



PRS 2018-2022

PROJET RÉGIONAL
DE SANTÉ
DE BRETAGNE



CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE

VERSION EN CONSULTATION

VERSION EN CONSULTATION

SOMMAIRE

Une ambition : agir ensemble pour la santé de tous les Bretons.....	3
Une méthode : élaborer et suivre le PRS de manière concertée	7
Une nécessité : identifier les enjeux des dix prochaines années en matière de santé.....	11
Les enjeux liés à la démographie et à l'état de santé de la population bretonne	13
Les enjeux liés à l'organisation du système de santé	17
Les enjeux liés à la place de la santé dans le maintien de la cohésion sociale	22
Une perspective : partager 7 objectifs stratégiques pour accompagner les transformations du système de santé au service de la population bretonne.....	27
1 Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie	29
2 Garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile	33
3 Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée.....	37
4 Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge.....	41
5 Développer la performance et l'innovation du système de santé	45
6 Mieux préparer le système de santé aux événements exceptionnels.....	49
7 Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale	51

**UNE AMBITION :
AGIR ENSEMBLE
POUR LA SANTE DE
TOUS LES BRETONS**

VERSION EN CONSULTATION

Le projet régional de santé (PRS) doit être l'expression d'une vision partagée des évolutions du système de santé pour les dix prochaines années formalisée dans le cadre d'orientation stratégique (COS). Le COS prend en compte la Stratégie nationale de santé qui constitue le cadre de la politique de santé en France. La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

- Mettre en place une politique globale de promotion de la santé incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé ;
- Garantir la qualité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

La Stratégie nationale de santé contribue à renforcer l'efficacité du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, condition de maintien d'un accès de tous à des soins de qualité.

Dans la continuité des réalisations du premier PRS, l'ARS Bretagne s'appuiera sur la mobilisation de tous les acteurs contribuant à un titre ou à un autre à l'organisation et au fonctionnement du système de santé breton pour créer les conditions de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population du territoire régional.

Mais, si le nouveau PRS doit prendre en compte les progrès de l'état de santé de la population et les acquis d'une offre de soins, de prévention et d'accompagnement mieux organisée et plus diversifiée, il doit aussi se fixer comme objectif la définition de grandes priorités pour faire évoluer en profondeur notre système de santé régional. Dans ce contexte, l'ARS Bretagne s'engage à accompagner l'adaptation du système de santé breton aux défis majeurs de ce début de XXI^{ème} siècle en proposant les priorités suivantes :

- **Une meilleure réponse aux besoins identifiés de la population** fondée sur l'analyse des indicateurs de santé régionaux. La promotion de la santé devra être la démarche privilégiée pour une réponse de santé, préventive et curative, mieux adaptée à chaque personne concernée par ces constats épidémiologiques et sociétaux.
- **La lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé** en veillant notamment à réduire l'écart entre l'Ouest et l'Est de la Bretagne en matière d'indicateurs de santé et en confortant un maillage équilibré de l'offre de santé
- **Une coordination plus forte des interventions et des intervenants auprès du patient** au bénéfice d'une prise en charge globale des besoins de la personne sur des territoires de proximité de manière à favoriser le bien vivre à domicile.
- **Un renforcement de la qualité et de l'efficacité du système de santé** en privilégiant la pertinence des pratiques, la prise en compte des innovations médicales, technologiques ou organisationnelles et l'adaptation aux évolutions de la démographie des professionnels de santé.
- **Une association de tous à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé régionale** par la recherche d'une participation plus affirmée des citoyens, patients, aidants et de leurs représentants aux prises de décisions qui les concernent ainsi que par un partenariat soutenu avec les professionnels, les acteurs institutionnels et les instances de la démocratie en santé.

