de projet PAERPA pour suivre les avancées du projet, partager les expériences et remonter les difficultés. Le suivi national s'appuie sur un reporting trimestriel ou mensuel assuré via une plateforme d'indicateurs alimentée par l'ARS ou les producteurs de données (liés par une convention localement). Conformément à l'article 48 de la LFSS, l'évaluation des projets pilotes permettra d'en mesurer les impacts en terme d'implication des professionnels de santé, de consommation de soins des personnes âgées, de maintien d'autonomie, d'hospitalisation et d'éventuelles réhospitalisations, en vue d'une possible généralisation.

I.1.4. La gouvernance régionale

La particularité du territoire PAERPA en Bretagne, qui est finalement composé de trois sous-ensembles représentant des réalités différentes, nécessite de réfléchir à la construction d'un schéma de gouvernance. Ce schéma permettra à la fois d'adapter le projet aux spécificités locales mais aussi de le mettre en cohérence pour en faire un projet global. Il ne faut pas superposer un énième projet mais s'inscrire dans une logique de projet commun de territoire.

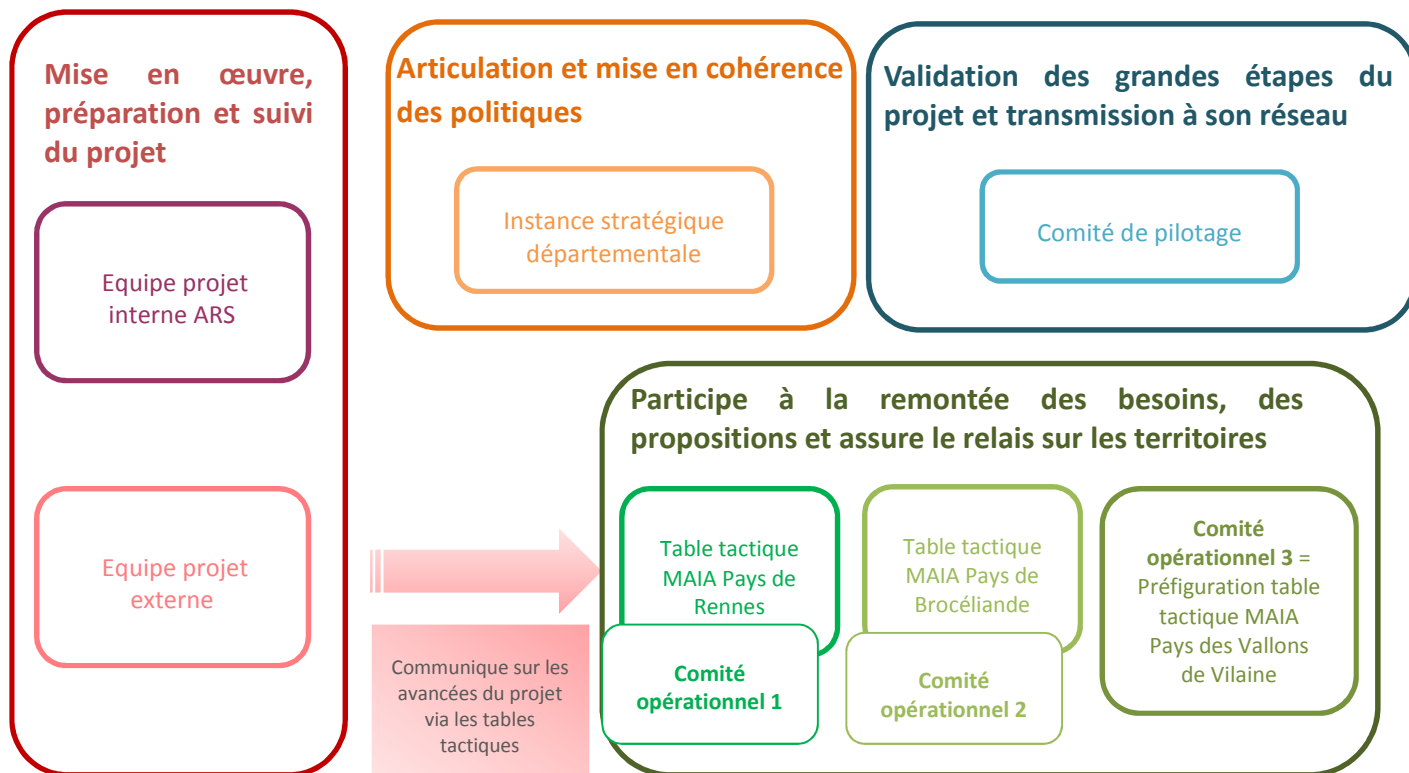
Une lettre d'engagement a été signée par les principaux acteurs : l'ARS Bretagne, le Conseil Départemental de l'Ille-et-Vilaine, la Coordination régionale de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, la CARSAT, la MSA, le RSI, l'URPS pharmaciens, l'URPS médecins libéraux, l'URPS infirmiers libéraux, l'URPS masseur-kinésithérapeutes, l'URPS chirurgiens et l'URPS orthophonistes.

Dans la continuité de la signature de la lettre d'engagement et par souci de cohérence, les instances de gouvernance du projet se construiront à partir des instances et dispositifs existants :

- C'est dans ce sens qu'a été installée le 6 décembre dernier une instance départementale déjà initiée pour d'autres dispositifs co-présidée par l'ARS et le Département dans le champ PA/PH ;
- De la même manière, localement, la communication et les échanges autour du projet PAERPA s'effectueront à chaque fois que possible au sein d'instances du territoire (tables tactiques MAIA,

lorsqu'elles existent) pendant la durée du déploiement. Seule une instance spécifique au pilotage du projet PAERPA sera créée au niveau du territoire projet, réunissant l'ensemble des acteurs concernés par les réponses des secteurs sanitaire, social et médico-social aux besoins des personnes âgées.

Le déploiement du projet PAERPA en Bretagne est assuré par la chef de projet, en lien avec l'équipe projet interne se réunissant une fois par mois et avec l'appui d'une chargée de mission PAERPA. En parallèle, des points réguliers seront faits lors des bilatérales entre la Délégation départementale 35 de l'ARS et le Département 35 ainsi que dans les instances internes de l'ARS.



→ Les instances du projet

Une instance stratégique départementale est créée pour porter un engagement commun et assurer la cohérence des actions (niveau départemental).

Chargée du suivi politique des différentes actions menées sur les instances de coordination (évolution des MAIA, expérimentation PAERPA, création des PTA...), l'instance stratégique départementale évalue **la bonne adéquation des démarches conduites au regard des orientations définies et veille à l'articulation permanente PTA/MAIA/PAERPA**. Dans la phase de mise en œuvre du plan d'action, elle pourra être force de propositions en matière d'offre de prévention en lien avec la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Le schéma de gouvernance fera également l'objet d'une validation de la part du conseil départemental et de l'ARS.

La composition est précisée en annexe 1 (environ 10 à 15 personnes).

- Un **comité de pilotage** spécifique au projet PAERPA (niveau territoire projet)

Instance de pilotage du projet PAERPA, le comité de pilotage valide les grandes étapes de déploiement du programme (méthodologie, diagnostic, feuille de route...) et s'assure du suivi des actions. La réussite du projet passera notamment par la bonne compréhension et appropriation par ses membres des grands enjeux et objectifs de l'expérimentation afin qu'ils les relaient auprès des réseaux, groupes de travail, instances locales auxquels ils appartiennent.

En préalable à l'installation du comité de pilotage, il était important de rencontrer les partenaires de la prise en charge sanitaire, sociale, médico-sociale des personnes âgées, pour formaliser leurs intérêts communs à mettre en œuvre le PAERPA à travers une lettre d'engagement et d'établir le cadrage régional garantissant une bonne articulation des dispositifs MAIA/PTA/PAERPA. Cette formalisation est nécessaire pour une compréhension partagée des objectifs et pour construire un plan d'action partagé et opérationnel.

Le comité de pilotage a été installé le **29 mars 2017** et se réunira une fois par trimestre pendant la phase de structuration du projet ; cette fréquence pourra être revue à l'issue de cette phase.

La composition est précisée en annexe 2 (environ 50 personnes).

- Une mobilisation des acteurs de chaque territoire via **trois comités opérationnels** Brocéliande/Vallons/Rennes (niveau infra-territoire PAERPA).

L'implication des acteurs locaux sera facilitée par la construction d'un projet répondant à des intérêts communs. Une des clés de réussite du projet réside donc dans le fait d'avoir des lieux d'échanges permettant d'informer tout au long du projet et de mobiliser tout au long de la démarche. Un travail en proximité est indispensable pour assurer l'investissement des professionnels de santé libéraux dans le projet.

Dans une dynamique territoriale et locale, les différents éléments validés par le comité de pilotage sont restitués lors des comités opérationnels pendant la mise en œuvre du programme PAERPA.

Afin de ne pas multiplier les réunions et conserver les mêmes interlocuteurs, l'animation sera assurée conjointement par un binôme constitué de la pilote MAIA et d'un professionnel de santé libéral, avec l'appui de la chargée de mission PAERPA.

Les membres des comités opérationnels partagent les éléments du diagnostic, sont force de proposition pour l'élaboration de la feuille de route et sont acteurs de la mise en œuvre des actions. Ils sont également, et c'est important, relais auprès de leurs réseaux locaux et **acteurs d'intégration**.

La composition est précisée en annexe 3 (de 15 à 40 personnes selon les territoires).

→ L'ingénierie de projet

- L'équipe projet interne ARS

Pour assurer le déploiement du projet PAERPA, la directrice de la délégation départementale d'Ille-et-Vilaine a été désignée comme chef de projet et s'appuie sur une équipe projet interne et des contributeurs ponctuels.

L'équipe projet interne définit le contenu du projet, anime les différentes étapes et suit l'avancement des tâches. Elle élabore le diagnostic, mobilise des données internes, prépare les instances et réunions, communique sur les points d'avancées et peut solliciter des compétences à certaines étapes du projet. Enfin, elle partage les informations, est le relais et le facilitateur vis-à-vis des partenariats extérieurs.

Dans une logique d'articulation avec les dispositifs existants et les projets en cours, des points réguliers seront réalisés entre la chef de projet PAERPA, la Direction Adjointe des Parcours et la Direction Adjointe de l'offre Ambulatoire.

La composition est précisée en annexe 4 (7 personnes).

- L'équipe projet externe

Conformément aux orientations de l'instance stratégique départementale et dans un objectif de convergence opérationnelle entre le PAERPA et les dispositifs existants, cette équipe de 8 « personnes relais » réfléchit aux

propositions remontant du terrain, échange sur les points de blocage éventuels, élabore des scénarios de mise en œuvre selon les dynamiques locales.

L'équipe projet externe porte une **approche territoriale intégrée** des dispositifs MAIA/PTA/PAERPA et veille à co-construire le projet avec les acteurs du territoire. En vue de construire un **unique projet de territoire**, elle s'appuie sur les remontées des trois territoires via leurs comités opérationnels. Cette équipe est un maillon indispensable pour s'assurer que les actions menées répondent bien aux besoins et spécificités du territoire et s'articulent plus aisément.

La composition est précisée en annexe 5 (8 personnes).

I.2. Objectifs du projet sur le territoire

La volonté initiale était de déployer le programme PAERPA sur le pays de Brocéliande, par extension de l'expérimentation article 70. A la demande du Ministère, ce territoire a été élargi pour finalement s'aligner sur le territoire de la filière gériatrique. Ainsi, le territoire projet PAERPA en Bretagne se compose de trois pays : **le Pays de Rennes, le Pays des Vallons de Vilaine et le Pays de Brocéliande.**

Piloté par l'ARS, le programme PAERPA réunit les acteurs de la politique de prise en charge des personnes âgées autour des mêmes ambitions rappelées dans la **lettre d'engagement** signée durant l'été 2016 :

- agir précocement sur les déterminants de la perte d'autonomie ;
- améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile et de leur entourage ;
- et ne pas faire peser sur la population la complexité et l'enchevêtrement des dispositifs.

L'ambition est de construire un véritable **projet de territoire s'appuyant sur les dispositifs, dynamiques et/ou organisations déjà en place**. L'arrivée du PAERPA constitue une opportunité d'**amplifier les coopérations professionnelles autour de la prise en charge des personnes âgées et de développer de nouveaux services à la population**. Dans un environnement administratif riche en dispositifs spécialisés, il convient de **ne pas rajouter de complexité, d'améliorer la lisibilité générale des organisations** mises en place sur des financements publics et de **rendre visible la plus-value pour l'utilisateur**.

Ainsi, la convergence des dispositifs suivants sera recherchée :

- entre le déploiement de PAERPA, la MAIA et la PTA du pays de Rennes en cours de structuration ;
- sur Brocéliande, PAERPA s'appuiera sur le déploiement simultané de la MAIA PA/PH, la capitalisation de l'expertise acquise par l'article 70 et une possible évolution de l'interpôle de Brocéliande en PTA ;
- enfin, sur Vallons de Vilaine, où il n'existe pour l'heure ni MAIA, ni PTA, le projet PAERPA se mettra en œuvre à partir des dynamiques engagées, notamment autour du pôle de santé de Bain de Bretagne (projet de CPTS en cours de réflexion).

Les moyens du PAERPA vont nous aider à construire/consolider le service à la population en apportant notamment une réponse à des besoins existants sur le territoire. En guise d'exemples : numéro unique, formations pluri-professionnelles, système d'information partagé, une amplitude horaire élargie de certains services, appui administratif aux professionnels de santé libéraux pour l'élaboration de PPS, regroupements géographiques ...

Notre feuille de route se construira à partir d'un consensus sur des priorités d'action corrélées à un diagnostic partagé des « points de rupture » dans le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans.

I.3. Méthode du diagnostic territorial

Le diagnostic territorial est un état des lieux qui recense, sur un territoire donné, les problèmes, les forces, les faiblesses, les attentes des personnes et, les enjeux sanitaires, socio-économiques et environnementaux. Il permet de cibler l'ensemble des besoins d'une population au regard de l'offre existante.

L'enjeu de la phase de diagnostic est d'identifier ce qui fait rupture dans le parcours de santé des personnes âgées pour établir un plan d'action. Ainsi, la première étape du diagnostic, travaillée par le pôle observation et statistiques de l'ARS Bretagne, consiste à analyser les données statistiques pour caractériser les territoires et prendre en compte leur hétérogénéité. Ce travail a permis de dégager des grandes orientations qui ont été dans un premier temps croisées avec les travaux précédemment menés (diagnostics FIGAR, MAIA...) et qui dans un second temps, ont été partagées et travaillées au sein d'ateliers de travail thématiques sur les points de rupture au cours d'un séminaire diagnostic PAERPA.

L'élaboration d'un diagnostic peut se faire en deux étapes :

- Un diagnostic quantitatif : basé sur un travail de recueil de données objectives et de leurs analyses (statistiques, approches cartographiques...);
- Un diagnostic partagé qui suppose la confrontation de visions différentes impliquant l'ensemble des acteurs concernés pour évaluer les enjeux locaux.

Dans le cadre du dispositif PAERPA, le diagnostic territorial a été construit en plusieurs étapes :

Etape 1 : la définition du périmètre du territoire.

Etape 2 : l'analyse populationnelle permet d'avoir une connaissance plus fine de la population de 75 ans et plus et porte sur quatre axes :

- La démographie ;
- L'analyse de la situation sociale et économique ;
- L'analyse de l'état de santé ;
- L'analyse de la dépendance.

Etape 3 : la réalisation de la cartographie de l'offre de santé. Cette cartographie portée sur 9 composantes :

- La prévention et le dépistage ;
- L'offre de soins libérale ;
- L'offre de soins hospitalière et l'offre de la filière gériatrique ;
- L'offre médico-sociale et sociale.

Etape 4 : l'analyse de la consommation de soins et des flux hospitaliers de la population.

Etape 5 : la présentation du diagnostic à l'ensemble des acteurs et ateliers de discussions. En parallèle l'état des lieux des systèmes d'information.

I.3.1. Le diagnostic quantitatif

Bases de données consultées :

- Bases de l'INSEE - Recensement General de la Population (RGP) ;
- Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – MCO – SSR – PSY et HAD ;
- Répertoire partage des professionnels de santé (RPPS) ;
- Base de données ADELI ;
- Base de données SAE ;
- FINESS ;
- ARHGOS ;
- BNA (Banque Nationale Alzheimer) ;
- CEPIDC.

Les indicateurs sont également issus de:

- L'observatoire des territoires de l'ARS Bretagne ;
- L'atlas du PRS de l'ARS Bretagne ;
- L'observatoire des fragilités grand-Nord de la CARSAT Bretagne ;
- Le diagnostic quantitatif de la FIGAR ;

- Le STATISS ;
- Les études et « Atlas social des 60 ans et plus d’Ille-et-Vilaine » et « Les enjeux du vieillissement » réalisées par le bureau d’étude COMPAS ;
- L’étude réalisée par l’INSEE sur les personnes âgées dépendantes en Bretagne (Collection Octant).

Dans le cadre du diagnostic territorial, un certain nombre d'indicateurs a été standardisé au niveau national (CNAMTS, ATIH, ASIP, DREES) afin d'alimenter le diagnostic mais également servir de base au TO dans le cadre de l'évaluation PAERPA. Les données sont de la France entière, région et territoire cible PAERPA avec une déclinaison plus fine quand cela était possible.

1.3.2. Les limites méthodologiques

- **Les données ne coïncident pas toujours avec le périmètre des pays qui composent le territoire projet**

Le territoire PAERPA a été composé à partir des EPCI 2017. Les bases de données nationales n’intègrent pas encore les nouveaux découpages des EPCI. Par conséquent certains indicateurs construits à partir des anciens EPCI ne respectent pas les limites du territoire PAERPA.

Il en est de même sur les indicateurs issus du Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information (PMSI), certaines communes du territoire PAERPA ne s’intègrent pas au découpage géographique du PMSI (le code géographique utilisé dans le PMSI regroupe un ensemble de communes dans le but de garder le secret statistique).

- **Données de comparaison manquantes**

L’hétérogénéité des trois pays qui composent le territoire projet demande une analyse des données à l’échelle de ces pays. Certaines données ne sont fournies qu’au niveau du département (par exemple le CépiDC ou le STATISS) ne permettant pas une représentativité des pays. A noter qu’il y a également des hétérogénéités à l’intérieur d’un pays. De plus, les données des territoires départemental, régional et national, recherchées pour comparaison avec le territoire de projet, n’ont pas toujours pu être collectées.

- **Données partielles**

Certaines données ont nécessité de solliciter les différents régimes d’assurance maladie. On constate des écarts de périmètre et/ou de traitements statistiques, rendant ainsi les consolidations insuffisamment fiables.

1.3.3. Le diagnostic partagé

A partir des grandes thématiques ressortant du diagnostic quantitatif et des points de rupture identifiés au niveau national, une première rencontre a été organisée avec les chargées de mission de la FIGAR, les pilotes MAIA et la gestionnaire de parcours de l’expérimentation article 70 sur le territoire projet. Les échanges ont permis d’enrichir le diagnostic de leurs constats, éléments qualitatifs observés sur leurs diagnostics respectifs.

Une rencontre réunissant en plénière les trois futurs comités opérationnels a été organisée pour partager ces éléments du diagnostic territorial puis travailler en ateliers, entre membres d’un même comité opérationnel, sur l’identification des points de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées. La configuration en ateliers de travail répondait à l’objectif de co-construction et permettait l’échange entre acteurs de territoire. Les participants ont ainsi travaillé à partir des six thématiques ressortant du diagnostic quantitatif :

- Le repérage des facteurs de risques de la perte d’autonomie et des signes de fragilités à domicile ;
- L’organisation de l’entrée en établissement de santé ;
- L’organisation du retour à son lieu de vie (domicile ou institution) / Le risque de ré-hospitalisation ;
- L’accès aux soins ;
- L’accompagnement social et médico-social / Le lien santé-social ;
- Les affections psychiatriques chez la personne âgée.

Ils ont dans un premier temps identifié les thématiques qu’ils jugeaient prioritaires sur leur territoire, pour ensuite, relever pour chacune d’entre elles les points forts et les points faibles du territoire et proposer les premiers leviers d’action.

Les trois pays ont identifié les thématiques suivantes comme prioritaires :

- Le repérage des facteurs de risques de la perte d'autonomie et des signes de fragilités à domicile ;
- L'organisation du retour à son lieu de vie (domicile ou institution) / Le risque de ré-hospitalisation ;
- L'accompagnement social et médico-social / Le lien santé-social.

Le pays de Brocéliande a également identifié la thématique « accès aux soins ».

Les constats relevés lors de ces échanges ont été intégrés à ce document de diagnostic pour compléter l'analyse des données quantitatives. Ces travaux ont par ailleurs été repris dans les comités opérationnels par territoire lors de la phase d'élaboration de la feuille de route.

Ce travail de diagnostic est essentiel car il a permis d'identifier les points de rupture et les solutions manquantes à mettre en œuvre dans la feuille de route. La feuille de route s'appuiera sur les ressources et dispositifs locaux déjà en place ou en projet, et en recherchant leur complémentarité avec les nouveaux services que propose l'expérimentation PAERPA. Ainsi, à partir des besoins repérés, le déploiement du projet PAERPA se réalisera autour d'une réflexion commune autour du service rendu : très concrètement comment amplifier ce qui fonctionne déjà sur le terrain et que faire de plus pour les personnes âgées ? (exemple : mettre en place un numéro unique à destination des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants, renforcer l'évaluation de la fragilité à travers un appui à la coordination, faciliter l'échange pluridisciplinaire à travers un système d'information partagé, apporter un appui administratif aux professionnels de santé libéraux à la rédaction des PPS, favoriser la réactivité par une plateforme téléphonique avec des horaires élargis, des moyens humains pour prioriser les appels, transmettre les informations...).

I.3.4. La population ciblée

La population cible correspond aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le régime d'assurance maladie. Pour autant, les données du diagnostic prennent en considération plusieurs tranches d'âges : 65-74 ans, 75 ans et plus et 85 ans et plus. Pour certaines données de population et de consommations de soins, les populations âgées de 55-64 ans sont également prises en compte.

I.4. Définition du périmètre du diagnostic

Un territoire composé de trois pays aux profils hétérogènes

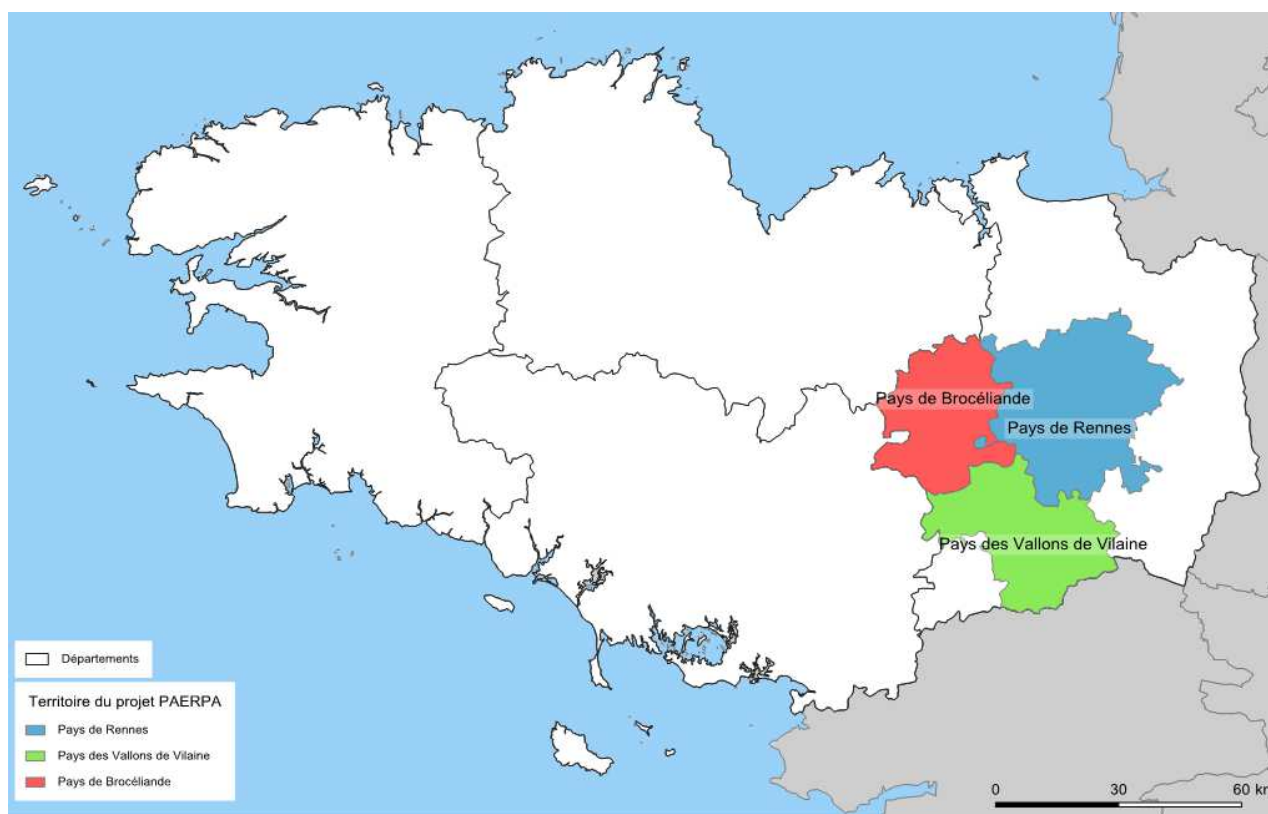
→ Un territoire projet composé de trois pays

Le territoire projet PAERPA est situé à l'Est de la région Bretagne, dans le département d'Ille-et-Vilaine (département 35), dans le territoire de santé n°5 « Rennes - Fougères – Redon ». Le territoire sélectionné à la particularité d'intégrer le chef-lieu de région, Rennes.

Le territoire projet est composé de trois pays² définis au 1^{er} janvier 2017 (le découpage des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) :

- Pays de Brocéliande ;
- Pays de Rennes ;
- Pays des Vallons de Vilaine.
-

Carte 1. Localisation du territoire projet PAERPA sur la carte des territoires de santé



Source : CGET au 1^{er} janvier 2017.

Le pays de Brocéliande est composé en 2017 de 34 communes regroupées en trois EPCI. Ce territoire est porteur du projet expérimental de l'article 70.

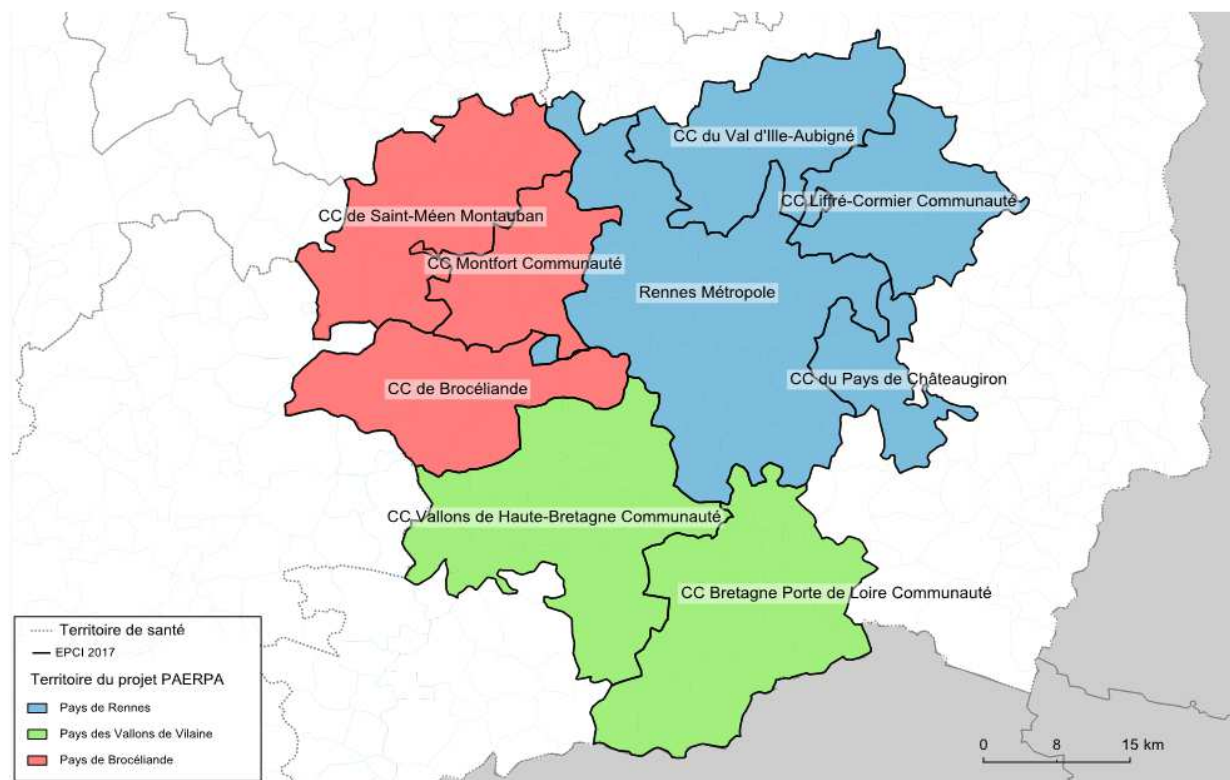
Le pays de Rennes est composé en 2017 de 79 communes réparties en quatre EPCI.

A noter que l'EPCI de Rennes Métropole intègre une commune localisée à l'intérieur des limites du pays de Brocéliande.

Le pays des Vallons de Vilaine est composé en 2017 de 39 communes réparties en deux EPCI.

² Le Pays est un territoire cohérent sur le plan géographique, culturel, économique ou social, à l'échelle d'un bassin de vie ou d'un bassin d'emploi. Il exprime la communauté d'intérêts économiques des communes ou des EPCI qui le composent.

Carte 2. Territoire projet PAERPA et découpage des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)



Source : CGET – EPCI au 1^{er} janvier 2017.

➔ Un territoire urbain, intégrant la capitale bretonne «Rennes »

Le territoire projet PAERPA rassemble près des deux tiers de la population du département avec 646 266 habitants pour 152 communes en 2016, réparties sur une superficie de 205,8 km². Ce territoire se caractérise par une densité de population supérieure à celle du département (205,8 habitants par km² contre 150,5 pour le département). Ceci se traduit par des parts plus importantes qu'en Ille-et-Vilaine de communes de forte densité³ (0,7 % versus 0,3 %) et de densité intermédiaire (14,5 % versus 9,7 %). Ce constat est lié à l'intégration de la capitale régionale dans le territoire projet, Rennes.

Tableau 1. Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2013

Territoire	Nombre d'habitants (2013)	Nombre de communes	Superficie (Km ²)	Nombre d'habitants par Km ²	Typologie de degré de densité			
					Densément peuplées	Catégorie intermédiaire	Peu denses	Très peu denses
Territoire PAERPA	646 266	152	3 141	205,8	0,7 %	14,5 %	84,2 %	0,7 %
Pays de Brocéliande	67 757	34	840	80,7	0,0 %	2,9 %	94,1 %	2,9 %
Pays de Rennes	508 761	79	1 385	367,3	1,3 %	26,6 %	72,2 %	0,0 %
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	39	916	76,1	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
Ille-et-Vilaine	1 019 923	351	6 775	150,5	0,3 %	9,7 %	88,3 %	1,7 %
Bretagne	3 258 707	1250	27 208	119,8	0,3 %	9,4 %	82,1 %	8,6 %
France	65 564 756	35886	643 801	101,8	1,7 %	8,2 %	54,3 %	35,8 %

Source : INSEE - recensement de la population 2013 – Délimitation des communes au 1^{er} janvier 2016.

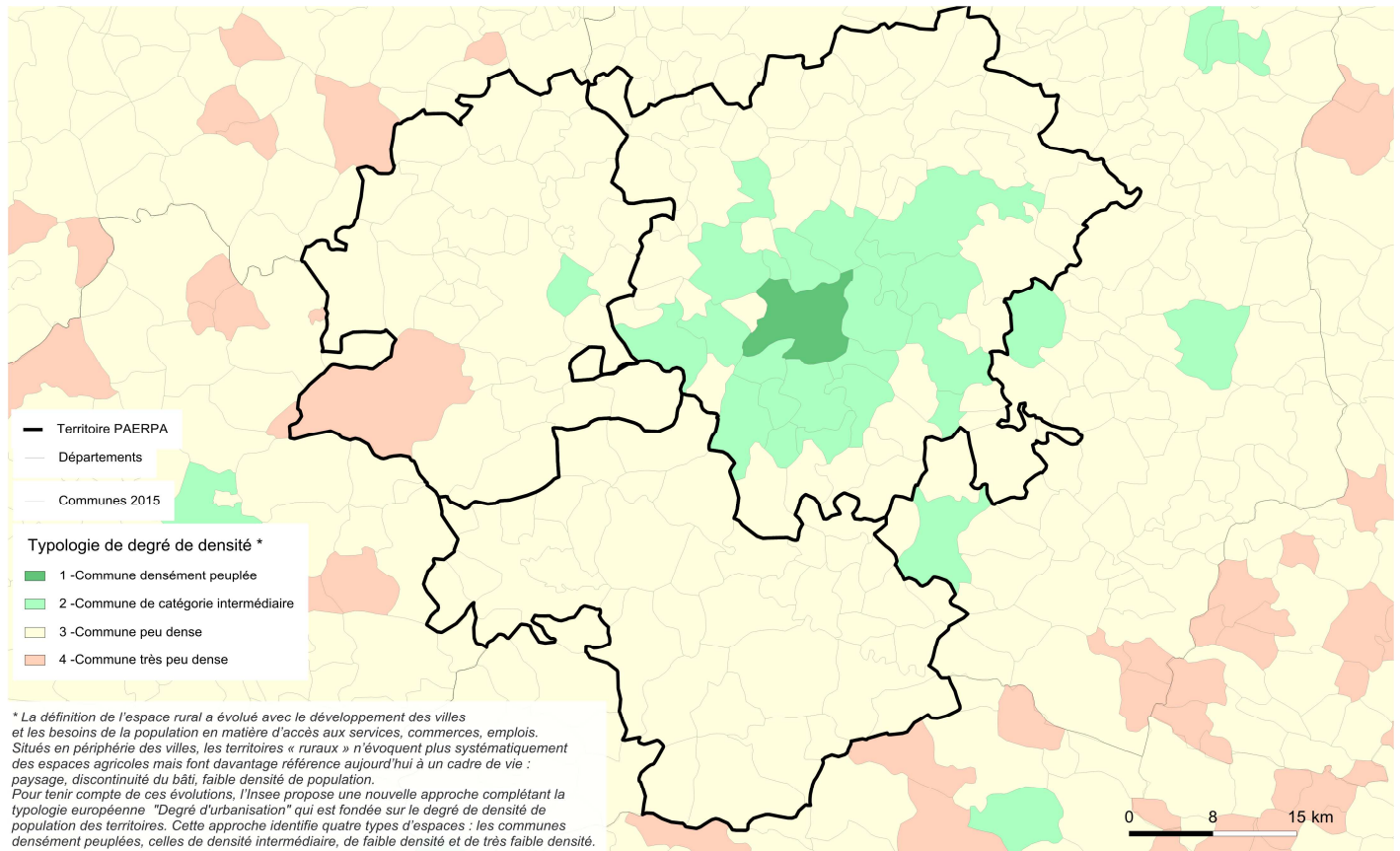
³ La définition de l'espace rural a évolué avec le développement des villes et les besoins de la population en matière d'accès aux services, commerces, emplois. Situés en périphérie des villes, les territoires « ruraux » n'évoquent plus systématiquement des espaces agricoles mais font davantage référence aujourd'hui à un cadre de vie : paysage, discontinuité du bâti, faible densité de population. Pour tenir compte de ces évolutions, l'Insee propose une nouvelle approche complétant la typologie européenne « Degré d'urbanisation » qui est fondée sur le degré de densité de population des territoires. Cette approche identifie quatre types d'espaces : les communes densément peuplées, celles de densité intermédiaire, de faible densité et de très faible densité.

→ ... masquant des diversités territoriales

Les trois pays composant le territoire projet PAERPA présentent trois profils différents de par leurs caractéristiques :

- Les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine rassemblent chacun environ 10 % de la population domiciliée sur le territoire projet. Ces deux sous territoires présentent des densités de population très faibles par rapport aux densités moyennes régionale et nationale.
- Le pays de Rennes se caractérise par une densité de population très importante par rapport à la densité moyenne régionale et nationale (367 habitants par km²).

Carte 3. Grille communale de densité 2015 du territoire projet PAERPA



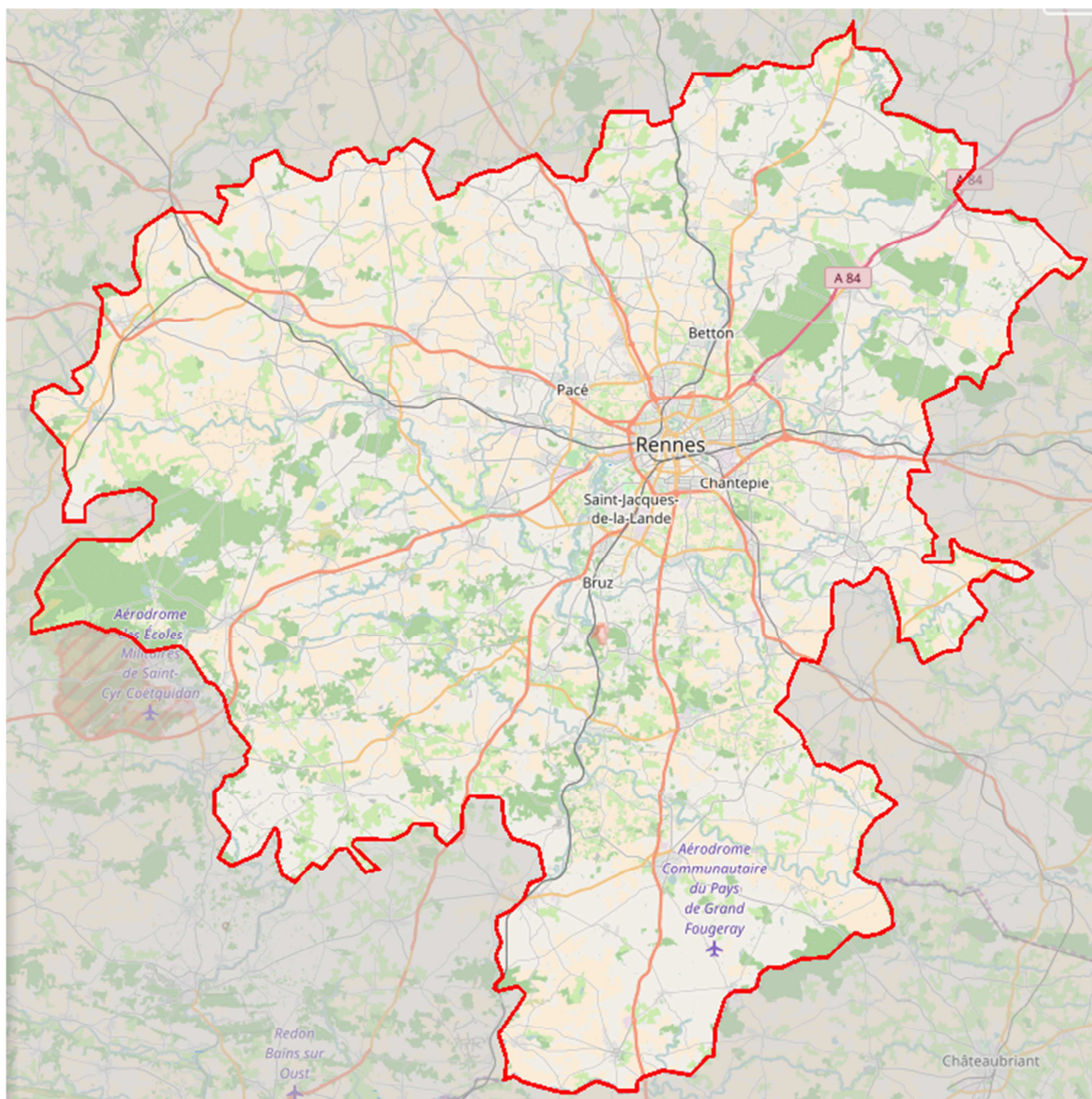
Source : INSEE 2015.

De par l'intégration du chef-lieu de région, le territoire projet rennais bénéficie d'un réseau d'axes routiers et ferroviaires riche. Depuis juillet 2017, la ville de Rennes est reliée à Paris par une Ligne à Grande Vitesse (LGV) en 1h30. Ceci est susceptible d'augmenter l'attractivité de la région et donc la densité de ce territoire.

De plus, les habitants de Rennes Métropole disposent d'un bon réseau de transports en commun.

Concernant les territoires de Brocéliande et des Vallons de Vilaines, ils sont traversés par quelques grands axes routiers tels que « Rennes-Nantes », « Rennes-Lorient », « Rennes-St-Brieuc ». Les solutions de mobilité collectives sont moins favorables dans ces territoires.

Carte 4. Carte du réseau routier du territoire projet PAERPA



Source : OpenStreetMap

En 2013, le territoire projet PAERPA regroupe 68 % de salariés pour 63 % des habitants de l’Ille-et-Vilaine. Les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine sont davantage des territoires d’habitations que des territoires d’emplois (7 % de la population du département versus 4 % des emplois). A l’inverse le territoire rennais représente plus une zone d’emploi qu’une zone d’habitation.

Tableau 2. Nombre d’habitants et nombre de salariés sur les territoires en 2013

Territoire	Nombre d'habitants (2013)	Nombre de personnes salariées sur le territoire (2013)	Part des habitants du 35 domiciliés sur le territoire	Part des salariés du 35 travaillant sur le territoire
Territoire PAERPA	646 266	301 656	63,4 %	67,7 %
Pays de Brocéliande	67 757	18 645	6,6 %	4,2 %
Pays de Rennes	508 761	265 845	49,9 %	59,7 %
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	17 166	6,8 %	3,9 %
Ille-et-Vilaine	1 019 923	445 674	100 %	100 %

Source : INSEE, recensement de la population 2013.

Synthèse des caractéristiques du territoire

Constats	<ul style="list-style-type: none">↪ Un territoire projet composé de trois pays : Brocéliande, Rennes et Vallons de Vilaine↪ 646 266 habitants soit 20 % de la population régionale↪ Prépondérance du Pays de Rennes (80 % de la population du territoire PAERPA), territoire dense
Points forts	<ul style="list-style-type: none">↪ Grands axes routiers et ferroviaires sur l'ensemble du territoire↪ Offre de mobilité collective sur Rennes Métropole
Points faibles	<ul style="list-style-type: none">↪ Un territoire projet représentant trois réalités différentes↪ Faible offre de transports collectifs sur Brocéliande et Vallons de Vilaine
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none">↪ Concentration de l'offre sur le pays de Rennes↪ Difficultés d'accès aux soins sur les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none">↪ Lever les freins à l'accessibilité aux soins en proposant des solutions de transport

II. Etude populationnelle

II.1. Analyse démographique

→ Une population en très forte croissance et de plus en plus jeune sur les territoires à faible densité

Le territoire PAERPA breton compte un total de 646 266 habitants en 2013, soit 63 % de la population du département. Par rapport à 1999, la population domiciliée sur le territoire projet a augmenté de 20 %, soit une progression deux fois plus importante que celle de la région Bretagne (+ 10,9 %).

A l'échelle des trois pays qui composent le territoire, les évolutions de population entre 1999 et 2013 présentent d'importants écarts. Les populations du pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine ont respectivement progressé de 32,2 % et 40,1 %, soit des hausses moyennes annuelles de 2 % et 2,4 %. Quand dans le pays de Rennes, la population ne progresse que de 16,4 % en quatorze ans, soit une croissance moyenne annuelle de 1,3 %.

Ces observations sont probablement liées à la migration de proximité des jeunes dans les villes aux alentours de Rennes métropole, afin de bénéficier des meilleures conditions de vie et d'habitat, tout en disposant rapidement des commodités de la métropole avec les réseaux de transport en commun, entraînant la périurbanisation des campagnes environnantes.

De plus, la population installée dans le territoire projet est plutôt jeune puisque pour 100 jeunes de moins de 20 ans, il y a 52 personnes âgées de 65 ans et plus en 2013 (62 pour le département et 81 pour la région). Depuis 1999, le vieillissement du territoire projet s'accroît avec un indice de vieillissement passant de 45,3 à 52, mais ce vieillissement est uniquement observé sur le pays de Rennes, les deux autres territoires présentent un rajeunissement de la population en quatorze ans.

Tableau 3. Evolution de la population depuis 1999

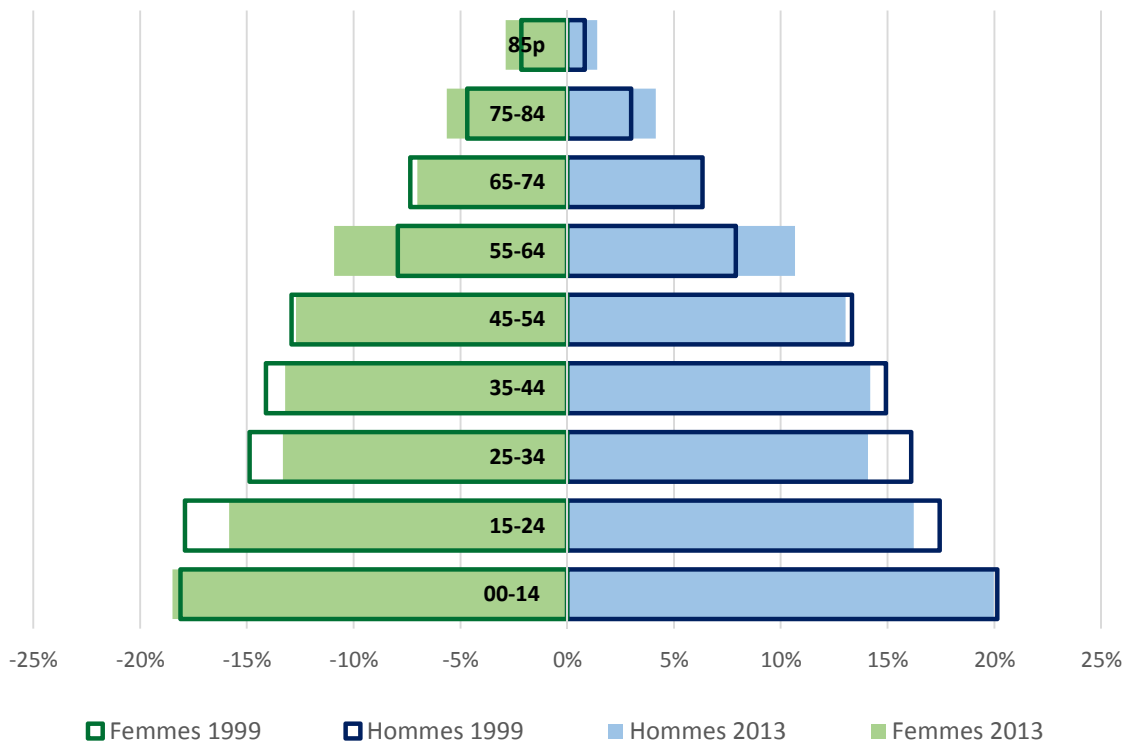
Territoire	Nombre d'habitants (2013)	Evolution pop / 1999	Taux de variation annuel entre 1999 et 2013	Indice de vieillissement 1999	Indice de vieillissement 2013
Territoire PAERPA	646 266	20,1 %	1,3 %	45,3	52,0
Pays de Brocéliande	67 757	32,2 %	2,0 %	58,5	52,3
Pays de Rennes	508 761	16,4 %	1,1 %	42,1	53,0
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	40,1 %	2,4 %	59,4	45,6
Ille-et-Vilaine	1 019 923	17,6 %	1,2 %	55,5	62,0
Bretagne	3 258 707	10,9 %	0,7 %	70,1	81,4
France	65 564 756	13,6 %	0,9 %		73,6

Source : INSEE, recensement de la population 1999 et 2013.

Note : L'indice de vieillissement de la population permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Il rapporte le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire.

La pyramide des âges ci-après illustre bien le vieillissement de la population du territoire projet avec l'augmentation de la part des personnes âgées de 75 ans et plus.

Graphique 1. Part des populations 1999 et 2013 du territoire PAERPA par classe d'âge



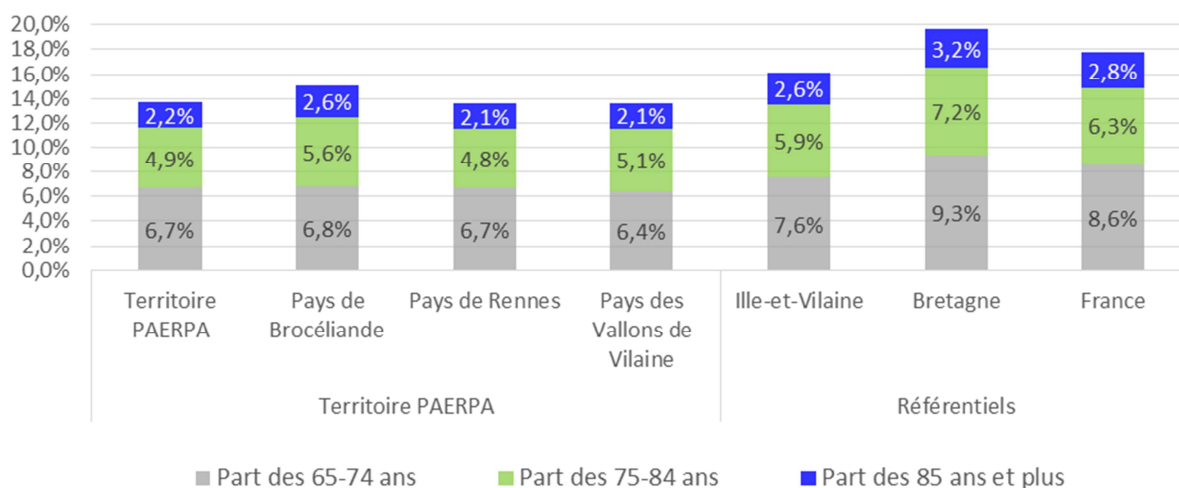
Source : INSEE, recensement de la population 1999 et 2013.

➔ Une part de personnes âgées de 75 ans et plus inférieure à celle du département

En 2013, le territoire projet PAERPA compte 45 622 personnes de 75 ans et plus, soit 7,1 % de la population, dont 13 908 ont 85 ans plus, et 43 058 personnes âgées de 65 et 74 ans (6,7 %). Ces proportions sont inférieures à celles du département (respectivement 8,5 % et 7,6 %), à celles de la région (10,4 % et 9,3 %) mais aussi à celles de la France (9,1 %, 8,6 %).

A noter toutefois, que les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus observées en Bretagne sont supérieures aux proportions françaises.

Graphique 2. Part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population du territoire.



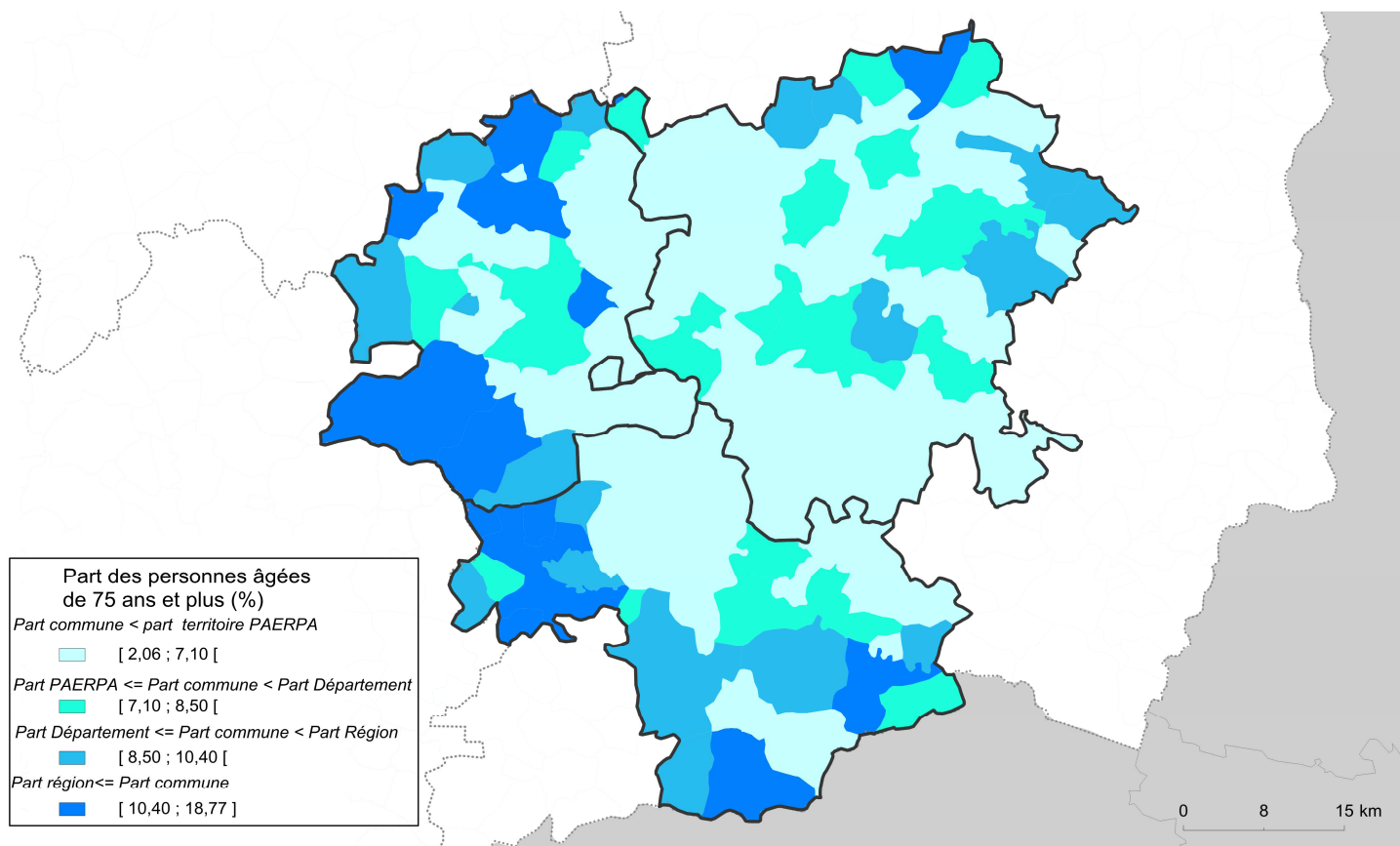
Source : INSEE, recensement de la population 2013.

A l'échelle des pays qui composent le territoire projet, les proportions globales de personnes âgées de 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus, sont globalement équivalentes et inférieures à la part observée en Ille-et-Vilaine.

Néanmoins, la carte illustrant la part des personnes âgées de 75 ans et plus, par commune montre des disparités infra-territoriales :

- Sur les 34 communes qui composent le pays de Brocéliande, 14 communes (41 %) présentent des parts de personnes âgées de 75 ans et plus supérieures à celles du territoire PAERPA (7,1 %). De plus, parmi ces communes, 6 ont une part supérieure à la part régionale : St-Méen le Grand (18,8 %), Paimpont (13,5 %), Plélan Le Grand (12,7 %), Montauban de Bretagne (10,6 %), Montfort Sur Meu (10,6 %) et Médréac (10,5 %).
- Sur les 79 communes composant le pays de Rennes, 21 communes (26,6 %) affichent des parts de personnes âgées de 75 ans et plus supérieures à celle du territoire PAERPA (7,1 %). Parmi ces communes, Béchereil et Sens de Bretagne présentent des parts de personnes âgées de 75 ans et plus supérieures à la part de la région (respectivement 16,4 % et 11,3 %).
- Sur les 39 communes composant le pays des Vallons de Vilaine, 20 communes (51,3 %) affichent des parts de personnes âgées de 75 ans et plus supérieures à celle du territoire PAERPA (7,1 %). De plus, parmi ces communes, 4 ont une part supérieure à la part régionale : St-Séglin (13,8 %), Campel (11,3 %), Grand Fougeray (10,8 %) et Maure de Bretagne (10,7 %).

Carte 5. Part des personnes âgées de 75 ans et plus par commune du territoire projet



Source : INSEE – zonage 2016 et RGP 2013.

Entre 1999 et 2013, la part des personnes âgées de 75 ans et plus domiciliées sur le territoire PAERPA a augmenté de 1,7 point, alors qu’au niveau régional, elle a augmenté de 2,6 points en quatorze ans. Cette hausse varie de 0,5 point pour le pays des Vallons de Vilaine à 1,9 point pour le pays de Rennes.

On peut noter une part plus forte en périphérie du territoire PAERPA, notamment à l’ouest.

Tableau 4. Evolution de la population entre 1999 et 2013 et part des personnes âgées en 2013

Territoire	Nombre d'habitants (2013)		Personnes âgées de 75 ans et plus			Personnes âgées de 85 ans et plus		
	Effectif	Evolution /1999	Effectif	Part dans la pop totale	Evol. de la part /1999 (points)	Effectif	Part dans la pop totale	Evol. de la part /1999 (points)
Territoire PAERPA	646 266	20,1 %	45 622	7,1 %	1,7	13 908	2,2 %	0,01
Pays de Brocéliande	67 757	32,2 %	5 580	8,2 %	1,0	1 779	2,6 %	0,01
Pays de Rennes	508 761	16,4 %	35 016	6,9 %	1,9	10 663	2,1 %	0,01
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	40,1 %	5 025	7,2 %	0,5	1 466	2,1 %	0,00
Territoire de santé n°5	904 386	19,3 %	71 518	7,9 %	1,9	21 797	2,4 %	0,01
Ille-et-Vilaine	1 019 923	17,6 %	86 657	8,5 %	2,0	26 805	2,6 %	0,01
Bretagne	3 258 707	10,9 %	337 610	10,4 %	2,6	102 738	3,2 %	0,01
France	65 564 756	13,6 %	5 985 373	9,1 %	2,0	1 863 995	2,8 %	0,01

Source : INSEE - recensement de la population 1999 et 2013.

➔ ... mais un vieillissement de la population qui risque de s'accroître dans les années à venir

Malgré le constat d'une population globalement jeune sur le territoire projet, les projections de l'INSEE aux horizons 2030 et 2040 sur le département d'Ille-et-Vilaine annoncent une accentuation du vieillissement de la population avec un indice de vieillissement qui passe de 62 en 2013 à 82 en 2030 et à 94 en 2040.

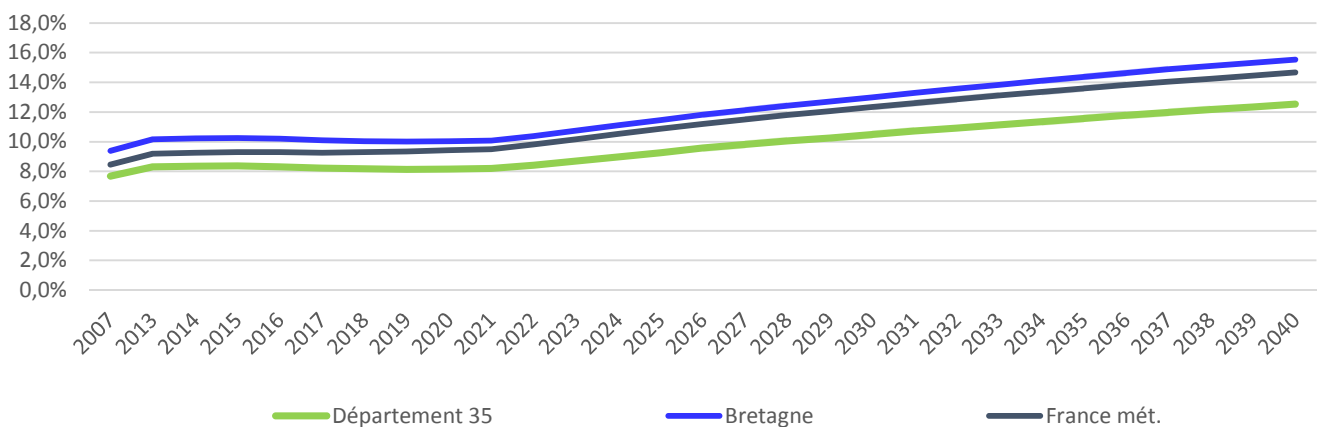
Tableau 5. Projection des populations aux horizons 2030 et 2040

Territoire	Nombre d'habitants (2013)		Indice de vieillissement		Personnes âgées de 65-74 ans		personnes âgées de 75 -84 ans		personnes âgées de 85 ans et plus	
	2030	2040	2030	2040	2030	2040	2030	2040	2030	2040
Ille-et-Vilaine	1 173 191	1 250 110	75	94	115 337	126 541	88 224	99 457	34 801	57 379
Bretagne	3 673 668	3 873 411	109	123	443 856	466 088	343 410	383 083	133 968	218 957

Source : INSEE – projection de population – Modèle Omphale 2010 (année de référence = 2007).

Entre 2013 et 2040, une croissance de la part des plus de 75 ans est en effet attendue dans le département (+ 4 points) et par extension dans le territoire projet.

Graphique 3. Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population jusqu'en 2040



Source : INSEE – projection de population – Modèle Omphale 2010 (année de référence : 2007).

Dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie des seniors, le bureau d'étude COMPAS a réalisé en 2016 un atlas social des 60 ans et plus d'Ille-et-Vilaine.

D'après cette étude, les pays de Rennes et des Vallons de Vilaine présentent en 2012 comme en 2013 les parts des 75 ans et plus les plus faibles du département. Toutefois, ces pays présentent également des indices d'évolution des générations âgées les plus élevés du département. Par conséquent, si ces deux pays présentent aujourd'hui des parts de 75 ans et plus faibles, dans les années à venir, ces territoires vont connaître les plus fortes évolutions des personnes âgées de 75 ans et plus.

Tableau 6. Indice d'évolution des générations

Territoire	Personnes âgées de 60-74 ans		Personnes âgées de 75-84 ans		Personnes âgées de 85 ans et plus		Indice d'évolution des générations (60-74 / 75 ans et plus)
	Effectif	part en %	Effectif	part en %	Effectif	part en %	
Territoire PAERPA	72 938	11,5 %	30 842	4,8 %	13 063	2,1 %	1,66
Pays de Brocéliande	8 271	12,4 %	3 781	5,7 %	1 647	2,5 %	1,52
CC Brocéliande	2 154	12,8 %	951	5,7 %	345	2,1 %	1,66
CC de Montfort Communauté	2 979	12,2 %	1 161	4,7 %	516	2,1 %	1,78
CC de St-Méen Montauban	3 138	12,3 %	1 669	6,5 %	786	3,1 %	1,28
Pays de Rennes	57 042	11,6 %	23 611	4,8 %	10 076	2,0 %	1,69
Rennes métropole	49 025	11,7 %	20 353	4,8 %	8 645	2,1 %	1,69
CC du Pays de Châteaugiron	2 653	11,3 %	980	4,2 %	461	2,0 %	1,84
CC du pays de Liffré	1 649	10,7 %	744	4,8 %	329	2,1 %	1,54
CC du Pays d'Aubigné	1 569	11,0 %	785	5,5 %	332	2,3 %	1,40
CC du Val d'Ille	2 146	11,0 %	749	3,9 %	309	1,6 %	2,03
Pays des Vallons de Vilaine	7 625	11,4 %	3 450	5,2 %	1 340	2,0 %	1,59
CC de Moyenne Vilaine	2 787	10,8 %	1 308	5,1 %	538	2,1 %	1,51
Vallons de Haute Bretagne Communauté	4 838	11,8 %	2 142	5,2 %	802	2,0 %	1,64
Ille-et-Vilaine	130 925	13,0 %	59 410	5,9 %	25 759	2,6 %	1,54
France métropolitaine	9 295 495	14,7 %	4 045 161	6,4 %	1 761 004	2,8 %	1,60

Source : données issues de l'étude « atlas social des 60 ans et plus d'Ille-et-Vilaine » - COMPAS (INSEE RP 2012- EPCI 2016).

Note : L'indice d'évolution des générations âgées rapporte la population âgée de 60 -74 ans à la population âgée de 75 ans et plus. Cet indicateur permet d'appréhender sans réaliser de projection de population, l'évolution programmée de la population âgée et ainsi le vieillissement à venir de la population. En effet, le rapport entre ces deux générations donne une idée du remplacement des générations par la décennie suivante. Plus ce rapport est élevé, plus la génération des 60 -74 ans est importante par rapport à la génération des 75 ans et plus, et plus la population des personnes âgées est susceptible d'augmenter dans la décennie à venir. Et inversement, plus ce rapport est faible et plus la population des 75 ans et plus est susceptible de diminuer dans la décennie à venir. Cet indicateur est surtout significatif pour les comparaisons entre les territoires. En effet, il ne prend pas en compte les taux de mortalité (l'intégralité des 60-74 ans n'atteindra pas l'âge de 75 ans), ni les migrations susceptibles d'intervenir pendant les décennies.

Synthèse sur l'évolution démographique

Constats	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un vieillissement à l'œuvre sur le territoire du projet notamment dû à la prééminence du pays de Rennes car les deux autres pays rajeunissent sous l'effet de la périurbanisation ↪ 45 622 personnes de 75 ans et plus sur le territoire projet (soit 7,1 % de la population) ↪ De fortes disparités intra territoires sur la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus avec notamment une part importante de cette population aux frontières du département
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Des territoires dynamiques et une très forte croissance démographique pour Brocéliande et Vallons de Vilaine
Points faibles	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Le vieillissement s'accroîtra pour les générations à venir et ce, sur l'ensemble du territoire projet. Les pays de Rennes et Vallons de Vilaine en particulier présentent aujourd'hui des faibles parts de personnes âgées de 75 ans et plus mais ce sont aussi ces territoires qui vont connaître les plus fortes augmentations de cette tranche de la population dans les années à venir
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un possible isolement des personnes âgées de 75 ans et plus dans certains territoires ruraux éloignés des centres urbains ↪ Des besoins accrus pour cette population dans les années à venir
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Anticiper le vieillissement de la population par des actions de prévention ↪ Développer l'information de proximité sur les services, actions auprès de la population cible des 75 ans et plus, notamment les plus isolés

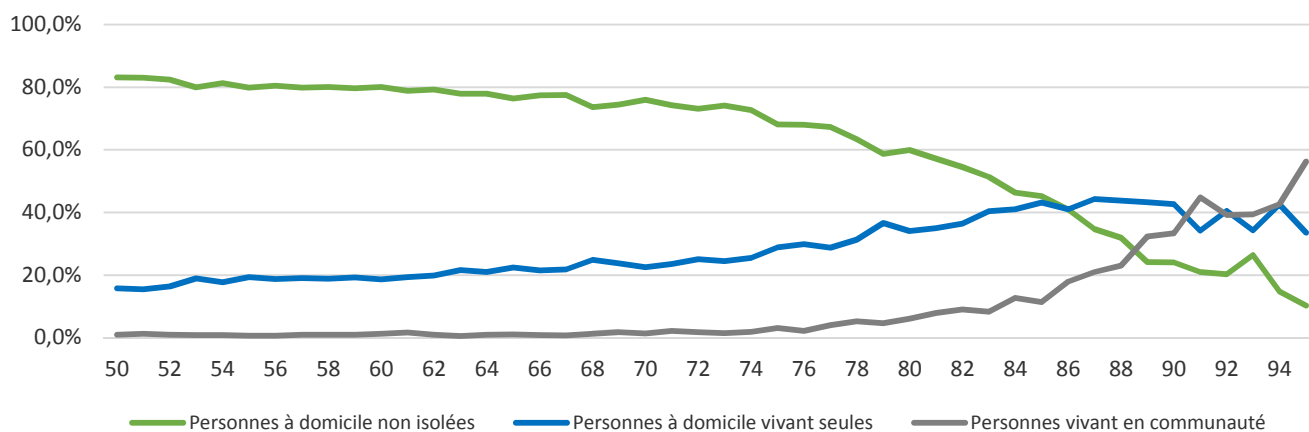
II.2. Analyse socio-économique

→ Une part de personnes âgées vivant seules plus faible qu'en Bretagne

L'une des problématiques majeures auxquelles sont confrontés les services sociaux est celle de l'isolement des personnes âgées. La proportion de personnes qui vivent seules au sein de leur résidence s'accroît assez logiquement avec l'âge : 25 % des personnes âgées de 65 -74 ans domiciliées sur le territoire PAERPA vivent seules tandis que cette part passe à 29 % pour les 75 à 79 ans et à 39 % pour les 80 ans et plus. Cette hausse est généralement liée au décès du conjoint.

Néanmoins, les parts des personnes âgées vivant seules sur le territoire PAERPA restent inférieures aux parts régionales et nationales.

Graphique 4. Evolution des modes de vie selon l'âge sur le territoire PAERPA

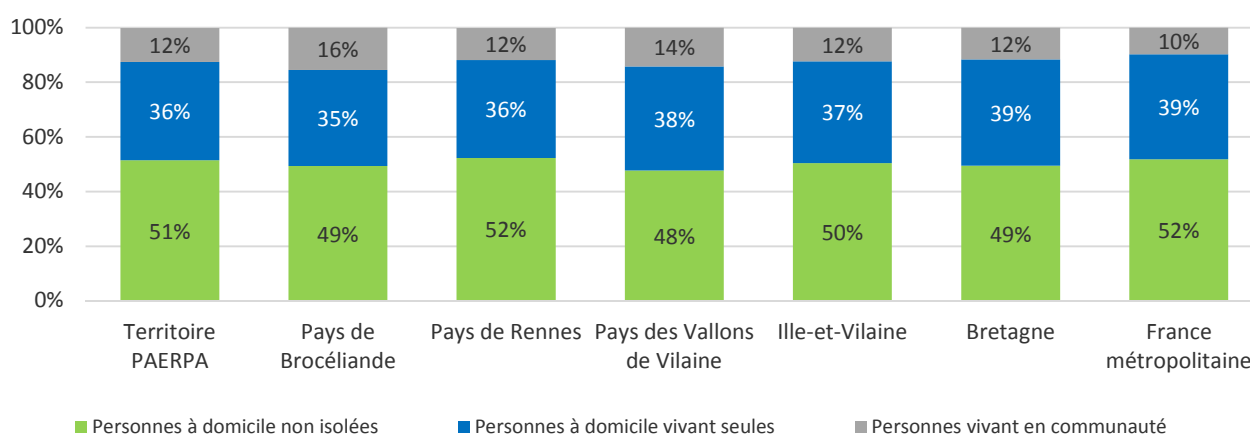


Source : INSEE, recensement de la population 2013.

Définition INSEE : Une communauté est un ensemble de locaux d'habitation relevant d'une même autorité gestionnaire et dont les habitants partagent à titre habituel un mode de vie commun. La population de la communauté comprend les personnes qui résident dans la communauté, à l'exception de celles qui résident dans des logements de fonction :

- Les services de moyen ou de long séjour des établissements publics ou privés de santé, les établissements sociaux de moyen et long séjour, les maisons de retraite, les foyers et résidences sociales ou assimilés ;
- Les communautés religieuses ;
- Les établissements pénitentiaires ;
- Les établissements sociaux de court séjour ;
- Les autres communautés.

Graphique 5. Répartition des personnes âgées de 75 ans et plus selon les modes de vie



Source : INSEE, recensement de la population 2013.

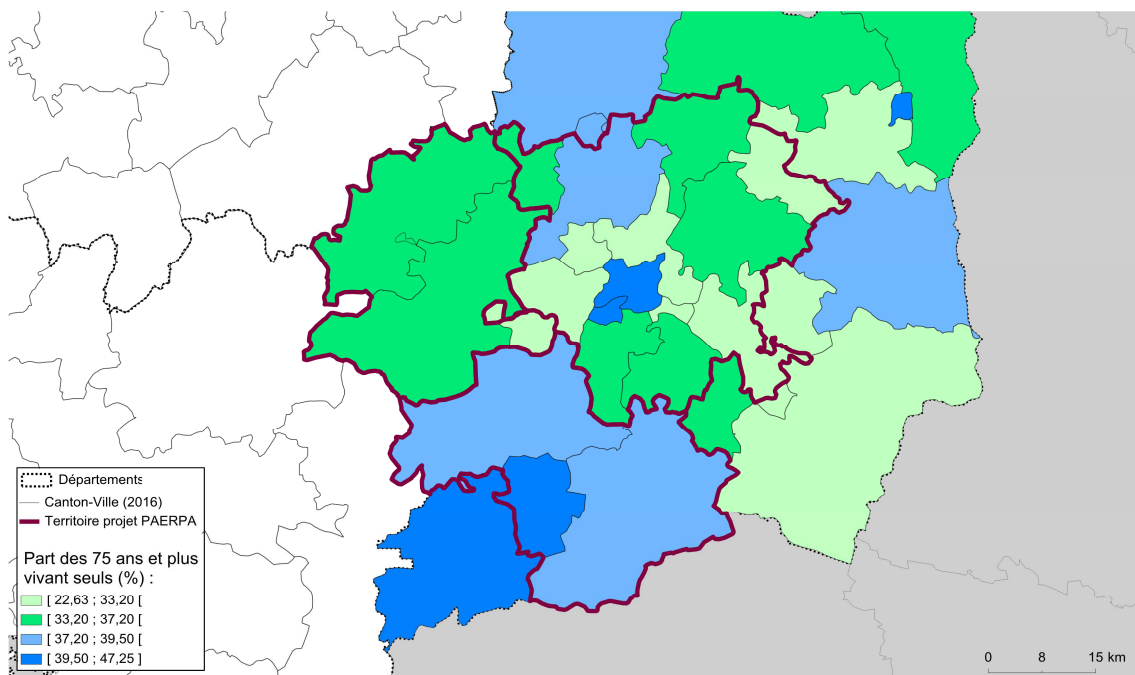
Tableau 7. Part des personnes âgées vivant seules et vivant en communauté

Territoire	Personnes au domicile mais non isolées			Personnes seules au domicile			Personnes en communauté		
	Part des 65 - 74 ans	Part des 75-79 ans	Part des 80 ans et +	Part des 65 - 74 ans	Part des 75-79 ans	Part des 80 ans et +	Part des 65 - 74 ans	Part des 75-79 ans	Part des 80 ans et +
Territoire PAERPA	75,2%	65,2%	42,7%	23,4%	30,9%	39,2%	1,4%	3,8%	17,9%
Pays de Brocéliande	76,2%	64,2%	40,6%	21,7%	30,2%	37,9%	1,9%	5,6%	21,5%
Pays de Rennes	74,9%	65,8%	43,5%	23,8%	31,0%	39,1%	1,2%	3,1%	17,2%
Pays des Vallons de Vilaine	76,5%	61,7%	39,5%	21,4%	31,1%	42,2%	2,1%	7,2%	18,4%
Ille-et-Vilaine	74,9%	65,2%	41,4%	23,4%	31,1%	41,0%	1,6%	3,7%	17,6%
Bretagne	74,0%	63,5%	40,8%	24,5%	32,9%	42,6%	1,4%	3,5%	16,6%
France métropolitaine	74,1%	64,9%	43,9%	24,3%	32,0%	42,4%	1,5%	3,1%	13,6%

Source : INSEE, recensement de la population 2013.

En 2013, le taux de personnes âgées de 65 ans et plus vivant en communauté sur le territoire PAERPA est de 7 % variant de 6 % pour le pays de Rennes à 9 % dans le pays des Vallons de Vilaine. Ce taux est supérieur au taux observé en Bretagne (6 %). Par ailleurs, nous pouvons noter que le pays de Brocéliande qui concentre le plus de personnes âgées ayant recours à l’institutionnalisation est aussi le territoire qui dispose des meilleurs taux d’équipement en EHPAD et en résidence-autonomie.

Carte 6. Part des Breilliens de 75 ans et plus vivant seuls à domicile par cantons-villes



Source : INSEE, recensement de la population 2013.

Note de lecture : les cantons en vert ont des parts de personnes âgées vivant seules inférieures au département (37,2 %). A l’inverse les cantons en bleus ont des parts supérieures au département.

Le « Canton-ou-ville » (ou pseudo-canton) est un regroupement d’une ou plusieurs communes entières.

➔ Un nombre d’aidants 4 à 5 fois plus important que le nombre d’aidés

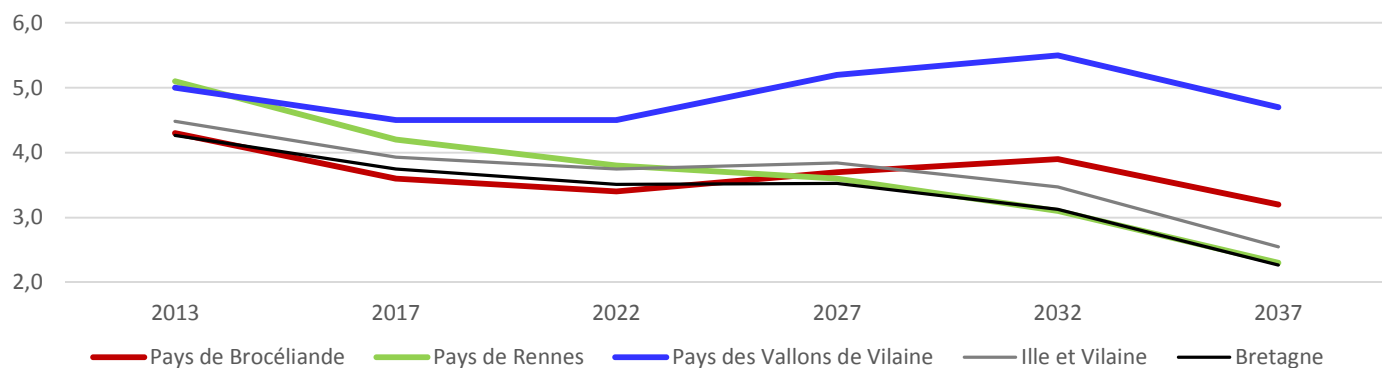
La question de l’accompagnement des aînés est essentielle. Le rapport entre les 55-64 ans (population des aidants) et les 85 ans (population à aider) donne une idée du potentiel en matière de soutien à domicile des personnes âgées dépendantes par leur famille.

En 2013, les personnes de 55-64 ans vivant dans les pays de Rennes et des Vallons de Vilaines sont 5 fois plus nombreuses que les personnes de 85 ans et plus alors qu’en Bretagne et en Ille-et-Vilaine, les aidants seraient 4,5 et 4,3 plus nombreux.

Entre 2013 et 2037, le ratio aidants /aidés devrait se réduire considérablement : quatre fois plus nombreux en 2013, les 55-64 ans vivant en Bretagne ne seraient plus que deux fois plus nombreux vers 2037. L’écart entre les deux ratios devrait être particulièrement notable sur le Pays de Rennes (en 2013 le ratio est de 5,1 alors que le ratio

estimé en 2037 est de 2,3). Les projections de population du Pays des Vallons de Vilaine présentent une certaine stabilité du ratio aidants / aidés en 24 ans, avec par ailleurs une baisse du ratio vers 2032 (liée à la rentrée dans la classe d'âge des 85 ans et plus des générations du baby-boom).

Graphique 6. Projection du ratio aidants - aidés



Source : INSEE RP 2013 – Projections de population (Modèle Omphale 2010).

Le ratio aidants / aidés = population âgée de 55-64 ans (population des aidants) / sur la population de 85 ans (population à aider).

L'étude sur « les enjeux du vieillissement » réalisée par le bureau d'étude COMPAS identifie, en plus de la baisse du ratio aidants/aidés, un autre facteur : la diminution des aspirations des femmes des générations nées dans les années 1960 à prendre en charge les aînés, une fois arrivées à l'âge de la retraite, constat à mettre en regard de l'augmentation du nombre de femmes actives.

Commentaires issus de l'étude COMPAS :

Cette prise en charge se fera-t-elle par des services collectifs (à domicile ou en institution) en faisant jouer la solidarité nationale par l'impôt ? Où va-t-on compter sur les solidarités familiales et le secteur privé marchand ? Dans ce dernier cas, on a de bonnes raisons de penser que la prise en charge sera plus inégalitaire selon les milieux sociaux. En particulier, les femmes (principales «aidantes») des milieux sociaux qui n'auront pas les moyens d'avoir recours au privé devront y consacrer une part importante de leur temps.

→ De fortes inégalités infra-territoriales dans les revenus mensuels

Les Breilliens sont globalement favorisés avec un revenu⁴ médian de 1 706 €, supérieur au revenu médian de la région Bretagne (1 660€) et de la France métropolitaine (1 682 €). Le pays de Rennes se situe en tête avec quatre EPCI qui présentent des revenus médians supérieurs au département, en particulier l'EPCI du pays de Châteaugiron (1 913 €). A l'inverse la population du Pays des Vallons de Vilaine semble être défavorisée par rapport au département, avec des revenus médians inférieurs au département pour les trois EPCI qui composent le territoire et en particulier l'EPCI du pays du grand Fougeray (1 478 €).

Les 60-74 ans disposent sur tous les territoires de comparaison, d'un revenu supérieur à la population générale dans laquelle ils évoluent. Mais les inégalités entre les EPCI et par extension entre les pays qui composent le territoire projet par rapport au département sont identiques à celles observées sur l'ensemble de la population.

Le revenu médian des plus de 75 ans est moins élevé que celui de la population générale. De plus, contrairement à la l'ensemble de la population et aux 60-74 ans, le revenu médian des Breilliens de 75 ans et plus est globalement équivalent au revenu médian régional (1 532 €) mais inférieur au revenu médian national (1 628 €). A l'échelle des EPCI, seuls les EPCI de Rennes métropole, et du pays de Liffré affichent des revenus médians supérieurs au revenu médian départemental, régional et national pour l'EPCI de Rennes métropole.

⁴ Le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité (nets des cotisations sociales), les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs.

Tableau 8. Revenus mensuels médians par unité de consommation

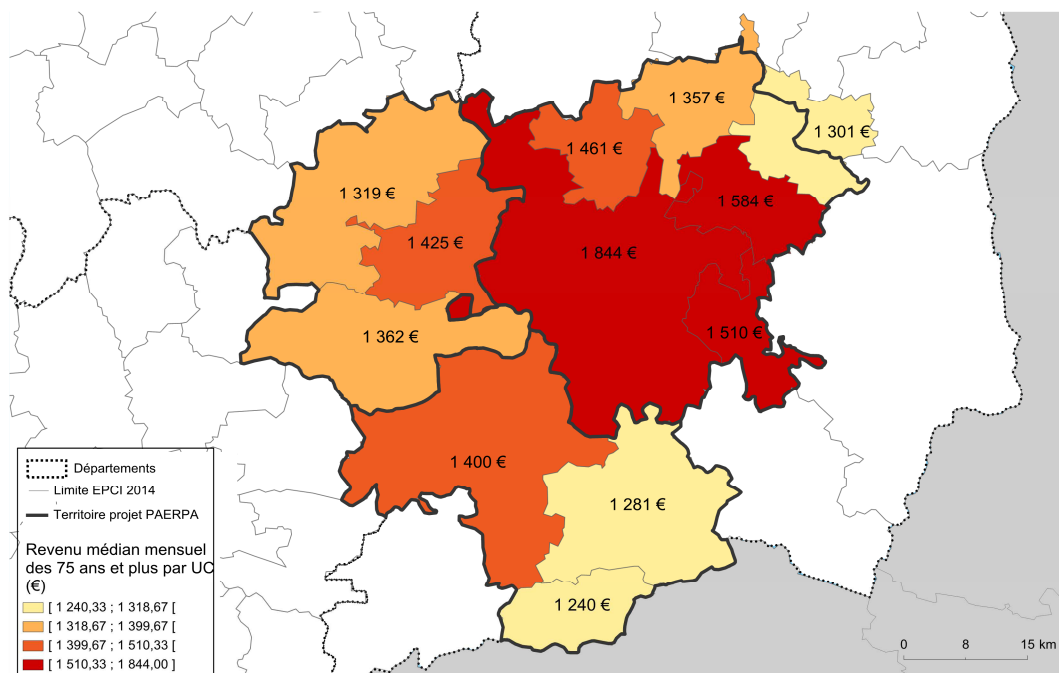
Territoire	EPCI 2014	Population générale		60 - 74 ans		75 ans et plus	
		Revenu mensuel médian par UC	Ecart avec le département	Revenu mensuel médian par UC	Ecart avec le département	Revenu mensuel médian par UC	Ecart avec le département
Pays de Brocéliande	CC de Saint-Méen Montauban	1 579 €		1 783 €		1 319 €	
	CC Montfort Communauté	1 741 €		1 966 €		1 425 €	
	CC de Brocéliande	1 681 €		1 842 €		1 362 €	
Pays de Rennes	CA Rennes Métropole	1 838 €		2 195 €		1 844 €	
	CC du Pays de Saint Aubin du Cormier	1 637 €		1 768 €		1 301 €	
	CC du Pays de Châteauaugiron	1 913 €		2 098 €		1 510 €	
	CC du Val d'Ille	1 872 €		2 080 €		1 461 €	
	CC du Pays d'Aubigné	1 659 €		1 835 €		1 357 €	
	CC du Pays de Liffré	1 806 €		2 033 €		1 584 €	
Pays des Vallons de Vilaine	CC Vallons de Haute-Bretagne Communauté	1 668 €		1 847 €		1 400 €	
	CC de Moyenne Vilaine et Semnon	1 605 €		1 731 €		1 281 €	
	CC du Pays du Grand Fougeray	1 478 €		1 583 €		1 240 €	
Ille-et-Vilaine		1 706 €	0 €	1 972 €	0 €	1 546 €	0 €
Bretagne		1 660 €		1 934 €		1 532 €	
France métropolitaine		1 675 €		1 895 €		1 628 €	

Source : INSEE – RGP 2013.

Remarque : une partie des EPCI du pays d'Aubigné et de St-Aubin du Cormier (découpage 2014) ne sont pas inclus dans le pays de Rennes.

L'unité de consommation (UC) est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'UC

Carte 7. Revenu médian mensuel 2013 des 75 ans et plus par unité de consommation



Source : INSEE – RGP 2013 et découpage des EPCI 2014.

La répartition des revenus des plus de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine révèle de fortes inégalités qui restent toutefois inférieures à celle de la population nationale. En témoigne le rapport entre les revenus mensuels du 9^{ème} décile et du 1^{er} de décile : en Ille-et-Vilaine comme en Bretagne, 10 % des « plus riches » perçoivent en 2013 un revenu mensuel au moins 3,07 fois plus élevé que les 10 % personnes « les plus pauvres » ; le rapport est de 3,57 pour la France métropolitaine.

L'inégalité dans la distribution des revenus mensuels est particulièrement variable dans les EPCI qui composent le pays de Rennes, variant de 2,44 dans l'EPCI du Pays de St-Aubin du Cormier à 3,11 dans l'EPCI de Rennes Métropole.

Toutefois, notons que le revenu seuil du 1^{er} décile des 75 ans et plus de l'EPCI de Rennes Métropole est supérieur à celui de la France métropolitaine : 10 % de la population de Rennes métropole vit avec moins de 1 085 € par mois versus 903 € en France métropolitaine.

De plus, les 1^{ers} déciles des EPCI qui composent les pays des Vallons de Vilaine et de Brocéliande (hors CC de Montfort) vivent avec moins de 900 € par mois.

Tableau 9. Revenu médian mensuel 2013 des 75 ans et plus par unité de consommation

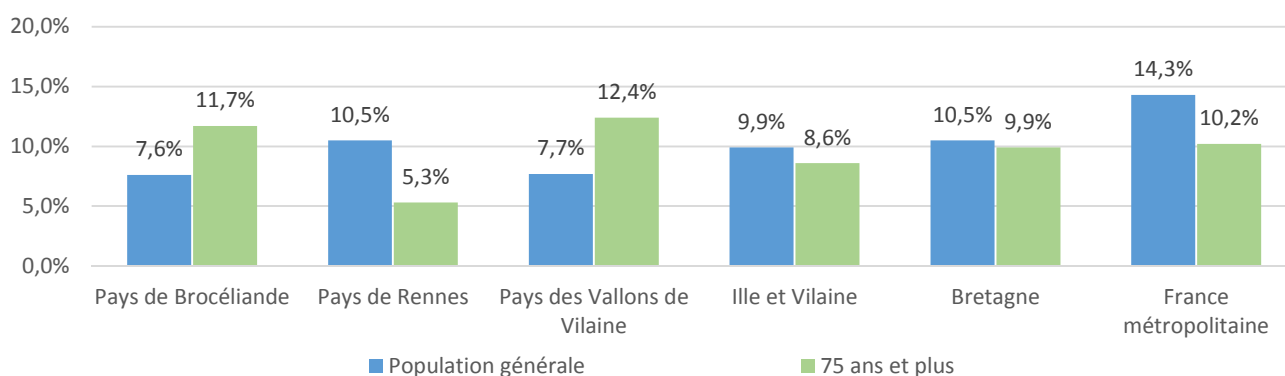
Territoire	EPCI 2014	Revenu mensuel médian 75 ans et plus par UC (2013)		
		1er décile	9e décile	Rapport D9/D1
Pays de Brocéliande	CC de Saint-Méen Montauban	859 €	2 204 €	2,57 €
	CC Montfort Communauté	925 €	2 414 €	2,61 €
	CC de Brocéliande	876 €	2 353 €	2,69 €
Pays de Rennes	CA Rennes Métropole	1 085 €	3 377 €	3,11 €
	CC du Pays de Saint Aubin du Cormier	890 €	2 176 €	2,44 €
	CC du Pays de Châteaugiron	990 €	2 450 €	2,47 €
	CC du Val d'Ille	955 €	2 560 €	2,68 €
	CC du Pays d'Aubigné	919 €	2 297 €	2,50 €
	CC du Pays de Liffré	944 €	2 636 €	2,79 €
Pays des Vallons de Vilaine	CC de Moyenne Vilaine et Semnon	848 €	2 176 €	2,57 €
	CC Vallons de Haute-Bretagne Communauté	886 €	2 378 €	2,68 €
	CC du Pays du Grand Fougeray	847 €	2 024 €	2,39 €
Ille et Vilaine		943 €	2 891 €	3,07 €
Bretagne		918 €	2 820 €	3,07 €
France métropolitaine		903 €	3 187 €	3,53 €

Source : INSEE – RGP 2013.

En 2012, les taux de pauvreté monétaire du département, de la région et du national, indiquent une proportion plus faible de personnes vivant sous le seuil de pauvreté chez les plus de 75 ans, par rapport à la population générale. Nous pouvons toutefois noter qu'en Ille-et-Vilaine et en Bretagne, les écarts entre les deux populations sont faibles. A l'échelle des pays, les écarts entre le taux de pauvreté des deux populations sont plus importants (variant de 4 à 5 points).

De plus pour les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine, les personnes âgées se trouvent plus souvent en situation de pauvreté monétaire que la population dans laquelle ils évoluent.

Graphique 7. Taux de pauvreté monétaire en 2012



Source : INSEE – FiloSofi 2012.

Le taux de pauvreté : un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

L'Insee mesure la pauvreté monétaire de manière relative : le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. La France privilégie un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie.

➔ **Moins de personnes âgées bénéficiaires d'aides sociales qu'au niveau national**

- **Le dispositif du minimum vieillesse**

Le dispositif du **minimum vieillesse** permet de garantir aux personnes âgées un revenu minimum égal au montant de l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (AVTS) :

- L'ASV s'adresse aux personnes âgées de plus de 65 ans (60 ans en cas d'incapacité au travail) et leur assure un niveau de revenu égal au minimum vieillesse ;
- L'ASPA est une allocation unique qui se substitue, pour les nouveaux bénéficiaires, aux prestations de premier étage du minimum (qui ne font pas partie des minima sociaux) et à l'ASV.

La part des bénéficiaires de l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV) et de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) parmi les plus de 60 ans est légèrement plus faible en Ille-et-Vilaine qu'en France métropolitaine : respectivement 2,6 allocataires sur 100 personnes de 60 ans et plus, contre 3,1.

Tableau 10. Bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse au 31/12/2013

Territoire	Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASPA, ASV)	
	Nombre d'allocataires	Allocataires / 100 personnes de 60 ans et plus
Ille-et-Vilaine	5 788	2,6
Bretagne	21 263	2,4
France métropolitaine	481 050	3,1

Sources : STATISS 2015 (DREES, INSEE, CNAV).

- **Les retraités bénéficiaires du Plan d'Action Personnalisé (PAP)**

Dans le cadre d'une politique d'évaluation globale prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne (familial, social et géographique), la CARSAT met en œuvre un Plan d'Action Personnalisé (PAP) afin de faciliter la vie quotidienne des retraités peu dépendants mais dont l'état de santé, l'isolement géographique ou social rendent le maintien à domicile difficile. Il s'agit d'une prise en charge financière (tiers payant ou remboursement) d'un « panier » de services (aide à domicile, portage de repas, transports, amélioration de l'habitat, hébergement temporaire...) qui varie en fonction des coûts du service et des ressources du retraité. Les bénéficiaires de l'ASPA peuvent bénéficier d'un PAP.

Tableau 11. Part des retraités de 75 ans et plus du régime général bénéficiaires du PAP en 2015

Territoire	EPCI 2014	retraités de 75 ans et plus (RG)		
		Nombre de PAP	Nombre de retraités	Part
Pays de Brocéliande	CCde Saint-Méen Montauban	44	1 617	2,7 %
	CC Montfort Communauté	28	1 313	2,1 %
	CC de Brocéliande	27	1 016	2,7 %
Pays de Rennes	CA Rennes Métropole	576	25 649	2,2 %
	CC du Pays de Saint Aubin du Cormier	23	678	3,4 %
	CC du Pays de Châteaugiron	38	1 081	3,5 %
	CC du Val d'Ille	22	806	2,7 %
	CC du Pays d'Aubigné	31	716	4,3 %
	CC du Pays de Liffré	23	825	2,8 %
Pays des Vallons de Vilaine	CC Vallons de Haute-Bretagne Communauté	63	2 315	2,7 %
	CC de Moyenne Vilaine et Semnon	44	1 341	3,3 %
	CC du Pays du Grand Fougeray	13	327	4,0 %
Ille-et-Vilaine		1 863	67 701	2,8 %
Bretagne		8 657	261 080	3,3 %

Source : CARSAT (2015).

- **CMU/CMU-C : un minimum vieillesse dépassant le plafond qui donne accès à la CMU complémentaire**

En Bretagne en 2015, moins de 1 % des bénéficiaires du Régime Général (RG) ou de la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) de 75 ans et plus est bénéficiaire de la couverture universelle complémentaire (CMU-C) du risque maladie. Cette faible représentation des personnes âgées s'explique par le fait que, passé l'âge de la retraite, les personnes âgées ont des ressources qui dépassent dans tous les cas le plafond de la CMU-C.

- **L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)**

L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) permet de prendre en charge tout ou une partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée chez un accueillant familial ou en établissement. Elle est versée par les services du département.

Tableau 12. Bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) au 31/12/2013

Territoire	Bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)	
	Nombre de bénéficiaires	Bénéficiaires de l'ASH / 100 places d'hébergement pour personnes âgées
Ille-et-Vilaine	1 533	12,5
Bretagne	5 495	12,1
France métropolitaine	115 997	15,7

Source : STATISS 2015 (DREES, INSEE, CNAV au 31 décembre 2013).

II.3. Etat de santé des personnes âgées sur le territoire

- ➔ **Une mortalité générale et prématurée inférieures aux moyennes régionales et nationales**

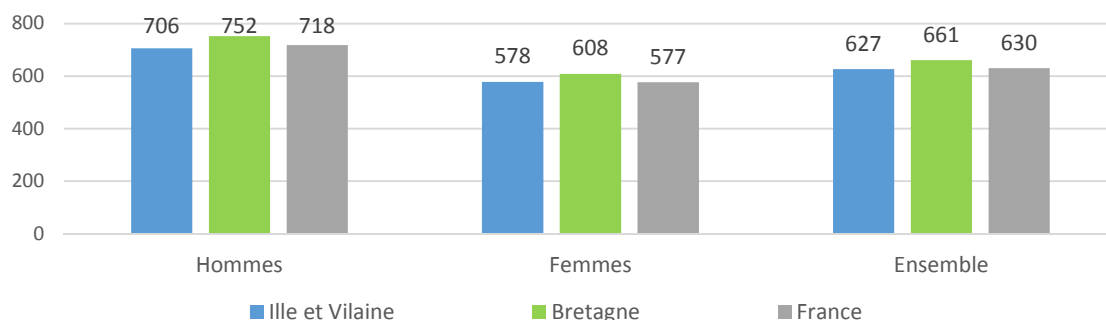
Entre 2006 et 2012, le taux standardisé de mortalité générale moyen en Ille-et-Vilaine a diminué, passant de 817,7 décès pour 100 000 habitants à 718,6 décès. Ce taux est inférieur au taux régional (801,8 décès pour 100 000

habitants en 2012) et national (753,8). Les principales causes des décès sont les tumeurs (29 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28 %).

A noter que les accidents et traumatismes entraînent la mort d'environ 609 Breilliens tous les ans, dont environ 200 par suicide.

Les taux de mortalité des plus de 75 ans et plus pour 10 000 habitants font apparaître des mortalités, sur le département, inférieures aux moyennes régionales, pour les hommes comme pour les femmes.

Graphique 8. Taux brut de mortalité générale pour 10 000 habitants de 75 ans et plus



Sources : CépiDC (2012 à 2014), INSEE – RGP (1er janvier 2013) / Exploitation ARS Bretagne.

Indicateur : moyenne du nombre de décès des 75 ans et plus de 2012 à 2014 pour 10 000 d'habitants de 75 ans et plus.

L'étude de la mortalité par cause sur le territoire de projet ne fait pas apparaître de causes pour lesquelles on observerait une surmortalité. Les taux spécifiques de mortalité de l'Ille-et-Vilaine sont inférieurs aux taux régionaux et supérieurs aux taux nationaux, sauf pour les cancers du larynx, les pneumonies, les maladies du système nerveux et les suicides qui sont supérieurs aux taux nationaux.

Tableau 13. Taux brut de mortalité générale pour 10 000 habitants de 75 ans et plus, selon la cause du décès

	Ille-et-Vilaine		Bretagne		France métropolitaine	
	Taux de décès	Part dans le nombre total de décès	Taux de décès	Part dans le nombre total de décès	Taux de décès	Part dans le nombre total de décès
Maladie de l'appareil circulatoire	213	33,9%	221	33,4%	189	30,1%
- dont autres cardiopathies	67	10,7%	68	10,3%	63	10,0%
- dont Cardiopathies ischémiques	52	8,3%	53	8,0%	42	6,6%
- dont Maladies cérébrovasculaires	47	7,5%	51	7,7%	44	6,9%
- dont Autres maladie de l'appareil circulatoire	46	7,4%	50	7,5%	41	6,6%
Tumeurs	141	22,5%	143	21,6%	139	22,1%
- dont Tumeur maligne des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	18	2,8%	16	2,4%	15	2,3%
- dont Tumeur maligne du larynx de la trachée des bronches et du poumon	14	2,2%	16	2,5%	18	2,9%
- dont Tumeur maligne du côlon	14	2,2%	13	2,0%	13	2,1%
- dont Tumeur maligne de la prostate	12	1,9%	12	1,9%	11	1,8%
Maladies de l'appareil respiratoire	51	8,2%	58	8,7%	51	8,0%
- dont Pneumonie	16	2,6%	18	2,7%	17	2,7%
Maladies du système nerveux et des organes des sens	45	7,2%	50	7,6%	49	7,7%
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	31	4,9%	34	5,2%	30	4,8%
- dont Chutes accidentelles	8	1,3%	9	1,4%	8	1,3%
- dont Suicides	4	0,6%	4	0,6%	3	0,5%
- dont Intoxications accidentelles	2	0,3%	2	0,3%	2	0,2%
Toutes pathologies confondues	627	100,0%	661	100,0%	630	100,0%

Sources : CépiDC (2012 à 2014), INSEE – RGP (1^{er} janvier 2013) / Exploitation ARS Bretagne.

Indicateur : moyenne du nombre de décès des 75 ans et plus de 2012 à 2014 pour 10 000 d'habitants de 75 ans et plus.

→ **Importante prévalence des affections psychiatriques**

L'étude de la prévalence des différentes pathologies repérables à partir des algorithmes « tops » développés par la CNAMTS (données pour le régime général exclusivement) montre une part de la population cible concernée globalement inférieure à la moyenne régionale et nationale, sauf pour la pathologie relative aux affections psychiatriques qui est supérieure à la part nationale.

Tableau 14. Proportion des personnes âgées de 75 ans et plus au régime général par pathologie

	Territoire projet		Bretagne		France entière	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Maladies cardiovasculaires	32,0%	32,5%	33,3%	33,8%	32,7%	33,1%
Maladies respiratoires chroniques	11,2%	11,0%	12,0%	12,0%	11,3%	11,3%
Diabète (type 1 & 2)	11,1%	11,4%	11,4%	11,7%	17,1%	17,3%
Maladies neurodégénératives	9,9%	10,1%	10,6%	10,6%	10,8%	10,8%
Affections psychiatriques	38,2%	37,5%	40,4%	39,9%	35,3%	34,9%
Cancer	16,9%	17,2%	17,2%	17,4%	17,2%	17,2%
L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Proportion de personnes âgées au RG en ald	56,1%	56,2%	57,3%	57,4%	57,6%	57,9%

Source: CNAMTS, années 2013 et 2014.

Prévalences des différentes pathologies repérables à partir des algorithmes « tops » développés par la CNAMTS (régime général) pour les personnes de 75 ans.

II.4. Dépendance des personnes âgées sur le territoire

→ **Un taux de bénéficiaires de l'APA à domicile plus faible qu'en France**

Mise en place en 2002, l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** est versée par les conseils départementaux aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont évaluées comme dépendantes d'après la grille AGGIR, qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Au 1^{er} janvier 2014, le nombre de Breilliens de 75 ans et plus bénéficiaires de l'APA s'élève à 17 652 personnes. Parmi elles, 45 % vivent à domicile et 55 % vivent en établissement, alors qu'en France métropolitaine 59 % vivent à domicile et 41 % en établissement. Le nombre de bénéficiaires de l'APA en Ile-et-Vilaine pour 100 personnes de 75 ans et plus est proche de la proportion régionale et française. Néanmoins, la répartition des bénéficiaires de l'APA selon leur lieu de vie diffère. En France, les bénéficiaires de l'APA sont majoritairement à domicile. Ils sont majoritairement en établissement en Ile-et-Vilaine et en Bretagne.

Tableau 15. Bénéficiaires de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) au 31/12/2013

Territoire	APA à domicile ou en établissement		APA à domicile			APA en établissement		
	Nombre de bénéficiaires	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et +	Nombre de bénéficiaires	% des bénéficiaires	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + à domicile	Nombre de bénéficiaires	% des bénéficiaires	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + en établissement
Ile-et-Vilaine	17 652	20,3	7 961	45 %	10,4	9 691	55 %	90,6
Bretagne	67 063	19,8	31 279	47 %	10,4	35 784	53 %	91,2
France métr.	1 211 092	20,8	710 580	59 %	13,4	500 512	41 %	87,7

Sources : STATISS 2015 (DREES, INSEE, CNAV); INSEE, recensement de la population 2013.

Au 1^{er} janvier 2017, 8 843 personnes âgées domiciliées sur le territoire PAERPA bénéficient de l'APA. Parmi elles, 44 % vivent à domicile et 56 % vivent en établissement. Sur le territoire PAERPA et à l'échelle des trois pays, les nombres de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de 75 ans et plus sont globalement équivalents à celui du département. Néanmoins, les taux de bénéficiaires de l'APA selon le lieu de vie sont hétérogènes. En effet, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile pour 100 habitants de 75 ans et plus à domicile varie de 8,5 bénéficiaires au pays de Rennes à 16,6 au pays de Brocéliande, alors que le taux du département en 2017 est de 11,9 bénéficiaires. Le taux de bénéficiaires de l'APA en établissement varie de 70 bénéficiaires au Pays de Brocéliande à 91,7 au pays de Rennes.

Tableau 16. Bénéficiaires de l'Aide Personnalisée d'Autonomie sur le territoire PAERPA (APA) au 31/12/2016

Territoire	APA à domicile ou en établissement		APA à domicile			APA en établissement		
	Nombre de bénéficiaires	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et +	Nombre de bénéficiaires	% des bénéficiaires	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + à domicile	Nombre de Bénéficiaires	% des bénéficiaires	Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + en établissement
Territoire PAERPA	8 843	20,3	3 854	44%	9,7	4 989	56%	88,1
Pays de Brocéliande	1 229	19,8	581	47%	11,5	648	53%	70,0
Pays de Rennes	6 330	20,8	2 602	41%	8,5	3 728	59%	91,7
Pays des Vallons de Vilaine	1 284	20,3	671	52%	16,6	613	48%	91,4
Ille et Vilaine	18 610	20,3	9 080	49%	11,9	9 530	51%	89,1

Sources : données au 31/12/2016 fournies par le Conseil Départemental de l'Ille-et-Vilaine ; INSEE, recensement de la population 2013.

En décembre 2016, la DREES a publié un article qui analyse les raisons du non recours à l'APA à domicile : « **Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expressions du choix des personnes âgées** ».

D'après l'étude le non recours peut être lié :

- à une méconnaissance partielle ou totale du dispositif ;
- au fonctionnement du dispositif d'aide. Les démarches administratives à accomplir et le reste à charge, variable selon les situations, peuvent décourager les bénéficiaires potentiels.
- à un choix personnel. La décision de ne pas faire appel à une aide professionnelle peut néanmoins se heurter à l'obligation pour les acteurs publics d'intervenir, lorsque la personne se met en danger ou met en danger ses proches.