Ces priorités ambitieuses sont indissociables d'une exigence de lisibilité et d'opérationnalité pour donner du sens à l'action. Il convient, en effet, par l'intermédiaire du PRS, de faciliter l'appropriation par tous des enjeux du secteur de la santé et de trouver, ensemble, les meilleurs compromis possibles quant aux objectifs opérationnels à déterminer dans le schéma régional de santé (SRS) et dans le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Et il s'agira de trouver les moyens de nos ambitions dans un contexte de progression plus mesurée de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La vision partagée des évolutions du système de santé régional que traduit le COS doit aussi intégrer la préoccupation d'assurer la pérennité d'un système auquel nous sommes tous attachés en préservant les équilibres financiers.

C'est par cette recherche d'efficacité que l'ARS Bretagne et ses partenaires contribueront à conforter un système de santé solidaire reconnu comme étant un élément constitutif de notre modèle social.

VERSION EN CONSULTATION

UNE METHODE : ELABORER ET SUIVRE LE PRS DE MANIERE CONCERTEE

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a profondément modifié le régime des projets régionaux de santé. Le nouvel article L1434-1 du code de la santé publique prévoit désormais que le PRS sera constitué de trois documents :

- ⊖ *Le cadre d'orientation stratégique (COS) ;*
- ⊖ *Le schéma régional de santé (SRS) ;*
- ⊖ *Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).*

Le cadre d'orientation stratégique du PRS doit contribuer à dégager une vision partagée du système de santé à 10 ans s'appuyant sur l'analyse des grandes tendances influençant le rôle, l'organisation et le fonctionnement de tous les acteurs œuvrant dans les champs sanitaire et médico-social.

VERSION EN CONSULTATION

DES TEXTES...

L'article R1434-3 du code de la santé publique précise : « Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social.

Il comporte les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé définie à l'article L1411-1-1. Les objectifs et les résultats attendus sont établis en cohérence avec ses objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie, mentionnés au même article.

Ces objectifs portent notamment sur :

1. L'organisation des parcours de santé ;
2. Le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements ;
3. Les effets sur les déterminants de santé ;
4. Le respect et la promotion des droits des usagers.

Le cadre d'orientation stratégique s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé. »

... A LA CONCERTATION

Le présent cadre d'orientation stratégique s'appuie sur une concertation spécifique, débutée dès le quatrième trimestre 2016. L'ensemble des partenaires a été saisi, au sein des instances prévues à cet effet et par l'intermédiaire de rencontres bilatérales. Ainsi, le conseil de surveillance, la CRSA et ses commissions spécialisées, la commission de coordination des politiques publiques sans oublier les conférences de territoire, devenues conseils territoriaux de santé en 2017, ont contribué à la réflexion sur l'élaboration du COS.

De même, les échanges avec les collectivités territoriales, l'Assurance maladie et les services de l'Etat ont nourri la rédaction du présent texte.

Tous ces acteurs ont été destinataires d'une première trame relative au cadre d'orientation stratégique réalisée par l'ARS proposant une formalisation des enjeux du système de santé à dix ans et d'objectifs stratégiques en découlant.

Les différentes contributions recueillies ont permis de partager la réflexion de façon approfondie et d'enrichir progressivement la rédaction des orientations stratégiques. Une première version a été proposée en mars 2017, une deuxième en décembre 2017 devant aboutir au document lancé à la consultation réglementaire au premier trimestre 2018.

DES PRINCIPES D'ACTION PARTAGES

L'élaboration et le suivi du PRS doit reposer sur la déclinaison régionale de principes d'action identifiés dans la Stratégie nationale de santé :

- ⊕ Mobiliser l'ensemble des politiques publiques pour préserver et améliorer la santé de la population, dans une approche coordonnée ;
- ⊕ Construire des stratégies d'action permettant de mettre en place des parcours de santé individuels fluides, adaptés aux populations et accessibles à tous ;
- ⊕ Adapter les stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire ;
- ⊕ Simplifier le cadre réglementaire et donner davantage de souplesse aux acteurs de terrain ;
- ⊕ Associer l'ensemble des acteurs (usagers, élus, professionnels), notamment dans le cadre des instances de démocratie en santé ;
- ⊕ Développer une culture de transparence, d'indépendance et de prévention des

conflits d'intérêt et faire respecter par l'ensemble des acteurs les principes d'éthique et de solidarité (accessibilité, égalité, non-discrimination, continuité...) ;

- ⊕ Appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles.