➔ La part des bénéficiaires brétiliens de 75 ans et plus qui vivent très dépendants à domicile est inférieure à celle de la Bretagne et de la France

L'évaluation de l'autonomie a lieu lorsque la personne demande à bénéficier de différentes aides légales comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou facultatives comme les plans d'action personnalisés financés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Est considérée comme dépendante une personne qui déclare avoir besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, faire la cuisine...) ou besoin d'une surveillance régulière. La dépendance est mesurée à partir de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressource) qui classe les personnes âgées de 60 ans ou plus en six niveaux de perte d'autonomie :

- **GIR 1** : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- **GIR 2** : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie

courante ou personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices ;

- **GIR 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- **GIR 4** : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
- **GIR 5** : personnes ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et l'habillement ;
- **GIR 6** : personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Les personnes classées en GIR 1 à 4 sont qualifiées de dépendantes. Les personnes classées en GIR 1 et 2 sont considérées comme étant en situation de dépendance lourde.

En Ille-et-Vilaine, la proportion de bénéficiaires de l'APA de 60 ans et plus très dépendant (GIR 1 et 2) est inférieure à celle de la Bretagne et de la France : 17 % versus 19,5 % en Bretagne et 19 % en France.

Tableau 17. Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA de 60 ans et plus à domicile, en décembre 2014

Territoire	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Ille-et-Vilaine	1,4%	16,0%	23,0%	59,6%
Bretagne	2,4%	17,1%	21,7%	58,8%
France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)	2,3%	16,7%	22,1%	58,6%

Sources : Drees, Enquête Aide sociale 2014.

En 2017, sur le territoire PAERPA la proportion de bénéficiaires de l'APA de 60 ans et plus très dépendants (GIR 1 et 2) est proche de celle de l'Ille-et-Vilaine (15 %). Cette proportion varie de 13 % dans le pays de Brocéliande à 16 % dans le pays de Rennes.

Tableau 18. Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA de 60 ans et plus à domicile sur le territoire PAERPA, au 31 décembre 2016

Territoire	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Territoire PAERPA	1,4%	13,7%	22,4%	62,5%
Pays de Brocéliande	2,1%	11,0%	17,9%	69,0%
Pays de Rennes	1,3%	14,5%	23,2%	61,0%
Pays des Vallons de Vilaine	1,0%	13,0%	23,2%	62,7%
Ille et Vilaine	1,1%	13,9%	23,0%	61,9%

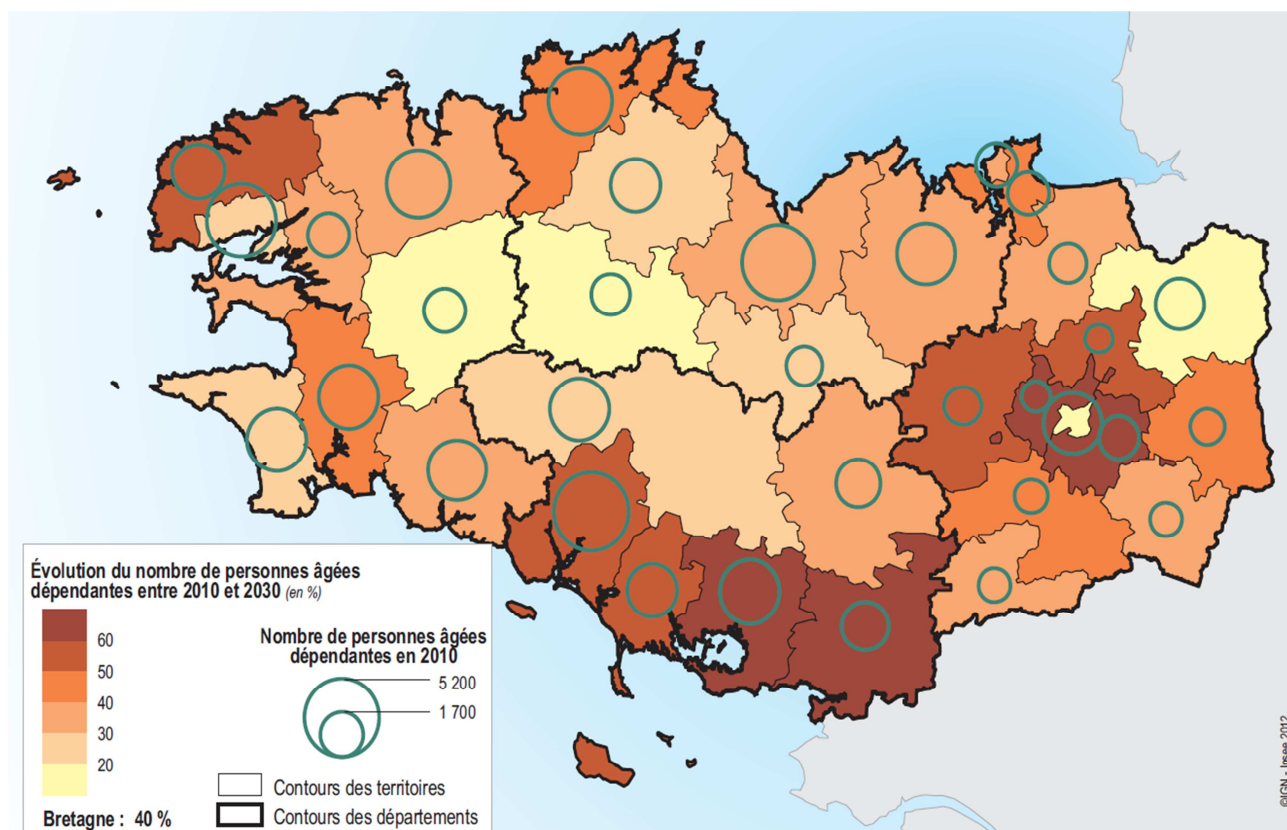
Sources : données au 31/12/2016 fournies par le Conseil Départemental de l'Ille-et-Vilaine

➔ **Forte croissance entre 2010 et 2030 des personnes âgées dépendantes domiciliées en périphérie de Rennes**

En 2012, l'INSEE a réalisé une étude sur les personnes âgées dépendantes en Bretagne (Collection Octant). Entre 2010 et 2030, d'après cette étude, le nombre de personnes âgées dépendantes progresserait de 40 % en Bretagne, légèrement plus qu'en Métropole (38 %). La population âgée dépendante devrait croître dans les territoires proches de Rennes et de Vannes.

En effet, de tous les territoires d'action infra-départementaux, ce sont ceux entourant la ville de Rennes qui connaîtraient la plus forte évolution. Zones peu touchées actuellement par le vieillissement, la population âgée dépendante pourrait y doubler entre 2010 et 2030, suivant ainsi la logique d'une forte croissance de la dépendance dans les territoires à la population actuellement jeune, et d'une croissance modérée dans les zones à la population déjà âgée.

Carte 8. Evolution de la population âgée dépendante dans les territoires d'action infra-départementaux entre 2010 et 2030



Source : Insee, enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, projections de population Omphale 2010.

Les projections de population réalisées par l'INSEE consistent à faire vieillir la population en intégrant des hypothèses sur les décès et les phénomènes migratoires (modèle Omphale). Le scénario central, retenu pour cette étude, correspond, d'une part, au maintien des comportements migratoires observés au cours de la période 2000-2008 dans la région, et, d'autre part, à une baisse de la mortalité dans la région au même rythme qu'en France métropolitaine.

Synthèse sur les conditions de vie et l'état de santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Constats	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Une part importante des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules mais toujours inférieure aux moyennes régionales et nationales ↪ Un recours à l'institutionnalisation plus fréquent que dans le reste de la région ↪ des disparités de revenus, plus élevées en milieu urbain pour les personnes de 75 ans et plus ↪ 17 652 Breilliens et 67 063 bretons de 75 ans et plus bénéficiaires de l'APA ↪ Taux de mortalité inférieur aux moyennes régionales et nationales
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un nombre d'aidants 4 à 5 fois plus important que le nombre d'aidés
Points faibles	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un ratio d'aidants qui devrait considérablement se réduire d'ici à 2037 ↪ Un revenu médian inférieur à 1 300 € par mois pour les personnes de 75 ans et plus résidant sur la CC Bretagne Porte de Loire communauté ↪ Un important non recours à l'APA à domicile en Ille-et-Vilaine et en Bretagne ↪ Une surmortalité en Ille-et-Vilaine par rapport au national sur les cancers du larynx, les pneumonies, les maladies du système nerveux et les suicides ↪ Part des personnes de 75 ans et plus souffrant d'affections psychiatriques supérieure au national
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Des inégalités sociales de santé : les faibles revenus sont-ils un facteur déterminant pour l'accès aux soins ? ↪ Peu d'alternatives à l'établissement pour les personnes de 75 ans et plus sur le territoire ↪ Les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine présentent des taux importants de personnes vivant en institution car ce sont ces territoires qui disposent d'un meilleur taux d'équipement en hébergement permanent ↪ Une des conséquences de la baisse du nombre d'aidants est le renforcement des inégalités entre milieux sociaux sur la prise en charge des aînés ↪ Méconnaissance partielle ou totale du dispositif, fonctionnement du dispositif d'aide (démarches administratives et reste à charge), choix personnel (hypothèses de la DREES sur le non recours à l'APA à domicile) ↪ Une part conséquente de personnes atteintes d'affections psychiatriques.
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Favoriser le repérage des fragilités à domicile ↪ Développer la CTA pour une meilleure lisibilité des dispositifs et faciliter le parcours par des réponses adaptées au bon moment ↪ Valoriser le rôle des aidants en les soutenant par des actions et anticiper leur vieillissement et leur baisse d'effectifs par des réponses adaptées ↪ Développer des actions d'éducation thérapeutique sur la dépression et de prévention du risque suicidaire chez la personne âgée (cf : cadre référentiel ETP PAERPA Dépression HAS)

III. Offre de soins, d'accompagnement et de prise en charge sanitaire et médico-sociale

III.1. Offre en matière de prévention et d'éducation thérapeutique

L'offre en matière de prévention : une diversité de programmes et d'actions autour de la perte d'autonomie et de la promotion du bien-être, via des appels à projets convergents à coordonner autour de la conférence des financeurs

La prévention et l'éducation thérapeutique sont deux axes forts du projet PAERPA. La prévention, dans ce cadre, s'adressera aux personnes dès avant la perte d'autonomie (et a fortiori avant 75 ans), pour retarder celle-ci. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) interviendra, pour sa part, de façon à limiter les risques de rechute, de séquelles ou de complications de la maladie, et pour faciliter la réadaptation et la réinsertion des personnes présentant des incapacités fonctionnelles. Dans le cadre spécifique de l'expérimentation PAERPA, elle pourra, selon le besoin estimé par la CCP qui l'élabore, constituer une composante du plan d'action du PPS.

III.1.1. Une politique nationale

Depuis 2013, plusieurs textes et lois ont défini un cadre pour l'action publique afin de combattre les inégalités de santé et d'accès aux soins et pour adapter le système de santé au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population :

- La stratégie nationale de santé (2013) et la loi de modernisation du système de santé (janvier 2016) font de la prévention un élément essentiel à renforcer pour améliorer l'état de santé des Français ;
- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 contient des mesures concrètes visant à améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches, afin qu'elles puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions, au travers de :
 - l'amélioration de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile ;
 - la reconnaissance et le soutien aux proches aidants à travers le droit au répit ;
 - la réforme du congé de soutien familial qui devient congé de proche aidant ;
 - de nouvelles aides pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie.

Cette loi a mis en place des conférences départementales des financeurs qui ont pour objectif de coordonner, dans chaque département, les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. Le Plan national d'actions de prévention de la perte d'autonomie (septembre 2015) s'adresse tout particulièrement à ces conférences ; il insiste sur des actions jugées prioritaires en leur donnant un caractère opérationnel.

III.1.2. Des programmes et plans d'actions régionaux/départementaux

Dans la région, ces actions se déclinent de la manière suivante :

➔ Prévention

- Appels à projets PPS :
 - De l'ARS pour la prévention tout public, dont les personnes âgées ;
 - De Cap retraite (réunissant les 3 caisses de retraite CARSAT, MSA, RSI) pour les personnes âgées uniquement ;
 - De la conférence des financeurs également exclusivement pour les personnes âgées.
- Programmes annuels ou pluriannuels :
 - Prévention sur différentes thématiques (prévention du suicide, addictions...) dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour tout public, dont les personnes âgées.

→ Education et accompagnement thérapeutique

L'article L1161-3 du Code de la Santé Publique définit les actions d'accompagnement thérapeutique, complémentaires aux programmes d'ETP et au suivi médical assuré par le médecin traitant, comme des « actions qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie.

Il s'inscrit dans une démarche d'aide, afin que le patient construise lui-même sa motivation à prendre son traitement, en s'impliquant dans le suivi au long cours.

Un très large éventail d'activités constitue l'accompagnement des patients, qui peuvent être portées par des associations de patients, l'assurance maladie, des organismes de protection complémentaire voire des structures privées.

Ces activités peuvent être payantes, avec une prise en charge partielle possible par certaines mutuelles⁵.

- Programmes annuels ou pluriannuels
 - Prévention et accompagnement thérapeutique
 - Caisse d'assurance maladie, pour tout public :
 - ✓ Sophia pour les personnes ayant un diabète ou de l'asthme afin de « connaître leur maladie ; adapter leurs habitudes, améliorer leur qualité de vie et réduire les risques de complication ⁶ » ;
 - ✓ PRADO (programme d'accompagnement de retour à domicile) ;
 - ✓ Coaching santé active.
 - Mutuelles, Mutualité Française Bretagne, pour tout public :
 - ✓ Actimut (activité physique adaptée) ;
 - ✓ Nutrimut (programme d'éducation nutritionnelle) ;
 - ✓ Prévention des chutes ;
 - ✓ Groupe d'échanges Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA).
 - Association de patients, tout public
- Appel à projet Cap retraite Bretagne
 - ✓ Ateliers du bien vieillir.

Plusieurs appels à projets ont été lancés en 2016 afin de développer les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ; ils ont permis de financer une quarantaine d'actions à destination des personnes âgées vivant à domicile. Ces actions correspondent à :

- des ateliers nutritionnels ;
- des ateliers d'activité physique adaptés ;
- des ateliers équilibres ;
- des formations de professionnels entourant la personne âgée au repérage de la crise suicidaire ou au repérage de la dénutrition ;
- de l'aide aux aidants ;
- de la lutte contre l'isolement.

Les financements sont apportés par le Conseil départemental 35, la CARSAT, Cap retraite et l'ARS, au profit de structures telles que les CLIC, CIAS, CCAS, associations œuvrant en prévention.

D'autres actions ont également été mises en place dans les EHPAD pour la prévention des chutes ou l'amélioration des conditions de travail (une quinzaine d'établissements ont été bénéficiaires de financements en 2016).

Des Parcours d'Activité Santé Séniors ont été financés précédemment dans 6 EHPAD du secteur géographique concerné ; ces parcours sont composés d'une suite d'exercices qui vont solliciter et stimuler différentes capacités physiques et cognitives de la personne âgée.

⁵ Annuaire programme ETP T6 St Malo Dinan, Octobre 2016.

⁶ Assurance maladie, présentation du service Sophia, mis à jour 10 novembre 2016.

Focus sur la synthèse générale du diagnostic Prévention Promotion de la Santé (PPS) réalisée par COMPAS en Juin 2016

Pour la conférence des financeurs, une étude a été réalisée par COMPAS dont la synthèse apporte des axes prioritaires sur ces actions menées sur le terrain qu'il sera important d'intégrer dans le déploiement de la démarche PAERPA. En effet, ces axes ont été définis à partir de l'expression des acteurs de terrain et sont pour la majorité d'entre eux en lien avec les enjeux du parcours de santé des aînés, et parmi eux :

- Renforcer les actions existantes de prévention santé « les plus essentielles » (nutrition, équilibre, activités physiques, mémoire ...) en ciblant davantage les besoins, les publics et les territoires plus « délaissés » et en privilégiant les actions d'informations et de repérage « **en amont** » ;
- Développer les « compétences (méthodes et outils) sur le **repérage des publics en voie de fragilisation** » et prendre en charge le « risque suicidaire chez les aînés » en lien avec ce repérage ;
- Renforcer et diversifier les actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées notamment car « en fragilisant les personnes, les moments de rupture dans les parcours de vie tendent à accroître le **risque de repli/renfermement sur soi** » ;
- Développer des « **actions coordonnées d'éducation à la santé et à l'hygiène de vie** » ;
- Renforcer et diversifier les « réponses / solutions susceptibles de **faciliter les déplacements des personnes âgées** » ;
- Renforcer les « actions d'accès à l'information, aux aides et aux droits dans l'optique de lutter contre le non-recours » : **lisibilité et visibilité** par l'information, la communication, la recherche des bons relais d'information, une information adaptée ;
- Développer « la **visibilité** des différentes solutions de parcours résidentiel ou d'aides à l'adaptation du logement offertes et accessibles aux aînés » ;
- Poursuivre « des actions sur l'adaptation de l'habitat et notamment sur **l'anticipation du retour à domicile après hospitalisation** » ;
- Développer « des actions travaillant sur **l'anticipation des besoins de prise en charge** corrélés à des moments de rupture » :
 - o Agir sur la peur du vieillissement chez les aînés comme chez leurs aidants
 - o Donner l'information, communiquer
- **Prévenir les « accidents médicamenteux** » du fait d'une prise de médicaments défailante (oubli, surdosage ...) ;
- Renforcer « des **actions d'aide aux proches aidants**, et notamment de préservation de leur état de santé » et rechercher des « réponses face à la fois au vieillissement des aidants eux-mêmes et à la baisse de leurs effectifs ».

Sources : COMPAS, « Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et soutien aux proches aidants : synthèse générale du diagnostic sur les initiatives et les perspectives », Juin 2016.

L'offre en matière d'éducation thérapeutique : une concentration autour de l'aire urbaine de Rennes et sur les thématiques cardio-vasculaires, diabète et pathologies respiratoires

PAERPA promeut une approche globale de la situation de la personne à travers un regard pluridisciplinaire. Dans cet objectif, les programmes d'ETP ont fait leurs preuves dans le repérage, la définition des objectifs et compétences du programme et son évaluation.

La HAS a élaboré un cahier des charges portant sur la mise en œuvre de l'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA⁷ et définit trois thématiques d'ETP qui ont montré leur efficacité potentielle sur les résultats des soins ou le recours aux soins :

- La prévention des chutes ;
- La polymédication ;
- La dépression.

L'éducation thérapeutique s'inscrit pleinement dans la troisième orientation du SRP « Agir auprès des patients et de leur entourage dans une approche globale de la santé, en développant notamment l'accompagnement et l'éducation thérapeutique du patient dans la région » et dans un objectif général d'agir auprès des patients et de leur entourage dans une approche globale de la santé.

L'offre ETP sur le territoire projet PAERPA se compose de 68 programmes ETP autorisés destinés aux adultes.

La grande majorité, 58 programmes, sont portés et mise en œuvre par les établissements de santé de l'agglomération rennaise..

Deux programmes sont portés par des pôles de santé, trois par le centre d'examen de santé et quatre par des réseaux.

Sur le territoire projet, seulement un programme concerne spécifiquement les personnes âgées et une thématique identifiée dans le cahier des charges PAERPA. Il s'agit d'un programme pour les patients âgés chuteurs, porté par l'hôpital Saint Thomas de Villeneuve à Bain de Bretagne. Deux autres programmes ETP, portés par le CHU de Rennes, peuvent concerner les personnes âgées : un programme sur la maladie de Parkinson et un programme sur les patients souffrant d'ostéoporose. Trois programmes portent sur les anti-vitamines K.

Dans le cadre de la coordination clinique de proximité, un des grands axes du déploiement de PAERPA, l'équipe pluridisciplinaire peut initier un programme d'ETP qu'elle peut formaliser dans le cadre de l'élaboration d'un PPS.

⁷ Haute Autorité de Santé, « Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA », avril 2014.

Synthèse sur l'offre de prévention et d'éducation thérapeutique

Constats	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Actions AAP 2016 portant sur le territoire surtout sur des actions d'aide aux aidants, de lutte contre l'isolement, d'activité physique notamment l'activité physique adaptée, d'ateliers équilibre mais aussi des ateliers nutritionnels, des formations de professionnels entourant la personne âgée, au repérage de la crise suicidaire ou au repérage de la dénutrition ↪ Actions de prévention des chutes et d'activité santé seniors en EHPAD ↪ Programme pour les patients âgés chuteurs porté par le CH de Bain de Bretagne
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Schéma régional de prévention de l'ARS Bretagne ↪ Conférence des financeurs ↪ Appels à projet lancés par l'ARS en matière de prévention depuis quelques années sur la prévention des chutes en EHPAD et la prévention auprès des sujets âgés au domicile
Points faibles	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Offre en ETP fortement concentrée sur l'agglomération rennaise ↪ Peu de programmes d'ETP spécifiques aux personnes âgées sur le territoire
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Parmi les actions mises en place suite à des appels à projet pour la prévention de la perte d'autonomie, certaines répondent aux objectifs de PAERPA ↪ Il existe peu d'actions visant à réduire l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée : information sur la bonne utilisation des médicaments, formation des professionnels accompagnant les personnes ↪ L'ETP peut être un important levier d'action pour des personnes de 75 ans et plus, notamment celles qui souffrent de multiples problèmes de santé et doivent gérer leurs conséquences
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Développer des actions de prévention prioritaires sur les facteurs d'hospitalisation de la personne âgée en lien avec la conférence des financeurs ↪ Par rapport aux besoins et objectifs identifiés, renforcer les actions mises en œuvre et évaluées dans le cadre des derniers appels à projets, sur la nutrition, la prévention des chutes, le repérage et la prise en charge de la dépression, l'information sur les risques médicamenteux et développer selon les besoins, une offre complémentaire ↪ Développer des actions nutrition, usage du médicament, soins bucco dentaires en EHPAD ↪ Favoriser l'accès aux programmes d'ETP des personnes de 75 ans et plus en risque de perte d'autonomie sur l'ensemble du territoire projet ↪ Réfléchir à des solutions de mobilité lorsque des difficultés d'accès ou des situations d'isolement ont été repérées chez des personnes susceptibles de bénéficier d'actions répondant à leurs besoins

III.2. Offre de soins libérale et ambulatoire

L'offre de premier recours : des territoires de profil différents

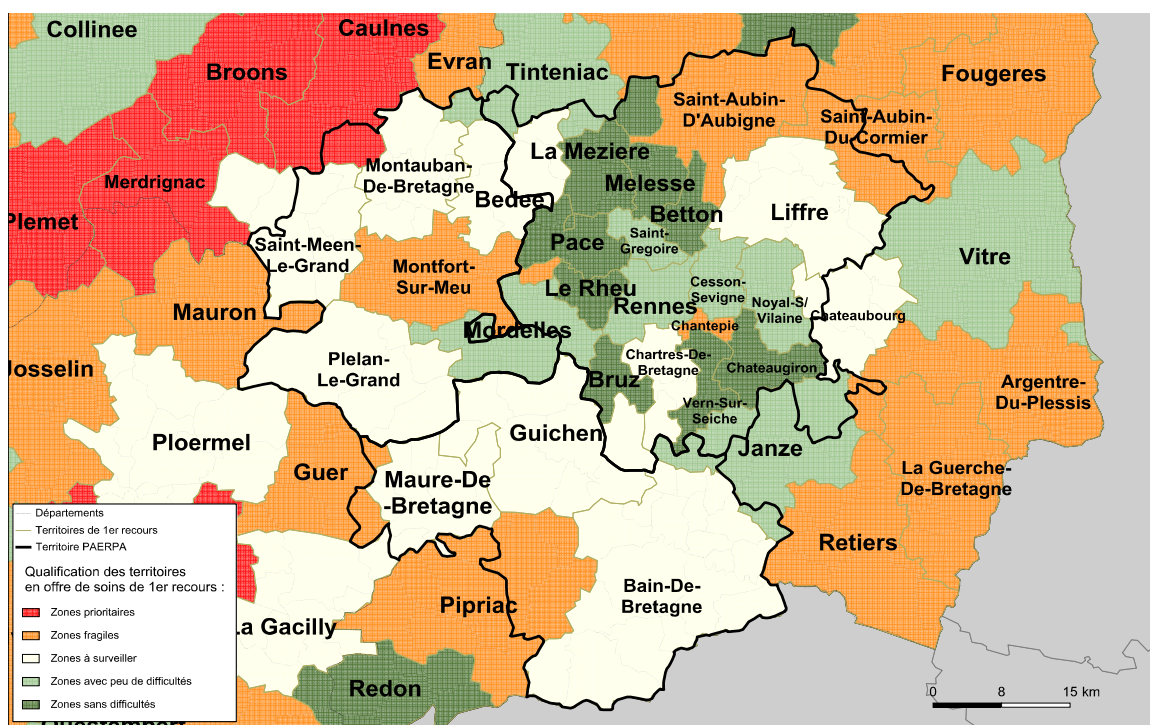
➔ Offre de soins de premiers recours variant de « sans difficultés » à « fragile » voir « prioritaire »

L'analyse de la qualification de l'offre de soins de premiers recours à l'échelle des territoires de premier recours qui composent le territoire projet PAERPA identifie deux profils :

- Le pays de Rennes est le territoire le plus favorable avec une majorité de territoires de premiers recours avec peu de difficultés voire sans difficultés. Ces zonages rassemblent 82 % de la population contre environ 57 % pour le département et la région. Les territoires nord-est du pays sont des zones à surveiller ou qui présentent une fragilité.
- A l'inverse, les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine présentent davantage de zone à surveiller et fragiles. Ces zonages rassemblent respectivement 85 % (dont 2 % en zone prioritaire) et 97 %.

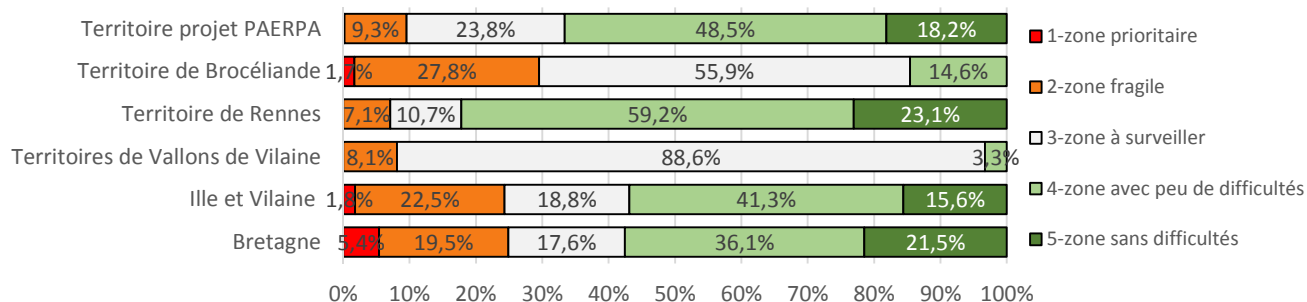
A noter que la qualification de l'offre de soins de premiers recours est en cours d'actualisation.

Carte 9. La qualification sur l'offre de soins de premier recours sur le territoire projet PAERPA



Source : ARS Bretagne (février 2014) - carte issue de l'ATLAS de la santé 2015.

Graphique 9. Répartition de la population en fonction du zonage SROS



Sources : ARS Bretagne, PRS 2014 - INSEE, RGP 2013.

→ Des densités de professionnels libéraux globalement fortes mais masquant une disparité infra-territoriale

La population résidant sur le territoire PAERPA peut faire appel à une offre de soins libérale développée. En effet, mise à part la densité des infirmiers libéraux et des pharmacies, la densité des professionnels de santé libéraux de premier recours est supérieure à la moyenne départementale, régionale et nationale.

Toutefois, les densités observées pour l'ensemble du territoire PAERPA reflètent principalement les densités observées sur le pays de Rennes. Les densités de professionnels de santé libéraux des Pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine sont à l'inverse avec une densité d'infirmiers supérieure à celle observée dans le département (qui reste toutefois inférieure à la Bretagne et à la France métropolitaine) et des densités des autres professionnels de santé nettement inférieures aux densités départementales et régionales.

A noter que la densité des pharmacies est assez homogène pour les trois pays variant de 2,4 pharmacies pour 10 000 habitants dans le pays des Vallons à 2,9 pharmacies pour le pays de Rennes (versus 3,1 pour le département et 3,4 pour la région).

Tableau 19. Densité au 1er janvier 2015 des professionnels de santé du 1er recours libéraux et des pharmacies d'officine pour 10 000 habitants

Territoire	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Pharmacie
Territoire PAERPA	9,9	6,0	8,6	11,3	2,8
Pays de Brocéliande	6,6	5,3	10,6	9,9	2,7
Pays de Rennes	10,8	6,3	8,0	12,1	2,9
Pays des Vallons de Vilaine	7,9	4,2	10,9	7,3	2,4
Ille-et-Vilaine	9,5	5,4	9,7	10,4	3,1
Bretagne	9,4	5,4	15,5	10,1	3,4
France métropolitaine	9,0	5,2	12,7	9,3	3,3

Sources : DémoPS 2016 - FINESS 2015 - INSEE, RGP 2013.

→ Une densité de médecins généralistes sur le pays de Brocéliande faible et une démographie vieillissante

Au 1^{er} janvier 2016, le territoire PAERPA comptait 640 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 99 médecins pour 10 000 habitants, supérieure à la densité départementale, régionale et nationale. Les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine présentent des densités inférieures aux densités de références : respectivement 6,6 et 7,9 médecins versus 9,5 pour le département, 9,4 pour la région et 9 pour la France métropolitaine.

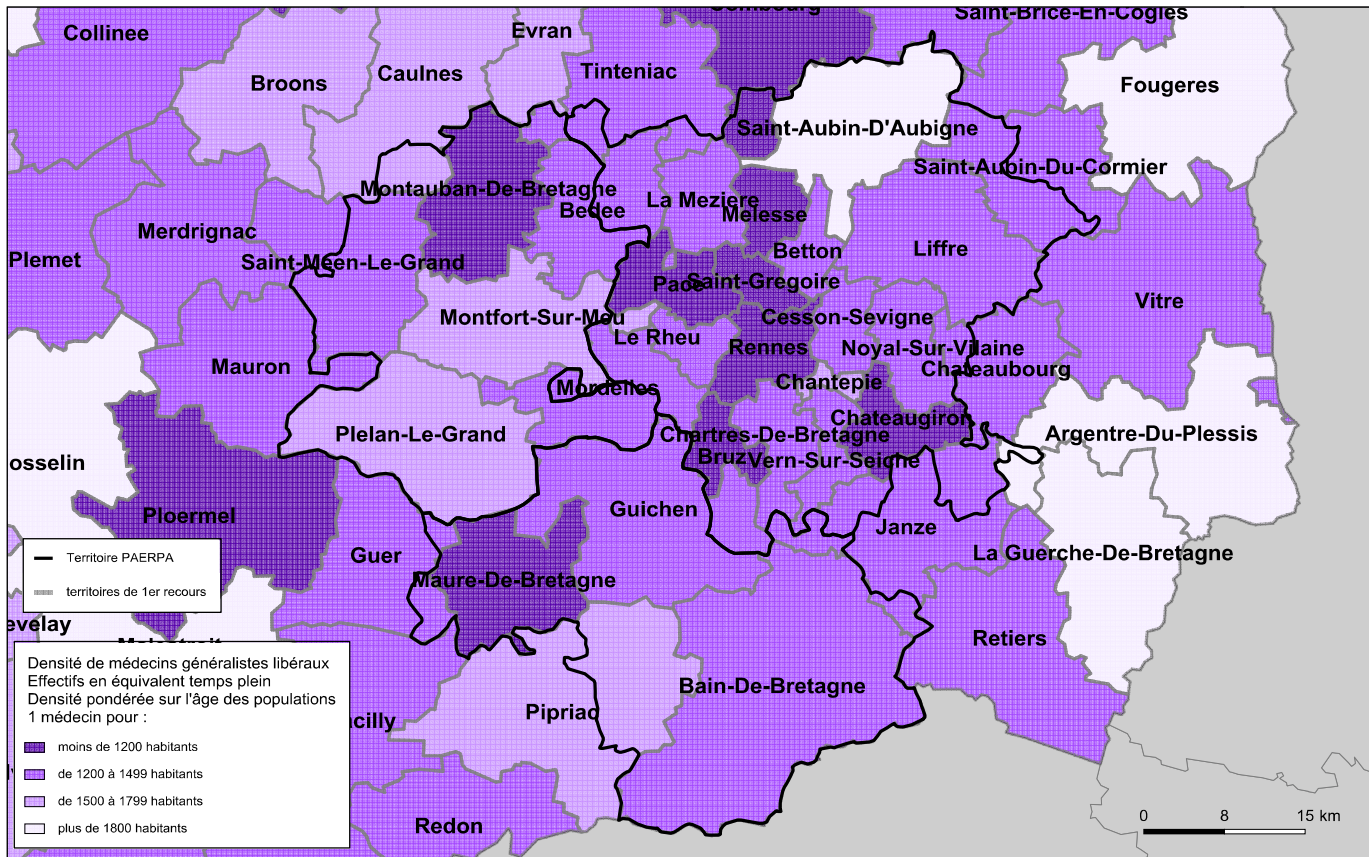
L'analyse des densités de médecins généralistes pour 10 000 habitants de 75 ans et plus combinée avec l'âge des médecins fait apparaître une importante fragilité sur le pays de Brocéliande. En effet, la densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants de 75 ans est de 80,6 médecins (versus 111,6 pour l'Ille-et-Vilaine et 90,3 pour la Bretagne) et 33 % de ces médecins ont 60 ans et plus, part qui a augmenté de 3 points entre 2015 et 2016.

Tableau 20. Offre de soins libérale en médecins généraliste

Territoire	Effectif 2016	Densité 2016 pour 10 000 hbts	Densité 2016 pour 10 000 hbts de 75 ans et plus	% de PS de 60 ans et plus
Territoire PAERPA	640	9,9	140,3	25 %
Pays de Brocéliande	45	6,6	80,6	33 %
Pays de Rennes	548	10,8	156,5	24 %
Pays des Vallons de Vilaine	55	7,9	109,5	24 %
Ille-et-Vilaine	967	9,5	111,6	26 %
Bretagne	3 049	9,4	90,3	27 %
France métropolitaine	58 929	9,0	98,5	32 %

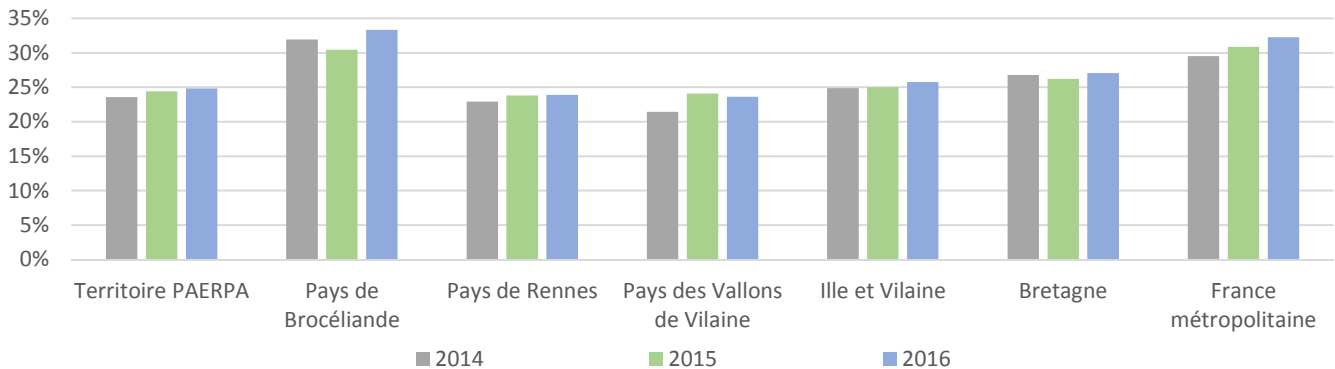
Sources : DémoPS 2016 - INSEE, RGP 2013.

Carte 10. Densité de médecins libéraux sur le territoire PAERPA



Source : DemoPS (1^{er} janvier 2016) - carte issue de l'ATLAS du PRS 2016.

Graphique 10. Evolution de la part des médecins généralistes libéraux de 60 ans et plus



Source : DemoPS (1^{er} janvier 2016).

➔ Des densités de chirurgiens-dentistes supérieures à la moyenne régionale

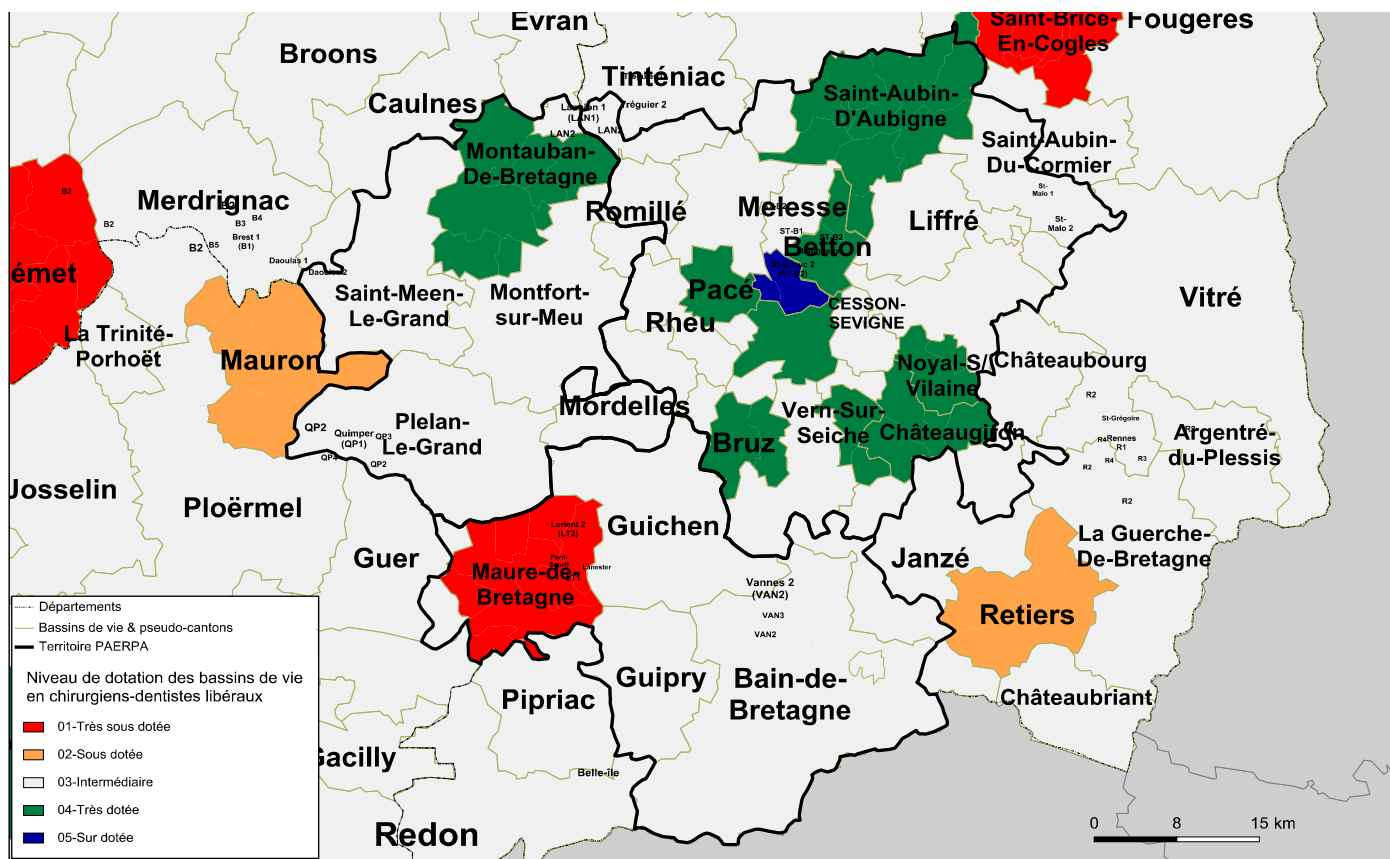
Au 1^{er} janvier 2016, le territoire PAERPA comptait 358 chirurgiens-dentistes libéraux, soit une densité de 6 dentistes pour 10 000 habitants, densité supérieure à la densité départementale, régionale et nationale. Le pays des Vallons de Vilaine présente une densité inférieure aux densités de référence : respectivement 4,2 dentistes versus 5,4 pour le département, 5,4 pour la région et 5,2 pour la France métropolitaine. Mais pour la population de 75 ans et plus domiciliée sur ce pays, la densité de chirurgiens-dentistes est supérieure à la Bretagne : 57,7 dentistes pour 10 000 habitants de 75 ans et plus versus 52,3 pour la région.

Tableau 21. Offre de soins libérale en chirurgiens-dentistes

Territoire	Effectif 2016	Densité 2016 pour 10 000 hbts	Densité 2016 pour 10 000 hbts de 75 ans et plus	% de PS de 60 ans et plus
Territoire PAERPA	385	6,0	84,4	12 %
Pays de Brocéliande	36	5,3	64,5	14 %
Pays de Rennes	323	6,3	92,2	11 %
Pays des Vallons de Vilaine	29	4,2	57,7	14 %
Ille-et-Vilaine	550	5,4	63,5	13 %
Bretagne	1 766	5,4	52,3	16 %
France métropolitaine	33 982	5,2	56,8	20 %

Sources : DémoPS 2016 - INSEE, RGP 2013.

Carte 11. Offre de soins des chirurgiens-dentistes sur le territoire projet PAERPA



Source : ARS Bretagne (février 2014) - carte issue de l'ATLAS de la santé 2015.

➔ **Une densité d'infirmiers sur les pays des Vallons de Vilaine supérieure à la moyenne régionale**

Le territoire PAERPA comptait 991 infirmiers libéraux, soit une densité de 122 infirmiers pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. Contrairement aux densités de médecins généralistes et de dentistes, cette densité est inférieure à la densité régionale et nationale. Seul le pays des Vallons de Vilaine présente une densité supérieure aux densités de référence : respectivement 151 infirmiers pour 10 000 habitants de 75 ans et plus versus 114 pour le département, 150 pour la région et 139 pour la France métropolitaine.

Le territoire projet compte deux centres de soins infirmiers sur Rennes, un à Chartres de Bretagne couvrant 17 communes au sud-est du pays de Rennes et un à Janzé couvrant 4 communes du pays des Vallons de Vilaine et 1 commune du pays de Rennes.

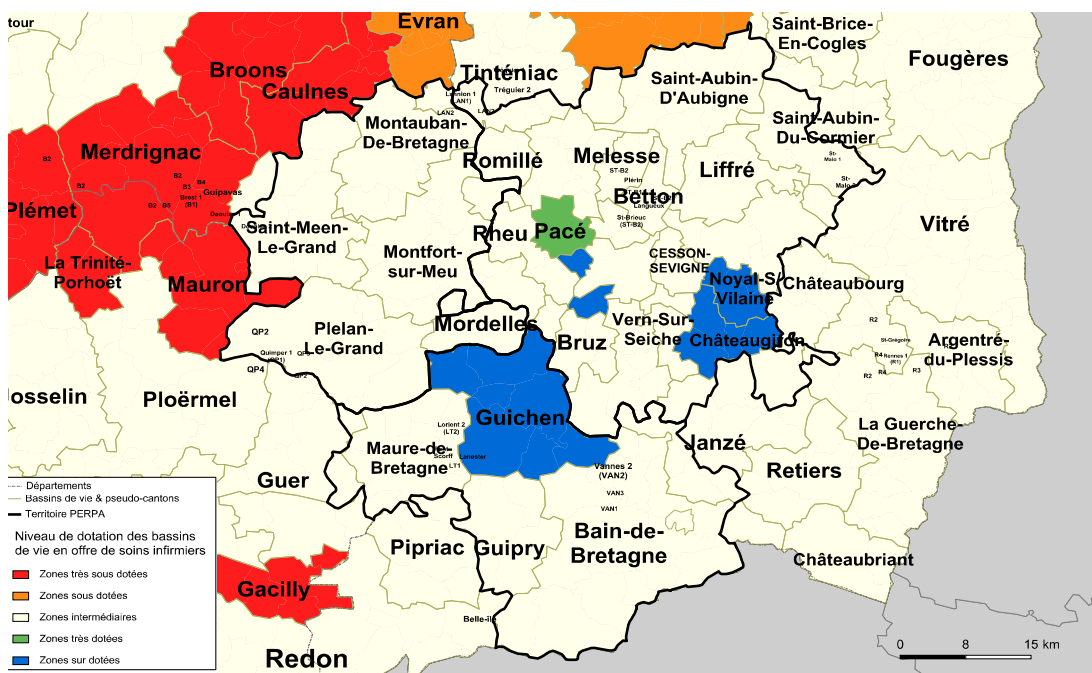
Tableau 22. Offre de soins libérale en infirmiers

Territoire	Effectif 2016	Densité 2016 pour 10 000 hbts	Densité 2016 pour 10 000 hbts de 75 ans et plus	% de PS de 60 ans et plus
Territoire PAERPA	557	8,6	122,1	7 %
Pays de Brocéliande	72	10,6	129,0	6 %
Pays de Rennes	409	8,0	116,8	7 %
Pays des Vallons de Vilaine	76	10,9	151,2	8 %
Ille-et-Vilaine	991	9,7	114,4	6 %
Bretagne	5 062	15,5	149,9	7 %
France métropolitaine	83 142	12,7	138,9	9 %

Sources : DémoPS 2016 - INSEE, RGP 2013.

A noter qu'au pays de Rennes, 22 infirmiers sont salariés dans des centres de santé.

Carte 12. Offre de soins des infirmiers libéraux sur le territoire projet PAERPA



Source : ARS Bretagne (février 2014) - carte issue de l'ATLAS de la santé 2015

➔ Une densité de l'offre de masseurs-kinésithérapeutes supérieure à celle de la région

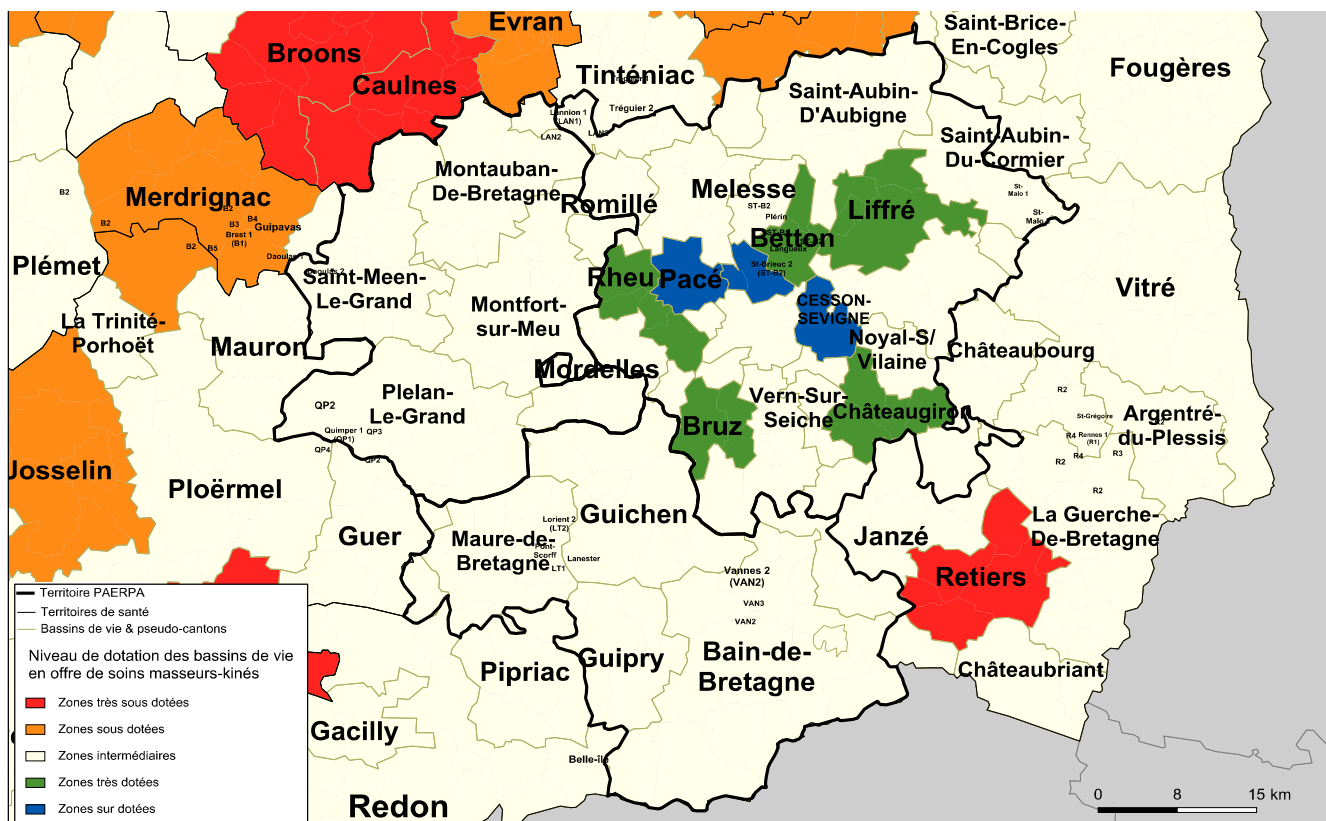
L'offre globale de masseurs-kinésithérapeutes (728 professionnels libéraux) est supérieure à la moyenne départementale, régionale et nationale : 159,6 masseurs-kinésithérapeutes pour 10 000 habitants de 75 ans et plus contre 122,7 en Ille-et-Vilaine, 97,2 en Bretagne et 101,3 en France métropolitaine. Seul le pays de Rennes présente une densité supérieure au département (276,2 masseurs-kinésithérapeutes).

Tableau 23. Offre de soins libérale en masseurs kinésithérapeutes

Territoire	Effectif 2016	Densité 2016 pour 10 000 hbts	Densité 2016 pour 10 000 hbts de 75 ans et plus	% de PS de 60 ans et plus
Territoire PAERPA	728	11,3	159,6	5 %
Pays de Brocéliande	67	9,9	120,1	3 %
Pays de Rennes	617	12,1	176,2	6 %
Pays des Vallons de Vilaine	51	7,3	101,5	6 %
Ille-et-Vilaine	1 063	10,4	122,7	7 %
Bretagne	3 283	10,1	97,2	9 %
France métropolitaine	60 653	9,3	101,3	11 %

Sources : DémoPS 2016 - INSEE, RGP 2013

Carte 13. Offre de soins des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur le territoire projet PAERPA



Source : ARS Bretagne (février 2014) - carte issue de l'ATLAS de la santé 2015

➔ Une offre en officines moins importante qu'en région

Le territoire PAERPA dispose d'une offre en officines inférieure au département, à la région et à la France métropolitaine : respectivement 28 pharmacies pour 100 000 habitants versus 26,6 pour l'Ille-et-Vilaine, 34 en Bretagne et 33,2 en France métropolitaine.

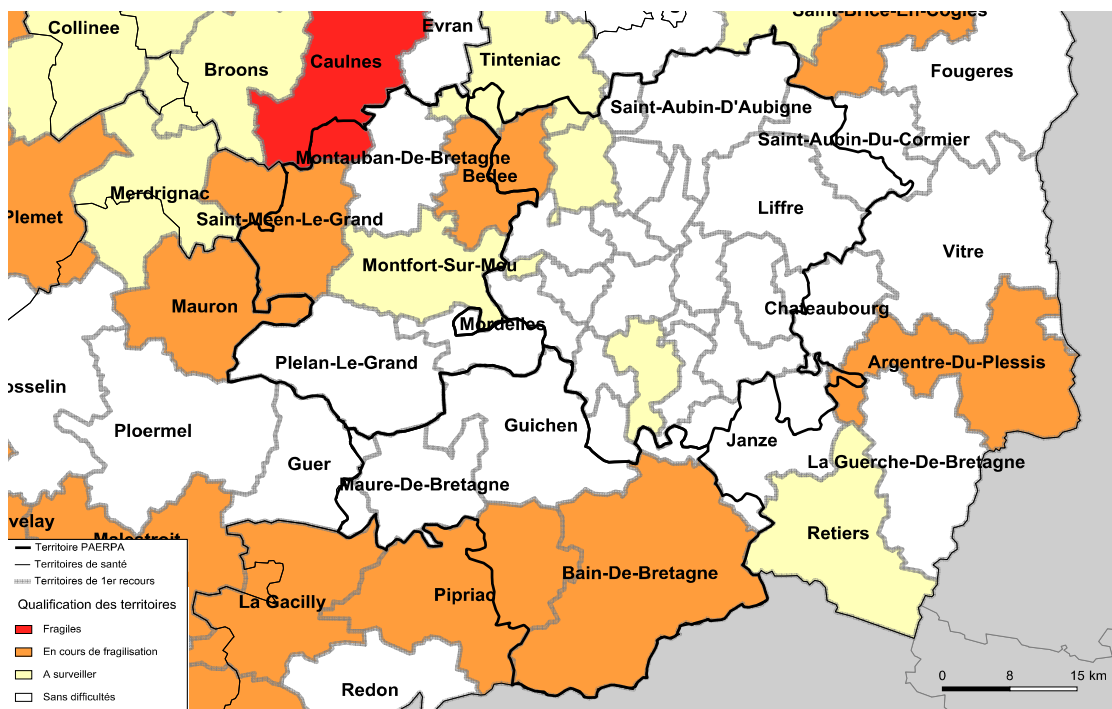
Néanmoins sur le pays de Rennes, malgré une offre moins importante, la population du territoire ne présente globalement pas de difficulté dans l'accès aux officines. La moitié du territoire du pays des Vallons de Vilaine ne présente pas de difficultés et la seconde moitié est en cours de fragilisation. Le pays de Brocéliande présente des territoires de 1^{er} recours sans difficulté, sous surveillance, en cours de fragilisation et fragile.

Tableau 24. Offre de soins en pharmacies

Territoire	Nombre de pharmacies 1er janvier 2016	Densité 2016 pour 100 000 hbts
Territoire PAERPA	182	28,2
Pays de Brocéliande	18	26,6
Pays de Rennes	147	28,9
Pays des Vallons de Vilaine	17	24,4
Ille-et-Vilaine	313	30,7
Bretagne	1 109	34,0
France métropolitaine	21 772	33,2

Sources : FINESS 1^{er} janvier 2016 - INSEE, RGP 2013.

Carte 14. Qualification des zones sur l'accès aux officines de ville sur le territoire PAERPA



Sources : FINEES (mai 2014) - carte issue de l'ATLAS de la santé 2015

➔ Une offre de médecins spécialistes très importante sur le pays de Rennes, s'adressant à l'ensemble du territoire PAERPA

Le territoire PAERPA dispose d'un important éventail de spécialités médicales, en raison de la présence de Rennes métropole qui concentre la majorité des établissements de santé publics et privés, notamment le CHU de Rennes, le Centre Régional de Gériatrie (CRG).

Les spécialités plus particulièrement suivies dans l'expérimentation PAERPA, psychiatres, neurologues, rhumatologues, cardiologues sont largement représentées. Leur rapport au volume de population âgée de 75 ans et plus est supérieur à la moyenne départementale, régionale et nationale. Cette offre se concentre sur le pays de Rennes bien qu'elle s'adresse à une zone plus étendue qui comprend les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine.

Tableau 25. Offre de soins en médecins spécialistes au 1er janvier 2016

Territoire	Neurologues			Cardiologues			Rhumatologues			Psychiatres			Gériatres		
	Effectif installé	% libéraux	Densité	Effectif installé	% libéraux	Densité	Effectif installé	% libéraux	Densité	Effectif installé	% libéraux	Densité	Effectif installé	% libéraux	densité
Territoire PAERPA	34	21 %	7,5	80	55 %	17,5	27	70 %	5,9	178	42 %	39,0	21	5 %	4,6
Pays de Brocéliande	0	0 %	0,0	2	100 %	3,6	0	0 %	0,0	2	0 %	3,6	1	0 %	1,8
Pays de Rennes	34	21 %	9,7	79	54 %	22,6	27	70 %	7,7	177	42 %	50,5	18	6 %	5,1
Pays des Vallons de Vilaine	1	0 %	2,0	0	0 %	0,0		0 %	0,0	1	0 %	2,0	4	0 %	8,0
Ille-et-Vilaine	41	27 %	4,7	103	59 %	11,9	39	77 %	4,5	215	41 %	24,8	29	3 %	3,3
Bretagne	107	29 %	3,2	300	59 %	8,9	124	66 %	3,7	614	36 %	18,2	85	1 %	2,5
France métropolitaine	2407	34 %	4,0	6627	68 %	11,1	2538	67 %	4,2	14722	42 %	24,6	1706	5 %	2,9

Sources : DémoPS 2016 - INSEE, RGP 2013.

Note : Densité calculée pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

➔ Une offre de médecins psychiatres très importante, mais concentrée sur le pays de Rennes

L'offre globale de psychiatres du territoire PAERPA (74 professionnels libéraux) est supérieure à la moyenne départementale, régionale et nationale : 16,2 psychiatres pour 10 000 habitants de 75 ans et plus contre 10,3 en Ille-et-Vilaine, 6,5 en Bretagne et 10,4 en France métropolitaine. Toutefois, cette offre est uniquement présente sur le pays de Rennes qui présente une densité de 21,1 psychiatres.

Tableau 26. Offre de soins libérale en psychiatres

Territoire	Effectif 2016	Densité 2016 pour 10 000 hbts	Densité 2016 pour 10 000 hbts de 75 ans et plus	% de PS de 60 ans et plus
Territoire PAERPA	74	1,1	16,2	42%
Pays de Brocéliande	0	0,0	0,0	-
Pays de Rennes	74	1,5	21,1	42%
Pays des Vallons de Vilaine	0	0,0	0,0	-
Ille-et-Vilaine	89	0,9	10,3	47%
Bretagne	219	0,7	6,5	45%
France métropolitaine	6 242	1,0	10,4	50%

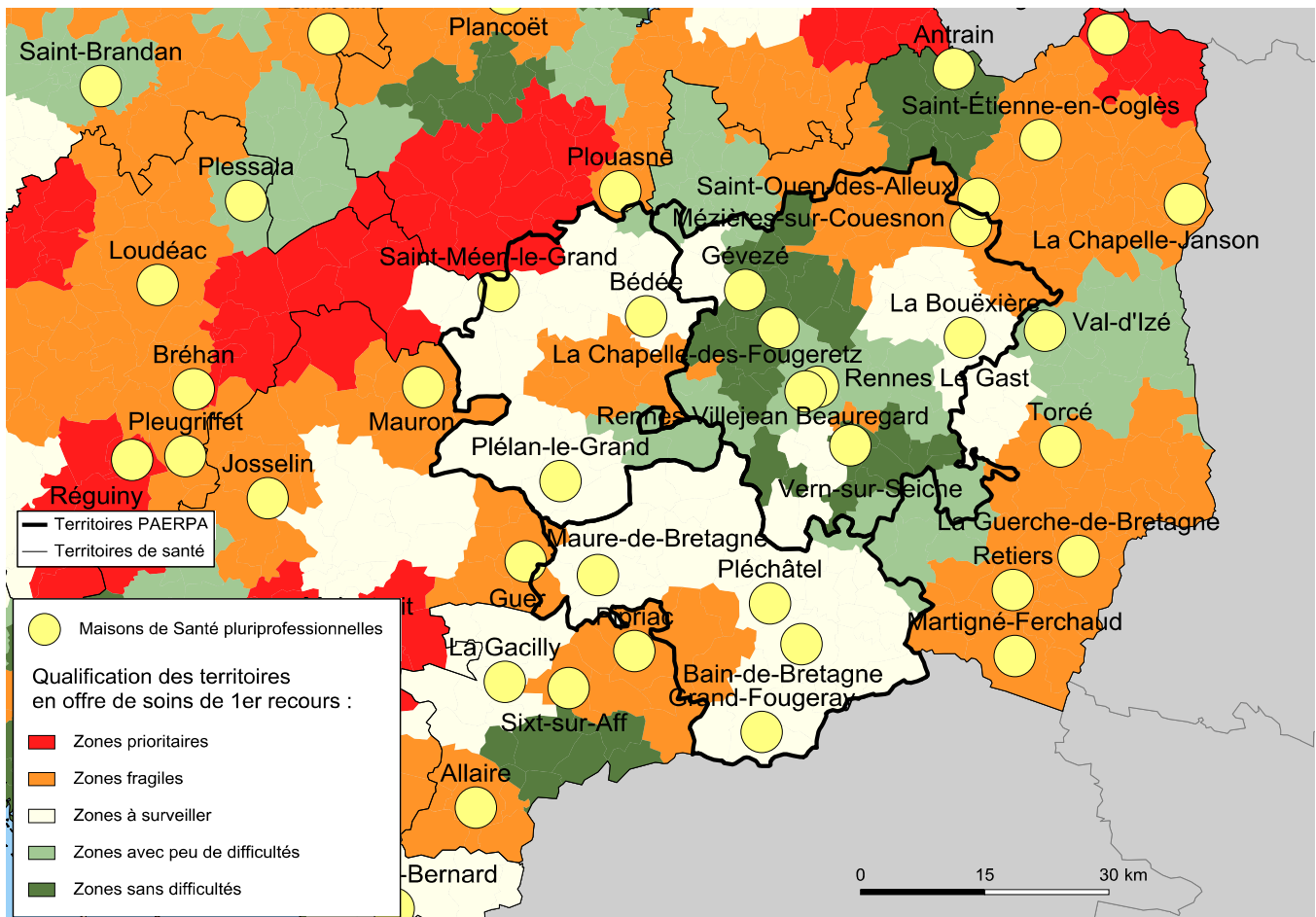
Sources : DémoPS 2016 - INSEE, RGP 2013.

→ Quinze maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) regroupent plusieurs professionnels de santé assurant, dans des locaux communs, des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Les MSP se distinguent des simples cabinets de groupe par l'existence d'un projet de santé validé par l'ARS, partagé et mis en œuvre par les professionnels de façon coordonnée.

Au 1^{er} janvier 2016, le territoire PAERPA compte quinze Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) dont treize présentes sur le territoire de la Filière Interhospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (ne comprend pas la MSP du Grand-Fougeray).

Carte 15. Maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire PAERPA



Source : FINESS (1^{er} janvier 2016) - carte issue de l'ATLAS du PRS 2016.

Tableau 27. Liste des maisons de santé pluriprofessionnelles

Territoire	MSP	Dat de validation du projet de santé	Caractéristiques
Pays de Brocéliande	St-Méen-le-Grand	Décembre 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Participe depuis 2012 à l'expérimentation art 70 - Dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)⁸ - Porte un programme ETP sur le diabète - A mis en place des consultations de prévention en gériatrie avec le Centre de Prévention Bien Vieillir/AGIRC-ARCCO
	Plélan-le-Grand	Septembre 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ACI - A mis en place des consultations d'endocrinologie et des consultations de prévention en gériatrie avec le Centre de Prévention Bien Vieillir/AGIRC-ARCCO - Demande en cours pour bénéficier du protocole ASALEE⁹, notamment sur le repérage des troubles cognitifs et la réalisation de tests mémoire
	Montfort communauté	Avril 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéficie actuellement de l'appui d'un consultant pour formaliser son projet de santé
	<p>Il existe un inter pôles qui regroupe les 3 MSP citées ci-dessus pour des actions à l'échelle du Pays de Brocéliande. L'inter pôles participe à l'expérimentation d'une IDEC en cancérologie et vient d'adresser à l'ARS une lettre d'intention pour porter une PTA sur le Pays de Brocéliande.</p>		
Pays de Rennes	Rennes Villejean	Décembre 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ACI - Protocole ASALEE, notamment sur le repérage de la perte d'autonomie
	Rennes Le Gast	Octobre 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole ASALEE
	Vern-sur-Seiche	Février 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ACI
	La Chapelle des Fougeretz	Février 2014	
	Gévezé	octobre 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ACI - Protocole ASALEE
	Betton	Janvier 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Demande en cours pour bénéficier du protocole ASALEE
	La Bouexière (Pour cc de Liffré)	Mai 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole ASALEE
	<p>Les sites de Gévezé et Betton fonctionnent en inter pôles sur des protocoles sur les personnes âgées.</p>		
Pays des Vallons de Vilaine	Bain-de-Bretagne	Mars 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ACI - Protocole ASALEE - Démarre un travail sur la santé mentale suite à un appel à projet
	Goven	Février 2017	
	Pléchatel	Octobre 2012	
	Le Sel de Bretagne	Septembre 2014	
	Maure-de-Bretagne	Octobre 2014	
	Grand Fougeray	2013	
	<p>Les sites de Bain-de-Bretagne, le Sel de Bretagne et Pléchatel fonctionnent en inter pôles sur des projets.</p>		

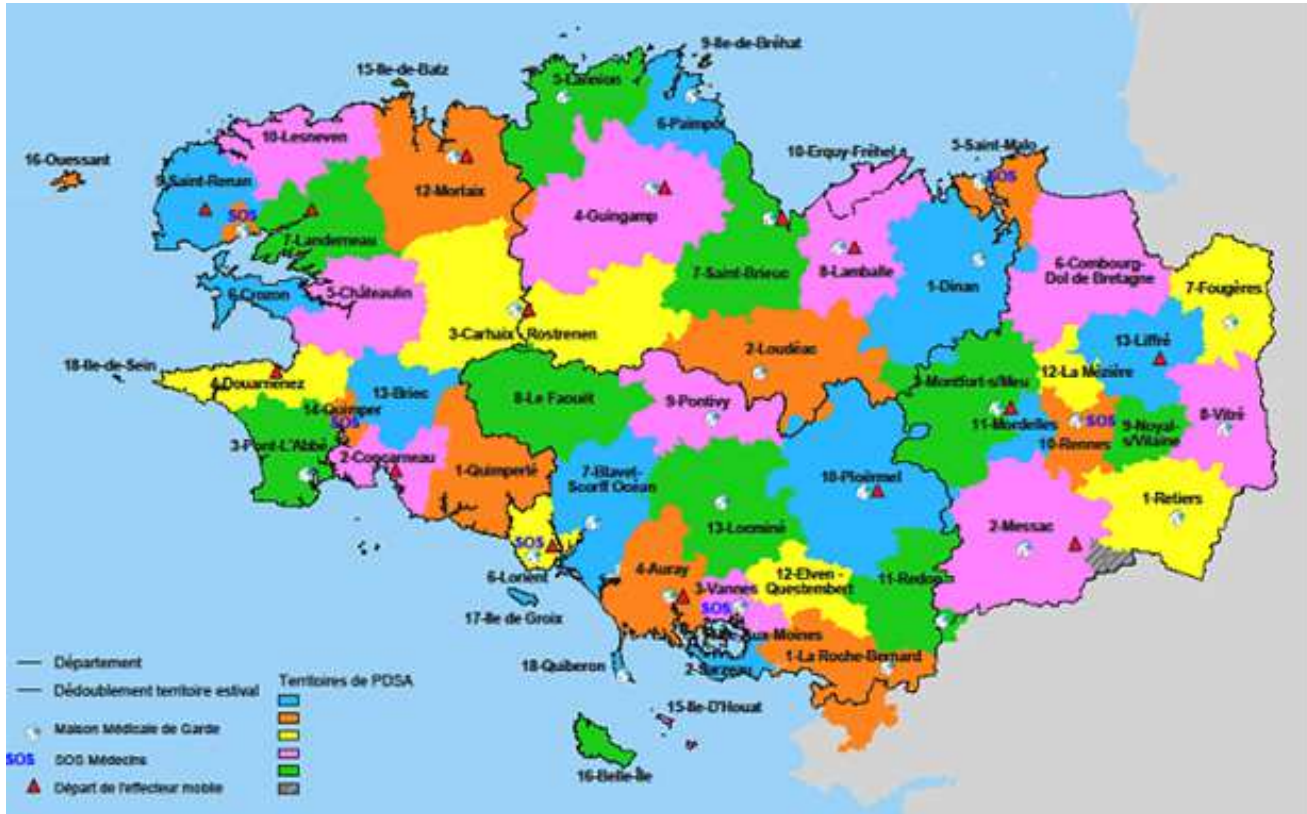
⁸ L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, publié au Journal Officiel le 5 août 2017, généralise le principe de rémunération versée à des structures pluri-professionnelles valorisant les activités de coordination.

⁹ ASALEE : Délégation de tâches médecins/infirmiers sur la mise en œuvre d'actions d'ETP.

→ Une permanence des soins en médecine générale assurée en Ille-et-Vilaine

En 2015, la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) 10 en Ille-et-Vilaine est assurée par 415 médecins généralistes volontaires qui représentent 51 % des médecins non exemptés installés dans le département (versus 57 % pour la Bretagne). Ces médecins effecteurs interviennent sur douze territoires de garde (hors Redon) dont sept territoires qui sont majoritairement implantés sur le territoire PAERPA : Montfort sur Meu, La Mézières, Liffré, Mordelles, Rennes, Noyal sur Vilaine et Messac.

Carte 16. Maisons médicales de garde et SOS médecins en Bretagne—juillet 2015



Source : Arrêté janvier 2016.

Sur le département et sur la région, la complétude des gardes est assurée à hauteur de 96 %, par les médecins assurant les consultations, les visites et la régulation des appels au sein des SAMU centre 15. A l'échelle des sept territoires principaux qui composent le territoire PAERPA, seul le territoire de Liffré présente des difficultés pour assurer la complétude des tableaux de garde (gardes assurées en cabinet avec seulement 49 % de complétude).

¹⁰ La PDSA est présentée sur le site internet de l'ARS Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-permanence-des-soins>.

Synthèse sur l'offre de soins libérale et ambulatoire

Constats	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Des densités de chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes supérieures à celle de la région et du national ↪ Le territoire dispose d'une offre en pharmacies inférieure aux moyennes régionales et nationales
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Une offre de médecins spécialistes très importante sur le pays de Rennes s'adressant à l'ensemble du territoire PAERPA ↪ Une expertise acquise grâce à l'expérimentation art.70 menée sur la Maison de Santé de Saint-Méen-le-Grand et la possibilité de capitaliser sur cette expérimentation ↪ Une offre de médecins spécialistes très importante sur le pays de Rennes s'adressant à l'ensemble du territoire PAERPA ↪ 15 maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire projet dont certaines qui impulsent des dynamiques sur le territoire autour de l'accompagnement du vieillissement et des projets de coordination
Points faibles	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Plusieurs fragilités dans l'accessibilité aux soins pour les territoires des Vallons de Vilaine et Brocéliande : moins bien dotés en offre de soins de premiers recours que le Pays de Rennes, idem pour les médecins spécialisés et l'accessibilité aux soins d'urgence qui peut être difficile pour certaines zones de Brocéliande et des Vallons de Vilaine (temps d'accès supérieur à 30 minutes) ↪ Une faible densité de médecins généralistes sur les pays des Vallons de Vilaine et de Brocéliande, ce dernier ayant par ailleurs une proportion importante de médecins proches de l'âge de la retraite ↪ Une offre de soins en infirmiers libéraux plus fragile sur le pays de Rennes
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Le pays de Brocéliande va faire face dans les années à venir à un important manque de médecins généralistes ↪ Lien faible entre l'offre officines / et la consommation de soins en médicaments ?
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↪ S'appuyer sur les dynamiques existantes, favoriser les coordinations pluriprofessionnelles et apporter un appui aux professionnels de santé à travers la CTA ↪ Informer et prévenir pour anticiper les effets du vieillissement et préserver l'autonomie des personnes âgées ↪ Renforcer les liens avec les professionnels de ville en sorties d'hospitalisation, notamment sur la conciliation médicamenteuse ↪ Renforcer la télémédecine

III.3. Offre de soins hospitalière

III.3.1. Offre hospitalière globale

Un territoire projet disposant d'une offre hospitalière satisfaisante, mais essentiellement concentrée sur Rennes métropole

Bien que le territoire PAERPA dispose d'une offre de soins importante, cette offre est largement concentrée sur l'agglomération rennaise.

Rennes métropole concentre les établissements de référence telle que le CHU de Rennes, les établissements privés, le Centre Régional de Gériatrie de Chantepie, le Pôle St-Hélier ou bien le Centre Hospitalier de Guillaume Régnier, assurant les prises en charges en médecine, chirurgie, SSR, psychiatrique, ainsi que les urgences sur le territoire.

Néanmoins, l'ensemble du territoire PAERPA est couvert par la Filière Inter-hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR).

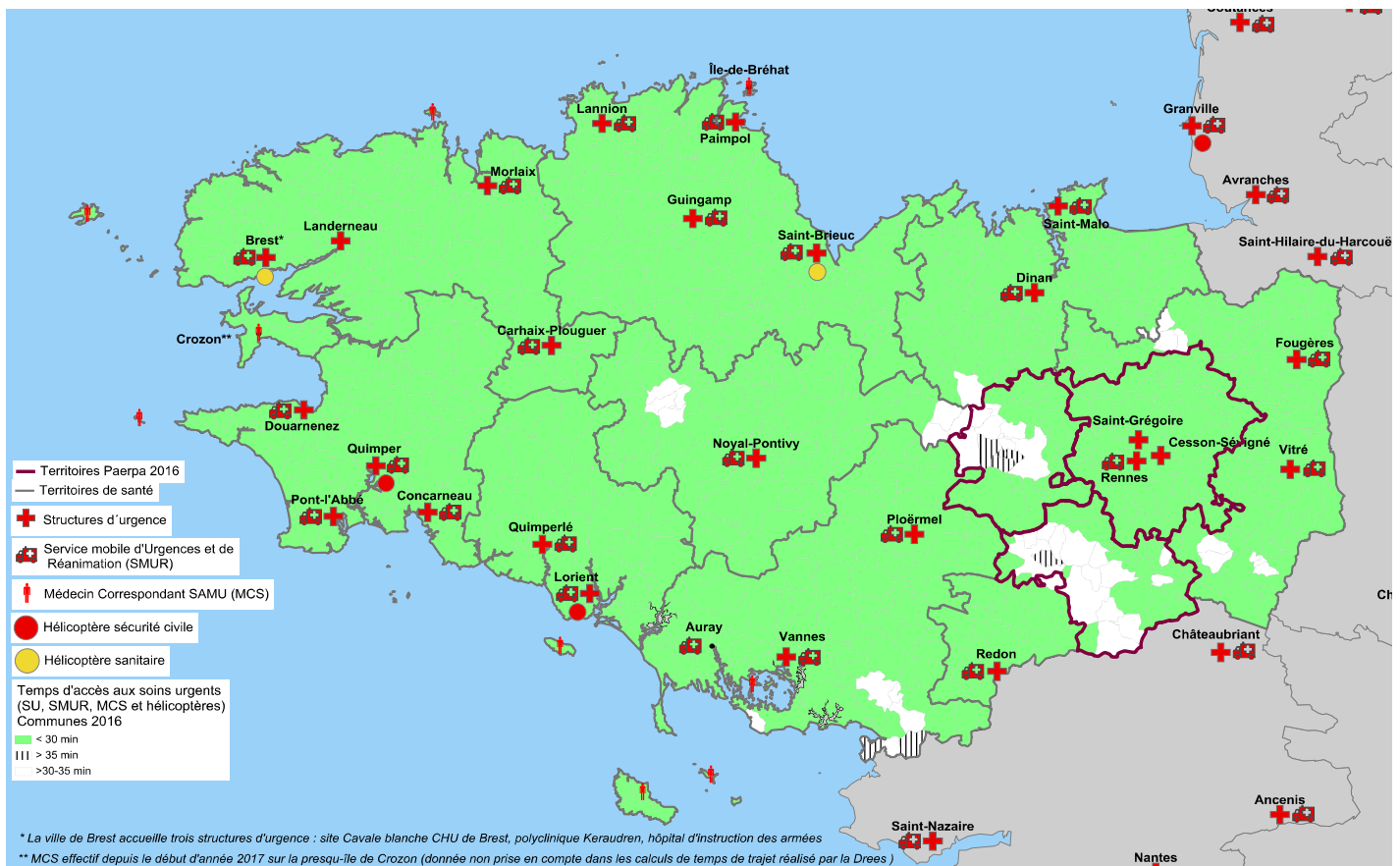
→ Une commune sur quatre du territoire projet est à plus de 30 minutes de soins urgents

La médecine d'urgences se compose de trois types de service : structures d'urgences, SAMU et SMUR.

Pour le territoire PAERPA, 3 sites localisés sur l'agglomération rennaise, accueillent les patients dans des structures d'urgences.

Ces trois sites disposent de 85 lits en Unité d'Hospitalisation de très Courte Durée (UHCD). La régulation des appels et la prise en charge éventuelle associée sont organisées respectivement par le service d'aide médicale urgente (SAMU - Centre 15) et la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du CHU.

Carte 17. Offre de soins d'urgences



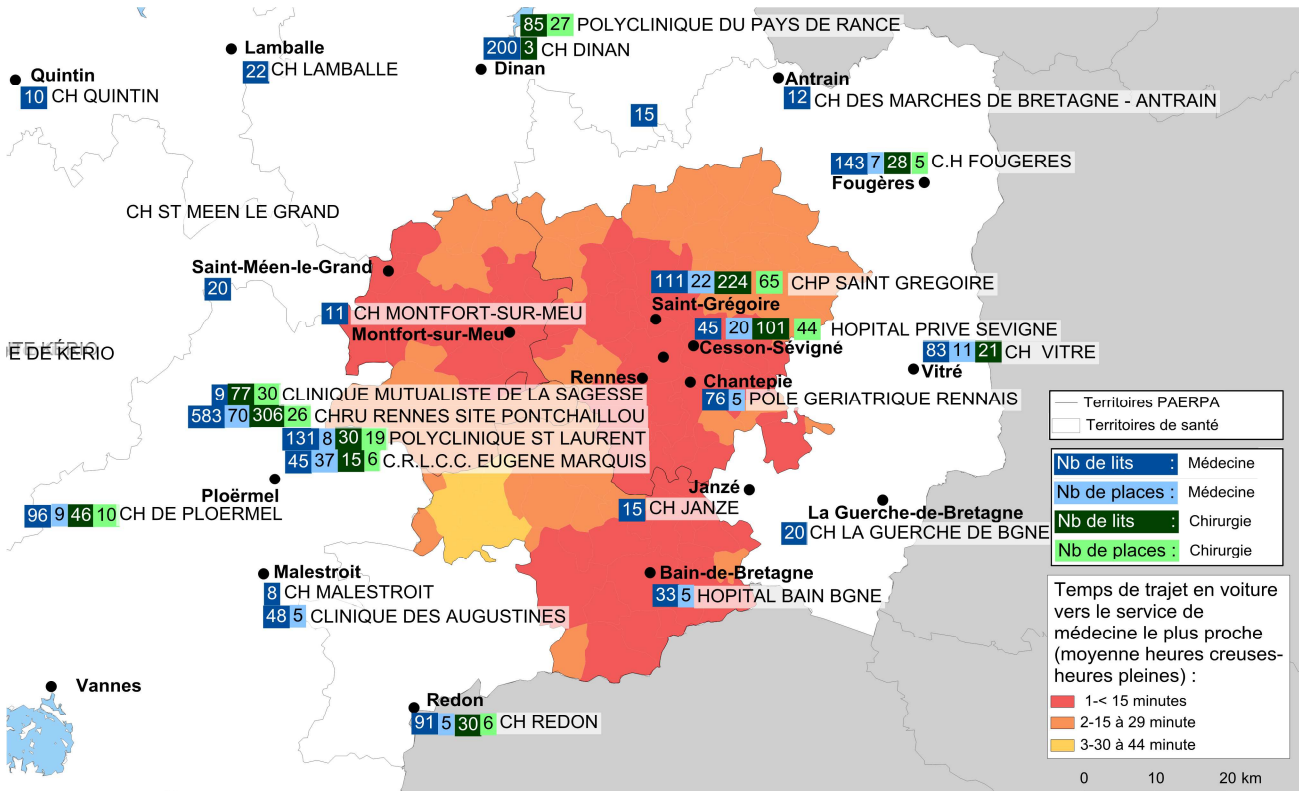
Sources : ARGHOS (17/10/2016), METRIC (fonds routiers 2012) – Exploitation ARS Bretagne.

URGENCES	CAPACITES	ACTIVITE
Territoire PAERPA	- 3 structures d'urgences - 24 % des communes à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, soit 8 % des personnes âgées de 75 ans et plus	- En 2015, 348 passages aux urgences pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 411 pour la Bretagne)
Pays de Brocéliande	- 0 site sur ce territoire - 32 % des communes à plus de 30 minutes d'un service d'urgences, soit 31 % des personnes âgées de 75 ans et plus	- 344 passages aux urgences pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
Pays de Rennes	-3 structures d'urgence - Aucune commune à plus de 30 minutes d'un service d'urgence ➤ CHU RENNES : - Plateau technique - 57 lits d'UHCD (SAE 2015) - SAMU - SMU ➤ CHP ST-GREGOIRE : 16 lits d'UHCD ➤ HOPITAL PRIVE SEVIGNE : 12 lits d'UHCD	- 315 passages aux urgences pour 1 000 habitants de 75 ans et plus du territoire - CHU : près d'un passage aux urgences sur six concerne un patient de 75 ans et plus - CHP et HPS : près d'un passage aux urgences sur huit concerne un patient de 75 ans et plus
Pays des Vallons de Vilaine	- 0 site sur ce territoire - 38 % des communes à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, soit 39 % des personnes âgées de 75 ans et plus	- 580 passages aux urgences pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
Commentaires :		
<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées habitant le pays des Vallons de Vilaine ont plus recours aux urgences alors que ce pays est celui qui regroupe le plus de communes en zone blanche. 		
Autres établissements fréquentés par les habitants du territoire projet.		
30 % des passages aux urgences des personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine ne se font pas dans le territoire projet :		
<ul style="list-style-type: none"> - 19 % des passages aux urgences sont effectués au CH de Redon ; - 9 % sont pris en charge en dehors de la région et notamment au CH de Châteaubriant. 		

Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015.

→ Un recours aux services de médecine moins important pour les personnes âgées du pays de Brocéliande

Carte 18. Offre de soins en médecine et chirurgie



Sources : ARGHOS (17/10/2016), METRIC (fonds routiers 2012) – Exploitation ARS Bretagne.

Remarque : L'hôpital Sud du CHU de Rennes regroupe les services de gynécologie-obstétrique et ceux destinés aux soins médicaux et chirurgicaux de l'enfant. Il est donc exclu de l'analyse.

MEDECINE	CAPACITES	ACTIVITE
Territoire PAERPA	- 10 structures autorisées en médecine pour adultes - 4 % des communes à plus de 30 minutes d'un service de médecine	En 2015, 242 patients ont eu recours à un séjour de médecine pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 254 dans le département et 266 pour le Bretagne).
Pays de Brocéliande	- 2 CH autorisés en médecine - Aucune commune à plus de 30 minutes d'un service de médecine ➤ CH Montfort sur Meu (CH de proximité) - 11 lits en hospitalisation complète ➤ CH St-Méen Le Grand (CH de proximité) - 20 lits en hospitalisation complète	218 patients ont eu recours à un séjour de médecine pour 1 000 habitants de 75 ans et plus - 2 734 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 68 % - 2 849 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 39 %
Pays de Rennes	- 7 CH autorisés en médecine - Aucune commune à plus de 30 minutes d'un service de médecine ➤ CHU de Rennes - 583 lits en hospitalisation complète (+234 lits à l'hôpital sud)	248 patients ont eu recours à un séjour de médecine pour 1 000 habitants de 75 ans et plus - 188 348 journées en hospitalisation complète à Pontchaillou

	<ul style="list-style-type: none"> - 106 places en hospitalisation partielle (+34 places à l'hôpital sud) ➤ CRLCC Eugène Marquis (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - 45 lits en hospitalisation complète - 37 places en hospitalisation partielle ➤ Polyclinique St-Laurent (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - 131 lits en hospitalisation complète - 8 places en hospitalisation partielle ➤ Clinique Mutualiste de la Sagesse (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - 9 lits en hospitalisation complète CHP St Grégoire (Privé) <ul style="list-style-type: none"> - 111 lits en hospitalisation complète - 22 places en hospitalisation partielle ➤ HP Sévigné (Privé) <ul style="list-style-type: none"> - 45 lits en hospitalisation complète - 20 places en hospitalisation partielle ➤ Pôle gériatrique de Chantepie (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - 76 lits en hospitalisation complète - 5 places en hospitalisation partielle 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation de 95 % - 11 185 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 81 % - 35 497 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 78 % - 5 902 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 180 % - 35 046 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 87 % - 16 924 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 103 % - 25 281 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 101 %
Pays des Vallons de Vilaine	<ul style="list-style-type: none"> - 1 CH autorisé en médecine - 6 communes à plus de 30 minutes d'un service de médecine ➤ CH Bain de Bretagne <ul style="list-style-type: none"> - 33 lits en hospitalisation complète - 5 places en hospitalisation partielle 	<p>230 patients ont eu recours à un séjour de médecine pour 1 000 habitants de 75 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 707 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 81 %
<p>Commentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La population âgée du pays de Brocéliande a moins recours au service de médecine que dans les autres territoires. De plus, les deux centres hospitaliers localisés sur ce territoire présentent de faibles taux d'occupation. Les CH de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand sont dans une phase d'évolution pour aller vers un projet médical partagé 2017-2021. 		
<p>Autres établissements fréquentés par les habitants du territoire projet</p> <p>Pour les personnes âgées du pays de Brocéliande : 7 % des séjours ont été réalisés au CH de Ploërmel.</p> <p>Pour les personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 % des séjours ont été réalisés au CH de Châteaubriant ; - 3 % au CH de Ploërmel ; - 2,5 % au CH de Redon. 		

Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015.

Remarque : L'hôpital Sud du CHU de Rennes regroupe les services de gynécologie-obstétrique et ceux destinés aux soins médicaux et chirurgicaux de l'enfant. Il est donc exclu de l'analyse.

→ Une offre de chirurgie uniquement dans le pays de Rennes

CHIRURGIE	CAPACITES	ACTIVITE
Territoire PAERPA	- 6 structures autorisées en chirurgie pour adultes	En 2015, 149 patients ont eu recours à un séjour de chirurgie pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 147 dans le département et 152 pour le Bretagne).
Pays de Brocéliande	- Aucun CH autorisé en chirurgie	130 patients ont eu recours à un séjour de chirurgie pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.
Pays de Rennes	- 6 CH autorisés en chirurgie ➤ CHU de Rennes - 306 lits en hospitalisation complète - 26 places de chirurgie ambulatoire ➤ CRLCC Eugène Marquis (ESPIC) - 15 lits en hospitalisation complète - 6 places de chirurgie ambulatoire ➤ Polyclinique St-Laurent (ESPIC) - 30 lits en hospitalisation complète - 19 places de chirurgie ambulatoire ➤ Clinique Mutualiste de la Sagesse (ESPIC) - 77 lits en hospitalisation complète - 30 places de chirurgie ambulatoire ➤ CHP St Grégoire (Privé) - 224 lits en hospitalisation complète - 65 places de chirurgie ambulatoire ➤ HP Sévigné (Privé) - 101 lits en hospitalisation complète - 44 places de chirurgie ambulatoire	155 patients ont eu recours à un séjour de chirurgie pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. - 85 588 journées en hospitalisation complète à Pontchaillou - Taux d'occupation de 83 % - 1 881 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 40 % - 4 316 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 51 % - 9 954 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 35 % - 58 863 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 66 % - 22 405 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 61 %
Pays des Vallons de Vilaine	- Aucun CH autorisé en chirurgie	127 patients ont eu recours à un séjour de chirurgie pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Commentaire :

Les personnes âgées des pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine ont un recours à la chirurgie moins important que les personnes âgées bretonnes.

Autres établissements fréquentés par les habitants du territoire projet :

Pour les personnes âgées du pays de Brocéliande : 4 % des séjours ont été réalisés au CH de Ploërmel.

Pour les personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine : 13 % des séjours ont été réalisés dans des cliniques privées des Pays de la Loire (Clinique St-Marie à Châteaubriant et la clinique Jules Verne à Nantes).

Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015.

Remarque : L'hôpital Sud du CHU de Rennes regroupe les services de gynécologie-obstétrique et ceux destinés aux soins médicaux et chirurgicaux de l'enfant. Il est donc exclu de l'analyse.

→ Le recours au SSR polyvalent est plus important pour les personnes âgées des pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine alors que celles du pays de Rennes ont un recours plus important au SSR spécialisé (hors PAPD)

SSR <u>NON</u> SPECIALISE	CAPACITES	ACTIVITE
Territoire PAERPA	- 7 CH autorisés dans le SSR polyvalent	En 2015, 38 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR polyvalent (versus 44 dans le département et 45 pour le Bretagne).
Pays de Brocéliande	- 2 CH autorisés en SSR polyvalent ➤ CH Montfort sur Meu (CH de proximité) - 31 lits en hospitalisation complète ➤ CH St-Méen Le Grand (CH de proximité). - 40 lits en hospitalisation complète	66 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR polyvalent. - 11 385 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 101 % - 15 616 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 107 %
Pays de Rennes	- 3 CH autorisés en SSR polyvalent ➤ CHU de Rennes : site Hôtel Dieu - 81 lits en hospitalisation complète ➤ Polyclinique St-Laurent (ESPIC) - 72 lits en hospitalisation complète ➤ Pôle gériatrique de Chantepie (ESPIC) - 30 lits en hospitalisation complète	33 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR polyvalent. - 6 364 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 65 %. - 27 648 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 105 %. - 9 884 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 90 %.
Pays des Vallons de Vilaine	- 2 CH autorisés en SSR polyvalent ➤ CH Bain de Bretagne - 25 lits en hospitalisation complète ➤ CH Grand Fougeray (CH de proximité) - 21 lits en hospitalisation complète	45 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR polyvalent. - 13 099 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 144 %. - 7 192 journées en hospitalisation complète - Taux d'occupation de 94 %.

Commentaires

Les personnes âgées du pays de Rennes ont un recours au SSR polyvalent moins important que les personnes âgées résidant dans les deux autres pays et la région.

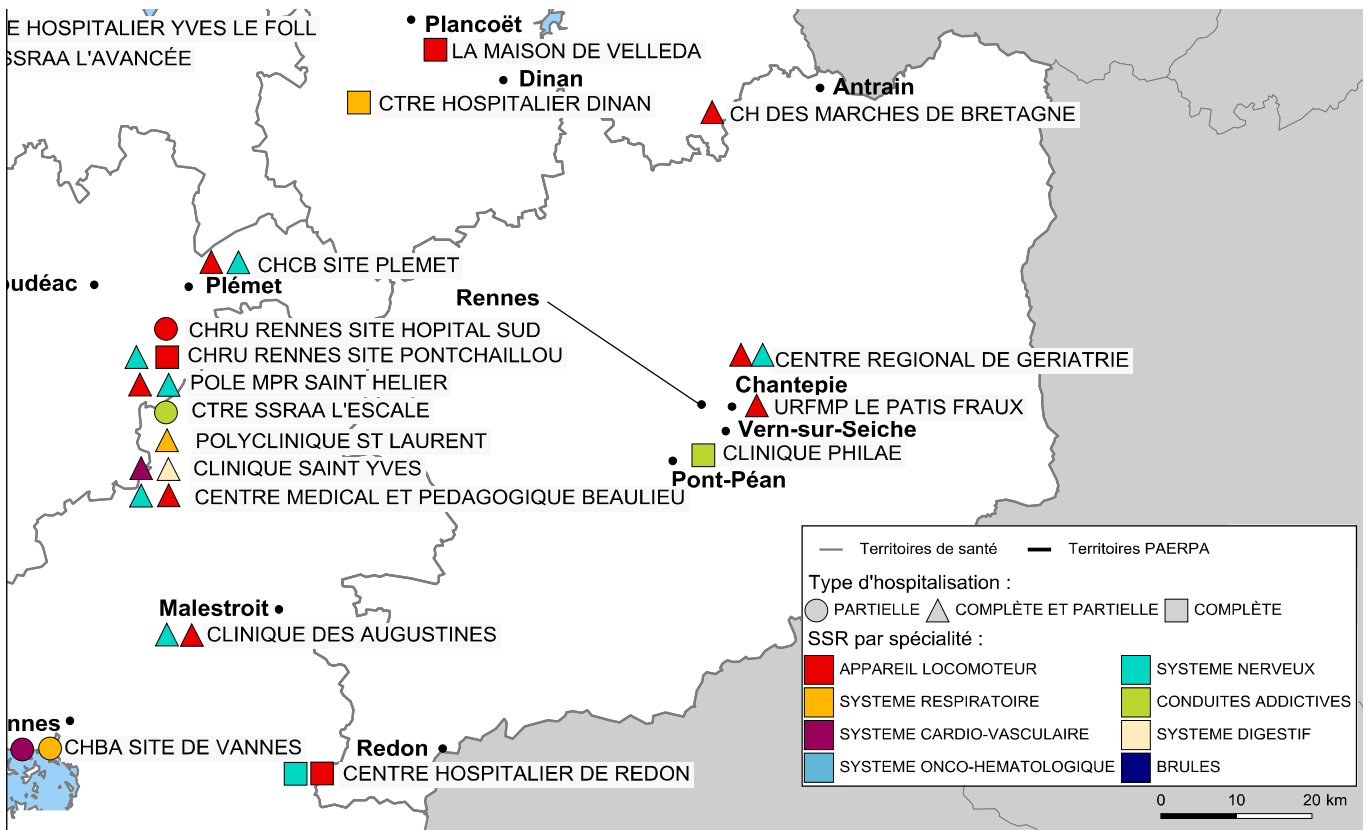
Autres établissements fréquentés par les habitants du territoire projet

Pour les personnes âgées du pays de Rennes : 7 % des patients ont été pris en charge en SSR polyvalent dans les CH de Fougères, des Marches de Bretagne à Antrain, de Janzé et dans la clinique St Joseph à Combourg.

Pour les personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine : 10 % des patients ont été pris en charge en SSR polyvalent au CH de Châteaubriant.

Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015.

Carte 19. Sites de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Spécialisés adultes (hors PAPD)



Sources : ARGHOS (01/01/2015) – Exploitation ARS Bretagne (ATLAS du PRS 2015).

Remarque : Le CH de Bain de Bretagne a été autorisé dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives.

Le Centre Médical et Pédagogique de Rennes Beaulieu, est spécialisé dans la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes. Il est donc exclu de l'analyse.

SSR SPECIALISE hors PAPD	CAPACITES	ACTIVITE
Territoire PAERPA	- 9 CH autorisés dans le SSR spécialisé (hors PAPD)	En 2015, 15 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR spécialisé (hors PAPD) contre 14 dans le département et 12 pour le Bretagne.
Pays de Brocéliande	- 0 CH autorisé en SSR spécialisé (hors PAPD)	7 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR spécialisé (hors PAPD).
Pays de Rennes	- 9 CH autorisés en SSR spécialisé (hors PAPD) <ul style="list-style-type: none"> ➤ CHU de Rennes - Appareil locomoteur - Système nerveux ➤ Pôle St-Helier - Appareil locomoteur (34 lits HC + 31 places HP) - Système nerveux (86 lits HC + 45 places HP) ➤ Polyclinique St-Laurent (ESPIC) - Système respiratoire (15 lits HC + 6 places HP) ➤ Clinique St Yves 	18 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR spécialisé (hors PAPD). - Taux d'occupation en HC : 97 % - Taux d'occupation en HC : 79 % - Taux d'occupation en HC : 87 %

	<ul style="list-style-type: none"> - Système cardio-vasculaire (35 lits HC + 20 places HP) - Système digestif (75 lits HC + 3 places HP) ➤ Pôle gériatrique de Chantepie (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - Appareil locomoteur (30 lits HC + 5 places HP) - Système nerveux (30 lits HC) ➤ URFMP Le Patis Fraux (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - Appareil locomoteur (24 lits HC + 12 places HP) ➤ Clinique Philae (privé) <ul style="list-style-type: none"> - Conduite addictive (38 lits HC) ➤ Centre l'Escale (ESPIC) <ul style="list-style-type: none"> - Conduite addictive (34 places d'HP) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation en HC : 79 % - Taux d'occupation en HC : 76 % - Taux d'occupation en HC : 107 % - Taux d'occupation en HC : 72 % - Taux d'occupation en HC : 44 % - Taux d'occupation en HC : 90 %
Pays des Vallons de Vilaine	<ul style="list-style-type: none"> - 1 CH autorisé en SSR spécialisé (hors PAPD). ➤ CH Bain de Bretagne <ul style="list-style-type: none"> - Conduite addictive (15 lits HC) 	<p>7 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR spécialisé (hors EPHAD).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de prise en charge en 2015
<p>Commentaires Les personnes âgées des pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine ont un recours au SSR spécialisé moins important que les personnes âgées bretonnes.</p>		
<p>Les personnes âgées du territoire PAERPA n'ont pas été prises en charge dans un établissement extérieur au territoire.</p>		

Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015.

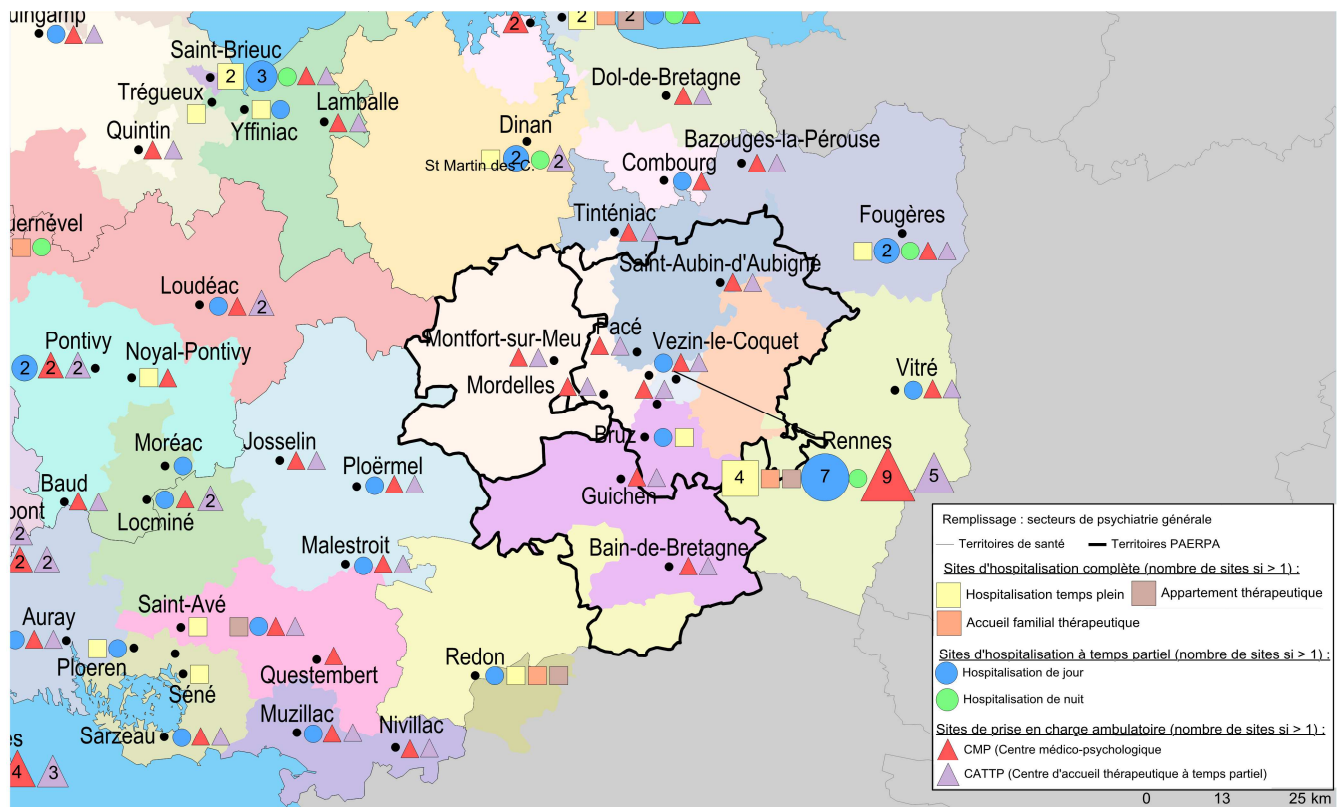
Remarques : -Le CH de Bain de Bretagne a été autorisé dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives ;

-Le Centre Médical et Pédagogique de Rennes Beaulieu, est spécialisé dans le prise en charge des adolescents et des jeunes adultes. Il est donc exclu de l'analyse.

➔ Une offre psychiatrique portée par le CHGR

L'offre de soins en psychiatrie adulte sur le territoire PAERPA est portée principalement par le CH Guillaume REGNIER (CHGR). La population souffrant de troubles psychiques est prise en charge dans sept des neuf secteurs psychiatriques qui composent le territoire d'intervention du CHGR (dont trois secteurs qui sont uniquement sur la ville de Rennes – non visible sur la carte). En effet, ces secteurs de psychiatrie regroupent 99 % de la population âgée du territoire projet. Les 1 % restant concernent les personnes âgées résidant sur les communes au sud du pays des Vallons de Vilaine qui dépendent du secteur psychiatrique du CH de Redon (soit 12 % des personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine).

Carte 20. Sites d'offre de soins psychiatriques



Sources : ARGHOS et FINESS (Avril 2016) - Exploitation ARS Bretagne.

L'offre mise à disposition par le CHGR dessert deux tiers de la population âgée du territoire projet. Cette offre se compose de :

- 640 lits en hospitalisation temps plein ;
- 49 lits en placement familial thérapeutique ;
- 49 lits en accueil familial thérapeutique ;
- 254 places en hospitalisation partielle ;
- 18 CMP ;
- 16 CATTTP.

Le territoire dispose également de quatre autres établissements :

- Clinique du Moulin à Bruz (privé) : 83 lits en hospitalisation temps plein ;
- Clinique de l'Espérance à Rennes (privé) : 78 lits en hospitalisation temps plein ;
- Polyclinique St-Laurent à Rennes (ESPIC) : 83 lits en hospitalisation temps plein ;
- Centre La Thébaudais à Rennes (ESPIC) : 50 places en hospitalisation partielle et 1 CATTTP.

PSYCHIATRIE	Nombre de sites	ACTIVITE
Territoire PAERPA	5 sites d'hospitalisation temps plein 1 site de placement familial thérapeutique 1 site d'accueil familial thérapeutique 9 sites d'hospitalisation de jour + 1 site d'hospitalisation de nuit 17 CMP 13 CATTTP 1 CATTTP	En 2015, 7 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à une hospitalisation en psychiatrie (versus 5 dans le département et 9 pour le Bretagne) et 25 ont eu recours à acte ambulatoire (24 pour le département et 36 pour la région).
Pays de Brocéliande	- 1 CMP - 1 CATTTP	6 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à une hospitalisation en psychiatrie et 21 ont eu recours à un acte ambulatoire

Pays de Rennes	<ul style="list-style-type: none"> - 5 sites d'hospitalisation temps plein - 1 site de placement familial thérapeutique - 1 site d'accueil familial thérapeutique - 9 sites d'hospitalisation de jour + 1 site d'hospitalisation de nuit - 14 CMP - 10 CATT 	7 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à une hospitalisation en psychiatrie et 26 ont eu recours à un acte ambulatoire.
Pays des Vallons de Vilaine	<ul style="list-style-type: none"> - 2 CMP - 2 CATT 	5 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à une hospitalisation en psychiatrie et 24 ont eu recours à un acte ambulatoire.
Commentaire Il est important de noter que l'offre décrite n'est pas dédiée aux personnes âgées. Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015.		

➔ Sur la zone d'intervention de l'HAD 35

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) est assurée par l'HAD 35, autorisé à prendre en charge les patients résidant sur le territoire de santé n°5.

L'HAD repose sur la coordination de soins au domicile du patient. Ce mode de prise en charge nécessite l'intervention de professionnels qualifiés, et multi-pluridisciplinaires.

III.3.2. Filière gériatrique hospitalière

La filière gériatrique hospitalière doit permettre aux patients âgés de bénéficier d'une prise en charge globale et continue. En proposant des évaluations gériatriques et des conseils pour une bonne orientation, elle contribue donc à la fluidité du parcours de la personne âgée.

Les objectifs de la filière sont :

- De proposer des dispositifs complets d'accompagnement adaptés aux besoins de santé des personnes âgées ;
- D'assurer des expertises gériatriques ;
- D'être un lieu ressource en gériatrie pour les professionnels ;
- D'accompagner les sorties d'hospitalisation.

La Filière Inter-Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR) couvre l'ensemble du territoire PAERPA et est portée par le CHU de Rennes en lien avec le pôle gériatrique rennais et l'hôpital Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne. Elle a une organisation territoriale et a donc vocation à formaliser les liens avec les autres établissements de santé et à s'articuler avec les autres dispositifs de coordination existants et à venir. Elle s'appuie ainsi sur des partenariats avec les acteurs de son territoire d'implantation.

La convention constitutive du GHT (groupement hospitalier de territoire) Haute Bretagne a été signée le 30 juin 2016. A ce jour, seuls les 10 établissements publics partis au GHT sont signataires de cette convention, les établissements privés associés et partenaires seront inclus dans le périmètre de la convention GHT dans un second temps. Le GHT est en train d'élaborer son projet médical partagé qui capitalise sur les travaux menés sur les filières de proximité. Il devrait permettre la consolidation des 4 filières de proximité existantes. A noter que le groupe GHT gériatrie a été élargi à d'autres acteurs que seulement publics : HSTV et PGR puisque ceux-ci étaient intégrés dans une des filières de proximité.

L'évaluation gériatrique est une méthode de diagnostic multidimensionnelle (médecin, infirmier, ergothérapeute, assistante sociale ...) et interdisciplinaire, basée sur la détermination des capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soin coordonné et intégré et d'assurer un suivi à long terme.

Elle peut être réalisée :

- En consultation gériatrique ;
- Lors d'une hospitalisation dans un service gériatrique ;
- Par une équipe mobile de gériatrie dans un autre service ;
- Par le médecin coordonnateur de la maison de retraite ;
- Par le réseau au domicile.

→ Une équipe mobile de gériatrie

L'ARS Bretagne a conduit une enquête sur les années 2013 et 2014 auprès des 19 établissements supports d'EMG en Bretagne. Il s'agissait d'une enquête descriptive des moyens, des modes d'organisation et de l'activité des EMG à partir d'un recueil déclaratif en ligne auprès des établissements et d'un recueil qualitatif pour chaque EMG, sous forme de visite sur site ou entretien téléphonique qui a fait l'objet d'une publication fin 2015-11. Celle-ci montre une hétérogénéité de fonctionnement de ces équipes du fait de l'adaptation à l'historique des établissements, au territoire d'intervention.