VERS LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU PRS

Le COS est la première étape d'un PRS qui devra être suivi et évalué globalement dans le même esprit de concertation avec l'ensemble des partenaires de l'ARS.

L'efficacité de cette démarche de pilotage doit être assurée par :

- ⊕ La mise en cohérence des objectifs stratégiques du COS et des objectifs opérationnels du SRS et du PRAPS ;
- ⊕ Le choix pertinent des thématiques du SRS et du PRAPS et une capacité à formaliser des objectifs partagés pour le SRS et le PRAPS ;
- ⊕ La définition d'indicateurs ciblés pour l'ensemble des objectifs opérationnels du SRS et du PRAPS de manière à prioriser les résultats attendus et à engager la responsabilité des acteurs dans leur mise en œuvre ;
- ⊕ L'élaboration annuelle ou pluriannuelle de plans d'actions partagés découlant des objectifs opérationnels du SRS et du PRAPS pour rendre lisible l'action sur le système de santé.

La mobilisation de tous est rendue possible et renforcée par :

- ⊕ La concertation engagée dès l'élaboration du PRS, au sein des instances prévues à cet effet (Conseil de surveillance, CRSA, CTS...), auprès des partenaires institutionnels de l'ARS (collectivités territoriales, Assurance maladie), avec les professionnels du secteur de la santé (groupes techniques régionaux, fédérations...), et les représentants des usagers ;
- ⊕ Un suivi régulier des objectifs du PRS avec l'ensemble des acteurs au niveau régional et sur les territoires à partir d'une information consolidée pour apprécier le déploiement des actions selon des modalités à bâtir collégalement ;
- ⊕ Une évaluation intermédiaire des orientations stratégiques et des objectifs du SRS et du PRAPS pour les réinterroger si besoin, ainsi qu'une évaluation finale à cinq ans pour proposer des recommandations utiles à la préparation du PRS suivant.

UNE NECESSITE : IDENTIFIER LES ENJEUX DES DIX PROCHAINES ANNEES EN MATIERE DE SANTE

Partant des constats dressés par les diagnostics régional et territoriaux, il s'agit de dégager les grandes tendances d'évolution et d'anticiper les transformations à terme du système de santé. Les enjeux constituent les questions posées à notre système de santé en région. Leur bonne identification est une des conditions indispensables à la fixation d'objectifs stratégiques adaptés. Les enjeux de la prochaine décennie peuvent être regroupés en trois ensembles : ceux qui sont liés à l'état de santé et à la démographie, ceux qui sont liés à l'organisation du système de santé, et ceux qui relèvent des liens entre la santé et la cohésion sociale.

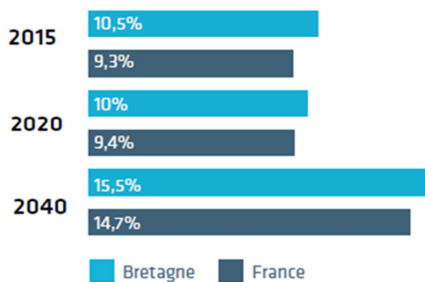
VERSION EN CONSULTATION

Les enjeux liés à la démographie et à l'état de santé de la population bretonne

L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Bien que bénéficiant d'un des taux de natalité les plus dynamiques d'Europe, la France vieillit. Ce vieillissement résulte d'une baisse du taux de natalité, d'un accroissement continu de l'espérance de vie et de l'effet conjoncturel du « papy-boom » (qui devrait s'atténuer vers 2025 selon les démographes). **Ce mouvement de vieillissement se constate de manière plus forte en Bretagne que pour la France entière.**

Part des plus de 75 ans dans la population



En effet, la population bretonne est plus âgée et vieillit plus rapidement que la population métropolitaine, en raison d'un déficit migratoire entre 20 et 30 ans et de la présence de zones attractives pour les retraités. La population est donc plus âgée en bordure littorale mais également au centre de la Bretagne, alors qu'elle est plus jeune dans les espaces périurbains des grandes villes. Quant aux projections de population à horizon 2040, elles confirment cette tendance structurelle dans notre région.