Une charte de fonctionnement des EMG, reprenant leurs missions et les orientations régionales retenues par l'ARS Bretagne, a été présentée aux EMG bretonnes en février 2014. Elle prévoit le renseignement annuel par chaque EMG d'un rapport d'activité standardisé.

EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE	
Territoire PAERPA	<p>EMG intra-hospitalier au CHU de RENNES</p> <p>Créée en 2008, cette EMG intervient aux urgences et dans les autres services du CHU pendant les jours ouvrables. L'EMG « intra » est bien repérée au sein du CHU avec des demandes provenant de tous les services (1 945 consultations).</p> <p>L'EMG est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 médecins gériatres (1,5 ETP) - 2 IDE (2 ETP) - 1 secrétaire (0,2 ETP) <p>Elle ne pratique pas d'intervention externe.</p>
<p>Commentaires :</p> <p>A proximité du territoire projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EMG du CH de Fougères ; - EMG du CH Vitré. <p>Le charte de fonctionnement des EMG qui a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail sur la base des préconisations de la circulaire donne un format type pour les EMG sur la base d'un nombre de personnes âgées sur le territoire considéré de 10 000 à 20 000 qui doit être modulé selon le nombre de personnes âgées supérieur à 75 ans sur le territoire considéré.</p>	

¹¹ Les études de l'ARS Bretagne, « Les équipes mobiles de gériatrie, un maillon essentiel au sein des filières gériatriques », n°12, 11/2015.

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-equipes-mobiles-de-geriatrie-un-maillon-essentiel-au-sein-des-filières-geriatriques-de-bretagne>

Pour remplir ses missions intra-hospitalières, l'équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire comprend en propre :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- un équivalent temps plein d'infirmier ;
- du temps de secrétariat adapté à la file active.

Et où mutualisé sur le pôle :

- 0,5 équivalent temps plein d'assistante sociale ;
- 0,5 équivalent temps plein d'ergothérapeute ;
- du temps de psychologue, de diététicien.

L'ensemble de l'équipe doit être formé spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique.

Sources : FINESS (01/01/2016), rapport d'activité 2015 des EMG, FIGAR (diagnostic mai 2016).

→ Les autres équipes mobiles

Le territoire bénéficie :

- Deux équipes mobiles gérontopsychiatriques sur les secteurs psychiatriques du CH Guillaume Rénier à Rennes :
 - Une équipe sur le secteur de Rennes nord, Liffré, Chantepie, Bain de Bretagne ;
 - Une équipe sur le secteur de Montfort sur Meu et St-Méen Le Grand.

A l'exception d'une partie du territoire de Rennes, le territoire PAERPA est couvert.

- Deux équipes mobiles de soins palliatifs :
 - CHU de Rennes ;
 - Pôle gériatrique rennais Chantepie.

→ Une offre en hôpital de jour gériatrique

L'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques. Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique.

Les consultations d'évaluations et les consultations mémoires ainsi que les hospitalisations de jour gériatriques sont assurées par trois établissements sur le territoire PAERPA

CONSULTATIONS D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE ET CONSULTATIONS MÉMOIRES	
Territoire PAERPA	2 790 consultations, soit 917 consultations pour 15 000 habitants de 75 ans et plus
Pays de Brocéliande	NEANT
Pays de Rennes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CHU de Rennes : <ul style="list-style-type: none"> - 1 906 consultations en 2016 pour des patients de 75 ans et plus - 1 088 patients de 75 ans et plus ➤ Pôle gériatrique de Chantepie <ul style="list-style-type: none"> - 487 consultations en 2016 pour des patients de 75 ans et plus - 388 patients de 75 ans et plus ➤ Polyclinique St Laurent <ul style="list-style-type: none"> - 188 évaluations gériatriques (Sources : RAC, novembre 2016) - 4 gériatres

	<p>➤ CHP St Grégoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - 188 évaluations gériatriques (Sources : RAC, janvier 2017) - 4 gériatres <p>NB : des évaluations relatives aux personnes âgées ont commencé à être mises en place dans les cliniques privées rennaises qui interviennent dans le parcours des personnes âgées. Par exemple au CHP Saint Grégoire, est réalisée une activité de bilans pour les personnes âgées en service de médecine polyvalente HC, pour laquelle l'ARS préconise un exercice en ambulatoire (Sources : courrier RAC du 24 janvier 2017), un temps partagé de gériatre existe avec le PGR. A l'HP Sévigné, recrutement en 2016 d'un médecin gériatre.</p>
Pays des Vallons de Vilaine	<p>➤ CH de Bain de Bretagne</p> <ul style="list-style-type: none"> - 397 consultations en 2016 pour des patients de 75 ans et plus - 258 patients de 75 ans et plus
<p>Commentaires :</p> <p>La circulaire préconise de disposer dans la filière gériatrique d'une unité de consultation au sein d'un établissement de santé siège.</p> <p>La circulaire de 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies préconise une consultation mémoire pour 15 000 habitants de 75 ans et plus.</p>	

Source : extraction de la Banque Nationale Alzheimer (BNA).

HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE	
Territoire PAERPA	1 812 venues en 2015 soit un taux d'occupation sur 252 jours ouvrés de 60 % (sans les capacités du CH de Bain de Bretagne)
Pays de Brocéliande	NEANT
Pays de Rennes	<p>➤ CHU de Rennes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 places - 972 venues en 2015 (taux d'occupation sur 252 jours ouvrés de 77 %) - 747 patients <p>➤ Pôle gériatrique de Chantepie</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 places (7 places depuis le second semestre 2016) - 840 venues en 2015 (taux d'occupation sur 252 jours ouvrés de 67 %) - 558 patients
Pays des Vallons de Vilaine	<p>➤ CH de Bain de Bretagne</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 places qui ne sont pas pour le moment utilisées
<p>Commentaires :</p> <p>La circulaire préconise de disposer dans la filière gériatrique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une unité d'hospitalisation de jour ; - L'unité doit avoir au minimum 5 places ; - Offre au moins 120 jours d'hospitalisation de jour pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire. <p>Afin de répondre à la préconisation de 120 jours d'hospitalisation de jour pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire PAERPA, le nombre de places théoriques sur le territoire doit être de 24.</p> <p>Après une période d'activité pas à la hauteur des besoins, les programmations en hôpital de jour progressent, des opérations de communications récentes ont eu lieu début mars 2017 vers la médecine de ville ... plaquette diffusée. Un objectif de 200 venues mensuelles a été fixé. L'hôpital de jour de la polyclinique de Saint Laurent est en projet et devait faire l'objet fin 2016 d'une étude par le cabinet conseil ACE Santé, engagé par ailleurs dans les projets ANAP « Mieux soigner-Moins héberger »</p>	

Source : FIGAR (diagnostic mai 2016).

Note : le nombre de places théoriques est calculé pour répondre au besoin de la population âgée de 75 ans et plus du territoire PAERPA (45 622 personnes en 2013) sous l'hypothèse que le taux d'occupation des places est de 90 % pendant 252 jours ouvrés.

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques, auxquelles se rajoutent des problèmes sociaux.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

L'unité de court séjour gériatrique répond à trois fonctions :

- assurer une hospitalisation directe ;
- assurer le cas échéant d'une hospitalisation après passage aux urgences ;
- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement ;
- assurer une orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.

➔ Une offre en médecine aiguë gériatrique

UNITE DE MEDECINE AIGUE GERIATRIQUE	
Territoire PAERPA	La FIGAR dispose de 69 lits dédiés à la médecine aiguë gériatrique répartis dans trois établissements. DMS : 12 jours
Pays de Brocéliande	Pas d'unité gériatrique spécifique dans les deux CH de proximité du territoire
Pays de Rennes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CHU de Rennes <ul style="list-style-type: none"> - 30 lits dédiés à la médecine aiguë gériatrique ➤ Pôle gériatrique de Chantepie <ul style="list-style-type: none"> - 16 lits dédiés à la médecine aiguë gériatrique
Pays des Vallons de Vilaine	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CH de Bain de Bretagne <ul style="list-style-type: none"> - 23 lits dédiés à la médecine aiguë gériatrique
<p>Commentaires : La circulaire préconise de disposer dans la filière gériatrique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'unité de 20 lits au minimum ; - D'offrir au moins 25 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire. <p>Afin de répondre à la préconisation de 25 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire PAERPA, le nombre de lits théoriques sur le territoire doit être de 42.</p>	

Source : FIGAR (diagnostic mai 2016).

Note : le nombre de lits théoriques est calculé pour répondre au besoin de la population âgée de 75 ans et plus du territoire PAERPA (45 622 personnes en 2013) sous l'hypothèse que le taux d'occupation des places est de 90 % pendant 365 jours et que la durée moyenne d'un séjour en unité de médecine gériatrique est d'environ 12 jours.

AUTRES OFFRES DE MEDECINE GERIATRIQUE

Territoire PAERPA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CHU de Rennes : <ul style="list-style-type: none"> - 69 lits dédiés à la médecine polyvalente ➤ Pôle gériatrique de Chantepie <ul style="list-style-type: none"> - 35 lits dédiés à la médecine cardiologique - 19 lits dédiés à la médecine neurologique ➤ Polyclinique St-Laurent <ul style="list-style-type: none"> - 16 lits dédiés à la médecine polyvalente
-------------------	---

Source : FIGAR (diagnostic mai 2016).

Hospitalisation de moyenne durée

➔ Une offre en SSR gériatrique

Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience Sources de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les SSR gériatriques prennent en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD...), ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale, soit directement du domicile dans une approche programmée.

Une double mission :

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées ;
- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

SSR GERIATRIQUE

Territoire PAERPA	La FIGAR dispose de 120 lits dédiés au SSR PAPD (Personne Agée Polypathologique, Dépendante)	En 2015, 20 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR PAPD contre 22 dans le département et 30 pour le Bretagne)
Pays de Brocéliande	Aucun établissement autorisé en SSR	4 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR PAPD
Pays de Rennes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CHU de Rennes : <ul style="list-style-type: none"> - 30 lits dédiés au SSR PAPD (Personne Agée 	22 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR PAPD -15 428 journées

	Polypathologique, Dépendante) - 10 lits dans une Unité Cognitive-Comportementale (UCC) ¹² , ouvert en novembre 2016 ➤ Pôle gériatrique de Chantepie - 70 lits dédiés au SSR PAPD, dont 10 lits localisés aux CHU de Rennes	-Taux d'occupation de 141 % -22 468 journées -Taux d'occupation de 88 %
Pays des Vallons de Vilaine	➤ CH de Bain de Bretagne - 20 lits dédiés au SSR PAPD	26 personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours à des soins en SSR PAPD -5 402 journées -Taux d'occupation de 74 %

Commentaires :

On constate un recours très faible des personnes âgées du pays de Brocéliande au service SSR gériatrique. A noter que cette population présente un recours très important au SSR polyvalent (résultats page 99).

⇒ Ont-ils facilement accès à cette offre absente du pays de Brocéliande ?

La circulaire préconise de disposer dans la filière gériatrique d'un minimum de 1 000 journées d'hospitalisation et d'un maximum de 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins.

Afin de répondre à cette préconisation pour les personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire PAERPA, le nombre de lits théoriques sur le territoire doit être entre 139 lits et 361 lits.

Sources : FINESS (01/01/2016), FIGAR (diagnostic mai 2016), SAE 2015.

Note : le nombre minimum et maximum de lits théoriques est calculé pour répondre au besoin de la population âgée de 75 ans et plus du territoire PAERPA (45 622 personnes en 2013) sous l'hypothèse que le taux d'occupation des places est de 90 % pendant 365 jours.

➔ Une offre gérontopsychiatrique assurée uniquement par le CHGR

GERONTOPSYCHIATRIE

Territoire PAERPA	Sur le territoire projet, l'offre en gérontopsychiatrie est uniquement présente au CH Guillaume Rénier à Rennes. L'établissement dispose de : <ul style="list-style-type: none"> - 20 lits en hospitalisation complète ; - 15 places d'hospitalisation partielle.
-------------------	--

Sources : Enquête ARS (2014), FIGAR (diagnostic mai 2016).

➔ Pas d'existence d'une plateforme de régulation gériatrique pour les hospitalisations programmées mais un accès facilité à des spécialistes notamment via les 33 lignes téléphoniques du CHU et les gériatres des hôpitaux de jour

¹² L'unité cognitive-comportementale (UCC) est une unité de SSR à visée cognitive-comportementale, accueillant des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée (démence vasculaire, démence de la maladie de Parkinson ou autre pathologie neuro-dégénérative) et présentant des troubles du comportement aigus.

L'UCC a pour objectif de stabiliser les troubles de comportement grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, le but étant de permettre aux bénéficiaires de retourner à leur domicile d'origine.

→ Une offre en USLD suffisante

Les USLD (unités de soins de longue durée) sont des structures d'hébergement et de soins adossées à un établissement hospitalier dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

USLD (unités de soins de longue durée)	
Territoire PAERPA	Le territoire dispose de 290 lits en USLD répartis dans quatre établissements
Pays de Brocéliande	CH de Montfort sur Meu : <ul style="list-style-type: none"> - 30 lits dédiés à l'USLD - 1 ETP médecin gériatre
Pays de Rennes	CHU de Rennes : <ul style="list-style-type: none"> - 120 lits dédiés à l'USLD - 1 ETP médecin gériatre Pôle gériatrique de Chantepie : <ul style="list-style-type: none"> - 60 lits dédiés à l'USLD - 1 temps partiel médecin gériatre qui intervient également dans l'EHPAD - Contient également une UHR (unité d'hospitalisation renforcée)¹³ CH Guillaume Régnier : <ul style="list-style-type: none"> - 50 lits dédiés à l'USLD - 2 ETP médecins gériatres qui interviennent également dans l'EHPAD - Contient également une UHR
Pays des Vallons de Vilaine	NEANT
Commentaires : La circulaire préconise de disposer dans la filière gériatrique : <ul style="list-style-type: none"> - Au minimum de 30 lits par unité ; - 6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Afin de répondre à la préconisation de 6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire PAERPA, le nombre de lits théorique sur le territoire doit être de 274.	

Sources : ARGHOS (17/10/2016), SAE 2015 ; FIGAR (diagnostic mai 2016).

Note : le nombre de lits théorique est calculé pour répondre au besoin de la population âgée de 75 ans et plus du territoire PAERPA (45 622 personnes en 2013).

¹³ Le service UHR (Unité d'Hospitalisation Renforcée) est un secteur sécurisé qui accueille des personnes présentant des troubles du comportement.

Synthèse sur l'offre hospitalière

Constats	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Le territoire PAERPA dispose d'une offre de soins importante, largement concentrée sur l'agglomération rennaise ↪ L'ensemble du territoire projet se situe sur la zone d'intervention de l'HAD 35 ↪ 99 % des personnes âgées du territoire PAERPA dépendent du secteur psychiatrique du CHGR, l'offre en gérontopsychiatrie est également assurée par le CHGR ↪ Les 2 EPCI au nord de Rennes concentrent 3 pôles d'attraction de médecins généralistes ↪ Pas d'unité de court séjour gériatrique sur les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine mais plusieurs sur le pays de Rennes ↪ La population âgée du pays de Brocéliande a au moins recours au service de médecine que dans les autres territoires. De plus, les deux centres hospitaliers localisés sur ce territoire présentent de faible taux d'occupation ↪ Les personnes âgées du pays de Rennes ont un recours au SSR polyvalent moins important que les personnes âgées résidant dans les deux autres pays et la région mais ont davantage recours au SSR spécialisé que les autres pays
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ↪ L'ensemble du territoire est couvert par la FIGAR dont le rôle est de contribuer au parcours de la personne âgée à titre de conseil et d'expertise gériatrique ↪ Le territoire PAERPA est couvert par une EMG et deux équipes de gérontopsychiatrie
Points faibles	<ul style="list-style-type: none"> ↪ 24 % des communes du territoire projet se trouvent à plus de 30 min des urgences ↪ Les personnes âgées habitant le pays des Vallons de Vilaine ont plus recours aux urgences alors que ce pays est celui qui regroupe le plus de communes en zone blanche ↪ Pas de CH autorisé en chirurgie sur les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine, ni en SSR spécialisé (hors PAPD), l'offre se concentrant sur Rennes ↪ Une offre en hôpital de jour gériatrique qu'il reste à conforter sur le territoire projet
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Lien zones blanches et recours aux urgences ↪ Le faible recours à la chirurgie pour les habitants de Brocéliande et Vallons s'explique par des difficultés d'accès à l'offre, concentrée sur Rennes métropole ↪ Les habitants des pays des Vallons de Vilaine et Brocéliande ont davantage recours au SSR polyvalent car ils ont des difficultés d'accès au SSR spécialisé, concentré sur Rennes
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↪ S'appuyer sur l'évaluation gériatrique dans le repérage de la fragilité et l'orientation où non vers un PPS ↪ Prévenir les hospitalisations d'urgence : actions et outils de repérage ↪ Développer les alternatives à l'hospitalisation : horaires de SSIAD élargis, astreintes d'IDE de nuit en EHPAD, télé-médecine... ↪ Réfléchir à des leviers d'actions pour favoriser l'accès aux soins

III.4. Accompagnement et prise en charge médico-sociales et sociales pour les personnes âgées

Hébergement permanent

- Des taux d'équipement en EHPAD supérieurs à ceux de la région notamment dans le pays de Brocéliande

Les **EHPAD** (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien.

Les **UHR** (unité d'hébergement renforcée) sont implantées au sein des EHPAD. Elles accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères.

Les **PASA** (Pôles activités et soins adaptés) accueillent chaque jour un groupe de résidents d'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant des troubles modérés du comportement, afin de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques adaptées.

Le territoire PAERPA dispose d'une offre importante en EHPAD avec un taux d'équipement de 120,5 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 115 pour la Bretagne). Ce taux varie de 118 places pour le pays de Rennes à 140 pour le pays de Brocéliande. De plus, le territoire projet dispose également d'une offre importante en places dédiées aux personnes avec de la maladie d'Alzheimer. Seul le pays de Brocéliande bénéficie d'une offre plus réduite.

EHPAD						
Territoire		Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement		
				Territoire	Département	Région
Territoire PAERPA	EHPAD	74 dont 8 gérées par 5 CH	5 498 places	120,5 places	123 places	116 places
	Avec unité d'UHR	1 unité	14 places	0,3 places	0,3 place	0,3 place
	Avec des places dédiées Alzheimer	33 EHPAD proposant ce type de places	803 places	17 places	12,4 places	7,4 places
	Avec unité de PASA	13 EHPAD			22 EHPAD	97 EHPAD
Pays de Brocéliande		Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	10 structures dont 2 gérées par les CH de proximité	719 places	129 places		
	Avec unité d'UHR	1 unité : à l'EHPAD de Médréac	14 places	2,5 places		
	Avec des places dédiées Alzheimer	2 EHPAD proposant ce type de places	36 places	2,5 places		
	Avec unité de PASA	1 EHPAD				
Pays de Rennes		Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	56 structures dont 2 gérées par le CHGR et 1 par le CHU.	4 139 places	118 places		
	Avec unité d'UHR	0	0	0		
	Avec des places dédiées Alzheimer	26 EHPAD proposant ce type de places	669 places	19 places		
	Avec unité de PASA	11 EHPAD				
Pays des Vallons de Vilaine		Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	8 structures dont 2 gérées par le	640 places	127 places		

	CH de Bain de Bretagne et 1 par le CH du Grand Fougeray		
Avec unité d'UHR	0	0	0
Avec des places dédiées Alzheimer	5 EHPAD proposant ce type de places	98 places	19,5 places
Avec unité de PASA	1 EHPAD		

Source : FINESS (01/01/2017).

Remarque : le taux d'équipement correspond au nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus domiciliés sur le territoire.

Autres places dédiées : Alzheimer identification de ces places d'après les informations inscrites dans les arrêtés d'autorisation des EHPAD.

→ Un taux d'équipement en résidence autonomie nettement inférieur à celui de la région

Les résidences autonomie (ex foyers-logements) sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Elles sont souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif.

Le taux d'équipement en résidence autonomie sur le territoire projet est faible par rapport au taux départemental et régional (7 places versus 11,5 et 12 pour la région). Le pays de Brocéliande se distingue avec un taux d'équipement nettement supérieur au taux observé en région : 20 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

HEBERGEMENT EN RESIDENCE-AUTONOMIE (RA)	
Territoire PAERPA	Le territoire PAERPA dispose de 315 places dispersées dans 9 résidences-autonomie, soit un taux d'équipement de 7 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 12 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine et 11,5 places en Bretagne)
Pays de Brocéliande	2 structures proposent 112 places, soit un taux d'équipement de 20 places : - CCAS de Montfort sur Meu - CCAS de St-Méen le Grand
Pays de Rennes	6 structures proposent 183 places, soit un taux d'équipement de 5 places
Pays des Vallons de Vilaine	1 structure propose 20 places, soit un taux d'équipement de 4 places

Source : FINESS (01/01/2017), observatoire des territoires de l'ARS Bretagne.

Remarque : le taux d'équipement correspond au nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus domiciliés sur le territoire.

Hébergement temporaire

→ Un taux d'équipement en hébergement temporaire dans la moyenne régionale

L'hébergement temporaire permet aux personnes âgées qui vivent à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée. Il est possible d'être hébergé temporairement dans un établissement pour personnes âgées ou chez des accueillants familiaux.

Globalement et pour chacun des trois pays, les taux d'équipement en hébergement temporaire sont proches du taux départemental et régional. Les places sont réparties dans 41 structures.

HEBERGEMENT TEMPORAIRE (HT)						
		Nombre de structures disposant de places d'HT	Nombre de places	Taux d'équipement		
				Territoire	Département	Région
Territoire PAERPA	EHPAD	41 structures proposent des places d'hébergement temporaire, dont 3 gérées par des CH.	141 places	3 places	2,5 places	2,5 places
	Autres places dédiées Alzheimer	23 EHPAD proposant ce type de places	86 places	2 places	1 place	1 place
	Places en RA	3 RA proposant ce type de places	18 places	0,4 place	0,4 place	0,4 place
Pays de Brocéliande		Nombre de structures disposant de places d'HT	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	7 structures dont 1 gérée par le CH de Montfort sur Meu	16 places	3 places		
	Autres places dédiées Alzheimer	4 EHPAD proposant ce type de places	8 places	1 place		
	Places en RA	1 RA proposant ce type de places	6 places	1 place		
Pays de Rennes		Nombre de structures disposant de places d'HT	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	28 structures	113 places	3 places		
	Autres places dédiées Alzheimer	16 EHPAD proposant ce type de places	71 places	2 places		
	Places en RA	2 RA proposant ce type de places	18 places	0,3 place		
Pays des Vallons de Vilaine		Nombre de structures disposant de places d'HT	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	6 structures, dont 2 gérées par le CH de Bain de Bretagne et le CH du Grand Fougeray	12 places	2 places		
	Autres places dédiées Alzheimer	3 EHPAD proposant ce type de places	7 places	1 place		
	Places en RA	0				

Source : FINESS (01/01/2017), observatoire des territoires de l'ARS Bretagne.

Remarque :

- le taux d'équipement correspond au nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus domiciliés sur le territoire ;
- RA = Résidence-Autonomie.

Accueil de jour et de nuit

→ Un taux d'équipement en accueil de jour supérieur à la région, notamment concernant les places dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

L'accueil de jour propose un accompagnement individualisé aux personnes accueillies et un soutien aux aidants le plus souvent. Il a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel.

Les **plateformes d'accompagnement et de répit** apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie.

Le territoire projet dispose de 150 places d'accueil de jour réparties dans 22 EHPAD et 2 structures d'accueil de jour autonome (AJA), soit un taux d'équipement de 3,2 places (2,8 en EHPAD + 0,7 en AJA) pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, qui est inférieur au taux régional (3,7 places réparties en 1,8 en EHPAD + 1,8 en AJA).
Le territoire dispose également d'une Plateforme d'accompagnement et de répit à RENNES.

ACCUEIL DE JOUR (AJ)						
Territoire		Nombre de structures disposant de places d'AJ	Nombre de places	Taux d'équipement		
				Territoire	Département	Région
Territoire PAERPA	EHPAD	22 structures dont 1 gérée par un CH.	130 places	2,8 places	2,5 places	2 places
	Dont avec plateforme de répit	1 EHPAD			2 EHPAD	8 EHPAD
	Autres places dédiées Alzheimer	21 EHPAD proposant ce type de places	124 places	2,7 places	2 places	1,8 places
	AJ autonome	2 structures	20 places	0,4 place	0,7 places	1,8 places
Pays de Brocéliande		Nombre de structures disposant de places d'AJ	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	3 structures	21 places	3,8 places		
	Dont avec plateforme de répit	0				
	Avec des places dédiées Alzheimer	3 EHPAD proposant ce type de places	18 places	3,2 places		
	AJ autonome	0				
Pays de Rennes		Nombre de structures disposant de places d'AJ	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	16 structures	97 places	2,8 places		
	Dont avec plateforme de répit	1 EHPAD à Rennes				
	Avec des places dédiées Alzheimer	15 EHPAD proposant ce type de places	94 places	2,7 places		
	AJ autonome	1 structure à Rennes, gérée par l'association Kerelys	10 places	0,3 place		
Pays des Vallons de Vilaine		Nombre de structures disposant de places d'AJ	Nombre de places	Taux d'équipement		
	EHPAD	3 structures, 1 gérée par un CH du Grand Fougeray.	12 places	2,4 places		
	Dont avec plateforme de répit	0				
	Avec des places dédiées Alzheimer	3 structures	12 places	2,4 places		
	AJ autonome	1 structure à Bain de Bretagne gérée par l'ADMR de Bain de Bretagne	10 places	2,0		

Source : FINESS (01/01/2017).

Remarque : le taux d'équipement correspond au nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus domiciliés sur le territoire.

➔ 1 place d'accueil de nuit à L'EHPAD de Médréac (pays de Brocéliande)

L'accueil de nuit est un mode d'hébergement à temps partiel en maison de retraite destiné à des personnes vivant à domicile.

Il leur permet de bénéficier des services de la maison de retraite, en particulier pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne : coucher, lever, habillage, toilette, prise de médicaments, de repas...

L'accueil de nuit favorise ainsi le maintien à domicile de personnes ayant une perte d'autonomie.

Il permet également aux aidants de la personne accueillie la nuit de profiter de moments de répit.

Dispositifs de maintien à domicile

- Un taux d'équipement en SSIAD supérieur à celui de la région sauf pour le pays des Vallons de Vilaine

Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale.

L'ensemble des communes qui composent le territoire projet sont couvertes par au moins un SSIAD. Le territoire PAERPA dispose de 710 places dans 12 SSIAD, soit un taux d'équipement de 15,6 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 13,9 places pour le département et 15,7 places pour la région).

Parmi ces services, 2 disposent d'une Equipe Spécialisée pour les malades Alzheimer (ESA) avec 20 places dédiées.

Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)	
Pays de Brocéliande	137 places dans 3 SSIAD, soit un taux d'équipement de 24,5 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ces 3 SSIAD ne disposent pas d'ESA sur ce territoire. Toutefois les SSIAD de Mordelles (pays de Rennes) disposent d'une ESA de 10 places qui couvre une partie de la zone du pays de Brocéliande.
Pays de Rennes	503 places dans 7 SSIAD, soit un taux d'équipement de 14,4 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Parmi ces services, 1 dispose d'une ESA avec 10 places dédiées.
Pays des Vallons de Vilaine	70 places dans 2 SSIAD, soit un taux d'équipement de 13,9 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce SSIAD, dispose d'une ESA avec 10 places dédiées.

Source : FINESS (01/01/2017).

A noter que les places de SSIAD localisées sur les communes du territoire PAERPA peuvent être occupées par des personnes âgées d'un autre territoire ou à l'inverse les personnes âgées du territoire PAERPA peuvent occuper des places de SSIAD non localisé sur le territoire projet. En effet, les zones de recouvrement des SSIAD ne respectent pas les limites des pays.

- Une importante offre de SAAD sur la ville de Rennes

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers ou d'aide à la personne.

Les structures disposant de SAAD sont en cours de référencement dans le répertoire FINESS. Aujourd'hui, il n'est pas possible de définir précisément le nombre de SAAD implantés dans le territoire projet.

En 2017, d'après les données communiquées par le Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine, 75 SAAD sont recensés sur le territoire PAERPA, notamment dans le pays de Rennes (86 % des SAAD), dont 30 pour la seule ville de Rennes. Le pays de Brocéliande accueille 2 SAAD, tandis que celui des Vallons de Vilaine en comptabilise 8.

- Deux SPASAD sur le pays de Rennes

Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) assurent à la fois les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ils visent à coordonner les interventions d'aides et de soins à domicile.

Les services rendus par les SPASAD présentent de nombreux intérêts pour les personnes âgées : les personnes ne sont plus obligées de faire appel à deux services, ni de coordonner leurs interventions. L'accompagnement est fluide et sécurisant. Les démarches et le dialogue avec le service intervenant à domicile sont facilités pour les personnes et les familles. Elles disposent d'un interlocuteur unique pour la mise en place de l'intervention, son suivi, qui sont assurés par une même équipe.

Le territoire PAERPA dispose de 234 places dans 2 SPASAD localisés dans le pays de Rennes, soit un taux d'équipement de 5,1 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (versus 5,8 places pour le département et 4 places pour la région) : le SPASAD de Chartres De Bretagne et le SPASAD de Mordelles.

Ces 2 SPASAD disposent chacun d'une ESA de 10 places.

Deux expérimentations SPASAD vont dans le sens d'une plus grande mutualisation des moyens et d'une intégration des prestations pour un accompagnement global de la personne : l'expérimentation des SPASAD dits « intégrés » et l'expérimentation des SPASAD « PAERPA ».

L'article 49 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en place d'expérimentations pour deux ans d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD dans le cadre de la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre le conseil départemental, l'agence régionale de santé et le ou les représentants du SPASAD. Ce contrat prévoit notamment la coordination des aides et des soins dans un objectif d'organiser un service intégré qui assure la continuité des interventions. Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du même code, notamment la prévention de la dénutrition, des chutes et de l'isolement. L'arrêté du 30 décembre 2015 fixe le cahier des charges de ces expérimentations qui répondent à l'enjeu d'améliorer le parcours de santé des personnes. L'instruction du 8 février 2016 précise d'ailleurs que « ce nouveau dispositif pourra contribuer, en particulier dans les territoires expérimentateurs du projet PAERPA, à développer une offre de service rapprochant soins et aide à domicile de manière intégrée et coordonnée »¹⁴.

Sur le territoire PAERPA, 3 expérimentations SPASAD « intégrés » sont mises en œuvre sur Mordelles, Liffré et Guichen / Bain de Bretagne.

Le décret n°2015-1293 du 16 octobre 2015 fixe par ailleurs les modalités d'organisation des SPASAD dans le cadre des expérimentations PAERPA qui ne sont pas concernées par la procédure d'appels à projets mais font l'objet d'une autorisation de l'ARS et du Conseil départemental sur la durée de l'expérimentation. Ces SPASAD doivent mettre en place une organisation intégrée coordonnant les soins, les aides et l'accompagnement dans l'objectif de simplifier l'organisation des interventions autour de la personne âgée et de repérer des potentielles situations à risques de perte d'autonomie. Le décret précise par ailleurs, qu'à « titre dérogatoire », la dotation globale de soins versée au service polyvalent d'aide et de soins à domicile par l'assurance maladie est majorée en tant que de besoin d'un montant fixé par les agences régionales de santé. La prise en charge du retour à domicile après hospitalisation des personnes âgées par un SPASAD est à la charge de l'assurance maladie pour une période maximale de quinze jours consécutifs à compter de la sortie de l'hôpital pour un montant maximal de 280 euros.

¹⁴ Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

→ Six CLIC réalisant des missions de niveau 3

Les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils permettent d'obtenir toutes les informations utiles pour la vie quotidienne des personnes âgées : aides financières, maintien à domicile, amélioration de l'habitat, structures d'hébergement, mesures de protection, loisirs, vie sociale et relationnelle... Ce sont aussi des lieux d'information, de formation et de coordination pour les professionnels de la gérontologie, les services et les établissements accueillant des personnes âgées : information aux partenaires, organisation de rencontres, contribution au partage de connaissances et d'expériences.

Les CLIC sont classés en trois catégories selon leur niveau d'intervention auprès des personnes âgées :

- les CLIC de niveau 1 informent la personne âgée et son entourage et les orientent vers les services et solutions localement disponibles. Les professionnels du CLIC facilitent les démarches à entreprendre (demande d'allocation personnalisée d'autonomie, etc.) ;
- les CLIC de niveau 2 complètent les missions du CLIC de niveau 1 par l'évaluation de la situation et des besoins de la personne et par l'élaboration d'un plan d'aide individuel ;
- les CLIC de niveau 3 en plus des missions exercées par les CLIC de niveau 1 et 2, assurent le suivi et la coordination du plan d'aide personnalisé en collaboration avec les intervenants extérieurs.

Les CLIC mettent également en place des actions de prévention. Ils organisent des conférences, proposent des groupes de parole, des forums, etc.

Le territoire PAERPA dispose de cinq CLIC de niveau 3 :

- 1 CLIC sur le pays de Brocéliande à Montauban de Bretagne ;
- 4 CLIC sur le pays de Rennes à Rennes, Cesson Sévigné, Montgermont et St-Aubin d'Aubigné ;
- 1 CLIC sur le pays des Vallons de Vilaine à Guichen.

CLIC Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique	
Pays de Brocéliande	<p>➤ Le CLIC de Brocéliande est labellisé de niveau 3.</p> <p>Localisé à Montauban-de-Bretagne, il réalise deux permanences délocalisées dans les communes de Montfort sur Meu, Iffendic, Plélan Le Grand et St-Méen le Grand tous les mois.</p> <p>Actions développées sur la coordination¹⁵ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions de coordination organisées par le CLIC pour échanger sur des situations (en majorité PA bénéficiaires de l'APA) avec les partenaires par secteur géographique (EMS, ADMR, SSIAD et régulièrement AS des CH de proximité, HAD, ESA, CMP) ; - Commission « Vivre chez soi » au CAUDEHM de Brocéliande qui travaille sur la coordination en sanitaire et sociale à travers le groupe de travail « Fluidité du parcours de soins chez les PA et PH vieillissantes ».
Pays de Rennes	<p>➤ Le CLIC de Rennes est labellisé de niveau 3 (<i>identifié en N°1 sur la carte</i>).</p> <p>Ce CLIC accueil uniquement des personnes âgées de la ville de Rennes.</p> <p>Actions développées sur la coordination :</p>

¹⁵ Département d'Ille-et-Vilaine, Préfiguration d'un dispositif intégré adapté aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, publication d'avril 2015.

- « Groupe articulation sanitaire et sociale autour du retour à domicile des personnes âgées » ;
- réunion de passage d'information et articulation maintien à domicile ;
- réunion d'analyse de situations et d'échanges de pratiques.

➤ **Le CLIC Noroît** est labellisé de niveau 3 (*identifié en N°2 sur la carte*).

Localisé à Montgermont, ce service couvre 24 communes de la couronne nord-ouest rennaise.

Il réalise également des permanences délocalisées dans les communes de Betton, Mordelles, St-Grégoire, le Rheu, Pacé, Gévezé et la Chapelle Chassée.

Actions développées sur la coordination :

- réunion de passage d'information et articulation maintien à domicile ;
- réunion d'articulation maintien à domicile.

➤ **Le CLIC Alli'âges** est labellisé de niveau 3 (*identifié en N°3 sur la carte*).

Localisé à Cesson Sévigné, ce service couvre 24 communes de la couronne sud et est rennaise.

Il réalise également des permanences délocalisées dans les communes de St Jacques de la Lande, Châteaugiron, Pont-Péan, Vern sur Seiche et Bruz.

Actions développées sur la coordination :

- « groupe articulation sanitaire et sociale autour du retour à domicile des personnes âgées » ;
- Pour identifier les besoins, est mise en place une « commission animation du territoire/prévention des effets du vieillissement » ;
- réunion de passage d'information et articulation maintien à domicile ;
- réunion d'articulation maintien à domicile.



Sources : carte issue du site de Rennes Métropole.

➤ **Le CLIC de l'Ille-et-l'Illet** est labellisé de niveau 3.

Localisé à St-Aubin d'Aubigné, ce service couvre 25 communes comprenant la communauté de communes du Val d'Ille et du Pays de Liffré.

Il réalise également des permanences délocalisées dans les communes de Sens-de-Bretagne, Melesse et Liffré.

Actions développées sur la coordination :

- le groupe gérontologique du pays de Liffré porté par le CLIC, le CIAS du pays de Liffré et le CCAS de Liffré réfléchit sur les questions autour du vieillissement et propose des rencontres grand public sur ces thématiques.

	<ul style="list-style-type: none"> - réunion de passage d'information et articulation maintien à domicile ; - réunion d'articulation maintien à domicile.
Pays des Vallons de Vilaine	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le CLIC des 4 rivières est labellisé de niveau 3. <p>Localisé à Guichen, ce service couvre 34 communes comprenant les cantons de Guichen, Bain de Bretagne, Le Sel-de-Bretagne et Maure-de-Bretagne.</p> <p>Actions développées sur la coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CODEM réfléchit depuis 2013 sur l'articulation domicile-établissements ; - réunion d'articulation maintien à domicile ; - analyse de situations. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le CLIC du Pays de Redon est labellisé de niveau 3. <p>Localisé à Redon, ce service couvre une partie du territoire PAERPA sur les communes de Lohéac, Guipry-Messac, Saint Malo de Phily, Grand Fougeray, La Dominelais, Sainte Anne sur Vilaine et Saint Sulpice des Landes.</p> <p>Actions développées sur la coordination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réunion d'articulation maintien à domicile ; - analyse de situations.

Sources: FINESS (01/01/2016), observatoire des territoires de l'ARS Bretagne / Département d'Ille-et-Vilaine, Préfiguration d'un dispositif intégré adapté aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, publication d'avril 2015.

➔ L'expérimentation article 70

L'expérimentation article 70, portée par la Maison de Santé Pluri professionnelle de St-Méen-le-Grand et le CH de de proximité de St-Méen-le-Grand est destinée à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. L'objectif final est de favoriser la continuité du parcours de santé par :

- une meilleure organisation des soins permettant d'éviter, quand c'est possible, une hospitalisation et de prévenir les ré-hospitalisations ;
- une meilleure collaboration entre les professionnels ;
- une meilleure organisation qui permette d'influer sur les risques de dénutrition, iatrogénie, chutes et dépression.

Cette expérimentation est effective sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand depuis quatre ans. Plusieurs actions ont été menées sur ce territoire avec la mise en place :

- d'une grille de repérage des fragilités des personnes âgées et des réponses aux fragilités repérées ;
- d'un programme de prévention des hospitalisations visant les personnes âgées repérées comme fragiles ;
- d'un programme de prévention des ré-hospitalisations avec des patients repérés comme étant à risque de ré-hospitalisation ;
- de bilans de prévention, de consultations ou d'évaluations gériatriques ;
- de groupes de travail axés sur la dénutrition, la non prise du traitement médicamenteux et les risques de chutes avec la mise en place, en début d'année 2017, d'ateliers équilibre.

Aujourd'hui, une majorité des personnes âgées repérées fait l'objet d'une visite à domicile de la gestionnaire de parcours à la demande du médecin traitant. Ces visites à domicile répondent à différents motifs : confirmation d'une fragilité suspectée, aide à la définition d'un nouveau plan d'aide suite à un changement de traitement, visite préparatoire à la définition d'un PPS, ...

Hormis les patients en « vigilance », tous les patients repérés font l'objet d'une demande d'avis médical sur le repérage puis d'un suivi pluri-professionnel rapproché et tracé, indépendamment :

- du niveau de complexité de la situation du patient, qui entraîne des échanges dans le cadre d'une réunion de coordination pluri-professionnelle formalisée ou non ;
- du type d'actions conduites (qu'elles soient d'ordre clinique et/ou médico-social) ;
- de la réalisation ou non d'une visite à domicile préalable.

Des actions sont déjà envisagées au cours de l'année 2017 :

- poursuite du développement de la fonction de coordination et gestion de parcours ;
- consolidation de l'implication des professionnels du pôle dans le projet Article 70, notamment par l'intermédiaire de groupes de travail axés sur le suivi des personnes âgées dénutries, chuteuses ou à risque de chutes ;
- réduction des risques liés aux médicaments : réduction du risque médicamenteux en ville dans le cadre d'un PPS + conciliation médicamenteuse en lien avec le CH ;
- consolider la collaboration avec le secteur médico-social (CDAS et service CD35) et service à domicile (ADMR) ;
- protocoliser les échanges d'informations et renforcer le repérage ;
- poursuite du déploiement du SI en lien avec les travaux régionaux sur un SI parcours entre les dispositifs de coordination.

En termes de perspectives, il est utile de capitaliser sur l'expérience de l'article 70 : reprise ou adaptation des processus, outils, dispositifs mis en place à St-Méen-le-Grand et retours d'expériences :

- coopération à mettre en place avec la chef de projet PAERPA ;
- articulation/convergence de la gouvernance article 70 – PAERPA ;
- dans cette optique le pôle de St Méen peut se positionner comme un laboratoire pour ouvrir certains chantiers dans le cadre de PAERPA (ex: site pilote SI coordination, conciliation médicamenteuse...).

→ Aucun réseau gériatrique dans la FIGAR

Les réseaux de santé introduits par la loi du 4 mars 2002 (loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) ont pour objet de favoriser la coordination des prises en charge sanitaires. Ces réseaux sont autorisés et financés par l'ARS sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

A l'heure d'aujourd'hui la FIGAR ne dispose pas de réseau gériatrique.

Néanmoins, il existe d'autres réseaux couvrant la région, le département ou le territoire de santé :

- le réseau cancéro Onco 6 qui intervient sur l'Ille-et-Vilaine ;
- le réseau addiction qui intervient sur le territoire de santé de Rennes ;
- le réseau Louis Guilloux (populations migrantes / maladies infectieuses) qui intervient sur l'Ille-et-Vilaine ;
- le réseau Breizh Paralyse Cérébrale qui intervient sur la Bretagne ;
- le réseau Neuro Bretagne (sclérose en plaques) qui intervient sur la Bretagne ;
- le réseau Bien Naître en Ille-et-Vilaine (périnatalité) qui intervient sur l'Ille-et-Vilaine ;
- le réseau diabète 35 sur le territoire de santé de Rennes préfigurateur d'une Plateforme Territoriale d'Appui.

Ce sont aujourd'hui des réseaux traitant de thématiques de santé spécifiques, mais ils ont vocation à évoluer en s'articulant avec les autres dispositifs de coordination et en allant vers de la polyvalence.

→ Les équipes médico-sociales du Département

Les équipes médico-sociales du Département sont les interlocuteurs des personnes âgées et de leurs aidants. Elles évaluent les besoins et le niveau de dépendance des personnes âgées pour élaborer un plan d'aide et ont un rôle de coordination avec les autres acteurs intervenant auprès de ce public.

Sur l'ensemble du territoire PAERPA, les personnes peuvent s'adresser aux équipes médico-sociales présentes dans les CDAS :

- sur le pays de Brocéliande : le CDAS en Brocéliande ;
- sur le pays des Vallons de Vilaine : les CDAS du Semnon, de Guichen et du pays de Redon ;
- sur le pays de Rennes : les CDAS de Saint Aubin d'Aubigné, Fougères, Couronne rennaise est, Couronne ; rennaise sud, Couronne rennaise nord-ouest, Villejean, Kléber, Cleunay, Champs Manceaux, Le Blosne et Maurepas.

Synthèse sur l'accompagnement et la prise en charge médico-sociale et sociale pour les personnes âgées

Constats	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un territoire plutôt bien pourvu en offre d'accompagnement social et médico-social même si le taux d'équipement en résidence autonomie est plutôt faible par rapport aux niveaux départemental et régional
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Le Pays de Brocéliande dispose de taux d'équipement particulièrement bons en ce qui concerne les EHPAD, les résidences autonomie et les accueils de jour ↪ L'ensemble du territoire projet est bien pourvu en accueils de jour, le pays de Rennes disposent par ailleurs d'une plateforme de répit ↪ Actions des CLIC sur le territoire qui informent, orientent les personnes âgées et leurs aidants et mènent des actions sur les risques de perte d'autonomie ↪ 2 MAIA sur le territoire projet (Pays de Rennes et Pays de Brocéliande)
Points faibles	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Le territoire ne dispose pas d'une offre d'accueil de nuit ↪ Le pays des Vallons de Vilaine est faiblement pourvu en SSIAD
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Les dispositifs de coordination sont bien repérés sur le territoire ↪ Les SSIAD ayant une mission clé de repérage pour éviter les hospitalisations et de facilitateurs pour le retour à domicile, les liens ville-hôpital sont plus difficiles sur le pays des Vallons de Vilaine ↪ Les aidants se trouvent en difficulté face à l'absence de solutions de répit de nuit
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Expérimenter des actions de soutien aux aidants de nuit (ex : Lorraine répit de nuit) ↪ S'appuyer sur les dispositifs de coordination existants et renforcer leurs compétences à travers les services nouveaux rendus par la CTA ↪ Renforcer le lien ville-hôpital à travers les outils d'appui à la coordination : CTA, grille de repérage des fragilités, PPS, DLU

IV. Analyse des consommations de soins et des flux des patients âgés

IV.1. Consommations de soins en ambulatoire

→ Une part de personnes âgées bénéficiaires du régime général plus faible qu'au niveau national

Au régime général, on dénombre sur le territoire projet 34 079 assurés de 75 ans et plus. La part de la population couverte par ce régime s'élevé à 75 %. Cette part est inférieure à la part constatée en France (85 %), mais supérieure à la part observée en Bretagne (72 %). La part des assurés de 75 ans et plus ressortissante de la MSA est hétérogène d'un pays à l'autre.

Tableau 28. Taux de population assurée par le régime général

Territoire	Population totale			Personnes âgées de 75 ans et plus		
	Nombre d'habitants	Nombre bénéficiaire RG (+SLM)	Part de bénéficiaire RG (+ SLM)	Nombre d'habitants	Nombre bénéficiaire RG (+SLM)	Part de bénéficiaire RG (+ SLM)
Territoire PAERPA	646 266	562 780	87,1 %	45 622	34 079	74,7 %
Bretagne	3 258 707	2 818 451	86,5 %	337 610	244 089	72,3 %
France	65 564 756	60 840 814	92,8 %	5 985 373	5 072 427	84,7 %

Sources : CNAMTS (DCIR 2014) ; INSEE – RGP 2013.

Note de lecture :

- RG : Régime générale ;
- SLM : Section Locale Mutualiste.

→ Moins de 2 % de personnes âgées sans médecin traitant déclaré

Parmi les personnes de 75 ans et plus assurées et leurs conjoints, moins de 2 % ne déclarent pas de médecin traitant. Seul l'EPCI de Brocéliande présente des parts supérieures à 2 %.

Tableau 29. Taux de population assurée par le régime général

Territoire	EPCI 2014	Part des assurés et conjoints de 75 ans et plus sans médecin traitant déclaré		
		Inter-régime	MSA	RG
Pays de Brocéliande	CCde Saint-Méen Montauban	1,7 %	1,3 %	2,0 %
	CC Montfort Communauté	1,0 %	0,4 %	1,3 %
	CC de Brocéliande	2,3 %	2,0 %	2,5 %
Pays de Rennes	CA Rennes Métropole	1,7 %	1,2 %	1,7 %
	CC du Pays de Saint Aubin du Cormier	1,2 %	0,9 %	1,6 %
	CC du Pays de Châteaugiron	0,8 %	1,2 %	0,5 %
	CC du Val d'Ille	1,8 %	0,9 %	2,4 %
	CC du Pays d'Aubigné	1,1 %	0,5 %	1,6 %
Pays des Vallons de Vilaine	CC du Pays de Liffré	1,4 %	1,0 %	1,7 %
	CC Vallons de Haute-Bretagne Communauté	1,6 %	0,8 %	2,0 %
	CC de Moyenne Vilaine et Semnon	1,1 %	1,2 %	1,0 %
Ille-et-Vilaine	CC du Pays du Grand Fougeray	0,3 %	0,0 %	0,5 %
		1,6 %	1,1 %	1,8 %
Bretagne		1,9 %	1,1 %	2,1 %

Source : observatoire des fragilités grand – nord (Maladie Erasme Siam, MSA 2015).

Remarque : une partie des EPCI du pays d'Aubigné et de St-Aubin du Cormier (découpage 2014) n'est pas incluse dans le pays de Rennes.

→ 7 % de personnes âgées de 75 ans et plus n'ont pas eu recours à des soins ambulatoires auprès d'un médecin généraliste

Globalement, les personnes âgées du territoire PAERPA semblent avoir plus facilement recours aux soins ambulatoires auprès d'un médecin généraliste qu'en moyenne régionale : 93 % des personnes âgées résidant sur le territoire projet ont bénéficié d'un acte contre 89 % en Bretagne. Cette part varie de 91 % sur le pays de Rennes à 103 % sur le pays des Vallons de Vilaine.

En moyenne, ces personnes ont bénéficié de soins ambulatoires auprès d'un médecin généraliste et ont consommé 7,4 actes versus, 7,6 actes en Bretagne et 7,9 actes en France métropolitaine. Ce taux varie de 6,9 actes dans le pays de Brocéliande à 7,6 actes dans le pays de Rennes.

Pour rappel, l'analyse des densités des médecins généralistes pour 10 000 habitants de 75 ans et plus combinée à l'âge des médecins faisait apparaître une fragilité du pays de Brocéliande (Cf : page 42).

Tableau 30. Consommation de soins ambulatoires auprès des médecins généralistes

Territoire	Médecins généralistes									
	Population totale					Personnes âgées de 75 ans et plus				
	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'actes	Nbre actes par bénéf.	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'actes	Nbre actes par bénéf.
Territoire PAERPA	646 266	516 395	79,9 %	2 338 072	4,5	45 622	42 425	93,0 %	315 914	7,4
Pays de Brocéliande	67 757	58 625	86,5 %	254 519	4,3	5 580	5 299	95,0 %	36 481	6,9
Pays de Rennes	508 761	394 296	77,5 %	1 805 380	4,6	35 016	31 972	91,3 %	242 750	7,6
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	63 474	91,0 %	278 173	4,4	5 025	5 154	102,6 %	36 683	7,1
Bretagne	3 258 707	2 637 818	80,9 %	12 111 171	4,6	337 610	301 217	89,2 %	2 274 920	7,6
France métropolitaine	65 564 756	51 668 232	78,8 %	246 809 286	4,8	5 985 373	5 457 629	91,2 %	43 234 626	7,9

Sources : Carto-Santé (SNIIRAM 2014) ; INSEE – RGP 2013.

Note de lecture : Le nombre de bénéficiaires correspond au nombre de personnes (quel que soit le régime) ayant fait l'objet d'un remboursement de la prestation d'un médecin généraliste.

Remarque : le nombre de bénéficiaires en 2014 est rapporté à la population recensée en 2013. Cette différence d'année peut expliquer la part de 102,6 % observée dans le pays des Vallons de Vilaine.

→ Plus d'une personne âgée de 75 ans et plus sur deux consomme des soins infirmiers

Globalement, plus d'une personne âgée sur deux du territoire projet consomme des soins infirmiers (versus 54,8 % en Bretagne). A l'échelle des pays, cette part varie de 46 % dans le pays de Rennes à 66,5 % dans le pays de Brocéliande. Toutefois, malgré une part de bénéficiaires plus faible dans le pays de Rennes, les personnes âgées bénéficiaires consomment plus de soins infirmiers que dans le pays de Brocéliande (88,6 actes par bénéficiaire versus 72,6 actes).

Pour rappel, seul le pays des Vallons de Vilaine présente une densité d'infirmiers supérieure aux densités de référence (Cf : page 44).

Tableau 31. Consommation de soins ambulatoires auprès des infirmiers libéraux

Territoire	Infirmiers libéraux									
	Population totale					Personnes âgées de 75 ans et plus				
	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'actes	Nbre actes par bénéf.	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'actes	Nbre actes par bénéf.
Territoire PAERPA	646 266	83 172	12,9 %	3 332 629	40,1	45 622	23 158	50,8 %	2 007 648	86,7
Pays de Brocéliande	67 757	13 859	20,5 %	412 351	29,8	5 580	3 710	66,5 %	269 400	72,6
Pays de Rennes	508 761	56 635	11,1 %	2 448 145	43,2	35 016	16 117	46,0 %	1 427 584	88,6
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	12 678	18,2 %	472 133	37,2	5 025	3 331	66,3 %	310 664	93,3
Bretagne	3 258 707	583 705	17,9 %	29 651 901	50,8	337 610	185 112	54,8 %	19 800 477	107,0
France	65 564 756	9 595 228	14,6 %	538 616 146	56,1	5 985 373	2 994 808	50,0 %	339 097 405	113,2

Sources : Carto-Santé (SNIIRAM 2014) ; INSEE – RGP 2013.

Note de lecture : Le nombre de bénéficiaires correspond au nombre de personnes (quel que soit le régime) ayant fait l'objet d'un remboursement de la prestation d'un infirmier libéral.