Les répercussions de ce vieillissement sont déjà perceptibles à ce jour et iront en s'accroissant, tant en matière de santé que de dépendance.

En termes de soins de ville, la dépense de santé moyenne annuelle des personnes de plus de 75 ans en Bretagne est de 2670 €, soit trois fois plus que pour la population de 20 à 74 ans. Un quart de cette dépense annuelle est consacrée, chez les personnes âgées, aux soins infirmiers. Par ailleurs, les risques de iatrogénie médicamenteuse sont plus élevés avec l'âge : 86 % des personnes de plus de 75 ans prennent en effet 4 médicaments en moyenne par jour.

Le recours à l'hospitalisation est également plus élevé chez les personnes âgées, pour des séjours réalisés moins souvent en ambulatoire, sur des durées en général plus longues. Enfin, 66 % des séjours médicaux en hospitalisation complète des 75 ans et plus font suite à un passage aux urgences, chiffre supérieur à la moyenne nationale.

La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées dépendantes devra poursuivre son évolution vers le domicile (développement des services et des types d'accueil intermédiaires), pour pouvoir soutenir les personnes plus longtemps dans leur autonomie. La consolidation de l'offre en hébergement temporaire et en accueil de jour devra ainsi être un objectif à partager avec les Départements, chefs de file de la politique en faveur des personnes âgées. Les établissements d'hébergement, actuellement au nombre de 508 pour 40 822 lits et places, devront nécessairement accueillir des personnes plus âgées, avec des niveaux de dépendances plus élevés, souvent liés aux maladies spécifiques du vieillissement (maladies neuro-dégénératives).

Cette offre présente aujourd'hui un taux d'équipement plus favorable qu'au niveau national excepté pour le département du Morbihan (118 places d'EHPAD pour 1000 habitants de plus de 75 ans contre 100 au niveau national) sachant que 1700 places d'USLD adossées aux centres hospitaliers viennent compléter cette offre. Les capacités d'évolution existent en conséquence et pourront être complétées par la structuration des filières gériatriques au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), de sorte que le taux de recours aux urgences des personnes âgées diminue.

Le vieillissement touchant toutes les catégories de la population, **l'offre destinée aux personnes en situation de handicap devra également continuer à s'adapter** pour prendre en charge les personnes vieillissantes et d'une manière plus générale mieux répondre aux besoins des personnes aux âges charnières de la vie d'une personne en situation de handicap.

Cette évolution est d'autant plus importante qu'elle a en effet un impact direct sur le parcours de santé et de vie des personnes : prévoir des parcours de vie adaptés pour les travailleurs handicapés arrivant à l'âge de la retraite peut permettre de libérer des places d'ESAT et de faciliter ainsi l'intégration des jeunes jusqu'alors maintenus en établissement pour enfants (« amendement Creton »). Par ailleurs, le vieillissement de la personne en situation de handicap fait ressortir de façon plus prégnante la problématique générale de leur accès aux soins somatiques, qui devra être amélioré.

LA REDUCTION DE LA SURMORTALITE EN MATIERE DE CANCER ET DE MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Si les maladies chroniques posent une question d'ensemble à notre système de santé, le cancer et les maladies cardio-vasculaires doivent faire l'objet dans notre région d'un engagement renforcé.

L'espérance de vie des Bretons s'est améliorée entre 2000 et 2014. Pour autant elle demeure inférieure à celle de la population française dans son ensemble, se situant à 77,7 ans pour les hommes (contre 78,8) et à 84,7 ans (contre 85) pour les femmes. **Cet écart s'explique par une surmortalité persistante notamment pour les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire :**

- ⊕ Pour le cancer, première cause de mortalité masculine dans la région, les indicateurs de mortalité sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine pour les hommes (+6 %),
- ⊕ Pour les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité féminine dans la région, on constate une surmortalité de 14 % chez les hommes et 15 % chez les femmes.