→ Les personnes âgées de 75 ans et plus du pays de Rennes ont davantage recours aux soins auprès des masseurs-kinésithérapeutes

Globalement, les personnes âgées du territoire PAERPA ont plus facilement recours aux soins ambulatoires auprès des masseurs-kinésithérapeutes qu'en moyenne régionale : 33 % des personnes âgées résidant sur le territoire projet ont bénéficié d'un acte contre 27,2 % en Bretagne. Toutefois, cette part reflète la spécificité du pays de Rennes (34,4 %), les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine ayant un recours équivalent à la région et à la France métropolitaine (environ 28,2 %).

En moyenne, les personnes âgées qui ont bénéficié de soins ambulatoires auprès des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont consommé 34,3 actes versus 30,2 actes en Bretagne et 38,9 actes en France métropolitaine. Ce taux varie de 28,7 actes dans le pays de Brocéliande à 35,1 actes dans le pays de Rennes.

Pour rappel, seul le pays de Rennes présente une densité des masseurs-kinésithérapeutes supérieure au département (Cf : page 45).

Tableau 32. Consommation de soins ambulatoires auprès des masseurs kinésithérapeutes libéraux

Territoire	Masseurs kinésithérapeutes libéraux									
	Population totale					Personnes âgées de 75 ans et plus				
	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'actes	Nbre actes par bénéf.	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'actes	Nbre actes par bénéf.
Territoire PAERPA	646 266	104 051	16,1 %	1 987 278	19,1	45 622	15 046	33,0 %	515 549	34,3
Pays de Brocéliande	67 757	11 421	16,9 %	198 220	17,4	5 580	1 576	28,2 %	45 293	28,7
Pays de Rennes	508 761	82 249	16,2 %	1 589 695	19,3	35 016	12 052	34,4 %	423 447	35,1
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	10 381	14,9 %	199 363	19,2	5 025	1 418	28,2 %	46 809	33,0
Bretagne	3 258 707	519 768	16,0 %	10 074 123	19,4	337 610	91 825	27,2 %	2 775 578	30,2
France	65 564 756	8 949 101	13,6 %	210 822 758	23,6	5 985 373	1 706 323	28,5 %	66 347 714	38,9

Sources : Carto-Santé (SNIIRAM 2014) ; INSEE – RGP 2013.

Note de lecture : Le nombre de bénéficiaires correspond au nombre de personnes (quel que soit le régime) ayant fait l'objet d'un remboursement de la prestation d'un masseur kinésithérapeute libéral.

→ Les personnes âgées de 75 ans et plus ont deux fois moins recours aux soins dentaires que la population générale

Le taux de personnes âgées bénéficiaires de soins dentaires est supérieur au taux régional et national (15,1 % versus 13,5 % et 12,4 %), mais inférieur au taux de l'ensemble de la population du territoire PAERPA (30,4 %).

Tableau 33. Consommation de soins ambulatoires auprès des chirurgiens-dentistes libéraux

Territoire	Chirurgiens-dentistes libéraux					
	Population totale			Personnes âgées de 75 ans et plus		
	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.	Nbre d'hbts	Nbre bénéf.	Part de bénéf.
Territoire PAERPA	646 266	196 662	30,4 %	45 622	6 867	15,1 %
Pays de Brocéliande	67 757	20 974	31,0 %	5 580	705	12,6 %
Pays de Rennes	508 761	153 971	30,3 %	35 016	5 562	15,9 %
Pays des Vallons de Vilaine	69 748	21 717	31,1 %	5 025	600	11,9 %
Bretagne	3 258 707	977 925	30,0 %	337 610	45 430	13,5 %
France	65 564 756	15 814 768	24,1 %	5 985 373	741 664	12,4 %

Sources : Carto-Santé (SNIIRAM 2014) ; INSEE – RGP 2013.

Note de lecture : Le nombre de bénéficiaires correspond au nombre de personnes (quel que soit le régime) ayant fait l'objet d'un remboursement de la prestation d'un chirurgien-dentiste libéral.

➔ Des taux de fuites importants dans les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine

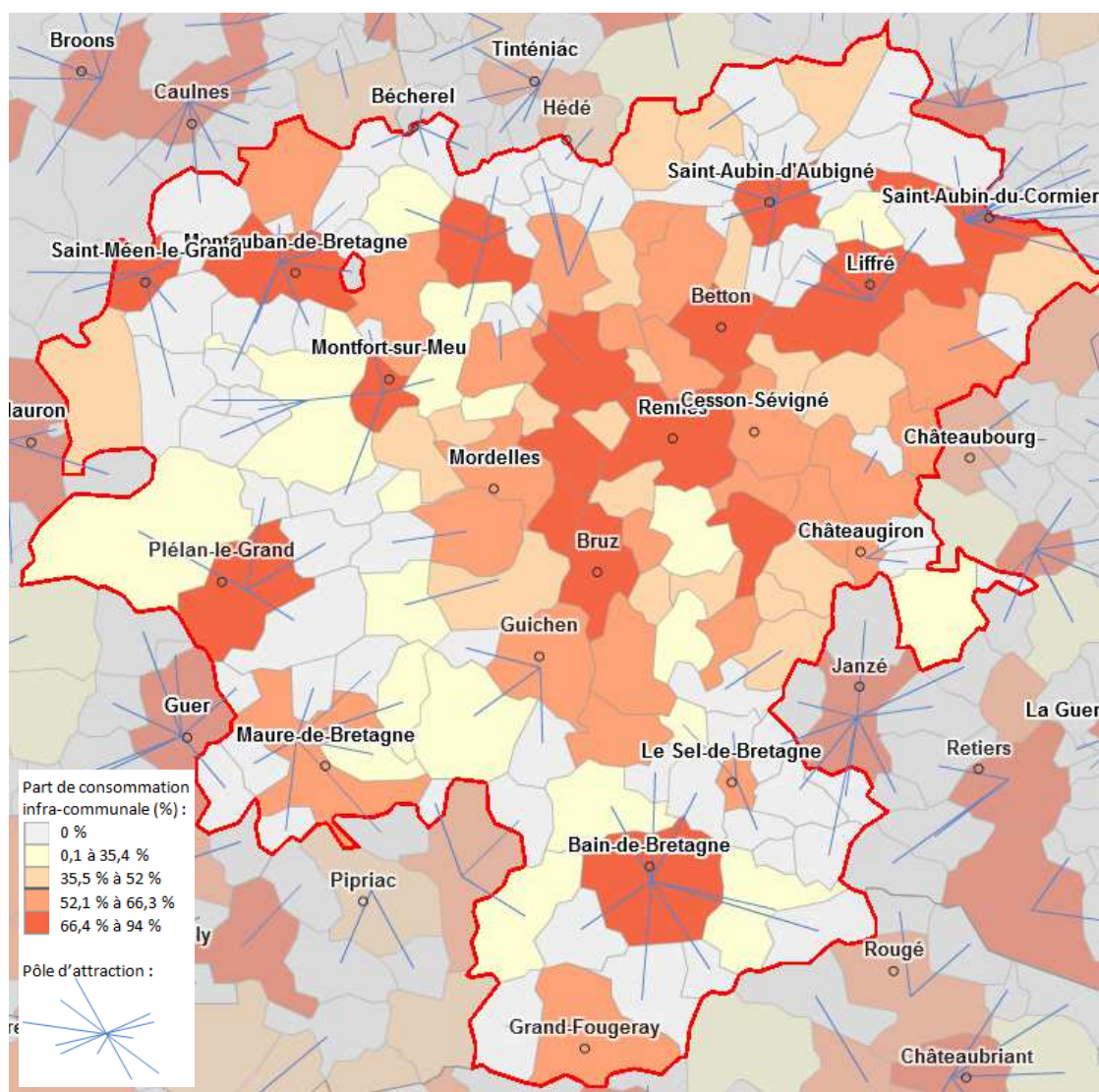
L'analyse des flux sur le territoire PAERPA met en évidence plusieurs profils.

Dans le pays de Rennes, on constate que les communes de Rennes métropole présentent des taux de fuites et d'attractivité faibles. A l'inverse, les communes au nord-est du pays de Rennes présentent trois pôles d'attraction : Saint-Aubin d'Aubigné, Saint-Aubin du Cormier et Liffré pour le recours aux soins auprès des médecins généralistes.

L'analyse des flux dans les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine met en évidence des pôles d'attraction :

- Saint-Méen Le Grand, Montauban de Bretagne, Montfort sur Meu et Plélan le Grand pour le pays de Brocéliande ;
- Bain de Bretagne, Maure de Bretagne et Guichen pour le pays des Vallons de Vilaine.

Carte 21. Pôle d'attraction pour la médecine générale



Source : Carto-Santé (SNIIRAM 2014).

Note :

- Pôle d'attraction : Représentation des flux majoritaires entre la commune de résidence du patient et son principal lieu de soins pour la médecine générale ;
- Part de consommation infra-communales : pour les patients de la commune, part des actes consommés auprès des médecins généralistes de la commune sur la consommation totale.

Remarque : les indicateurs sont calculés pour la population générale.

Les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine présentent des taux de fuites importants, qui s'expliquent par la faiblesse de l'offre.

Tableau 34. Part de consommation infra-communale

Territoire	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes
Territoire PAERPA	57,5 %	73,0 %	63,0 %
Pays de Brocéliande	38,4 %	68,0 %	46,0 %
Pays de Rennes	63,9 %	76,7 %	68,0 %
Pays des Vallons de Vilaine	32,0 %	57,0 %	40,0 %
Ille-et-Vilaine	53,8 %	71,0 %	58,0 %
Bretagne	52,8 %	70,8 %	56,0 %
France métropolitaine	52,1 %	62,8 %	53,0 %

Source : Carto-Santé (SNIIRAM 2014).

Note : la part de consommation infra-communales est le rapport du nombre d'actes consommés dans la commune de résidence des patients sur le nombre total d'actes.

➔ Une consommation de soins de ville psychiatrique supérieure à celle du département

En 2015, la consommation moyenne de soins de ville psychiatriques est de 9 473 € pour 1 000 habitants du territoire PAERPA. Taux supérieur par rapport au département (8 072 €), il varie de 4 601 € pour le pays de Brocéliande à 10 771 € pour le pays de Rennes.

Tableau 35. Consommation de soins de ville psychiatriques de la population

Territoire	Montants remboursés de soins de psychiatrie en ville	Montant pour 1 000 habitants
Territoire PAERPA	6 122 060 €	9 473 €
Pays de Brocéliande	311 771 €	4 601 €
Pays de Rennes	5 479 729 €	10 771 €
Pays des Vallons de Vilaine	330 560 €	4 739 €
Ille et Vilaine	8 233 305 €	8 072 €
Bretagne	21 517 816 €	6 603 €

Source : DCIR 2015 - SNIIRAM (données inter-régimes)

Remarque : Consommation de soins psychiatriques de la population (tout âge confondu) résidant sur le territoire analysé, quel que soit le lieu de la réalisation de la consultation.

➔ Une poly-médication inférieure à la moyenne régionale et nationale.

Tableau 36. Part des personnes âgées de 75 ans et plus au régime général prenant plus de 10 molécules différentes (au moins 3 délivrances dans les 12 derniers mois)

Territoire	2013	2014
Territoire PAERPA	20 %	20 %
Bretagne	22 %	22 %
France	23 %	23 %

Source : CNAMTS (DCIR 2014).

IV.2. Consommations de soins en milieu hospitalier

→ Un recours à l'hospitalisation plus faible qu'en Bretagne

En 2015, 16 332 personnes âgées domiciliées sur le territoire PAERPA ont eu recours à une hospitalisation de médecine, et/ou de chirurgie, et/ou de SSR, et/ou d'HAD, et/ou de psychiatrie (hors activité ambulatoire en psychiatrie), ce qui représente plus d'une personne âgée de 75 ans et plus sur trois ou 358 personnes âgées pour 1 000 habitants. Ce taux, inférieur au taux départemental (366) et régional (379), varie de 315 personnes dans le pays de Brocéliande à 369 dans le pays de Rennes.

Tableau 37. Nombre de patients de 75 ans et plus ayant eu recours à des soins hospitaliers

Territoire du domicile du patient	MCO - SSR - PSY - HAD				
	Patients de 75 ans et plus			Taux de patients pour 1 000 habitants	
	Effectif	Evol. /2014	Part dans le total des patients (>=18 ans)	75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	16 332	5,9 %	23,0 %	358	142
Pays de Brocéliande	1 756	5,5 %	25,6 %	315	139
Pays de Rennes	12 938	5,8 %	22,6 %	369	144
Pays des Vallons de Vilaine	1 638	6,8 %	23,8 %	326	137
Ille-et-Vilaine	31 733	5,2 %	25,7 %	366	157
Bretagne	128 096	3,3 %	27,7 %	379	181

Sources : PMSI MCO, SSR, HAD, RIMP 2014, 2015; INSEE - RP 2013.

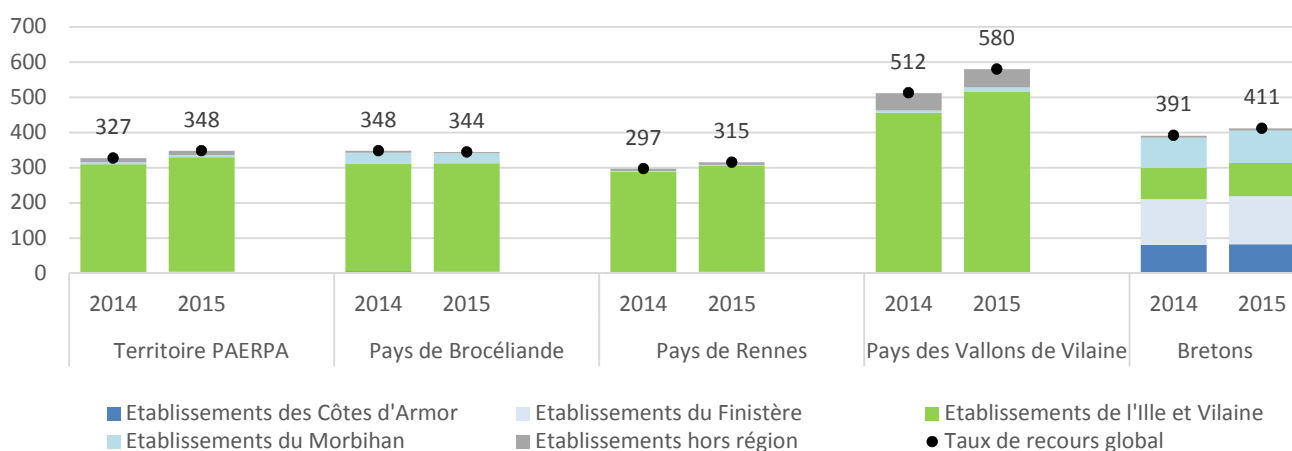
Remarque : le taux de patients pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés en MCO et/ou SSR et/ou psychiatrie et/ou HAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

→ Un important recours aux services d'urgences pour les personnes âgées résidant dans le pays des Vallons de Vilaine alors que 39 % résident dans une commune classée en zone blanche

En 2015, les personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire PAERPA ont réalisé 15 866 passages aux urgences, soit 348 passages aux urgences pour 1 000 habitants. Ce taux, inférieur au taux régional, n'est pas représentatif du pays des Vallons de Vilaine qui affiche un taux de recours nettement supérieur au taux régional (580 passages pour 1 000 habitants versus 411 pour la Bretagne).

A noter que 39 % des personnes âgées domiciliées dans le pays des Vallons de Vilaine sont dans une commune classée en zone blanche (éloignée de plus de 30 minutes de soins urgents).

Graphique 11. Taux de recours aux urgences pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2014 et 2015



Sources : INSEE – RP 2012 et 2013 ; ATIH (PMSI MCO 2014 et 2015).

Remarque : le nombre de passages aux urgences comprend tous les passages aux urgences (avec ou sans hospitalisation en aval).

Le CHU de Rennes a accueilli en 2015 72 % des passages aux urgences des personnes âgées du territoire. Pour cet établissement l'accueil des personnes âgées constitue 21 % du total des passages aux urgences.

A l'échelle des pays qui composent le territoire projet, on constate que le CHP St-Grégoire, le CH de Redon et le CH de Châteaubriant (dans le département de Loire-Atlantique) participent également à la prise en charge aux urgences des personnes âgées du territoire.

Tableau 38. Nombre de passages aux urgences en 2015 pour des personnes âgées de 75 ans et plus

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à un passage aux urgences en 2015				Bretons de 75 ans et plus
	Territoire PAERPA			Pays des Vallons de Vilaine	
	Total PAERPA	Pays de Brocéliande	Pays de Rennes		
Etablissements des Côtes d'Armor	1 %	1 %	1 %	0 %	20 %
Etablissements du Finistère	0 %	0 %	0 %	0 %	33 %
Etablissements de l'Ille-et-Vilaine	94 %	90 %	96 %	89 %	23 %
350000022 CH ST MALO	1 %	0 %	1 %	0 %	5 %
350000030 CH FOUGERES	3 %	0 %	4 %	0 %	3 %
350000048 CH REDON	3 %	0 %	0 %	19 %	2 %
350000055 CH VITRE	3 %	0 %	5 %	1 %	2 %
350000121 CH PRIVÉ ST-GREGOIRE	7 %	10 %	7 %	5 %	1 %
350000139 CLINIQUE MUT. LA SAGESSE	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
350005146 POLYCLINIQUE SEVIGNE	4 %	1 %	5 %	3 %	1 %
350005179 CHRU DE RENNES	72 %	78 %	74 %	62 %	9 %
Etablissements du Morbihan	2 %	8 %	1 %	2 %	22 %
Etablissements hors région	3 %	1 %	2 %	9 %	2 %
Nombre total de passage aux urgences	15 866 (100 %)	1 920 (100 %)	11 033 (100 %)	2 913 (100 %)	138 838 (100 %)

Sources : ATIH (PMSI MCO 2014 et 2015).

Remarque : le nombre de passages aux urgences comprend tous les passages aux urgences (avec ou sans hospitalisation en aval).

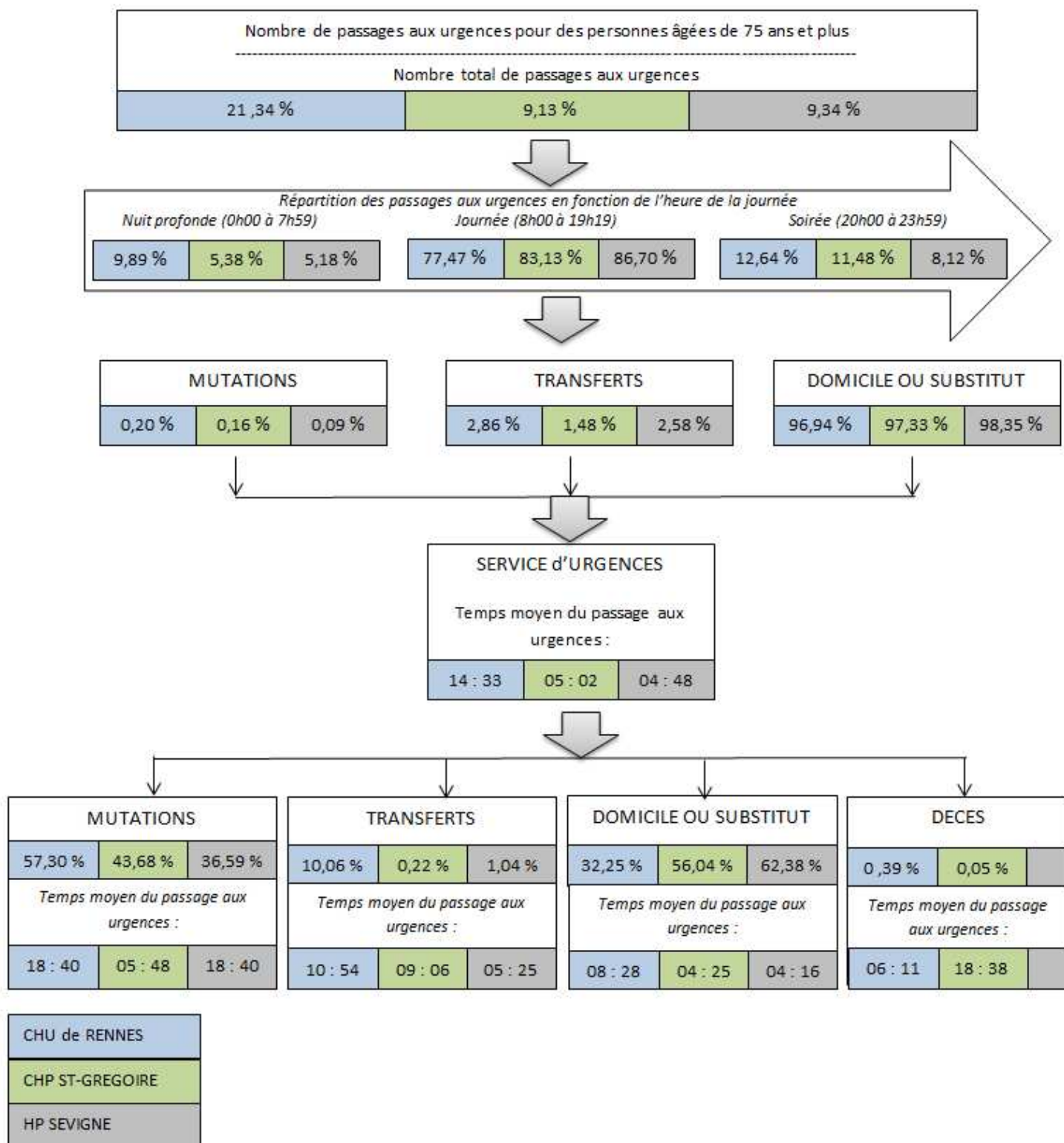
Parmi les 15 866 passages aux urgences, 60 % ont donné lieu à une hospitalisation en médecine ou en chirurgie. A l'échelle des pays, on constate que plus le taux de recours aux urgences est important, plus la part des hospitalisations non programmées est faible.

Tableau 39. Nombre de passages aux urgences suivi d'une hospitalisation en 2015 pour des personnes âgées de 75 ans et plus

Territoire	Nombre de passages aux urgences avec hospitalisation en médecine - chirurgie			
	Effectif	Evol./2014	Part dans le total des passages aux urgences	
			2015	2014
Territoire PAERPA	9 578	8,4 %	60,4 %	60,5 %
Pays de Brocéliande	1 134	0,0 %	59,1 %	60,2 %
Pays de Rennes	7 350	8,8 %	66,6 %	66,3 %
Pays des Vallons de Vilaine	1 094	15,5 %	37,6 %	37,5 %
Bretagne	91 756	5,2 %	66,1 %	67,2 %

Sources : PMSI MCO 2014 et 2015.

Graphique 12. Flux des patients de 75 ans et plus arrivant aux urgences d'un établissement de l'agglomération rennaise en 2015



Source : Diagnostic quantitatif de la FIGAR (RPU 2015).

Remarque : les données incluent tous les passages aux urgences des patients de 75 ans et plus qu'ils soient ou non domiciliés sur le territoire projet.

→ Des taux de recours à la médecine ou la chirurgie pour 1 000 habitants plus faibles qu'au niveau régional mais un nombre de séjours par patient plus élevé

En 2015, plus d'une personne sur trois domiciliée sur le territoire projet a été hospitalisée au moins une fois dans l'année en médecine ou en chirurgie, donnant lieu à 28 212 séjours d'hospitalisation (dont 68 % en hospitalisation complète).

Le nombre de patients hospitalisés (médecine et chirurgie) pour 1 000 habitants est inférieur au taux régional (347 versus 368 pour la région). Ce taux varie de 306 pour le pays de Brocéliande à 358 pour celui de pays de Rennes. Le constat est le même s'agissant du taux de recours mesuré en nombre de séjours pour 1 000 habitants. Toutefois, malgré des taux de recours faibles, les rapports des nombres de courts séjours consommés par patient sont supérieurs à la région.

Tableau 40. Nombre de patients de 75 ans et plus ayant eu recours à des soins en médecine et chirurgie

Territoire du domicile du patient	MEDECINE-CHIRURGIE				
	Patients de 75 ans et plus			Taux de patients pour 1 000 habitants	
	Effectif	Evol. /2014	Part dans le total des patients (>= 18 ans)	75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	15 840	5,9 %	23,8 %	347	133
Pays de Brocéliande	1 706	6,2 %	26,0 %	306	133
Pays de Rennes	12 538	5,7 %	23,5 %	358	134
Pays des Vallons de Vilaine	1 596	7,1 %	24,4 %	318	131
Ille-et-Vilaine	30 834	5,2 %	26,4 %	356	149
Bretagne	124 110	3,2 %	28,4 %	368	171

Sources : PMSI MCO 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Remarque : le taux de patients pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés en MCO pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

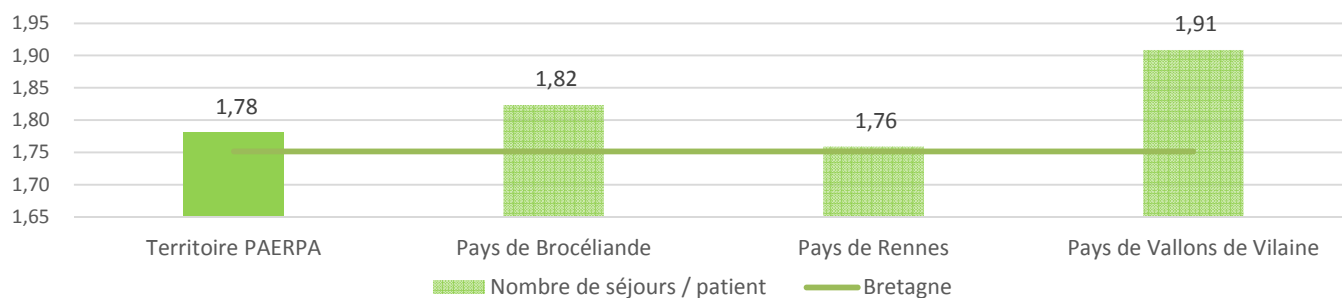
Tableau 41. Nombre de séjours en médecine et chirurgie relatifs aux patients de 75 ans et plus

Territoire du domicile du patient	MEDECINE-CHIRURGIE				
	Patients de 75 ans et plus			Taux de journées pour 1 000 habitants	
	Nombre de séjours	Evol. /2014	Part dans le total des séjours (patients >= 18 ans)	75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	28 212	7,1 %	27,2 %	618	208
Pays de Brocéliande	3 111	4,2 %	30,4 %	557	207
Pays de Rennes	22 055	7,1 %	26,5 %	630	209
Pays des Vallons de Vilaine	3 046	10,2 %	29,5 %	606	206
Ille-et-Vilaine	54 238	6,0 %	29,8 %	626	232
Bretagne	217 352	4,3 %	31,6 %	644	270

Sources : PMSI MCO 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

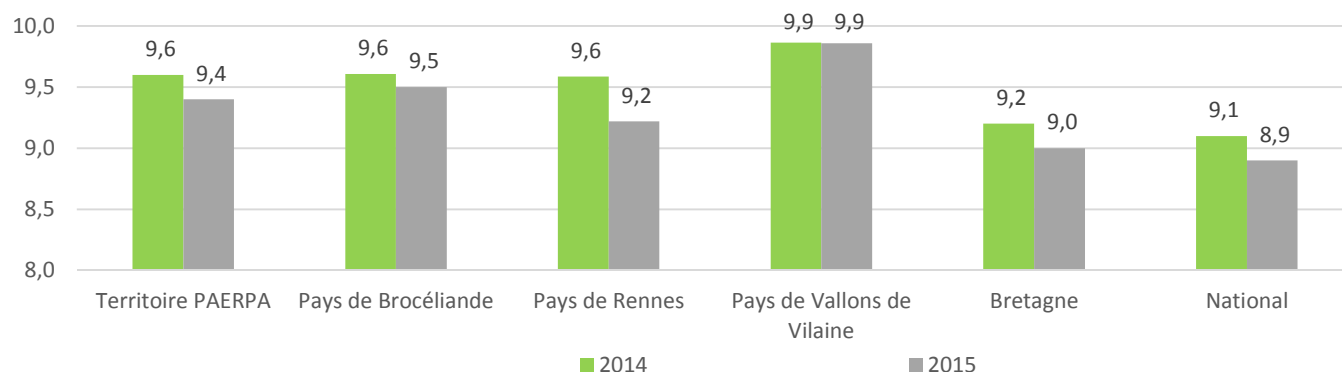
Remarque : le taux de séjours pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de séjours MCO réalisés par des patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

Graphique 13. Nombre de séjours de médecine ou chirurgie par patient de 75 ans et plus en 2015



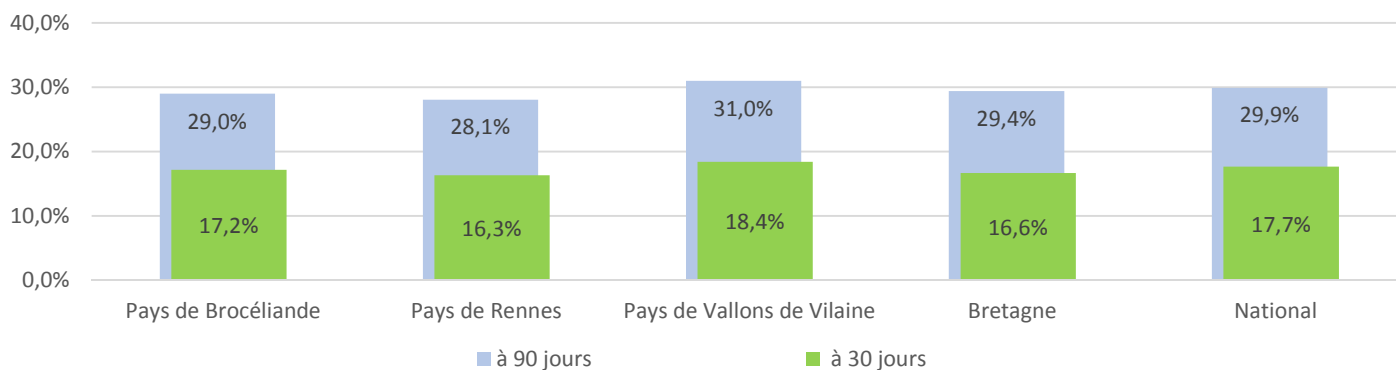
Source : PMSI MCO 2015.

Graphique 14. Durée moyenne de séjours en hospitalisation complète des patients de 75 ans et plus



Sources : ATIH - PMSI MCO 2015 et 2014.

Graphique 15. Taux de réhospitalisation à 30 jours et à 90 jours en médecine et chirurgie



Source : ATIH - PMSI MCO 2015.

Méthode : nombre de réhospitalisations en MCO à 30 ou 90 jours après un premier séjour en MCO (hors transfert MCO) chez les personnes âgées sur le nombre de séjours (hors transfert MCO) en MCO chez les personnes âgées.

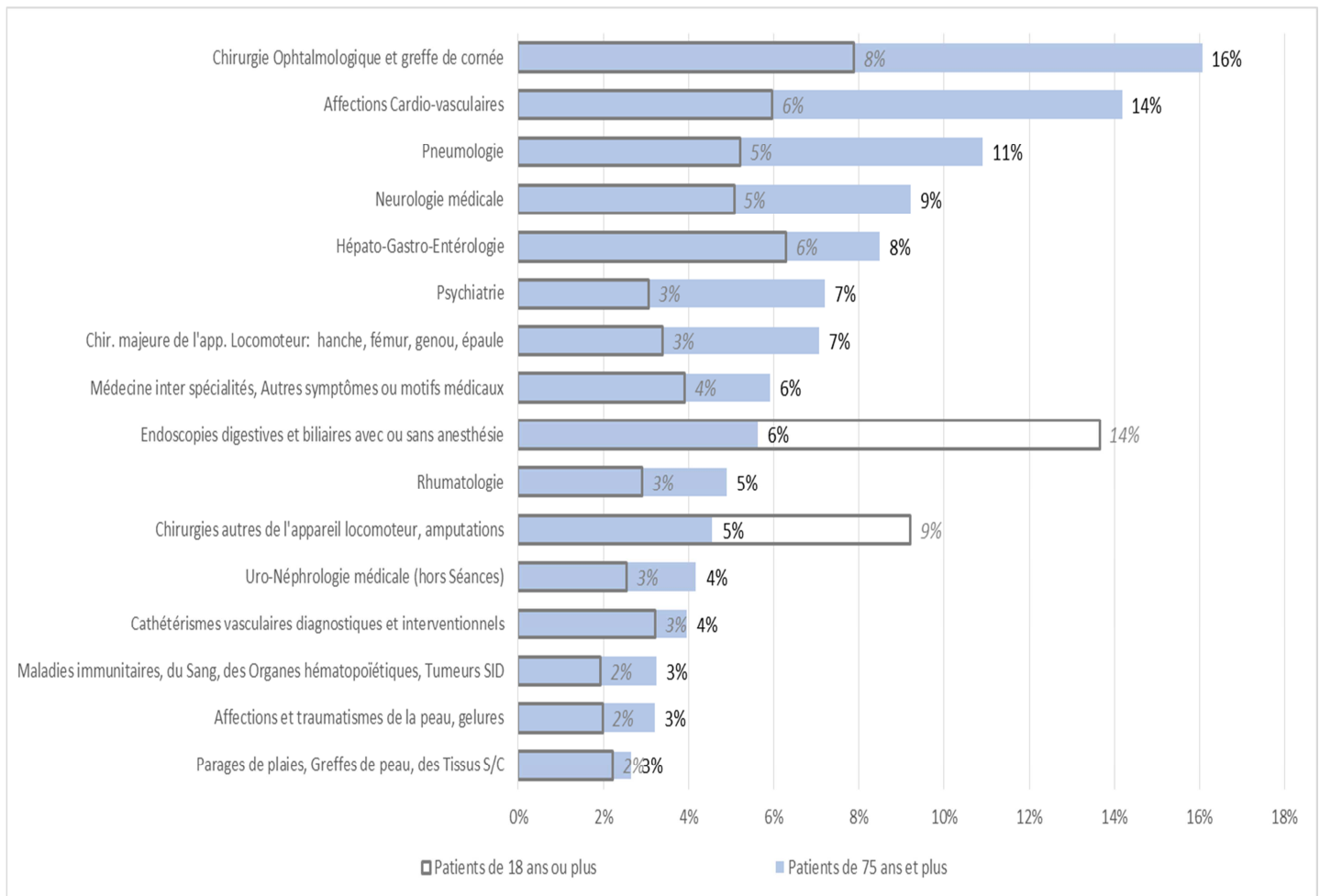
La répartition des patients âgés du territoire PAERPA selon le classement des séjours de médecine ou chirurgie dans les Groupes de Planification¹⁶ (GP), met en évidence 16 principaux GP (plus de 400 patients) dont :

- 16 % des patients ont réalisé un séjour classé dans le groupe de planification : « chirurgie ophtalmologique et greffe de la cornée » ;
- 14 % ont été pris en charge pour des affections cardio-vasculaires ;
- 11 % en pneumologie.

A noter que ces répartitions sont les mêmes à l'échelle de la région et des trois pays.

¹⁶ Les Groupes de type Planification (GP) est un regroupement de séjours selon la discipline suivie au sens des autorisations et de la planification (répartition médecine, chirurgie, obstétrique).

Graphique 16. Répartition des patients pris en charge en médecine ou en chirurgie en fonction des principaux groupes de type planification



Source : PMSI MCO 2015.

Remarque : les patients peuvent effectuer plusieurs séjours classés dans des groupes de planifications différents, expliquant que la somme des parts est supérieure à 100 %.

➔ Les hospitalisations non programmées dans un service de médecine sont moins fréquentes qu'en région Bretagne.

Concernant les prises en charge en médecine, 242 personnes pour 1 000 habitants de 75 ans et plus ont eu recours en 2015 à une hospitalisation. Ce taux inférieur au taux régional (266), varie de 218 dans le pays de Brocéliande à 248 dans le pays de Rennes.

Les prises en charge des patients du territoire se font principalement au CHU de Rennes : près de trois patients de 75 ans et plus hospitalisés en médecine sur cinq ont été pris en charge au moins une fois au CHU de Rennes. D'autres structures participent à la prise en charge des personnes âgées : CHP St-Grégoire, CRH de Chantepie, Polyclinique St-Laurent, l'HP Sévigné, mais aussi les CH de Bain de Bretagne et de Châteaubriant pour les patients du pays des Vallons de Vilaine et les CH de Ploërmel, de St-Méen le Grand et de Montfort sur Meu pour les patients du pays de Brocéliande.

Tableau 42. Lieu de prise en charge des séjours de médecine pour des patients de 75 ans et plus en 2015

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une prise en charge en médecine en 2015			
	Territoire PAERPA			
	Total PAERPA	Pays de Brocéliande	Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine
Etablissements des Côtes d'Armor	0,7 %	2,1 %	0,5 %	0,1 %
Etablissements du Finistère	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
Etablissements de l'Ille-et-Vilaine	96,7 %	92,8 %	98,4 %	88,6 %
350005179 CHU RENNES	59,8 %	61,1 %	60,1 %	56,3 %
350000121 CHP ST-GREGOIRE	14,2 %	17,1 %	14,4 %	9,2 %
350005021 CRG CHANTEPIE	13,7 %	10,8 %	14,7 %	8,7 %
350002192 Polyclinique ST LAURENT	12,1 %	8,3 %	12,9 %	10,4 %
350005146 Hôpital privé SEVIGNE	8,6 %	4,0 %	9,8 %	4,6 %
350000063 Hôpital St Thomas de Villeneuve	2,9 %	0,2 %	1,0 %	20,2 %
350000139 Clinique La Sagesse	2,5 %	1,1 %	2,6 %	3,4 %
350000030 CH FOUGERES	2,1 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %
350002317 CH de Montfort sur Meu	1,2 %	7,9 %	0,5 %	0,2 %
350002812 CRLCC E. Marquis	1,2 %	0,8 %	1,1 %	1,7 %
350002333 CH de Saint-Méen le Grand	0,8 %	6,4 %	0,1 %	0,1 %
350000204 Clinique Saint Joseph	0,5 %	0,2 %	0,6 %	0,0 %
350000048 CH REDON	0,4 %	0,0 %	0,0 %	3,9 %
350000022 CH ST-MALO	0,4 %	0,2 %	0,5 %	0,1 %
350002291 CH de Janzé	0,4 %	0,0 %	0,3 %	1,6 %
350000055 CH VITRE	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
350048518 CH des Marches de Bretagne	0,3 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %
350002200 Clinique St Yves	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %
350000089 CH "Saint-Jean" de La Guerche de Bretagne	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
350000071 Hôpital Gardiner	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
350000196 Clinique de la COTE d'EMERAUDE	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Etablissements du Morbihan	1,4 %	7,5 %	0,4 %	2,7 %
Etablissements hors région	2,4 %	0,7 %	1,4 %	12,1 %
Nombre de patients pris en charge en médecine en 2015	11 049 (100 %)	1 215 (100 %)	8 680 (100 %)	1 154 (100 %)

Sources : PMSI MCO 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Remarque : les patients peuvent effectuer plusieurs séjours dans des établissements différents, expliquant la somme des parts supérieure à 100 %.

En volume de séjours, 19 115 séjours de médecine ont été réalisés en 2015, ce qui représente 419 séjours pour 1 000 habitants. Ce taux, nettement inférieur à la région, varie de 383 pour le pays de Brocéliande à 432 pour celui des Vallons de Vilaine (taux équivalent à celui de l'Ille-et-Vilaine).

Les séjours de médecine sont réalisés en hospitalisation complète dans 77 % des cas avec une Durée Moyenne de Séjours (DMS) de 8,5 jours, DMS inférieure à la moyenne régionale (8,2 jours). A l'échelle des pays, la part des séjours de médecine en hospitalisation complète varie de 76 % dans le pays de Rennes qui a une DMS de 8,4 jours à 85 % dans le pays de Brocéliande qui a une DMS de 8,9 jours.

Tableau 43. Recours aux séjours de médecine en 2015

	Territoire de résidence du patient qui ont eu recours à un séjours de médecine											
	Territoire PAERPA								Breilliens		Bretons	
	Total PAERPA		Pays de Brocéliande		Pays de Rennes		Pays des Vallons de Vilaine		75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus
	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus				
Nombre de séjours de médecine	19 115	64 679	2 137	6 271	14 806	51 903	2 172	6 505	37 435	114 336	150 693	443 537
Part dans les séjours MCO	68 %	62 %	69 %	61 %	67 %	62 %	71 %	63 %	69 %	63 %	69 %	64 %
Evolution / 2014	6,9 %	4,6 %	1,8 %	7,3 %	7,5 %	4,1 %	8,2 %	5,5 %	6,2 %	3,6 %	5,2 %	2,4 %
Taux de recours /1 000 habitants	419	130	383	127	423	130	432	130	432	146	446	174
Nombre de séjours en HC	14 764	37 907	1 716	3 893	11 209	29 867	1 839	4 147	30 707	72 165	125 157	289 532
Part dans les séjours de médecine	77 %	59 %	80 %	62 %	76 %	58 %	85 %	64 %	82 %	63 %	83 %	65 %
Durée Moyenne de Séjour (DMS)	8,5	6,4	8,6	6,5	8,4	6,3	8,9	6,8	8,7	6,6	8,2	6,4
Nbre moyen d'unités médicales / séjour	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Nombre de séjours en HP	4 351	26 772	421	2 378	3 597	22 036	333	2 358	6 728	42 171	25 536	154 005
Part dans les séjours de médecine	23 %	41 %	20 %	38 %	24 %	42 %	15 %	36 %	18 %	37 %	17 %	35 %

Sources : PMSI MCO 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Remarques:

- L'Hospitalisation Complète (HC) correspond aux séjours d'au moins 1 jour (qui comprennent une nuitée) ;
- L'Hospitalisation Partielle (HP) correspond aux séjours de 0 jour.

Entre janvier et juin 2015, 5 272 personnes de 75 ans et plus résidant sur le territoire PAERPA ont eu recours à une hospitalisation complète dans un service de médecine. Ils ont réalisé 7 654 séjours.

L'analyse des flux de cette patientèle sur six mois met en évidence :

- **Les hospitalisations non programmées (HC) dans un service de médecine sont moins fréquentes qu'en région Bretagne.**

Deux patients de 75 ans et plus du territoire sur trois ont eu recours au moins une fois à une hospitalisation complète non programmée (versus 74 % en Bretagne) et cela concerne plus d'un séjour sur deux (versus 64 % en Bretagne).

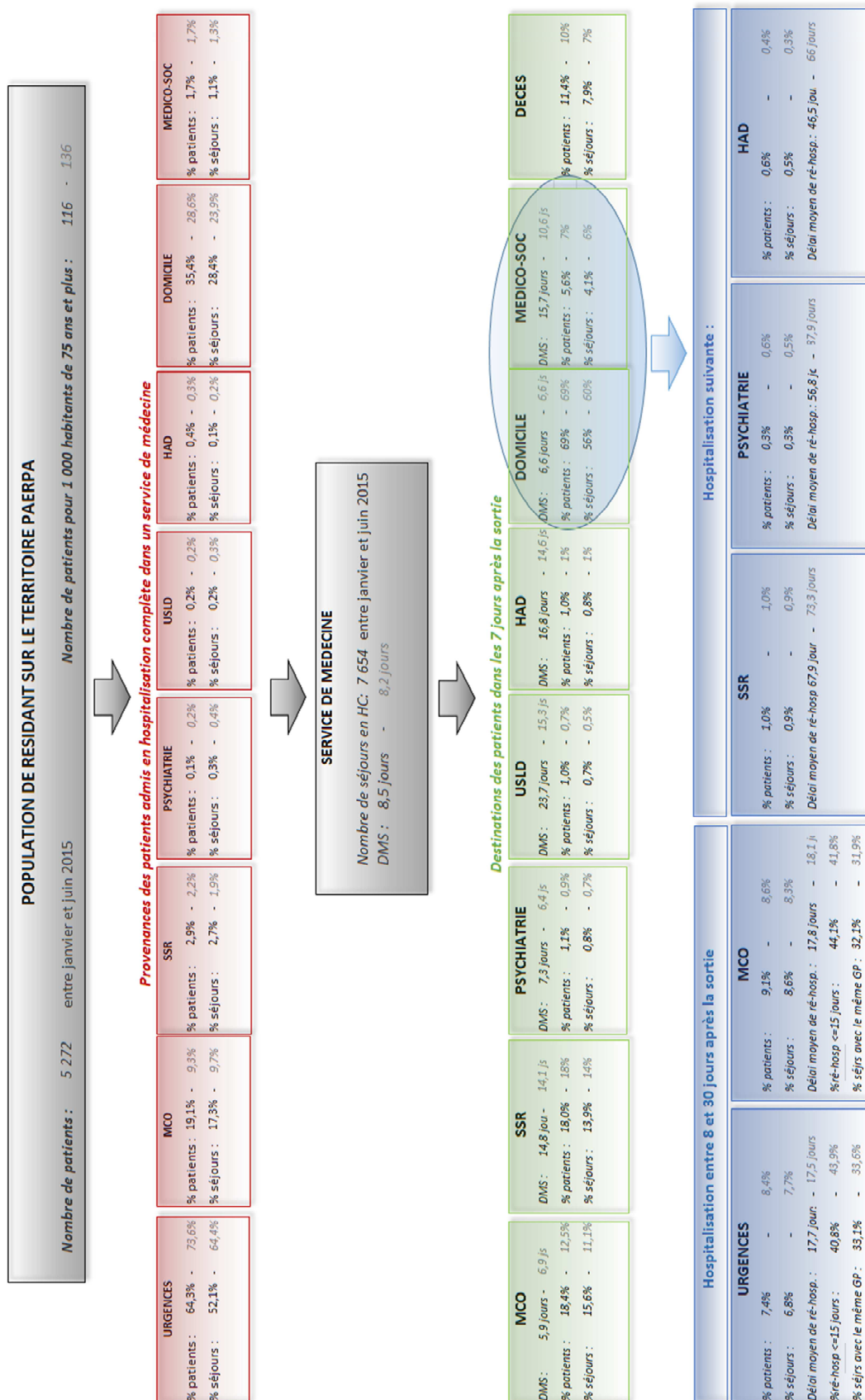
Le territoire se distingue par une part de transferts d'un service de médecine- chirurgie d'un autre établissement plus importante qu'en région (17 % versus 10 % en Bretagne).

- **Plus de deux séjours sur trois se terminent par un retour du patient à son domicile.**

56 % des séjours se terminent par un retour au domicile ou un substitut du domicile. En moyenne les patients de 75 ans et plus sont hospitalisés 7 jours lorsqu'ils retournent au domicile, contre 16 jours pour une sortie vers une structure médico-sociale.

- **7 % des patients qui sont retournés à leur domicile (ou substitut) sont ré-hospitalisés dans les 30 jours suite à un passage aux urgences.**

Graphique 17. Flux des patients de 75 ans domiciliés sur le territoire projet et pris en charge en hospitalisation complète dans un service de médecine entre janvier et juin 2015



Sources : PMSI MCO, SSR, HAD et RIMP 2015.

Remarque : les valeurs en gris correspondent aux valeurs régionales.

Méthodologie : analyse des séjours de médecine en hospitalisation complète réalisée entre janvier et juin 2015. Les destinations et les ré-hospitalisation sont analysées sur toute l'année 2015 : par exemple, un séjour de médecine terminé le 31 juin 2015 avec un retour au domicile et une ré-hospitalisation en SSR en août 2015.

→ Les personnes âgées de 75 ans et plus du pays de Rennes ont un recours à la chirurgie plus important qu'en moyenne régionale

Concernant les prises en charge en chirurgie, 149 personnes âgées pour 1 000 habitants ont eu recours en 2015 à une hospitalisation. Ce taux inférieur au taux régional (152), varie de 127 pour le pays des Vallons de Vilaine à 155 pour celui de Rennes.

Les prises en charge en chirurgie des patients du territoire se font principalement dans les établissements privés de Rennes métropole. Une personne âgée sur cinq a été prise en charge au CHU de Rennes.

Tableau 44. Lieu de prise en charge des séjours de chirurgie pour des patients de 75 ans et plus en 2015

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une prise en charge en chirurgie en 2015			
	Total PAERPA	Territoire PAERPA		
		Pays de Brocéliande	Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine
Etablissements des Côtes d'Armor	0,3 %	1,4 %	0,2 %	0,0 %
Etablissements du Finistère	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Etablissements de l'Ille-et-Vilaine	96,3 %	92,9 %	97,8 %	87,3 %
350000022 CHP ST-GREGOIRE	28,6 %	42,2 %	27,1 %	25,5 %
350000030 Hôpital privé SEVIGNE	25,2 %	9,4 %	28,0 %	19,1 %
350000048 CHU RENNES	21,5 %	24,3 %	21,3 %	20,4 %
350000055 Polyclinique ST LAURENT	15,0 %	12,9 %	15,6 %	12,2 %
350000063 Clinique La Sagesse	8,2 %	6,4 %	8,1 %	10,3 %
350000071 CRLCC E. Marquis	0,9 %	1,7 %	0,8 %	0,9 %
350000089 CH FOUGERES	0,4 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
350000121 CH REDON	0,2 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %
350000139 CH ST-MALO	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
350000196 Clinique de la COTE d'EMERAUDE	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
350000204 CH VITRE	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Etablissements du Morbihan	0,9 %	5,1 %	0,3 %	1,3 %
Etablissements hors région	2,8 %	0,8 %	1,9 %	12,4 %
Nombre de patients pris en charge en chirurgie en 2015	6 802 (100 %)	723 (100 %)	5 441 (100 %)	638 (100 %)

Sources : PMSI MCO 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Remarque : les patients peuvent effectuer plusieurs séjours dans des établissements différents, expliquant que la somme des parts supérieure à 100 %.

En volume de séjours, 9 097 séjours de chirurgie ont été réalisés en 2015, ce qui représente 199 séjours pour 1 000 habitants. Ce taux, équivalent à la région, varie de 174 pour le pays des Vallons de Vilaine à 207 pour celui de Rennes.

Un séjour de chirurgie sur deux est réalisé en hospitalisation complète avec une DMS de 7,6 jours, DMS supérieure à la moyenne régionale (7,2 jours). A l'échelle des pays, la part des séjours de chirurgie en hospitalisation complète varie de 49 % dans le pays de Rennes avec une DMS de 7,5 jours à 56 % dans le pays de Brocéliande avec une DMS de 8,1 jours.

Tableau 45. Recours aux séjours de chirurgie en 2015

	Territoire de résidence du patient qui ont eu recours à un séjours de chirurgie											
	Territoire PAERPA								Breilliens		Bretons	
	Total PAERPA		Pays de Brocéliande		Pays de Rennes		Pays des Vallons de Vilaine		75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus
	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus				
Nombre de séjours de chirurgie	9 097	39 043	974	3 959	7 249	31 259	874	3 825	16 803	67 382	66 655	244 477
Part dans les séjours MCO	32 %	38 %	31 %	39 %	33 %	38 %	29 %	37 %	31 %	37 %	31 %	36 %
Evolution / 2014	7,6 %	3,8 %	9,8 %	4,2 %	6,4 %	3,1 %	15,6 %	9,0 %	5,5 %	3,3 %	2,5 %	2,4 %
Taux de recours /1 000 habitants	199	78	175	80	207	78	174	76	194	86	197	96
Nombre de séjours en HC	4 512	19 143	549	2 017	3 521	15 177	442	1 949	8 663	33 758	36 395	130 900
Part dans les séjours de médecine	50 %	49 %	56 %	51 %	49 %	49 %	51 %	51 %	52 %	50 %	55 %	54 %
Durée Moyenne de Séjour (DMS)	7,6	5,3	8,1	5,8	7,5	5,2	8,0	5,6	7,5	5,4	7,2	5,5
Nbre moyen de unité médicale / séjour	1,5	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3
Nombre de séjours en HP	4 585	19 900	425	1 942	3 728	16 082	432	1 876	8 140	33 624	30 260	113 577
Part dans les séjours de médecine	50 %	51 %	44 %	49 %	51 %	51 %	49 %	49 %	48 %	50 %	45 %	46 %

Sources : PMSI MCO 2014, 2015, INSEE – RP 2013.

Remarques :

- L'Hospitalisation Complète (HC) correspond aux séjours d'au moins 1 jour (qui comprennent une nuitée) ;
- L'Hospitalisation Partielle (HP) correspond aux séjours de 0 jour.

Entre janvier et juin 2015, 2 140 personnes de 75 ans et plus résidant sur le territoire PAERPA ont eu recours à une chirurgie en hospitalisation complète. Ils ont réalisé 2 346 séjours.

L'analyse des flux de cette patientèle sur six mois met en évidence :

- **Plus d'un séjour de chirurgie en hospitalisation complète sur cinq ne sont pas programmés.**

Les patients de 75 ans et plus qui réalisent des séjours de chirurgie proviennent principalement de leur domicile (70 % des séjours). Les séjours de chirurgie non programmés concernent plus d'un séjour sur cinq. Ils varient toutefois de 18 % dans le pays des Vallons de Vilaine à 27 % dans celui de Brocéliande.