Si des gains d'espérance de vie peuvent être réalisés par un meilleur accès aux soins, en particulier aux opérations d'urgence dans le cadre de certaines pathologies cardio-vasculaires, l'effort le plus important est à mener sur la prévention de ces pathologies d'autant que l'espérance de vie en bonne santé, tend, elle, à stagner.

On sait que les causes de ces maladies sont multi-factorielles et ont trait aux comportements individuels (tabac, alcool, alimentation, activité physique), aux facteurs socio-culturels, à l'environnement et à l'exposition professionnelle. On sait également que la Bretagne se distingue plutôt du reste de la France par une **meilleure pratique sportive**, une **moins grande**

Les politiques de prévention et de promotion de la santé devront enfin prendre en compte cette réalité démographique en développant l'objectif du bien vieillir (nutrition, activité physique, mémoire, relations sociales...), en veillant à son intégration dans les politiques territoriales concernées (notamment les politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire) et en sachant repérer plus tôt et mieux l'apparition des signes de la perte d'autonomie ainsi que les maladies chroniques quand elles sont liées à l'âge.

prévalence du diabète et de l'obésité, et que les conditions socio-économiques (chômage et pauvreté) y sont moins défavorables. Les différences épidémiologiques s'expliquent essentiellement par des déterminants liés aux comportements individuels en premier lieu desquels **la consommation d'alcool et de tabac, plus présente dans notre région qu'ailleurs en France. Enfin, en matière de cancers liés à l'environnement, la région est particulièrement concernée par les risques liés au radon.**

Concernant l'alcool, la Bretagne ne se distingue pas par sa consommation quotidienne mais par la fréquence des ivresses déclarées. Chez les 15-30 ans, cette fréquence est la plus élevée de France (56% contre 38%). Ceci est d'autant plus préoccupant que, si la consommation quotidienne est en baisse, la fréquence des ivresses a augmenté entre 2005 et 2010.

Bien que la mortalité liée au tabac soit comparable à celle de la France, on doit noter que :

- ⊕ Les disparités sont fortes selon les départements, le Finistère étant le plus touché ;
- ⊕ 37% des Bretons de 17 ans fument (contre 32% en France), un taux en augmentation depuis 2011.

En Bretagne, 20% des décès par cancer du poumon seraient liés au radon, cancérigène environnemental agissant en synergie avec le tabac. Là encore, le Finistère est le département le plus touché, près de 90% de la population habitant dans une commune à risque élevé d'exposition au radon.

Ces constats sont à rapprocher d'une **territorialisation de la mortalité, celle-ci étant plus élevée dans l'ouest de la**

Bretagne. Pour la mortalité générale, le Finistère présente la situation la plus défavorable, tant pour les hommes que pour les femmes, suivi par le Morbihan. Seule l'Ille-et-Vilaine est en sous-mortalité par rapport à la France. Bien qu'en surmortalité pour les hommes, les Côtes d'Armor

se situent à un niveau comparable pour les femmes. Concernant la mortalité prématurée évitable, l'Ille-et-Vilaine se distingue avec la position la plus favorable au sein de la région et un taux proche de la moyenne nationale.

L'AMELIORATION DE LA SANTE MENTALE ET LA DIMINUTION DE LA MORTALITE PAR SUICIDE

L'amélioration de la santé mentale en Bretagne constitue un enjeu fort pour les prochaines années. Les chiffres restent en effet particulièrement préoccupants :

- ⊕ Le **taux standardisé d'admission en affection de longue durée pour troubles mentaux** (ALD 23) est en 2011-2013 de 262 pour 100 000 habitants pour les hommes (contre 196 en France entière) et de 250 pour les femmes (contre 208), soit respectivement **34% et 20% de plus que le niveau national** ;
- ⊕ Le **taux standardisé de recours à l'hospitalisation en psychiatrie est, en 2014, de 335 pour 1000 personnes contre 273 au niveau national**, soit un écart de 23% ;
- ⊕ Si la schizophrénie est la première cause d'hospitalisation en psychiatrie (22%) dans la région, la deuxième cause n'est pas la dépression comme au niveau national, mais les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (14% des admissions, contre 8% au niveau national).

La consommation de soins en psychiatrie se caractérise par un plus fort recours à l'hospitalisation qui est sans doute à rapprocher de l'état de l'offre existante. La Bretagne bénéficie d'un taux d'équipement de 1,4 lits et places pour 1000 habitants contre 1,1 au niveau national. On peut également noter que la densité

de psychiatres libéraux est en revanche nettement inférieure à la moyenne nationale en Bretagne: 7,1 pour 100 000 habitants en 2015 contre 10,3 sur la France entière.

Les données relatives à l'admission en ALD, tout comme celles sur les causes des séjours, montrent que les problématiques de santé mentale et de pratiques addictives sont fortes. L'enjeu est donc de réduire ces écarts avec le niveau national, que ce soit par une meilleure prise en charge des addictions et des troubles mentaux, ou par une approche moins centrée sur les séjours en hospitalisation complète.

Enfin, **le suicide**, reste une problématique à part entière, dans la mesure où **la Bretagne fait partie des régions de France les plus touchées** (2^{ème} pour les hommes et première pour les femmes sur la période 2012-2014). Le taux de mortalité par suicide est de 37,4 pour 100 000 habitants pour les hommes (contre 23,4 au national) et de 10,3 pour les femmes (contre 6,8). Cette surmortalité touche l'ensemble des départements.

La diminution de la mortalité par suicide nécessite une action globale qui ne peut se limiter à l'efficacité d'une prise en charge hospitalière pour les personnes réalisant une tentative. Cette prise en charge doit s'appuyer sur des démarches de prévention innovantes initiées localement de sorte que l'environnement social proche et les acteurs de la santé puissent repérer les crises et leurs récides.

LA PRISE EN COMPTE DES SPECIFICITES REGIONALES EN MATIERE D'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET DE MILIEU PROFESSIONNEL

L'action des pouvoirs publics en matière d'environnement naturel et professionnel devra mieux prendre en compte les spécificités régionales.

En matière de **santé au travail**, la forte représentation de certains secteurs d'activité en

Bretagne (agriculture, industrie agro-alimentaire, bâtiment) présentant des conditions de travail difficiles a pour conséquence la survenue plus fréquente de maladies professionnelles ou d'accidents du travail (l'Ille-et-Vilaine étant le département le moins touché). Par ailleurs, les **troubles musculo-squelettiques** représentent

en Bretagne plus de 90 % des maladies professionnelles, l'indice de fréquence étant **deux fois plus élevé qu'au niveau national**. Il y a donc un enjeu fort de coordination entre l'ARS et les services de l'Etat (DIRECCTE) pour que les objectifs des actuels et futurs plans régionaux santé au travail (PRST) soient complémentaires des objectifs du PRS et renforcent ainsi leurs effets grâce à la mobilisation de tous les acteurs (employeurs, salariés, administrations, CARSAT...).

En ce qui concerne les déterminants liés à **l'environnement**, la région est soumise à des **enjeux concentrés sur les principales agglomérations et les zones côtières, et le poids des secteurs agricole et agro-alimentaire est particulièrement important**.

Les spécificités régionales concernent :

- **L'habitat**, avec les émissions de **radon**.
- **L'air extérieur** : la Bretagne est régulièrement concernée par des épisodes de pollution aux particules fines issues de trois sources principales (chauffage, transport, agriculture) ; Ces pics sont la partie visible d'une pollution de fond qui impacte le plus la santé des populations.
- **La qualité des eaux** : les ressources en eau de la Bretagne sont essentiellement

d'origine superficielle, et sensibles aux pollutions. **Les non-conformités de l'eau au robinet en nitrates et pesticides sont en diminution quasi constante depuis 15 ans et cette situation est meilleure que la moyenne nationale**. Mais les équilibres restent fragiles en matière d'eaux brutes. Les eaux de baignade en mer sont de bonne qualité, mais un nombre important de sites de pêches à pied sont dégradés et la prolifération des algues vertes reste à surveiller.