- **Plus de deux séjours sur trois se terminent avec un retour du patient à son domicile.**

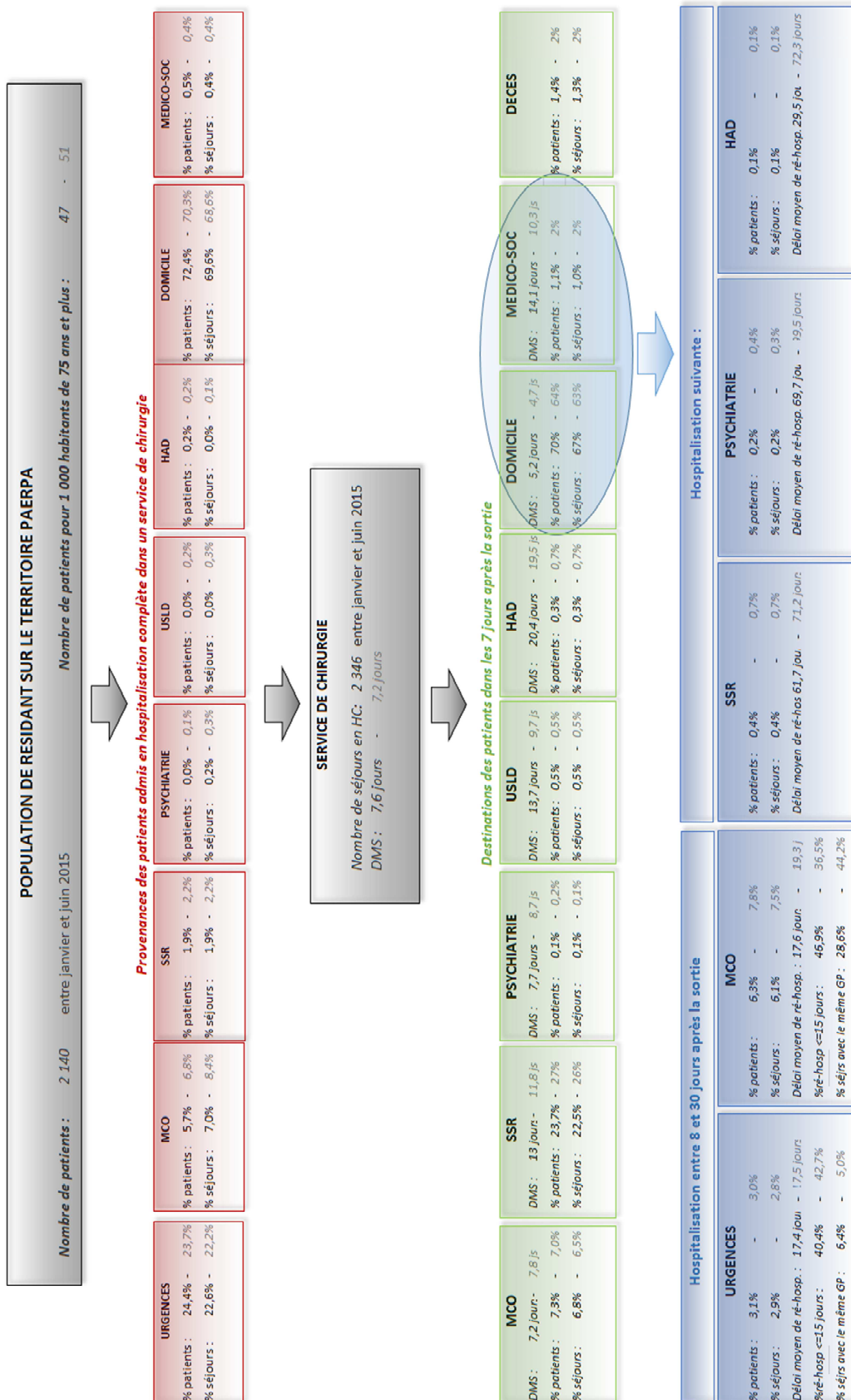
68 % des séjours se terminent avec un retour au domicile ou au substitut du domicile. En moyenne, les patients de 75 ans et plus sont hospitalisés 5 jours lorsqu'ils retournent au domicile, contre 14 jours pour une sortie vers une structure médico-sociale.

Par rapport à la région, le territoire PAERPA présente une part de patients de 75 ans et plus sortant vers une structure SSR légèrement plus faible qu'au niveau régional : 24 % versus 27 %. Ce constat concerne plus précisément le pays de Rennes (22,5 % des patients).

- **3 % des patients qui sont retournés à leur domicile (ou substitut) sont ré-hospitalisés suite à un passage aux urgences dans les 30 jours après leur 1^{ère} hospitalisation en chirurgie.**

En 2015, 3 % des patients qui sont retournés à leur domicile (ou substitut) sont ré-hospitalisés suite à un passage aux urgences dans les 30 jours après leur 1^{ère} hospitalisation en chirurgie. Ce taux varie de 2,7 % dans le pays de Rennes à 4,5 % des séjours dans le pays de Brocéliande.

Graphique 18. Flux des patients de 75 ans domiciliés sur le territoire projet et pris en charge en hospitalisation complète dans un service de chirurgie entre janvier et juin 2015



Sources : PMSI MCO, SSR, HAD et RIMP 2015.

Remarque : les valeurs en gris correspondent aux valeurs régionales.

Méthodologie : analyse des séjours de chirurgie en hospitalisation complète réalisée entre janvier et juin 2015. Les destinations et les ré-hospitalisations sont analysées sur toute l'année 2015 : par exemple, un séjour de chirurgie terminé le 31 juin 2015 avec un retour au domicile et une ré-hospitalisation en SSR en août 2015.

→ Hétérogénéité dans le recours aux unités de SSR gériatriques

En 2015, 7 % soit 15 840 personnes de 75 ans ou plus, domiciliées sur le territoire projet ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année en SSR, donnant lieu à 129 596 journées d'hospitalisation.

Le nombre de patients hospitalisés pour 1 000 habitants est inférieur au taux régional (70 versus 83 pour la région). Ce taux varie de 68 pour le pays de Rennes à 76 pour celui de Brocéliande.

Tableau 46. Nombre de patients de 75 ans et plus ayant eu recours à des soins en SSR

Territoire du domicile du patient	SSR				
	Patients de 75 ans et plus			Taux de patients pour 1 000 habitants	
	Effectif	Evol. /2014	Part dans le total des patients (>=18 ans)	75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	3 184	9,6 %	43,6 %	70	15
Pays de Brocéliande	422	20,2 %	53,1 %	76	16
Pays de Rennes	2 387	9,3 %	41,9 %	68	14
Pays des Vallons de Vilaine	375	1,1 %	46,4 %	75	16
Ille-et-Vilaine	6 569	6,7 %	49,6 %	76	17
Bretagne	27 857	3,8 %	51,0 %	83	21

Sources: PMSI SSR 2014, 2015 ; INSEE – RP 2013.

Remarque : le taux de patients pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés en SSR pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

Tableau 47. Nombre de journées de SSR relatives aux patients de 75 ans et plus

Territoire du domicile du patient	SSR						
	Patients de 75 ans et plus					Taux de journées pour 1 000 habitants	
	Nombre de journées	Evol. /2014	Part dans le total des journées (patients >=18 ans)	% journées en HC	% journées en HP	75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	129 596	1,0 %	48,4 %	97,8 %	2,1 %	2 841	538
Pays de Brocéliande	16 177	15,0 %	54,1 %	99,7 %	0,3 %	2 899	604
Pays de Rennes	97 535	-2,1 %	46,7 %	97,2 %	2,8 %	2 785	524
Pays des Vallons de Vilaine	15 884	8,4 %	54,6 %	99,7 %	0,3 %	3 161	581
Ille-et-Vilaine	264 400	3,0 %	53,6 %	98,4 %	1,6 %	3 051	628
Bretagne	1 037 704	3,3 %	54,6 %	98,2 %	1,4 %	3 074	745

Sources: PMSI SSR 2014, 2015 ; INSEE – RP 2013.

Remarque : le taux de journées pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de journées de SSR réalisées par des patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

La prise en charge en SSR des personnes âgées du territoire se fait principalement dans un établissement SSR de proximité du domicile :

- Les personnes âgées du pays de Brocéliande sont principalement prises en charge dans les deux CH de proximités à St-Méen Le Grand et Montfort Sur Meu ;
- Les personnes âgées du pays de Rennes sont principalement prises en charge au CRG de Chantepie, à la polyclinique St-Laurent et au CHU de Rennes ;
- Les personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine sont principalement prises en charge au CH de Bain de Bretagne.

Tableau 48. Répartition des patients de 75 ans et plus pris en charge en SSR en fonction du lieu de prise en charge

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une activité SSR en 2015			
	Total PAERPA	Pays de Brocéliande	Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine
Etablissements des Côtes d'Armor	0,6 %	1,2 %	0,5 %	0,0 %
Etablissements du Finistère	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Etablissements de l'Ille-et-Vilaine	96,9 %	97,9 %	98,4 %	85,9 %
350005021 CRG CHANTEPIE	28,0 %	6,6 %	33,9 %	14,7 %
350002192 Polyclinique ST LAURENT	18,5 %	2,6 %	23,4 %	5,1 %
350005179 CHU RENNES	15,4 %	3,6 %	18,9 %	6,1 %
350002317 CH de Montfort sur Meu	7,2 %	36,5 %	2,8 %	1,9 %
350002333 CH de Saint-Méen le Grand	7,0 %	46,2 %	1,2 %	0,3 %
350000063 Hôpital St Thomas de Villeneuve	6,4 %	0,2 %	1,9 %	42,1 %
350002564 Pôle Saint-Hélier	5,3 %	3,1 %	6,2 %	2,1 %
350002200 Clinique St Yves	3,8 %	0,5 %	4,8 %	1,3 %
350048518 CH des Marches de Bretagne	2,5 %	0,2 %	3,3 %	0,0 %
350002291 CH de Janzé	1,8 %	0,0 %	1,6 %	4,8 %
350000204 Clinique Saint Joseph	1,4 %	0,2 %	1,9 %	0,0 %
350002309 CH du Grand Fougeray	1,4 %	0,0 %	0,1 %	10,9 %
350000030 CH FOUGERES	0,7 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %
350000055 CH VITRE	0,5 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
350000089 CH "Saint-Jean" de La Guerche de Bretagne	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
350000048 CH REDON	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %
350040291 CH Hamon Vaujoyeux	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
350000071 Hôpital Gardiner	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
350002911 Maison de convalescence	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
Etablissements du Morbihan	1,1 %	0,9 %	0,4 %	5,6 %
Etablissements hors région	1,9 %	0,5 %	0,7 %	10,9 %
Nombre total de patients	3 184 (100 %)	422 (100 %)	2 387 (100 %)	375 (100 %)

Sources : PMSI SSR 2015.

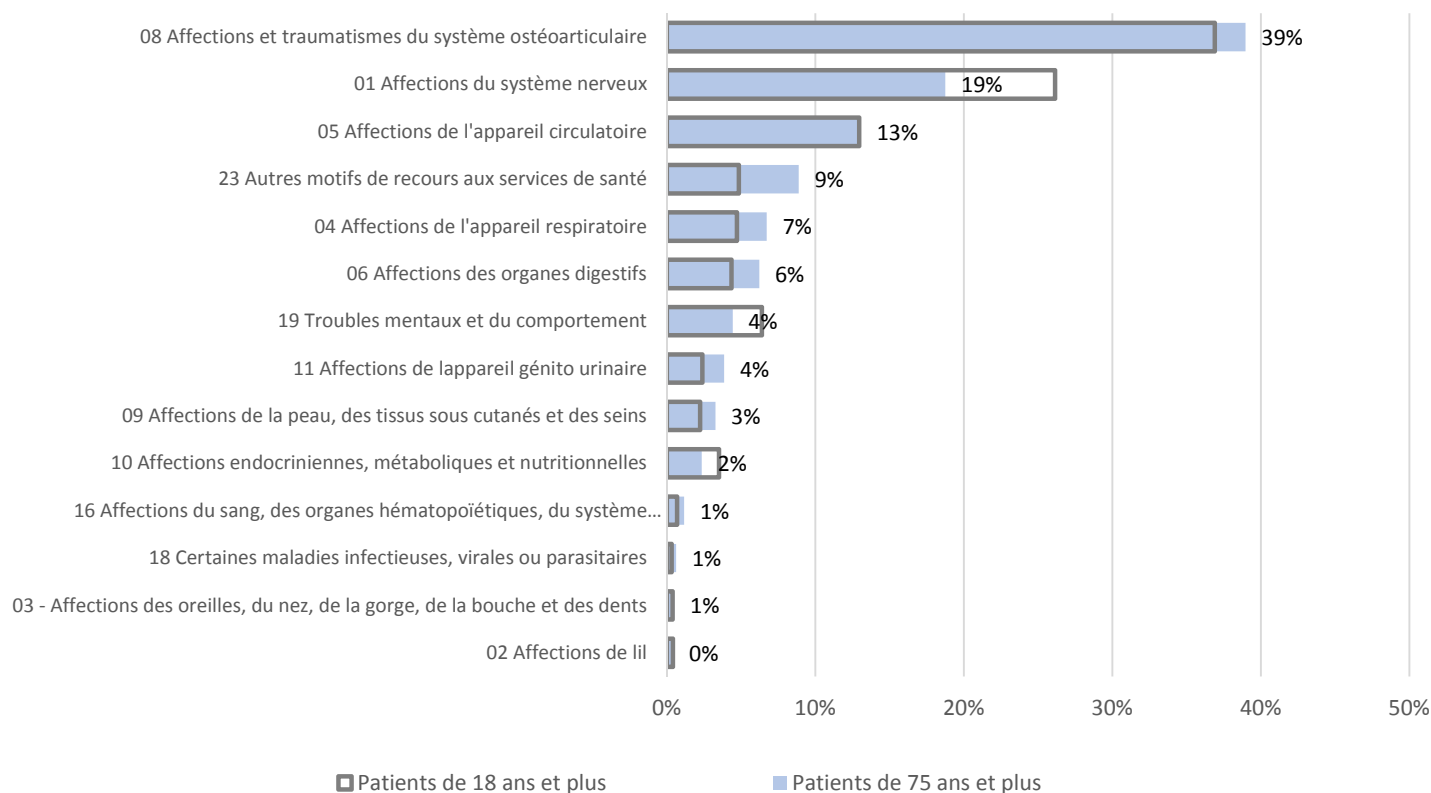
Remarque : les patients peuvent effectuer plusieurs séjours dans des établissements différents, expliquant que la somme des parts supérieure à 100 %.

La répartition des patients âgés du territoire PAERPA selon les Catégories Majeures Cliniques¹⁷ (CMC) :

- 39 % des patients ont été pris en charge en SSR pour des affections et traumatismes du système ostéoarticulaire;
- 19 % ont été pris en charge pour des affections du système nerveux ;
- 13 % ont été pris en charge pour des affections de l'appareil circulatoire.

¹⁷ Regroupement de l'activité SSR en 15 catégories qui correspondent aux grands types de prise en charge (cardiovasculaire et respiratoire, neuromusculaire, post-traumatique, soins palliatifs, etc.).

Graphique 19. Répartition des patients pris en charge en SSR en 2015 en fonction de la catégorie majeure clinique



Source : PMSI SSR 2015.

Remarque : les patients peuvent effectuer plusieurs séjours dans des catégories majeures cliniques différentes, expliquant que la somme des parts peut être supérieure à 100 %.

Pour 1 000 personnes âgées du territoire PAERPA, 70 personnes ont eu recours à des soins SSR, parmi lesquelles 38 ont été pris en charge en SSR polyvalent et 20 en unité dédiée au PAPD.

A l'échelle des trois pays, on constate une importante hétérogénéité :

- Les personnes âgées du pays de Brocéliande ont un recours important au SSR polyvalent : 66 personnes âgées pour 1 000 habitants. Ce mode de prise en charge en SSR rassemble 87 % des patients âgés de ce territoire. Le recours aux offres spécialisées en SSR est faible, notamment en SSR relatif au PAPD : 4 personnes pour 1 000 habitants ;
- A l'inverse, par rapport aux autres pays, les personnes âgées du pays de Rennes ont un faible recours au SSR polyvalent (33 personnes pour 1 000 habitants), mais des recours aux offres spécialisées plus importants, notamment aux unités dédiées aux affections du système nerveux ;
- Les personnes âgées du pays des Vallons de Vilaine ont un recours au SSR polyvalent équivalent à la région (45 personnes pour 1 000 habitants), mais un recours au SSR PAPD inférieur (26 personnes versus 30 pour la Bretagne).

Tableau 49. Nombre de personnes âgées pour 1 000 habitants selon l'unité médicale de prise en charge en SSR

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une activité SSR en 2015											
	Territoire PAERPA								Breilliens		Bretons	
	Total PAERPA		Pays de Brocéliande		Pays de Rennes		Pays des Vallons de Vilaine		Taux de recours	Part	Taux de recours	Part
	Taux de recours	Part	Taux de recours	Part	Taux de recours	Part	Taux de recours	Part				
50A- SSR indifférenciés ou polyvalents	38	54 %	66	87 %	33	48 %	45	60 %	44	59 %	45	54 %
51A- Affections de l'appareil locomoteur	6	9 %	3	4 %	7	10 %	4	5 %	7	9 %	7	9 %
52A- Affections du système nerveux	5	7 %	3	4 %	6	8 %	2	2 %	4	5 %	2	3 %
53A- Affections cardiovasculaires	1	1 %	0	0 %	1	2 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %
54A- Affections respiratoires	2	2 %	1	1 %	2	3 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %
55A- Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	2	2 %	0	0 %	2	3 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %
56A- Affections oncohématologiques	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
57A- Affections des brûlés	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
58A- Affections liées aux conduites addictives	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
59A- Affections de la PAPD	20	29 %	4	5 %	22	32 %	26	34 %	22	28 %	30	37 %
Taux de recours global	70	100 %	76	100 %	68	100 %	75	100 %	76	100 %	83	100 %

Sources: PMSI SSR 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Remarques :

- Le taux de recours correspond au nombre de patients pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire.
- Les patients peuvent effectuer plusieurs séjours dans des unités médicales différentes, expliquant que la somme des parts peut être supérieure à 100 %.

Tableau 50. Principaux lieux de prise en charge des patients de 75 ans selon l'unité médicale.

	Total PAERPA	Pays de Brocéliande	Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine
50A- Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents	Polyclinique ST LAURENT (29,8 %)	CH de Montfort sur Meu (41,1 %) CH de Saint-Méen le Grand (52 %)	Polyclinique ST LAURENT (43,6 %)	Hôpital St Thomas de Villeneuve (32,8 %)
51A- Affections de l'appareil locomoteur	Pôle Saint-Hélier (29,4 %) CRG CHANTEPIE (53,8 %)	Pôle Saint-Hélier (43,8 %) CRG CHANTEPIE (31,3 %)	Pôle Saint-Hélier (28,2 %) CRG CHANTEPIE (55,1 %)	Pôle Saint-Hélier (33,3 %) CRG CHANTEPIE (55,6 %)
52A- Affections du système nerveux	Pôle Saint-Hélier (41,6 %) CRG CHANTEPIE (42,9 %)	Pôle Saint-Hélier (35,3 %) CRG CHANTEPIE (29,4 %) CHU RENNES (35,3 %)	Pôle Saint-Hélier (42,8 %) CRG CHANTEPIE (43,3 %)	Pôle Saint-Hélier (25 %) CRG CHANTEPIE (62,5 %)
53A- Affections cardiovasculaires	Clinique St Yves (93,6 %)		Clinique St Yves (95,5 %)	Clinique St Yves (66,7 %)
54A- Affections respiratoires	Polyclinique ST LAURENT (98,6 %)	Polyclinique ST LAURENT (100 %)	Polyclinique ST LAURENT (98,5 %)	Polyclinique ST LAURENT (100 %)
55A- Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Clinique St Yves (100 %)	Clinique St Yves (100 %)	Clinique St Yves (100 %)	Clinique St Yves (100 %)
59A- Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	CRG CHANTEPIE (50,1 %) CHU RENNES (34,2 %)	CRG CHANTEPIE (58,3 %) CHU RENNES (20,8 %)	CRG CHANTEPIE (55 %) CHU RENNES (38,3 %)	Hôpital St Thomas de Villeneuve (65,2 %)

Source : PMSI SSR 2015.

➔ Des recours à la prise en charge psychiatrique inférieurs à ceux de la région

En 2015, 315 personnes de 75 ans ou plus domiciliées sur le territoire projet ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année en psychiatrie et 1 143 personnes ont eu recours à une consultation ambulatoire.

Les nombres de patients hospitalisés et pris en charge en ambulatoire pour 1 000 habitants sont inférieurs aux taux régionaux (7 personnes hospitalisées versus 9 pour la région et 25 personnes en ambulatoire versus 36). Les personnes âgées du pays de Rennes ont un recours légèrement plus important que dans les deux autres pays.

Tableau 51. Nombre de patients de 75 ans et plus ayant eu recours à des soins psychiatriques en hospitalisation ou en ambulatoire

Territoire du domicile du patient	Psychiatrie									
	Patients de 75 ans et plus hospitalisés					Patients de 75 ans et plus en ambulatoire				
	Effectif	Evol. /2014	Part dans le total des patients (>=18 ans)	Taux de patients pour 1 000 habitants		Effectif	Evol. /2014	Part dans le total des patients (>=18 ans)	Taux de patients pour 1 000 habitants	
				75 ans et plus	18 ans et plus				75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	315	4,3 %	6,7 %	7	10	1 143	5,2 %	7,8 %	25	29
Pays de Brocéliande	32	6,7 %	10,4 %	6	6	119	10,2 %	10,0 %	21	24
Pays de Rennes	257	2,8 %	6,2 %	7	10	901	3,1 %	7,5 %	26	30
Pays des Vallons de Vilaine	26	18,2 %	9,1 %	5	6	123	18,3 %	9,4 %	24	26
Ille-et-Vilaine	459	2,5 %	6,7 %	5	9	2 112	0,2 %	8,9 %	24	30
Bretagne	2 988	2,3 %	10,8 %	9	11	12 205	5,3 %	13,0 %	36	37

Sources: RIMP 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Note de lecture : le taux de patients pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés en psychiatrie pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

Remarque : Le nombre de patients en ambulatoire peut comporter des doublons. En effet, il n'est pas possible de chaîner les patients d'un établissement à un autre en ambulatoire. Par conséquent, un patient hospitalisé dans deux établissements différents sera compté deux fois.

Tableau 52. Nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie relatives aux patients de 75 ans et plus

Territoire du domicile du patient	Psychiatrie							
	Patients de 75 ans et plus					Taux de journées pour 1 000 habitants		
	Nombre de journées d'hospitalisation	Evol. /2014	Part dans le total des journées (patients >=18 ans)	% journées en HC	% journées en HP	75 ans et plus	18 ans et plus	
Territoire PAERPA	19 887	2,5 %	6,9 %	93,4 %	6,6 %	436	581	
Pays de Brocéliande	1 611	9,3 %	10,0 %	97,5 %	2,5 %	289	325	
Pays de Rennes	16 704	2,1 %	6,5 %	92,4 %	7,6 %	477	643	
Pays des Vallons de Vilaine	1 572	0,9 %	9,4 %	100,0 %	0,0 %	313	334	
Ille-et-Vilaine	25 691	-9,3 %	6,1 %	94,6 %	5,4 %	296	540	
Bretagne	135 951	-0,5 %	9,3 %	85,5 %	14,5 %	403	575	

Sources: RIMP 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Note de lecture : le taux de journées pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de journées de psychiatrie réalisées par des patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

Tableau 53. Nombre d'actes ambulatoire en psychiatrie relatifs aux patients de 75 ans et plus

Territoire du domicile du patient	Psychiatrie					
	Patients de 75 ans et plus			Taux d'actes pour 1 000 habitants		
	Nombre d'actes ambulatoires	Evol. /2014	Part dans le total des actes (patients >=18 ans)	75 ans et plus	18 ans et plus	
Territoire PAERPA	10 738	-5,5 %	5,4 %	235	400	
Pays de Brocéliande	1 022	4,1 %	8,0 %	183	258	
Pays de Rennes	8 835	-7,0 %	5,1 %	252	432	
Pays des Vallons de Vilaine	881	0,1 %	6,3 %	175	280	
Ille-et-Vilaine	17 206	-7,6 %	5,7 %	199	385	
Bretagne	77 671	3,6 %	7,9 %	230	387	

Sources : RIMP 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Note de lecture: le taux d'actes ambulatoires pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre d'actes ambulatoires de psychiatrie réalisés par des patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

92 % des patients hospitalisés en psychiatrie ont été pris en charge en hospitalisation temps plein et 13 % en hospitalisation de jour (versus 86 % et 21 % en Bretagne). La prise en charge en hospitalisation de jour varie de 0 % dans le pays des Vallons de Vilaine à 15 % dans le pays de Rennes.

Tableau 54. Répartition des patients de 75 ans et plus en fonction de la forme de prise en charge

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une activité SSR en 2015					
	Total PAERPA	Territoire PAERPA			Bretilliens	Bretons
		Pays de Brocéliande	Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine		
Hospitalisation complète						
hospitalisation à temps plein	92 %	97 %	91 %	100 %	94 %	86 %
séjour thérapeutique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
hospitalisation à domicile	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
placement familial thérapeutique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
appartement thérapeutique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
centre de postcure psychiatrique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
centre de crise,	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hospitalisation partielle						
hospitalisation à temps partiel de jour	13 %	6 %	15 %	0 %	10 %	21 %
hospitalisation à temps partiel de nuit	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
atelier thérapeutique.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Total patients hospitalisés en psy	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ambulatoire						
accueil et soins en CMP	40 %	47 %	36 %	58 %	42 %	30 %
accueil et soins en CATTP	82 %	76 %	85 %	69 %	79 %	86 %
activité d'accueil et de soins hors CMP et le CATTP	3 %	7 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Total patients en ambulatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : RIMP 2015.

Remarque : Le nombre de patients en ambulatoire peut comporter des doublons. En effet, il n'est pas possible de chaîner les patients en ambulatoire d'un établissement à un autre. Par conséquent, un patient hospitalisé dans deux établissements différents sera compté deux fois.

En 2015, 44 % des patients ont été hospitalisés au moins une fois pour des épisodes dépressifs, 12 % pour des troubles bipolaires.

Tableau 55. Répartition des patients de 75 ans et plus hospitalisés en psychiatrie en fonction du mode de prise en charge

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une activité SSR en 2015					
	Total PAERPA	Territoire PAERPA			Bretilliens	Bretons
		Pays de Brocéliande	Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine		
F32 Episodes dépressifs	44,1 %	34,4 %	47,5 %	23,1 %	39,7 %	26,0 %
F31 Trouble affectif bipolaire	12,1 %	12,5 %	12,5 %	7,7 %	10,9 %	8,5 %
F33 Trouble dépressif récurrent	10,2 %	9,4 %	10,5 %	7,7 %	12,4 %	10,5 %
F41 Autres troubles anxieux	7,0 %	12,5 %	5,1 %	19,2 %	7,2 %	7,2 %
F00 Démence de la maladie d'Alzheimer	6,3 %	6,3 %	6,6 %	3,8 %	6,3 %	12,2 %
F22 Troubles délirants persistants	6,0 %	3,1 %	6,2 %	7,7 %	5,7 %	5,0 %
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	5,4 %	6,3 %	4,7 %	11,5 %	4,6 %	6,4 %
F01 Démence vasculaire	2,9 %	3,1 %	2,3 %	7,7 %	2,2 %	3,3 %
F20 Schizophrénie	2,9 %	0,0 %	3,5 %	0,0 %	2,8 %	1,8 %
Nombre de patients de 75 ans et plus hospitalisés en psychiatrie	315	32	257	26	459	2 988

Source : RIMP 2015.

Tableau 56. Répartition des patients de 75 ans et plus hospitalisés en psychiatrie en fonction du mode légal de soins

	Territoire de résidence du patient qui ont eu recours à un séjours de psychiatrie											
	Territoire PAERPA								Breilliens		Bretons	
	Total PAERPA		Pays de Brocéliande		Pays de Rennes		Pays des Vallons de Vilaine					
	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus	75 ans et plus	18 ans et plus
Soins psychiatriques libres	98 %	94 %	100 %	96 %	98 %	94 %	96 %	97 %	97 %	93 %	98 %	95 %
Soins psychiatriques aux détenus	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	12 %	14 %	6 %	14 %	12 %	14 %	15 %	12 %	11 %	14 %	7 %	12 %
Soins psychiatriques pour péril imminent	2 %	5 %	0 %	3 %	2 %	5 %	4 %	4 %	3 %	6 %	1 %	3 %

Source : RIMP 2015.

→ Une prise en charge en HAD sur deux est réalisée en EHPAD

En 2015, 271 personnes de 75 ans ou plus, domiciliées sur le territoire projet ont été prises en charge en HAD, soit 6 personnes pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Tableau 57. Nombre de patients de 75 ans et plus ayant eu recours à des soins en HAD

Territoire du domicile du patient	HAD				
	Patients de 75 ans et plus			Taux de patients pour 1 000 habitants	
	Effectif	Part dans le total des patients (>=18 ans)	Evol. /2014	75 ans et plus	18 ans et plus
Territoire PAERPA	271	40,8 %	6,7 %	6	1
Pays de Brocéliande	29	39,7 %	-9,4 %	5	1
Pays de Rennes	224	42,0 %	9,3 %	6	1
Pays des Vallons de Vilaine	18	31,0 %	5,9 %	4	1
Ille-et-Vilaine	446	42,1 %	11,2 %	5	1
Bretagne	2 000	42,4 %	11,2 %	6	2

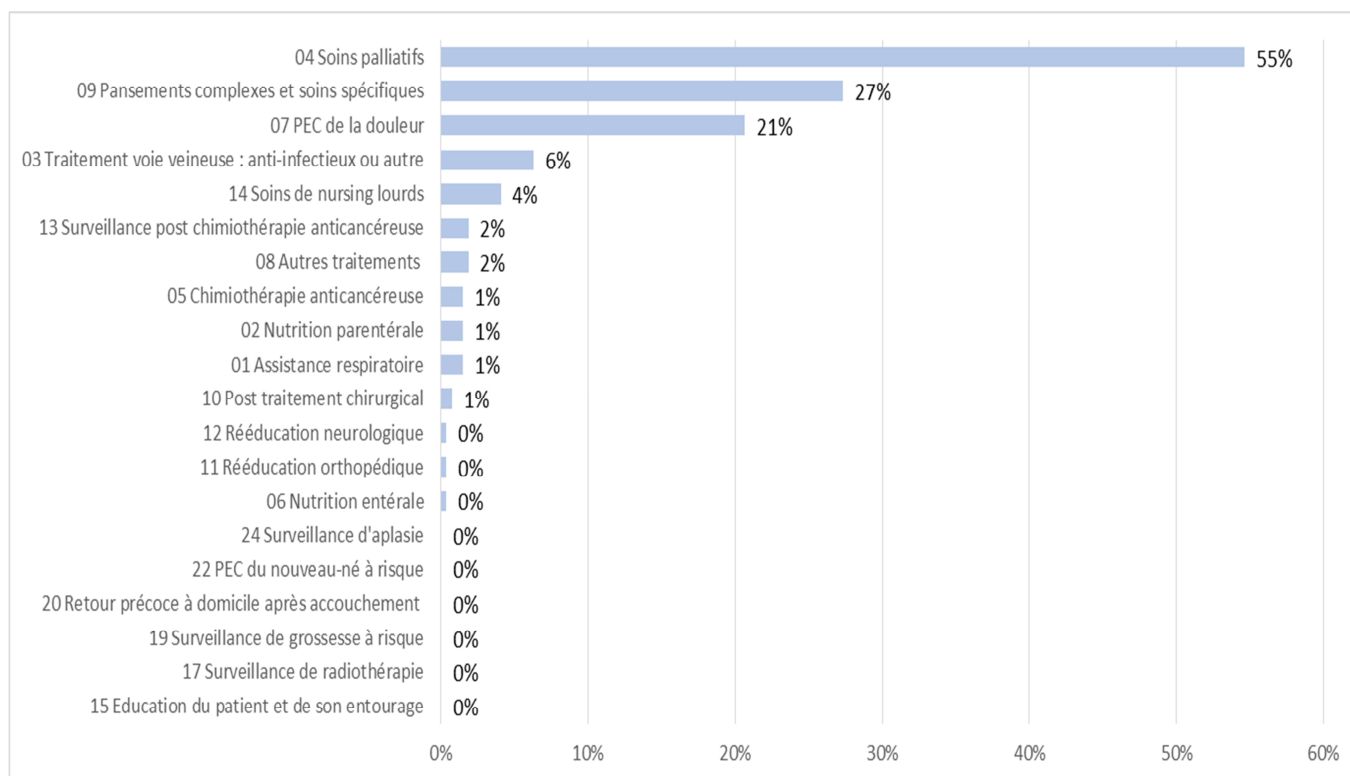
Sources : PMSI HAD 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Note de lecture : le taux de patients pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre de patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire hospitalisés en psychiatrie pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

Sur les 271 patients, répartition des patients âgés du territoire PAERPA selon les formes de prise en charge :

- 55 % des patients ont été pris en charge en HAD pour des soins palliatifs (148 patients);
- 27 % ont été pris en charge pour des pansements complexes et des soins spécifiques (74 patients);
- 21 % ont été pris en charge pour la prise en charge de la douleur (56 patients).

Graphique 20. Répartition des patients de 75 ans et plus domiciliés sur le territoire projet en fonction de la forme de prise en charge



Sources: PMSI HAD 2014, 2015; INSEE – RP 2013.

Remarque : le taux d'actes ambulatoires pour 1 000 habitants des 75 ans et plus correspond au nombre d'actes ambulatoires de psychiatrie réalisés par des patients de 75 ans et plus résidant sur le territoire pour 1 000 habitants de 75 ans et plus résidant sur le territoire.

Plus d'un patient sur deux a été pris en charge en HAD dans l'EHPAD. Cette part est nettement supérieure à la part régionale (26 %) et varie de 33 % dans le pays des Vallons de Vilaine à 59 % dans le pays de Brocéliande.

Tableau 58. Répartition des patients de 75 ans et plus en fonction du lieu de prise en charge

	Territoire de résidence des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont eu recours à une activité HAD en 2015					
	Total PAERPA	Territoire PAERPA			Breilliens	Bretons
Pays de Brocéliande		Pays de Rennes	Pays des Vallons de Vilaine			
Domicile personnel du patient	49 %	45 %	48 %	67 %	45 %	67 %
Autre domicile	1 %	0 %	1 %	0 %	12 %	7 %
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	51 %	59 %	51 %	33 %	43 %	26 %
Patient hébergé en établissement médicosocial hors EHPAD	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Patient hébergé en établissement social	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %

Source : PMSI HAD 2015.

Synthèse sur la consommation de soins et les flux des patients âgés

<p>Constats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Plus de consommations de soins auprès des masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes libéraux sur le pays de Rennes où l'offre est aussi plus importante ↪ Les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine présentent des taux de fuites importants en médecine générale qui s'expliquent par la faiblesse de l'offre ↪ Des passages aux urgences concentrés sur le CHU de Rennes (72% des personnes âgées du territoire) et hors du territoire PAERPA pour les habitants des Vallons de Vilaine ↪ Moins de consommations de médicaments sur le territoire PAERPA et une poly-médicalisation inférieure à la part régionale et nationale ↪ Sur le territoire PAERPA, la consommation de soins auprès des médecins généralistes est plus importante qu'en Bretagne et en France, surtout pour le pays des Vallons de Vilaine ↪ De nombreux pôles d'attraction sur le pays de Rennes et d'importants taux de fuite sur Brocéliande et Vallons de Vilaine où l'offre de médecins généralistes est plus faible ↪ Les durées moyennes de séjours en médecine pour les personnes de 75 ans et plus sur le territoire PAERPA sont plus importantes sur les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine ↪ 68 % des séjours se terminent avec un retour au domicile ou au substitut du domicile. En moyenne les patients de 75 ans et plus sont hospitalisés 5 jours lorsqu'ils retournent au domicile, contre 14 jours pour une sortie vers une structure médico-sociale ↪ La prise en charge en SSR des personnes âgées du territoire se fait principalement dans un établissement SSR de proximité du domicile ↪ Recours important des personnes de 75 ans et plus du pays de Brocéliande au SSR polyvalent
<p>Points forts</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un recours à l'hospitalisation plus faible qu'en Bretagne ↪ Moins de séjours en médecine non programmés qu'en région ↪ La part des patients pris en charge en HAD dans l'EHPAD est deux fois plus importante que la part régionale
<p>Points faibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Un peu moins de 2% des personnes de 75 ans et plus n'ont pas de médecin déclaré. Sur la communauté de communes de Brocéliande ils sont un peu plus de 2% ↪ Les personnes âgées ont deux fois moins recours aux soins dentaires que la population générale ↪ On observe une disparité territoriale dans les taux de recours à l'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus, qui est plus important sur le pays de Rennes ↪ Un recours important aux services d'urgences pour les personnes de 75 ans et plus résidant sur le territoire des Vallons de Vilaine bien que 39 % de communes sont situées en zone blanche (à plus de 30 minutes de soins urgents). Par ailleurs, on constate que plus le taux de recours aux urgences est important, plus la part des hospitalisations non programmées est faible ↪ En médecine-chirurgie, le nombre de séjours par patient est plus élevé qu'au niveau régional, surtout pour les pays des Vallons de Vilaine et Brocéliande ↪ La part de transferts en médecine chirurgie d'un établissement à un autre est supérieure de 7 points sur le territoire PAERPA par rapport à la moyenne régionale ↪ 7 % des patients qui sont retournés à leur domicile (ou substitut) sont ré-hospitalisés suite à un passage aux urgences dans les 30 jours après leur 1^{ère} hospitalisation en médecine ↪ Une part importante de patients hospitalisés en psychiatrie en temps complet ↪ Part importante des patients hospitalisés en psychiatrie pour des épisodes dépressifs notamment sur le pays de Rennes

Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Corrélation positive entre les consommations de soins et les densités des généralistes sur Brocéliande ↳ La consommation de soins auprès des infirmiers est plus faible sur Rennes du fait d'une présence moins importante des infirmiers libéraux sur ce secteur ↳ Les taux de recours à l'hospitalisation sont moins importants sur les pays de Brocéliande et Vallons de Vilaine car ils ont des difficultés d'accès à l'offre, concentrée sur Rennes ↳ La faible densité des médecins généralistes sur le pays de Vallons de Vilaine occasionne une augmentation du recours, parfois injustifié, des services d'urgences. Ceci malgré une part importante de la population domiciliée en zone blanche des services d'urgences. ↳ Les durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie sont plus importantes pour les personnes âgées résidant sur Brocéliande et Vallons de Vilaine car elles sont plus éloignées des lieux d'hospitalisation qui se trouvent en grande majorité sur Rennes et disposent d'une offre moins conséquente en SSR gériatrique
Pistes d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique sur la santé bucco-dentaire en lien avec la prévention de la dénutrition ↳ Approfondir par une étude les causes de ré-hospitalisations en médecine et chirurgie, en médecine-chirurgie des patients de 75 ans et plus et mettre en place un plan d'actions pour prévenir ces ré-hospitalisations ↳ Sécuriser la transition hôpital-domicile par la mise en place d'actions concrètes : DLU, CCP autour du médecin traitant, conciliation médicamenteuse, mise en place éventuelle de programme d'ETP... ↳ Améliorer l'orientation des personnes âgées en SSR notamment vers l'offre spécialisée ↳ Favoriser les alternatives à l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie pour les personnes âgées ↳ Prévenir la dépression chez la personne âgée par un meilleur repérage des fragilités, par des actions collectives, par des programmes d'ETP

IV.3. Dépenses sanitaires et médico-sociales sur le territoire

Ce paragraphe sera développé ultérieurement à partir des données du tableau de bord ANAP.

Synthèse des portraits de territoire

	Pays de Rennes	Pays de Brocéliande	Pays des Vallons de Vilaine
Typologie	508 761 habitants Forte densité (367 hab. par km ²) Territoire urbain dû à la présence de Rennes, capitale régionale de la Bretagne	67 757 habitants Faible densité (80 hab. par km ²) Territoire d'habitation (phénomène de périurbanisation)	69 748 habitants Faible densité (76 hab. par km ²) Territoire d'habitation (phénomène de périurbanisation)
Démographie	Croissance démographique modérée : 1,3% par an Viellissement démographique qui s'accroît depuis 10 ans (augmentation de l'indice de vieillissement de +10 points entre 1999 et 2013)	Forte croissance démographique : 2% par an Rajeunissement dû à la périurbanisation (baisse de l'indice de vieillissement de 6 points entre 1999 et 2013)	Forte croissance démographique : 2,4% par an Rajeunissement dû à la périurbanisation (baisse de l'indice de vieillissement de 14 points entre 1999 et 2013)
Population des 75 ans et plus	35 016 habitants de 75 ans et plus (6,9% de la population) Va connaître une des plus fortes augmentations de cette tranche de la population dans les années à venir	5 580 habitants de 75 ans et plus (8,2% de la population) Une part importante de cette population aux frontières du département (ex : St Méen le Grand 18,8% de la population)	5 025 habitants de 75 ans et plus (7,2% de la population) Une part importante de cette population aux frontières du département (ex : St Séglin 13,3% de la population) Va connaître une des plus fortes augmentations de cette tranche de la population dans les années à venir
Conditions de vie	2,5% des 75-79 ans et 15,9% des 80 ans et + vivent en institution Inégalités infra-territoriales dans la distribution des revenus mensuels (de 2,44 à l'EPCI du Pays de St-Aubin du Cormier à 3,11 à l'EPCI de Rennes Métropole) Forte augmentation de la population des personnes âgées dépendantes autour de Rennes d'ici 2030	5,1% des 75-79 ans et 20% des 80 ans et + vivent en institution Un revenu médian inférieur au département sur l'ensemble du pays	6,5% de personnes vivent en institution Un revenu médian inférieur à 1300€ par mois pour les personnes résidant sur la CC Bretagne porte de Loire communauté

	Pays de Rennes	Pays de Brocéliande	Pays des Vallons de Vilaine
Offre ambulatoire	<p>Un territoire relativement bien doté en offre de soins de premier recours</p> <p>Une densité d'infirmiers libéraux inférieure à celle du département</p> <p>Une densité de médecins généralistes supérieure aux moyennes départementale, régionale et nationale</p> <p>Une offre de médecins spécialistes très importante sur le pays de Rennes s'adressant à l'ensemble du territoire PAERPA</p>	<p>Des fragilités dans l'offre de soins de premier recours</p> <p>Une densité d'infirmiers libéraux supérieure à celle du département</p> <p>Une faible densité de médecins généralistes et une proportion importante de médecins proches de la retraite</p>	<p>Des fragilités dans l'offre de soins de premier recours</p> <p>Une densité d'infirmiers libéraux supérieure à celle du département</p> <p>Une densité de médecins généralistes inférieure aux moyennes départementale, régionale et nationale</p>
Offre hospitalière	<p>0% des communes situées à + de 30min des soins urgents</p> <p>6 CH autorisés en chirurgie</p> <p>9 CH autorisé en SSR spécialisé</p> <p>CHGR intervient pour la psychiatrie + 2 établissements privés et 2 ESPIC</p> <p>HAD 35</p>	<p>32% des communes situées à + de 30min des soins urgents</p> <p>Pas de CH autorisé en chirurgie</p> <p>Pas de SSR spécialisé</p> <p>CHGR intervient pour la psychiatrie</p> <p>HAD 35</p>	<p>38% des communes situées à + de 30min des soins urgents</p> <p>Pas de CH autorisé en chirurgie</p> <p>Pas de SSR spécialisé</p> <p>CHGR intervient pour la psychiatrie + quelques communes sur le secteur du CH de Redon</p> <p>HAD 35</p>
Offre médico-sociale	<p>118 places d'EHPAD pour 1000 hab. de 75 ans et +</p> <p>21,4 places en SSIAD pour 1000 hab. de 75 ans et +</p> <p>65 SAAD dont 30 sur Rennes</p>	<p>140 places d'EHPAD pour 1000 hab. de 75 ans et +</p> <p>24,5 places en SSIAD pour 1000 hab. de 75 ans et +</p> <p>2 SAAD</p>	<p>127 places d'EHPAD pour 1000 hab. de 75 ans et +</p> <p>13,9 places en SSIAD pour 1000 hab. de 75 ans et +</p> <p>8 SAAD</p>
Dispositifs de coordination	<p>4 CLIC de niveau 3</p> <p>Une MAIA couvrant 97,5 % des 60 ans et plus du territoire</p> <p>Projet de PTA</p>	<p>1 CLIC de niveau 3</p> <p>Une MAIA mise en place au second semestre 2016</p> <p>Expérimentation « Article 70 » sur St Méen le Grand depuis 2013</p> <p>Projet de PTA</p>	<p>2 CLIC de niveau 3</p> <p>Pas de MAIA</p> <p>Projet de CPTS</p>

Consommation de soins	Taux de fuites importants en médecine générale	Taux de fuites importants en médecine générale
<p>34,4% des personnes âgées ont eu des soins auprès des Masseurs-kinésithérapeutes et 15,9% auprès des chirurgiens-dentistes libéraux</p>	<p>28,2% des personnes âgées ont eu des soins auprès des Masseurs-kinésithérapeutes et 12,6% auprès des chirurgiens-dentistes libéraux</p>	<p>28,2% des personnes âgées ont eu des soins auprès des Masseurs-kinésithérapeutes et 11,9% auprès des chirurgiens-dentistes libéraux</p>
<p>72% des personnes âgées du territoire PAERPA se rendent aux urgences du CHU</p>	<p>344 passages aux urgences pour 1000 habitants de 75 ans et plus</p>	<p>11% des personnes âgées du pays des vallons se rendent aux urgences en dehors du territoire PAERPA</p>
<p>315 passages aux urgences pour 1000 habitants de 75 ans et plus</p>	<p>60,2% des passages aux urgences ont fait suite à une hospitalisation</p>	<p>580 passages aux urgences pour 1000 habitants de 75 ans et plus</p>
<p>66,3% des passages aux urgences ont fait suite à une hospitalisation</p>	<p>Durées moyennes de séjours en médecine plus importantes pour les personnes de 75 ans et plus</p>	<p>37,5% des passages aux urgences ont fait suite à une hospitalisation</p>
<p>Le taux de recours à l'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus est plus important</p>	<p>Recours important des personnes âgées du territoire au SSR polyvalent</p>	<p>La consommation de soins auprès des médecins généralistes est élevée</p>
<p>47,5% patients hospitalisés en psychiatrie pour des épisodes dépressifs</p>	<p>34,4% patients hospitalisés en psychiatrie pour des épisodes dépressifs</p>	<p>Durées moyennes de séjours en médecine plus importantes pour les personnes de 75 ans et plus</p>
	<p>34,4% patients hospitalisés en psychiatrie pour des épisodes dépressifs</p>	<p>23,1% patients hospitalisés en psychiatrie pour des épisodes dépressifs</p>

V. Analyse de la coordination des acteurs

V.1. Acteurs de la coordination et de l'intégration

Dans le champ de la santé et de l'action sociale, les politiques publiques s'orientent depuis quelques années vers la transformation des modes d'exercices professionnels dans le sens d'une meilleure coordination autour des situations. Dans un environnement administratif riche en dispositifs spécialisés, il convient de ne pas rajouter de complexité, d'améliorer la lisibilité générale des organisations mises en place sur des financements publics et de rendre visible la plus-value pour l'usager. L'une des clés de réussite du projet résidera ainsi dans le fait de pouvoir construire un véritable projet de territoire s'appuyant sur les dispositifs, dynamiques et/ou organisations déjà en place. C'est d'ailleurs le sens de la mise en place des Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) prévue dans le cahier des charges PAERPA : « Celle-ci n'entraîne pas la création d'une nouvelle structure mais repose sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (guichets intégrés MAIA, centres locaux d'information et de coordination, réseaux, filières, structures d'exercice coordonné,...). Agissant en subsidiarité, elle n'intervient que sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants et soutient les professionnels de proximité tout en veillant à ne pas s'y substituer ni à les démobiliser ».

→ Un enjeu : Penser la complémentarité des dispositifs MAIA/PTA/CLIC/EMS/CTA à partir de leurs traits communs et de leurs spécificités

	MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)	PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)	CLIC (Centre Local d'Informations et de Coordination)	EMS (Equipes médico-sociales)	CTA (Coordination Territoriale d'Appui)
Public	Personnes âgées de 60 ans et plus Personnes âgées et Handicapées sur certains territoires voire élargies à d'autres populations	Polyvalence/situations complexes	Personnes âgées de 60 ans et plus Personnes handicapées	Personnes âgées de 60 ans et plus	Personnes âgées de 75 ans et plus
Objectifs communs	Lisibilité du système d'aide et de soins				Rapprocher et mettre en cohérence les logiques sanitaires, médico-sociales et sociales, structurer les acteurs au niveau territorial
	Simplification et optimisation du parcours des personnes âgées				Optimiser le parcours
Objectifs spécifiques	Soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que	Soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni	Accueil et orientation des personnes de plus de 60 ans	Participation à la mise en œuvre de la politique d'action sociale en faveur	

	possible et dans les meilleures conditions	d'âge ni de pathologie		des personnes âgées	
Missions communes	Le guichet intégré. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire	Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires	Lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage Orientation des personnes âgées et handicapées dans le dispositif de services et prestations	Accompagnement de la personne âgée et/ou de sa famille, information et prévention	Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales des professionnels des trois secteurs, des personnes âgées et de leurs aidants
					Activation des expertises et prestations sanitaires, médico-sociales et sociales
		Soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles Appui à l'organisation des parcours complexes			Appui aux CCP, et en particulier aux médecins traitants, appui à la réalisation et au suivi administratif du PPS
	Identification des éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire par la gestion de cas				Observance des événements de rupture de parcours (outils, méthodologie,...)
			Coordination des acteurs du territoire (informations, rencontres, partage de connaissance et d'expériences)	Participation à la coordination locale avec les CLIC	
			Développement d'actions de prévention	Participation aux actions collectives impulsées sur leur territoire d'intervention	
	La gestion de cas. Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours (y compris pendant			Evaluation de la situation de la personne âgée à domicile	

	les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas				
Missions spécifiques	La concertation, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins		Lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes handicapées et de leur entourage (antenne MDPH)	Elaboration des plans d'aide	
Sources	Article L113-3 du CASF modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 77 Cahier pédagogique de la CNSA/MAIA	Article 74 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	Schéma départemental en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2019, Département d'Ille-et-Vilaine	Cahier des charges national PAERPA 2016

Le cadre législatif n'a pas été repris ici pour les CLIC et les EMS du fait de la particularité du Département de l'Ille-et-Vilaine où les CLIC de niveau 3 (c'est le cas pour tous les territoires PAERPA) ne font pas d'évaluation et de suivi du plan d'aide pour les personnes âgées du fait de la présence des équipes médico-sociales du Département.

➔ **S'inscrire dans la méthode d'intégration impulsée par les deux MAIA sur le territoire projet, au travers d'instance de gouvernance et de feuille de route communes**

La MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) est une méthode de travail basée sur le processus d'intégration, qui vise à réunir les professionnels des champs sanitaire, social, médico-social autour d'une personne âgée en perte d'autonomie et de ses aidants pour une meilleure coordination de leurs interventions afin de simplifier et d'éviter les ruptures dans le parcours de la personne. Les personnes en situation complexe sont orientées vers la gestion de cas.

La MAIA s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie et ayant besoin d'un accompagnement particulier.

Le territoire projet présente deux MAIA :

1. Sur le pays de Rennes créée en décembre 2011 et portée par l'association InterCLIC du Pays de Rennes. La pilote MAIA a été recrutée en septembre 2012. Elle met en œuvre :

- Les concertations territoriales et contribue à la concertation départementale ;
- Le guichet intégré ;
- La gestion de cas : une équipe pluridisciplinaire de 3 gestionnaires de cas (assistante de service social, ergothérapeute, infirmière).

Elle couvre une partie du pays de Rennes. Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le pays de Rennes, 97,5 % sont couverts par la MAIA.

2. Sur le pays de Brocéliande installée fin 2016, portée par le syndicat mixte du pays de Brocéliande. Elle a également vocation à mettre en œuvre :

- Les concertations territoriales et contribue à la concertation départementale ;
- Le guichet intégré ;
- La gestion de cas : une équipe pluridisciplinaire de 3 gestionnaires de cas (assistante de service social, ergothérapeute, infirmière).

3. Il n'existe pas de MAIA sur le pays des vallons de Vilaine mais conformément à l'accord-cadre signé entre l'ARS et le Département d'Ille-et-Vilaine en 2016, ce territoire sera couvert sous peu par la méthode MAIA.

Dans une logique d'intégration, la convergence des démarches sera recherchée par la mise en place d'instances communes, une mutualisation des diagnostics opérés et un partage des priorités.

→ **Un objectif : bâtir la CTA avec les ressources du territoire en s'appuyant sur les dynamiques déjà engagées**

L'ensemble du territoire est couvert par un CLIC, lieu incontournable pour la diffusion d'information, l'orientation du public cible, la mise en œuvre de la coordination entre partenaires. Le territoire est également couvert en intégralité par des CDAS où sont présentes les équipes médico-sociales du Département. Des réseaux de santé traitant de thématiques de santé spécifiques existent aujourd'hui sur le territoire mais ils ont vocation à évoluer en s'articulant avec les autres dispositifs de coordination et en allant vers de la polyvalence.

• **Sur le pays de Brocéliande**

Plusieurs dynamiques sont à l'œuvre portées notamment par les professionnels de santé libéraux à travers les regroupements en maisons de santé pluriprofessionnelles, en inter-pôles avec un projet de plateforme territoriale d'appui. La PTA et la CTA devront se construire en convergence et en complémentarité tout en conservant leurs caractéristiques notamment sur les bénéficiaires des dispositifs. Les deux démarches pourront capitaliser sur l'expérimentation article 70 développée par le pôle de santé de Saint Méen le Grand. A l'œuvre depuis 2013, elle a développé plusieurs actions pour l'amélioration de l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées : recrutement d'une gestionnaire de parcours, fiche repérage de la fragilité, coordination pluri-professionnelle (concertation partenariale), système d'informations partagé...

De nombreuses réunions de coordinations sont également organisées sur le territoire, nous pouvons citer parmi elles :

- Les réunions partenariales autour de situations du CLIC en Brocéliande (avec l'accord en amont de la PA)¹⁸ ;
- L'EMS du Département organise avec les acteurs concernés au domicile de la personne sur des situations problématiques ;
- Le staff HAD hebdomadaire sur des situations communes aux partenaires.

Le CAUDEHM a également réfléchi à la « fluidité du parcours de soins chez les personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes » au sein d'un groupe de travail.

• **Sur le pays de Rennes**

Les dynamiques impulsées par le CLIC et la MAIA fonctionnent bien et permettent la mise en réseau des acteurs. Un pré-projet de PTA, porté par le réseau diabète, est actuellement à l'étude par l'ARS.

De nombreuses coordinations autour du domicile (GT, concertations sur situations individuelles) existent et des concertations avec les hôpitaux ont lieu pour les CLIC All'âges et Rennes.

• **Sur le pays des Vallons de Vilaine**

Un projet de CPTS est en cours de réflexion autour du pôle de santé de Bain de Bretagne. Des réunions d'articulation autour du domicile sont par ailleurs organisées par le CLIC ainsi que des réunions de coordinations individuelles par les équipes médico-sociales du Département.

PAERPA doit se construire avec ces dynamiques et mobiliser les équipes locales de professionnels de santé, le secteur social et médico-social pour amplifier ces pratiques professionnelles dans le sens d'une meilleure

¹⁸ Sources : Département d'Ille-et-Vilaine, Préfiguration d'un dispositif intégré adapté aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, publication d'avril 2015.

coordination autour des patients âgés à risque de perte d'autonomie. En s'appuyant sur les dispositifs, dynamiques déjà en place, les acteurs de terrain devront construire un véritable projet de territoire cohérent en intégrant PAERPA et en s'appuyant sur les MAIA existantes pour amplifier les coopérations professionnelles autour de la prise en soins et accompagnement des personnes âgées et développer de nouveaux services à la population.

V.2. Système d'information partagé

La Bretagne réunit un écosystème riche et propice au développement des nouvelles technologies en santé qui soutient les orientations stratégiques de la politique régionale. La nécessité de trouver de nouvelles modalités d'organisation des soins a ainsi fait naître de nombreuses initiatives autour de la télémédecine et des systèmes d'information partagés au sein des différents territoires infra régionaux bretons.

Tous ces travaux sont le fruit d'une forte implication des professionnels de santé, des directions des établissements partenaires des projets régionaux, de l'Agence et du GCS e-Santé. Cette articulation, entre une représentativité stratégique et une maîtrise d'ouvrage opérationnelle efficace, a permis de réelles avancées sur des projets d'envergure régionale dont les services et outils seront mis à disposition du projet PAERPA.

La gouvernance des projets en région

Conformément aux dispositions de la loi « Hôpital Patients Santé Territoire » publiée en 2009, les ARS sont responsables de la politique de l'« Esanté » (systèmes d'informations et télémédecine) dans leur région.

En cohérence avec les orientations nationales et en concertation avec les professionnels et établissements des champs sanitaire, médico-social ainsi que les représentants des usagers, elles définissent et mettent en œuvre cette politique. L'ARS a donc une mission stratégique sur la « Esanté » autour des interventions suivantes :

- L'impulsion ;
- La concertation ;
- L'orientation ;
- Le suivi ;
- Le financement ;
- La communication.

Un Département Innovation en Santé a été créé début 2017 au sein de l'ARS ; il assure le pilotage des projets Esanté de la région.

Enfin, concernant le versant informatique et technologique, l'ARS s'appuie sur le GCS Esanté Bretagne. Créé en 2007, cette structure a une mission opérationnelle sur la Esanté en termes de :

- Mise en œuvre ;
- Construction ;
- Accompagnement ;
- Compte rendu à l'ARS et à ses adhérents.

(NB : il ne réalise pas les outils)

Outre les missions évoquées ci-dessus, ce groupement anime et fédère les acteurs de la région autour de la stratégie régionale d'E-santé, promeut l'usage des services numériques en santé dans les territoires, et enfin apporte son expertise aux acteurs régionaux.

Ce groupement régional d'appui est l'opérateur préférentiel de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'E-santé, dans une logique d'engagements réciproques. Il mène son action sous la supervision de l'ARS (contractualisation pluriannuelle, leviers pour le pilotage, le suivi et l'évaluation, information sur son activité et rendu-compte formalisé). Il bénéficie, dans le cadre du contrat passé avec l'ARS, d'une autonomie de gestion et d'action pour l'ensemble de son activité.

Ce groupement peut par ailleurs porter des projets non directement issus de la stratégie régionale, en partenariat avec des acteurs institutionnels nationaux (CNSA, CNAMTS) ou régionaux (collectivités locales) ou pour le compte

d'offres de soins de la région dès lors que les projets sont cohérents avec la stratégie E-santé régionale et qu'ils ne nuisent pas à sa mise en œuvre.

Etat des lieux des principaux services numériques en région

Ainsi, en matière de services numériques, plusieurs outils sont mobilisés ou seront mobilisables sur le territoire pilote PAERPA. Un état des lieux a été réalisé au niveau des services régionaux avec une extraction des données sur le territoire d'organisation des soins (ex T5). En effet, actuellement il n'était pas possible dans les délais de fournir une extraction dédiée aux territoires couverts par PAERPA car cela exige une demande spécifique au niveau du prestataire qui maintient les services de la plateforme télésanté. Une demande devra être cadrée selon les outils qui seront mobilisés afin de disposer de « reporting » automatiques conformes aux attendus nationaux.

- **Le répertoire opérationnel des ressources (ROR)**

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est un **service en ligne réservé aux professionnels de santé**. Il permet la mise à disposition d'un **répertoire complet, détaillé et actualisé en continu de toute l'offre de soins régionale**.

Suite à la publication de l'instruction nationale par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de mise en place d'un ROR, l'ensemble des régions doit s'équiper d'une solution.

Les enjeux stratégiques du ROR sont les suivants :

- **Faciliter l'orientation des patients** au sein des différentes filières de prise en charge hospitalières et d'aval.
- Proposer une **information exhaustive de l'offre de soins régionale** au sens le plus large : **sanitaire, médico-sociale et sociale ; sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital**.
- Améliorer la **qualité de l'information** et l'uniformiser pour adapter au mieux l'organisation régionale de l'offre de soins.
- **Valoriser l'offre de soins** des acteurs.
- Répondre à des **situations de crises** exceptionnelles.

Ce projet est porté par l'ARS Bretagne, avec l'appui de ses partenaires. Le GCS e-Santé Bretagne intervient en tant qu'assistance à maîtrise d'ouvrage et copilote du projet. La solution retenue est développée par Atos pour le compte des membres de l'**association Pléiades**, qui réunit plusieurs GCS e-Santé, dont la Bretagne. Un **groupe de travail régional**, composé d'acteurs métiers, sera chargé de **définir les modalités d'alimentation du ROR, en lien avec des territoires et établissements pilotes**.

A ce stade, deux structures ont été désignées pilotes par leurs fédérations : la Clinique de Cesson-Sévigné et le Centre Hospitalier de Fougères. Un séminaire Ror est planifié le 15 novembre prochain pour faire un retour d'expérience, cette journée sera également l'occasion de présenter le plan de déploiement ROR en région. Selon les besoins exprimés dans le cadre de PAERPA, un peuplement parallèle pourra être effectué sur le volet médico-social

- **La messagerie sécurisée**

Face au besoin croissant des professionnels d'échanger des données sensibles (médicales, sociales...) pour coordonner la prise en charge de leurs patients, le GCS e-Santé Bretagne propose à ses adhérents un **service de messagerie sécurisée sur la plateforme Télésanté Bretagne**.

- Accessible depuis une interface web, elle permet d'envoyer et de recevoir des **documents protégés** (signés et chiffrés), en respectant les exigences réglementaires y afférant.
- Simple d'utilisation, elle ne nécessite aucune installation de logiciel sur le poste de travail et respecte les normes nationales. **Interopérable** avec les différentes solutions de messagerie sécurisée du marché, elle

permet de communiquer en toute sécurité avec les correspondants libéraux, hospitaliers ou du secteur médico-social.

Un appui du GCS e-santé pour poursuivre le déploiement de la messagerie à l'ensemble des acteurs du territoire pourra être organisé selon les besoins. Actuellement, 3 088 comptes actifs, 58 comptes créés et 40 206 messages sont échangés au niveau régional. Il est important également de tenir compte de l'historique et de l'existant d'une autre messagerie utilisée par les professionnels de santé libéraux « APICRYPT ». Le logiciel Apicrypt 2 est d'ores et déjà labélisé pour la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel mais l'entrée dans l'espace de confiance de MS Santé nécessite l'agrément HADS du serveur APOCEM qui devrait avoir lieu au cours des six prochains mois. Cependant les professionnels de santé utilisent actuellement la version 1 du logiciel, il faudra alors les accompagner vers Apicrypt 2.

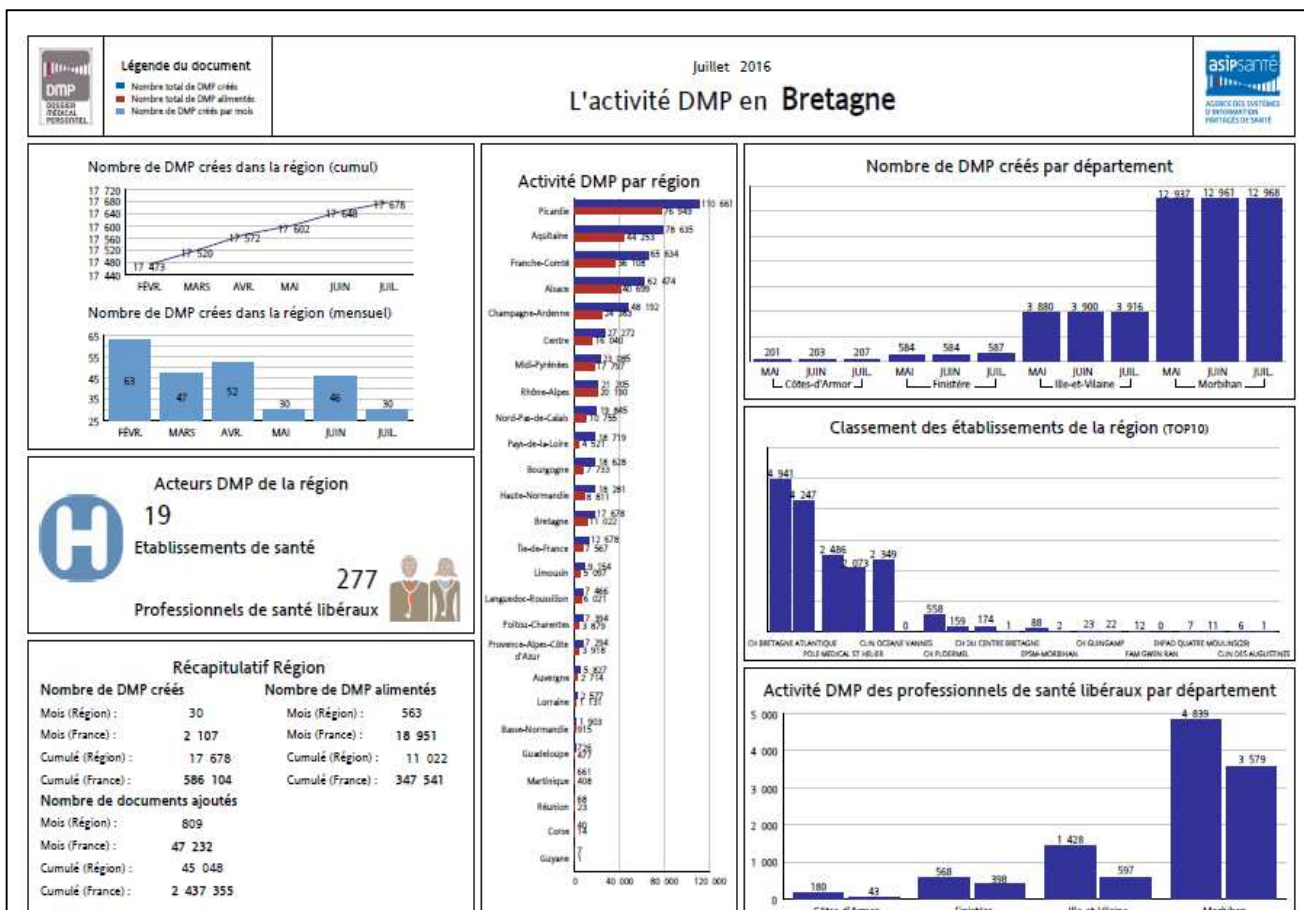
Au niveau du territoire d'organisation des soins (ex TS5): 17 établissements de santé avec, à minima, un compte pour un total de 1 567 comptes

- **Le Dossier Médical Partagé**

Le Dossier Médical Personnel (DMP) est un outil qui **améliore la coordination, la qualité et la continuité des soins** pour tous. Véritable **carnet de santé informatisé et sécurisé**, il contient les informations que les professionnels de santé ont jugé utile de partager avec leurs confrères (compte-rendu d'hospitalisation, volet médical de synthèse produit par le médecin traitant, compte-rendu de consultation chez un spécialiste...). Le DMP peut être alimenté par **un professionnel de santé autorisé par le patient** (via son logiciel métier ou le site internet www.dmp.gouv), ou par le patient lui-même. Le DMP est actuellement déployé dans les établissements et bassins suivants :

- Pôle Saint-Hélier à Rennes ;
- Territoire d'organisation des soins (ex T 4) : Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique, le Centre Hospitalier du Pays de Ploërmel, la Clinique Océane, l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) du Morbihan et les professionnels de santé libéraux ;
- Territoire d'organisation des soins (ex T 8) (Pontivy) : Centre Hospitalier du Centre Bretagne.

Ci-dessous l'état du déploiement en région.



La nouvelle loi de santé a confié le pilotage du **DMP de 2^{ème} génération à l'Assurance Maladie. Le Département des Côtes d'Armor est en cours d'expérimentation sur cette nouvelle configuration avant une généralisation aux autres départements prévue sur l'année 2018.**

⇒ Sur le territoire d'organisation des soins (ex T5), seul le pôle Saint-Hélier a une activité DMP avec 77 médecins libéraux

- **ORIS : outil d'orientation des admissions en SSR et HAD**

ORIS est un outil d'orientation des patients entre les centres de soins. Il est mis à disposition de tous les établissements de santé bretons ayant une activité MCO (médecine chirurgie obstétrique), SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et/ou HAD (Hospitalisation à Domicile).

ORIS permet aux services MCO bretons de pouvoir générer en un seul clic une demande d'inscription sur plusieurs SSR ou HAD. Cette demande est accompagnée d'une fiche de liaison permettant ainsi aux SSR ou HAD de prendre connaissance de la pathologie du patient et de pouvoir alors se positionner rapidement sur un éventuel accueil du patient. Sur chaque territoire de santé, le GCS e-Santé Bretagne s'appuie sur des établissements référents qui l'accompagnent pour le suivi, le déploiement et la maintenance de ce service.

Les données régionales clés [de déploiement de ce service sont les suivantes](#) : 112 établissements géographiques déployés, 2 495 utilisateurs, 3 587 demandes mensuelles, 8 jours de délai en moyenne pour l'affectation d'un patient.

⇒ Sur le territoire de santé n°5 les données clés sont les suivantes : 25 établissements et 503 comptes utilisateurs

A noter qu'un projet du même type est en cours de formalisation autour de la mise en place d'un outil informatisé de suivi des orientations pour PH (via Trajectoire sur l'année 2018) dans le cadre de la réponse accompagnée pour

tous. Une feuille de route de déploiement a été formalisée avec les CD, l'ARS et le GCS lors d'un comité de pilotage du 23 juin 2017.

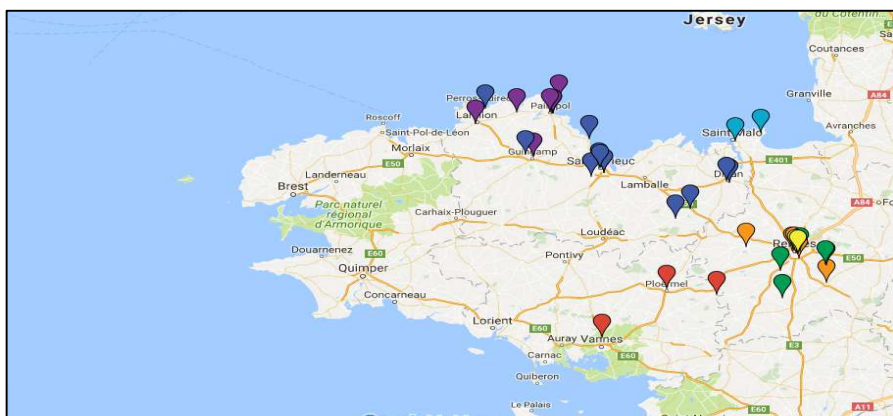
- **La plateforme régionale de télémédecine**

La télémédecine est une des priorités des pouvoirs publics en matière de santé afin de garantir un accès aux soins de qualité pour l'ensemble de la population française. En 2013, l'**ARS Bretagne** lançait un appel à projet pour accompagner l'émergence d'activités de télémédecine au service des résidents de **structures médico-sociales** et de la **prise en charge des maladies chroniques**.

Les acteurs des 10 projets sélectionnés ont confié au GCS e-Santé Bretagne l'**acquisition d'une solution de télémédecine mutualisée : Sterenn**. Intégré au sein de la plateforme Télésanté Bretagne, cet outil de coordination sera étendu à d'autres usages, établissements, territoires ou populations cibles.

Le GCS e-Santé Bretagne coordonne les cadres **juridique, technique et médico-économique de Sterenn**. L'objectif est de contribuer à la **continuité** et à la **sécurité des soins**, en facilitant le partage de données médicales autour de la prise en charge du patient et avec son consentement éclairé. Les professionnels de santé peuvent **échanger de manière sécurisée de la préparation de la téléconsultation jusqu'à la diffusion du compte-rendu**. Tous les équipements sont reliés entre eux à travers un système d'**interopérabilité régionale**. Sterenn est accessible en ligne.

Suite à un appel d'offres lancé en 2014, le GCS e-Santé Bretagne a retenu **SPIE Communications** (sous-traitants : **Comearth** et **Nexesvisio**), avec comme co-traitants **Inovelan SA** et **AZ Network**, afin de fournir l'architecture régionale de télémédecine. Ci-dessous les sites utilisant la plateforme.



⇒ Depuis sa création en 2015, 3 projets existent sur le territoire d'organisation des soins (ex T5). Cela correspond à une bonne dynamique locale, car ce territoire représente 366 actes, pour un suivi de 210 patients (pour la Bretagne, 706 actes ont été réalisés, pour 454 patients). Ci-dessous détail du tableau de bord du territoire d'organisation des soins (ex T5).

- **Le projet SI Parcours**

Le projet SI Parcours et Coordination consiste à proposer aux **Plateformes Territoriales d'Appui, Réseaux de santé spécifiques, MAIA** et à tous les acteurs de la coordination et du parcours, une solution d'échange d'informations autour du patient ou de la personne, entre professionnels de l'offre de soins et de l'accompagnement. En dotant les équipes de coordination et les professionnels de santé partenaires d'un **système d'information partagé**, le projet vise à :

- Proposer et mettre en œuvre un dispositif communicant ;

- Ouvrir le SI à des structures et des intervenants de typologies variées ;
- Partager les données (dossiers, annuaires...) pour une meilleure coordination des professionnels ;
- Recueillir des données d'évaluation médico-psycho-sociale de l'état du patient, pour la programmation d'un plan personnalisé de santé.

Durant l'année 2016, les différents acteurs du parcours et interlocuteurs ARS ont travaillé ensemble pour faire converger les besoins vers des solutions communes, en ciblant les services et fonctions utiles. Un appel d'offre a été lancé par le GCS e-santé Bretagne au début de l'année et le choix de la solution technique régionale a été opéré en mai 2017 sur présentation de la classification des offres aux membres du comité de pilotage. Le choix final a porté sur la solution MEDiateam proposé par la société MEDIALIS. Une réunion a été organisée le 1^{er} septembre 2017 associant l'ensemble des fédérations : réseaux, Urps qui ont validé politiquement ce scénario.

Ce projet est fédérateur pour les acteurs de la coordination, il implique également un pilotage transversal au sein de l'ARS. Par ailleurs, la solution technique pourra être mise au service de l'expérimentation bretonne PAERPA.

Ce projet fait directement écho au programme « E-parcours » annoncé par Marisol Touraine qui prévoit une enveloppe de 150 millions d'euros engagés sur la période 2017-2021 à destination des ARS chargées de piloter le déploiement de solutions numériques de gestion des parcours.

Une instruction relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination « SNAC » a été publiée en ce sens, demandant aux ARS de remonter une feuille de route régionale du déploiement du service pour bénéficier d'un accompagnement sur deux territoires durant l'année 2018.

- **A venir le projet de Service Public d'Information en Santé**

Le ministère a annoncé le 17 mars dernier le lancement du prototype du site Internet et de l'application mobile sante.fr en Ile-de-France, à l'occasion de l'installation hier du Comité stratégique du Service public d'information en santé.

Les Français recherchent régulièrement des informations sur leur santé et sont en attente d'une information fiable et accessible à tous. Parmi les sources principales d'information : le médecin, Internet, les proches, le pharmacien ou encore les émissions dédiées à la santé à la télévision. Par ailleurs, les Français demandent de plus en plus à prendre part activement aux choix qui les concernent (compréhension des facteurs de risques, choix du parcours thérapeutique, évaluation des structures de prise en charge et des pratiques professionnelles, etc.).

Pour répondre à ces attentes, la loi de modernisation de notre système de santé a inscrit la création du Service public d'information en santé. Il vise à garantir la cohérence de l'action publique autour de l'information en santé ; améliorer l'accès des Français à une information de référence ; élaborer des outils favorisant l'implication des usagers dans l'amélioration du système de santé.

La 1^{ère} réalisation concrète du Service public d'information en santé : www.sante.fr

Le prototype du site Internet et de l'application mobile sante.fr est lancé en Ile-de-France. Disponible dès aujourd'hui pour tous les franciliens sur le site Internet sante.fr et depuis fin mars sur Android et Apple pour l'application mobile, le nouveau « GPS santé » propose :

- un accès unique vers des informations fiables et de qualité, agrégées des différents sites Internet des institutions publiques (prévention, informations sur les maladies et les traitements, etc.) ;
- un compte personnel permettant de paramétrer les informations et un service de notifications et alertes (informations géolocalisées sur la pollution, pharmacies de garde à proximité, etc.) ;
- un annuaire des professionnels de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des laboratoires d'analyses médicales, des pharmacies (à travers l'application mobile monpharmacien-idf.fr), etc ...
- un moteur de recherche, dont la pertinence sera enrichie en fonction des usages.

Réalisé à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France et co-construit avec les partenaires régionaux et nationaux, sante.fr intégrera des contenus issus des associations, collectivités territoriales, universités, etc... afin de proposer à tous les Français un accès unique et complet à l'information en santé. De nouveaux contenus seront ajoutés progressivement, notamment selon les données d'usage et les retours d'expérience des utilisateurs.

Le site et l'application seront progressivement généralisés entre 2017 et 2018 à l'ensemble du territoire national.

VI. Problématiques identifiées

De l'analyse des éléments du diagnostic quantitatif ressortent six axes de travail :

- Le repérage des facteurs de risques de la perte d'autonomie et des signes de fragilités à domicile pour les personnes âgées et leurs aidants ;
- L'organisation de l'entrée en établissement de santé ;
- L'organisation du retour à son lieu de vie (domicile ou institution) / Le risque de ré-hospitalisation ;
- L'accès aux soins ;
- L'accompagnement médico-social / Le lien santé-social ;
- Les affections psychiatriques chez la personne âgée.

Pour chacune de ces thématiques, seront présentés les points forts, les points de rupture identifiés, les questions soulevées, pour finir par identifier les leviers d'actions. Ces éléments exposés ci-après sont issus du croisement de l'analyse des données aux constats repérés par les MAIA, l'expérimentation article 70 et la FIGAR puis des ateliers de travail par comités opérationnels réalisés lors du séminaire diagnostic. Certains axes de travail sont plus enrichis que d'autres car lors du séminaire diagnostic, les acteurs ont travaillé sur les thématiques qu'ils jugeaient prioritaires sur leur territoire.

→ Le repérage des facteurs de risques de la perte d'autonomie et des signes de fragilités à domicile pour les personnes âgées et leurs aidants

Points forts :

- L'appel à projets 2016 sur les formations de professionnels entourant la personne âgée, au repérage de la crise suicidaire ou au repérage de la dénutrition
- Les actions de prévention existantes et la conférence des financeurs pour la mobilisation de financement sur les actions de prévention de la perte d'autonomie
- L'ensemble du territoire PAERPA est couvert par la FIGAR dont le rôle est de contribuer au parcours de la PA à titre de conseil et d'expertise gériatrique
- Une équipe mobile de gériatrie et deux équipes mobiles en soins palliatifs
- Le réseau partenarial informel pour permettre de confronter les regards

Points faibles/ruptures :

- Les personnes vivant seules à domicile
- La baisse à venir du nombre d'aidants
- Une offre d'éducation thérapeutique du patient concentrée sur l'agglomération rennaise et une insuffisance d'éducation thérapeutique spécifique personnes âgées
- Peu de SSIAD sur le pays de Vallons de Vilaine
- Manque de reconnaissance notamment de l'aide à domicile et d'appui de l'ensemble des acteurs qui pourraient identifier (acteurs de santé, du domicile, de l'évaluation, aidants)
- La question du « déni » dans le repérage
- La multiplication des outils

Questions :

- Quels outils et quelles modalités d'orientation après le repérage ?
- Quelle information de proximité notamment pour les personnes âgées les plus isolées ?
- Comment anticiper la possible venue d'un événement : type chutes, problème de santé... ?
- Comment développer l'évaluation gériatrique ?
- Comment prendre en compte la santé de l'aidant ? Quelles pratiques professionnelles en matière de repérage / orientation ?
- Quel rôle des SSIAD dans le repérage ?
- Quelle offre de prévention, d'éducation thérapeutique ? Est-elle adaptée ?

- Quels enjeux en prévention? Quelles actions fonctionnent et répondent aux objectifs PAERPA ?

Leviers d'actions :

- Renforcer la coordination pluriprofessionnelle autour de situations de fragilité repérées
- Développer des outils communs de repérage
- S'appuyer sur les recommandations de l'Anesm sur le repérage de la perte d'autonomie et de son aggravation par les acteurs du domicile
- Développer des formations au repérage de la fragilité
- Favoriser l'échange d'informations sécurisées
- Travailler sur les modalités d'orientation après repérage avec notamment une information de proximité sur les services, actions auprès de la population cible des 75 ans et plus, notamment les plus isolés
- Déployer des actions de soutien auprès des aidants
- Renforcer l'évaluation gériatrique et son suivi
- Construire un circuit dans le repérage par les aides à domicile
- Capitaliser sur l'expérience de l'article 70 avec l'intervention du centre bien vieillir
- Repérer la fragilité en soins ambulatoires (fiche HAS)
- Définir la fragilité et les outils (HAS/ANESM) de repérage de signes d'alerte
- Identifier les acteurs MAIA
- Partager les outils existants
- Réaliser un repérage précoce sur le cadre et les conditions de vie, les événements de vie (accompagnement et soutien psychologique par exemple lors du décès du conjoint)

➔ L'organisation de l'entrée en établissement de santé

Points forts :

- 14 maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire projet dont certaines qui impulsent des dynamiques sur le territoire autour de l'accompagnement du vieillissement et des projets de coordination
- Un dispositif expérimental IDE gériatrique 7j/7 au CHU
- La filière gériatrique

Points faibles/ruptures :

- Importance de l'hospitalisation non programmée
- La part de transferts en médecine chirurgie d'un établissement à un autre est supérieure de 7 points sur le territoire PAERPA par rapport à la moyenne régionale

Questions :

- Comment faciliter les entrées directes, sans passage par les urgences, en court séjour et en soins de suite et réadaptation ?
- Comment faciliter l'orientation de la personne âgée ?
- Quel lien entre la ville et hôpital ?
- Quelles actions spécifiques mettre en place pour des passages aux urgences évités ?
- Y a-t-il des hospitalisations qui pourraient être évitées ? Comment ? Quelles actions en amont ?
- Y a-t-il des temps où les hospitalisations des résidents d'EHPAD sont plus fréquentes (ex du national : nuit, week-end) ?

Leviers d'actions :

- Encourager les systèmes d'informations partagées
- Favoriser la coordination entre acteur du social, du sanitaire, du médico-social
- Favoriser la diffusion d'une culture gériatrique par les acteurs de la filière gériatrique
- Dossier de liaison d'urgence (sur site de l'Anesm) et fiche « comment éviter les hospitalisations évitables »

Points forts :

- Les MAIA, travaux de la table tactique
- Les équipes médico-sociales
- Le repérage des risques en staff (lien social-santé)
- Le partenariat qui permet le bon partage d'informations sur les situations
- Une volonté d'anticiper les sorties avec retour en EHPAD plutôt bien préparé

Points faibles/ruptures :

- 23% de ré-hospitalisation à 30 jours
- Les durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie sont plus importantes pour les personnes âgées résidant sur Brocéliande et Vallons de Vilaine
- L'offre de pharmacie est inférieure sur le territoire projet
- L'HAD est plutôt utilisée par les EHPAD et non par les libéraux
- Les assistantes sociales hospitalières ne sont pas forcément au courant du projet de sortie d'hospitalisation (décision médicale)
- Sur l'article 70, l'absence de transmission d'informations sur le dossier médical entraîne des problèmes de iatrogénie
- La coordination du retour à domicile dans la transmission des informations et prescriptions :
 - Avec l'ensemble des acteurs (professionnels qui se renvoient les situations)
 - Avec les services d'aide à domicile (prévenus tardivement du retour, sans connaissance des conditions, « sorties du vendredi »)
 - Avec les médecins traitants ou médecins coordonnateurs en EHPAD
- L'anticipation de l'évolution de l'état de santé de la personne
- Des retours de plus en plus rapides de SSR sur Vallons de Vilaine qui entraînent des difficultés pour les aidants
- Une complexité de la sortie avec les gros établissements de santé
- L'adaptation du domicile

Questions :

- Quels liens entre l'assistante sociale de l'hôpital et la ville ? Quels outils de liaisons ?
- Quelle place pour l'équipe mobile de gériatrie en sortie d'hospitalisation ?
- Quels liens entre sorties d'hospitalisation et instruction des demandes (plan d'aide, places en EHPAD...) ?
- Comment favoriser un retour à domicile de qualité pour les personnes en fragilité financière ?
- Quelles sont les causes des ré-hospitalisation ? Comment cela aurait pu être évité ? Comment peut-on anticiper l'évènement ?
- Quelles pratiques par rapport à l'évaluation pluridisciplinaire ?

Leviers d'actions :

- Anticiper la sortie par une prise en charge globale sur place en favorisant les relations instituées entre l'hôpital et la ville, en établissant des fiches de liaison, outil relatant le parcours du patient à l'hôpital
- S'appuyer sur un annuaire des ressources
- Mettre en place un numéro unique
- Favoriser les interventions à domicile temporaire
- S'appuyer sur l'équipe mobile de gériatrie qui intervient dans les services spécialisés pour préparer la sortie
- Travailler sur l'hébergement temporaire pour être réactif : reconversion lits dédiés, allègement des démarches administratives, visibilité sur l'offre
- S'appuyer sur l'hébergement d'urgence (FIGAR)
- S'appuyer sur les travaux engagés dans le cadre de la table tactique de la MAIA et de la gestion de cas pour la mise en place des conditions favorisant un retour à domicile de qualité
- Mobiliser les SAAD en amont de la sortie d'hospitalisation et rechercher l'articulation SAAD / SSIAD
- Mobiliser les assistantes sociales hospitalières à bon escient et en amont de la sortie

- Développer l'information partagée (ville-hôpital) et les outils communs
- Travailler sur les moyens et critères d'orientation pour les places en SSR, USLD, HT
- Favoriser l'interconnaissance et l'échange d'informations entre acteurs
- Mettre en place un référent de territoire par patient
- Etre vigilant sur les risques de ré-hospitalisations lorsque la durée de séjour est diminuée

→ L'accès aux soins

Points forts :

- De grands axes routiers
- Une offre de transport en commun importante sur Rennes métropole
- Une bonne dotation en premiers recours et médecins spécialistes pour le pays de Rennes
- Une offre de soins importante largement concentrée sur Rennes mais s'adressant à l'ensemble du territoire PAERPA
- Un territoire couvert par une équipe mobile de gériatrie
- Transport à la demande infra territoire sur Brocéliande
- Accès aux consultations de spécialistes sur la MSP de Plélan Le Grand
- Un turn over important et besoin de formation pour les professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile sur Brocéliande
- Inégalités d'accès aux soins et à l'hébergement temporaire par rapport au coût financier sur Brocéliande

Points faibles/ruptures :

- Moins de solutions de mobilités collectives sur Brocéliande et Vallons
- Une faible offre en médecins généralistes sur Vallons, une proportion importante de médecins généralistes proches de la retraite sur Brocéliande
- Le pays de Rennes est moins bien doté en infirmiers libéraux
- L'accès aux urgences avec des zones blanches sur Vallons et certaines zones de Brocéliande et Vallons avec un temps d'accès aux urgences supérieur à 30 min
- A l'échelle des pays on constate que plus le taux de passage aux urgences est important, plus la part des hospitalisations non programmées est faible :
 - Pays de Rennes : 315 passages aux urgences pour 1000 habitants de 75 ans et plus / 66,3% des passages aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation
 - Pays de Brocéliande : 344 passages aux urgences pour 1000 habitants de 75 ans et plus / 60,2% des passages aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation
 - Pays des Vallons de Vilaine : 580 passages aux urgences pour 1000 habitants de 75 ans et plus / 37,5% des passages aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation
- Pas de SSR spécialisé sur Brocéliande et Vallons
- Une offre en hôpital de jour gériatrique faible
- Des disparités de revenus (plus élevés en milieu urbain pour les personnes de 75 ans et plus / revenu médian inférieur à 1300 € par mois pour les PA résidant sur la CC Bretagne porte de Loire communauté)
- Les personnes âgées ont 2 fois moins recours aux soins dentaires que la population globale

Questions :

- Quelles alternatives aux urgences ?
- Quel adressage pour l'évaluation gériatrique ?
- Question des inégalités sociales de santé : faibles revenus, un facteur déterminant pour l'accès aux soins ?
- Pourquoi plus de consommations de soins en masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes sur le pays de Rennes ?

Leviers d'actions :

- Diffuser une culture gériatrique afin que les médecins traitants adressent plus facilement leurs patients vers l'hôpital de jour et les consultations mémoire
- Favoriser les solutions de transport

- S'appuyer sur la recomposition de l'offre en SSIAD en projet une étude dans ce champ avec promotion des SPASAD
- Renforcer les liens ville-hôpital
- Faciliter le recours direct au SSR, service de médecine en local si pas besoin de plateau technique
- Apporter une réponse d'hébergement temporaire en cas d'absence de solutions pour permettre une meilleure organisation de la sortie d'hospitalisation

→ L'accompagnement social et médico-social / le lien santé-social

Points forts :

- Un territoire projet plutôt bien pourvu en offre d'accompagnement social et médico-social
- MAIA sur le territoire projet
- Les équipes médico-sociales
- Les actions des CLIC
- L'expérimentation article 70 : facilitateur relations acteurs de santé-acteurs sociaux (intégration CH au staff)
- La coordination du domicile fonctionne bien par rapport aux CLIC
- Le partenariat
- Les réunions de pôles de santé

Points faibles/ruptures :

- La réactivité des services
- Un recours insuffisant à l'APA à domicile
- Un recours important à l'institutionnalisation
- La remontée d'informations sur les évaluations / le partage d'informations
- L'absence de visites à domicile pour les GIR 5 et 6
- Le manque de temps des médecins traitants pour la coordination
- La solitude des médecins
- L'interconnaissance des acteurs
- La reconnaissance des compétences
- Le manque de moyens des CLIC pour informer les acteurs, hors le CLIC n'est pas toujours identifié par les aidants et médecins traitants
- Lisibilité de l'offre et le télescopage

Questions :

- Comment est partagée l'information entre intervenants de proximité ?
- Quelle consolidation de l'information entre intervenants multiples ?
- Quel partage d'informations entre intervenant à domicile et encadrant ?
- Quels outils de communication ?

Leviers d'action :

- Travail de la MAIA sur le décret de partage d'informations du 20 juillet 2016
- Prendre appui sur les aides à domicile
- Réfléchir à des solutions pour les GIR 5 et 6
- Assurer l'effectivité de l'aide par le financement directement au service
- Améliorer la coordination des acteurs en s'appuyant sur l'existant
- Engager un travail sur les aidés (ex : ressenti entrée en établissement)
- Développer la sensibilisation des intervenants à domicile

→ Les affections psychiatriques chez la personne âgée

Points forts :

- L'ensemble du territoire projet se situe sur la zone d'intervention du CHGR et de l'HAD 35

Points faibles/ruptures :

- Plus de personnes souffrant d'affections psychiatriques, surtout pour des épisodes dépressifs (44% des patients de 75 ans et plus hospitalisés en psychiatrie)
- Question de la frontière démence / affections psychiatriques
- Interconnaissance entre le médico-social et la psychiatrie
- La surmortalité en Ille-et-Vilaine par rapport au national sur les suicides

Questions :

- Quelle place des dispositifs existants dans le parcours de santé (équipes mobiles psychiatrie, filière gériatrique...) ?
- Quelle formation des intervenants aux troubles psychiatriques ?

Leviers d'action :

- Développer les actions d'éducation thérapeutique sur la dépression et le risque suicidaire chez la personne âgée
- S'appuyer sur les actions sur les troubles psychiatriques : formations (EHPAD et à domicile), expertise IDE psychiatrie dans le cadre de l'expérimentation article 70
- L'outil pour référencer qui fait quoi en psychiatrie prévu par le plan d'action de la FIGAR
- L'équipe mobile de gérontopsychiatrie

VII. Conclusion

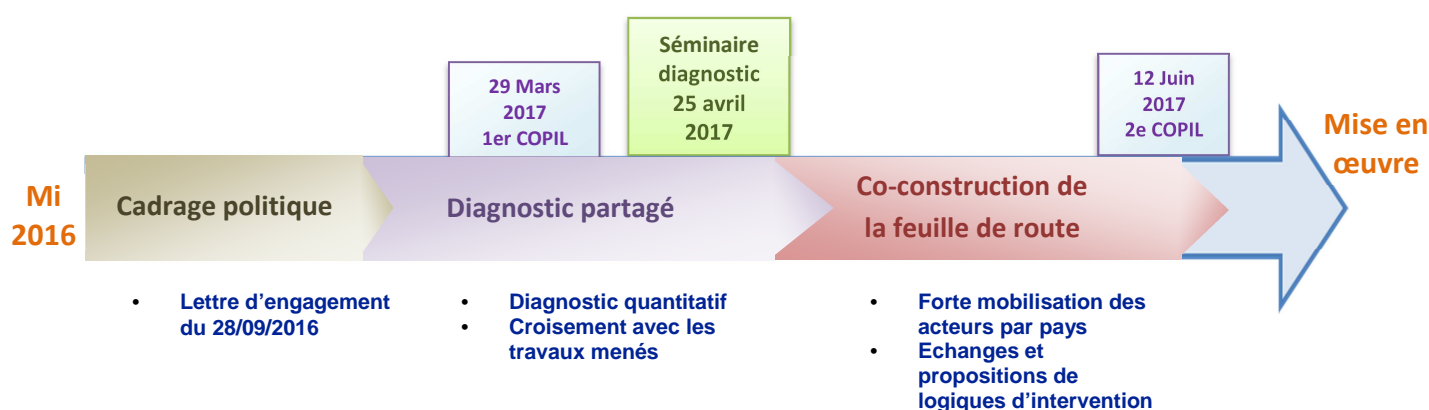
Le partage des éléments du diagnostic a permis d'enclencher une démarche participative associant largement les acteurs du territoire PAERPA à partir des comités opérationnels. Des rencontres ont eu lieu entre fin avril et début juin pour construire une première feuille de route en croisant les données du diagnostic territorial, l'état des connaissances sur les ruptures de parcours, l'expertise des acteurs de terrain (diversité et richesse) pour agir sur les risques de ruptures.

Les acteurs se sont fortement mobilisés¹⁹ durant cette phase qui a réuni, sur l'ensemble du territoire PAERPA :

- Des professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers ...)
- Des responsables de services sociaux ou médico-sociaux (statut public ou privé) ;
 - Services d'aide à domicile et leurs fédérations
 - Services de soins infirmiers à domicile
 - SPASAD
 - EHPAD (directeurs et médecins coordonnateurs)
- Des représentants des CDAS (médecins, conseillères sociales en gérontologie) et agences départementales ;
- Des pilotes MAIA ;
- Des établissements de santé et cliniques privées (filière gériatrique, CHGR, HAD, directeurs, médecins, travailleurs sociaux, cadres de santé) ;
- Des CLIC ;
- Des élus.

La feuille de route a vocation à incarner un projet de territoire « intégré » qui s'appuie sur les dynamiques existantes (expérimentation article 70, CLIC, PTA en cours de structuration) et sur les travaux menés par les acteurs, notamment dans le cadre de la méthode MAIA. Elle permet en particulier de développer de nouveaux services à la population et d'amplifier les coopérations professionnelles autour de la prise en charge des personnes âgées.

Une première version de la feuille de route, non finalisée, a été présentée au COFIL du 12 juin. En intégrant les propositions de tout ou partie des territoires, elle pose déjà une logique d'intervention et/ou des pistes d'action définies en commun. La feuille de route a été finalisée courant juin pour une validation avec le niveau national début juillet. L'élaboration de conventions sera ensuite à prévoir pour mettre en œuvre les premières actions dans le cadre de la démarche.



¹⁹ 69 participants à la rencontre du 25 avril (présentation du diagnostic et ateliers de travail) :

- 33 participants au comité opérationnel du Pays de Rennes ;
- 22 au comité opérationnel du Pays de Brocéliande ;
- 22 au comité opérationnel du Pays des Vallons de Vilaine.

VIII. Annexes

Peuvent être consultés en complément du présent document :

- **Cartographie des acteurs** : identification de l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire
- **Cartographie des projets** : identification des projets en cours sur le territoire (qu'ils soient financés ou non)
- **Cartographie des financements** : identification des financements déjà en cours ou engagés dans l'amélioration de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes âgées
- **Cartographie des systèmes d'information** : état des lieux du territoire en matière de structuration, d'urbanisation et d'usage des systèmes d'information
- **Lettre d'engagement** :

Annexe 1

Instance stratégique départementale

Pilotage/animation	L'Agence Régionale de Santé Bretagne et le Département d'Ille-et-Vilaine sont co-pilotes de l'instance stratégique départementale animée par la vice-présidente en charge des solidarités, des personnes âgées et du handicap du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine et le directeur de la stratégie régionale en santé de l'ARS Bretagne.
Composition	Les directions ou leurs représentants de : <ul style="list-style-type: none">- La DD35 de l'ARS Bretagne- La DA Parcours de l'ARS Bretagne- La CARSAT Bretagne- La CPAM- L'inter URPS- Deux représentants des porteurs du dispositif MAIA (siégeant à tour de rôle)- Le CDCA (conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie)- La MDPH 35- L'inspection académique d'Ille-et-Vilaine
Rôle	Elle veille à la cohérence du déploiement des politiques PA/PH, dont PAERPA avec MAIA et PTA, garantit la conformité du projet aux objectifs, fait un bilan des actions menées et décide d'éventuels arbitrages. Dans la phase de mise en œuvre du plan d'action, elle devra être force de propositions en matière d'offre de prévention en lien avec la conférence des financeurs.
Fonctionnement	Elle se réunit 2 fois par an. Réunion d'installation : 6 décembre 2016 Prochaine réunion : Juin 2017 (bilan + action sur points de blocage éventuels)

Comité de pilotage

Pilotage/animation	Le Directeur général de l'ARS pour la séance d'installation. Le COPIL sera ensuite présidé par le directeur de la stratégie régionale en santé.
Composition	<p>Les 12 signataires de la lettre d'engagement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les directions siège + DD35 de l'ARS Bretagne - La direction du pôle solidarité du Département d'Ille-et-Vilaine - Les directions des agences départementales des pays de Rennes, Vallons de Vilaine et Brocéliande - La direction de la CPAM d'Ille-et-Vilaine - La direction de la CARSAT Bretagne - La direction régionale du RSI - La direction générale de la MSA Portes de Bretagne - La présidence de l'URPS pharmaciens - La présidence de l'URPS médecins libéraux - La présidence de l'URPS infirmiers libéraux - La présidence de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes libéraux - La présidence de l'URPS chirurgiens-dentistes - La présidence de l'URPS orthophonistes <p>Les représentants des territoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les Pays - Les EPCI <p>Les représentants départementaux des fédérations hospitalières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La FHP - La FEHAP - La FHF <p>Des représentants des établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La direction de l'UGECAM - La direction générale du CHU - La direction générale du CHGR - La directrice générale de l'HAD 35 - Le médecin du centre de prévention « Bien vieillir » <p>Des représentants des professionnels de santé libéraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinateur d'une MSP du pays de Rennes - Coordinateur d'une MSP du pays de Vallons de Vilaine - Coordinateur d'une MSP du pays de Brocéliande <p>Des représentants des établissements pour personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ADPA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées) - La CEPA 35 (Association de directeurs d'Etablissements pour personnes âgées du secteur associatif) - La FNADEPA 35 (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées) - Le GIR 7 (Association des directeurs d'EHPAD publics autonomes) - La MARPA SERVICES (Maison d'accueil rurale pour personnes âgées) - Le SYNERPA 35 (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées) - L'Alliance 35 (groupement des associations St Cyr, St Michel, St François et Le Clos St Martin)

	<p>Des représentants des services d'aide et de soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le président de l'UNA 35 - Le président de la fédération ADMR 35 - La présidente de l'UDCCAS 35 - La MFIV <p>Des représentants des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CDCA (conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie) <p>Des représentants de dispositifs de coordination et d'intégration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La directrice du réseau diabète 35 (projet PTA Pays de Rennes) - Le président du pôle de santé pluridisciplinaire de Saint Méen le Grand (article 70) - Les représentants des MAIA du territoire projet - Les représentants des CLIC - Le représentant de la FIGAR <p>(min = 51/max =57)</p>
Rôle	Il valide les grandes étapes du projet (méthodologie, diagnostic, feuille de route...), s'assure du suivi des actions, transmet les informations à son réseau.
Fonctionnement	Elle se réunit 1 fois par trimestre pendant la phase de structuration du projet. Réunion d'installation : 29 mars 2017



Pilotage/animation	Les comités opérationnels sont co-pilotés par un représentant des libéraux et un représentant de la MAIA avec l'appui de la chargée de mission PAERPA.
Composition	<p>Comité opérationnel 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentants des CH rennais - Représentants des urgences - AS/Cadre de santé des CH - Représentants d'EHPAD - Représentants aide soins à domicile - 1 administratif et 1 médecin de la FIGAR (= CM FIGAR) - Pilote MAIA Pays de Rennes - Coordinatrice CLIC Alli'âges, coordinateur CLIC Noroît, coordinateur CLIC de Rennes, coordinatrice CLIC de l'Ille et l'Illet - Directrice du réseau diabète 35 (projet PTA Pays de Rennes) - Représentant EMS des CDAS (= responsable équipe médico-sociale des CDAS) - MSP <p>Comité opérationnel 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentant des CH de proximité - Représentants des urgences - AS/Cadre de santé des CH - Représentants d'EHPAD - Représentants aide soins à domicile - 1 administratif et 1 médecin de la FIGAR - Pilote MAIA Pays de Brocéliande - Coordinatrice CLIC en Brocéliande - Le président du pôle de santé pluridisciplinaire de Saint Méen le Grand (article 70) - Représentants EMS des CDAS (= médecin conseil territorial) - MSP <p>Comité opérationnel 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentant des CH de proximité - Représentants des urgences - AS/Cadre de santé des CH - Représentants d'EHPAD - Représentants aide soins à domicile - 1 administratif et 1 médecin de la FIGAR - Coordinatrice CLIC des 4 rivières - Représentants EMS des CDAS - MSP <p><i>Dans chaque comité opérationnel, les représentants des ESMS seront désignés par les fédérations.</i></p>
Rôle	Les membres des comités opérationnels partagent les éléments du diagnostic, sont force de proposition pour l'élaboration de la feuille de route et sont acteurs de la mise en œuvre des actions. Ils sont également le relais auprès de leurs réseaux locaux.

Equipe projet interne
ARS

Pilotage/animation	Chef de projet PAERPA
Composition	<p>Pour une approche transversale, l'équipe projet est volontairement composée de métiers et directions différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nathalie Le Formal, Directrice de la DD 35, chef de projet PAERPA - Pauline Bénard, Chargée de mission PAERPA, DD 35 - Sophie Le Bris, Médecin coordonnateur thématique « personnes âgées », DA Parcours - Claire Alliou, Chargée d'études, pôle statistiques observation - Ronan Derieux, Chargé de mission pôle coordinations territoriales et parcours de soins, DA Offre ambulatoire - Laurence Roux, Chargée de mission « personnes âgées » à la DD35 - Anne-Briac Bili, Responsable Pôle Espace Numérique Régional de santé, DA Hospitalisation et autonomie
Rôle	L'équipe projet est le « fil conducteur » du projet. Ainsi, elle est garant du sens et du respect des objectifs du projet, apporte ses contributions, propositions et analyse celles des acteurs locaux. Elle élabore le diagnostic, mobilise des données internes, prépare les instances et réunions, communique sur les points d'avancées et peut solliciter des compétences à certaines étapes du projet. Enfin, elle partage les informations, est le relais et le facilitateur vis-à-vis des partenariats extérieurs.
Fonctionnement	<p>Elle se réunit 1 fois par mois.</p> <p>Un compte-rendu systématique est envoyé aux membres du groupe interne ainsi qu'à la direction de la stratégie régionale en santé et aux DA parcours et offre ambulatoire. Suivant les besoins, des points ponctuels seront réalisés en réunions internes avec ces directions et/ou en COMEX élargi.</p>

Annexe 5

Equipe projet externe

Pilotage/animation	Chef de projet et chargée de mission PAERPA puis chargée de mission PAERPA
Composition	<ul style="list-style-type: none">- Les 6 (2x3) co-pilotes des comités opérationnels. Pour chaque comité opérationnel : <ul style="list-style-type: none">➔ 1 représentant des libéraux (PTA quand elle existe, sinon émanation des représentants des libéraux (ex : MSP))➔ 1 représentant MAIA quand elle existe (sinon CLIC ?) <ul style="list-style-type: none">- 1 représentant du CD (médecin conseil territorial)- 1 CM de la FIGAR <p>(= 8 personnes)</p>
Rôle	Conformément aux orientations de l'instance stratégique départementale et dans un objectif de convergence opérationnelle entre PAERPA et les dispositifs existants, elle regroupe des « personnes relais », elle réfléchit aux propositions remontant du terrain, échange sur les points de blocage éventuels, élabore des scénarios de mise en œuvre selon les dynamiques locales.
Fonctionnement	Elle se réunit 1 fois par mois.

Directeur de la publication : **Olivier de Cadeville**
Directeur de la rédaction : **Hervé Goby**
Rédacteurs : **Claire Alliou, Séverine Baubinnec-Caradec, Pauline Benard**
Contributeurs : **Nathalie Le Formal, Sophie Le Bris, Laurence Roux, Ronan Derieux, Claire Ragil**
Conception graphique : **ARS Bretagne**
ISSN : 2426-7082
Dépot légal : à parution
Retrouvez toutes nos publications sur notre site : www.bretagne.ars.sante.fr

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX
Téléphone : 02 90 08 80 00

 www.facebook.com/arsbretagne

novembre 2017