Au-delà de ces spécificités « historiques », la santé environnementale est un champ en perpétuelle évolution, tant sur le plan de la progression des connaissances scientifiques que sur le plan de l'apparition de nouveaux chantiers, au croisement entre la promotion de la santé (urbanisme favorable à la santé, prise en compte des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé) et la veille et la sécurité sanitaires (exemple des risques émergents, vis-à-vis desquels les attentes de la population sont particulièrement fortes : ondes, perturbateurs endocriniens, nanomatériaux, changement climatique...).

Tous ces enjeux constituent des objectifs spécifiques au sein du plan régional santé-environnement 2017-2021.

Les enjeux liés à l'organisation du système de santé

L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE A LA PREVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES

Le vieillissement de la population déjà évoqué, tout comme les autres facteurs liés au mode de vie dans les sociétés industrialisées (alimentation, sédentarité, stress, pollution, alcool, tabac...) s'additionnent pour expliquer la prédominance des maladies chroniques, qui ont pris le pas sur les maladies infectieuses en terme de mortalité et de morbidité.

Cette **transition épidémiologique** a des effets largement observables aujourd'hui qui continueront de se manifester durant la prochaine décennie. C'est un phénomène général au niveau national ; **le nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) a augmenté de manière très prononcée : il est passé de 3,3 millions en 1994 à 9,9 millions en 2014.** Ont été rappelés plus haut les chiffres de la mortalité liée au cancer et aux maladies cardio-vasculaires, qui touchent la Bretagne plus fortement que le reste de la France. Le fait que les données bretonnes du diabète (prévalence du diabète de type 2 : 226 pour 1000 habitants en 2012 contre 336 au niveau national) et de l'obésité soient moins dégradées qu'au niveau national ne leur enlève pas leur caractère préoccupant. Ainsi, par exemple, l'obésité a quasiment doublé dans la population bretonne sur les 15 dernières années.

La prédominance des maladies chroniques ou « non transmissibles » pose la question de **l'adaptation de notre système de santé.**

Notre système est plutôt tourné vers le curatif. Or, les causes des maladies chroniques étant principalement à rechercher dans les modes de vie des personnes, nous devons impérativement renforcer l'effort sur les déterminants de santé et **rendre le système de santé plus préventif** qu'il n'est aujourd'hui. Ceci implique une action plus coordonnée avec les autres acteurs publics, pour influencer positivement sur les modes de vie, notamment en matière de scolarité, d'urbanisme, de milieu de travail...

Notre système de santé est également conçu pour soigner les maladies ou réparer les dommages, par des actes médicaux et en particulier des séjours hospitaliers. Or une personne atteinte de maladie chronique est affectée sur le long terme, et sa maladie peut

être porteuse d'autres complications pour sa santé et de répercussions sur sa vie sociale (logement, travail, alimentation, déplacements...).

Par conséquent, là où le système de santé savait soigner des maladies ou accidents ponctuels par des actes ou des séjours individualisés, il devra demain :

- ⊕ **Etre coordonné dans sa construction** : l'offre de santé devra être construite en fonction des parcours des personnes, et veiller à ce qu'il ne manque aucun maillon indispensable, pour éviter les ruptures dans les prises en charge ;
- ⊕ **Etre coordonné dans sa mise en œuvre** : les professionnels de santé ainsi que les établissements et services devront travailler en meilleure coordination autour de la personne, pour lui assurer une prise en charge globale, favoriser son parcours, et éviter les pertes d'informations, les soins redondants, les difficultés d'orientation des personnes et de leurs aidants ;
- ⊕ **Etre centré sur le lieu de vie** : les services et établissements devront soutenir les personnes en priorité à leur domicile, dans leur environnement quotidien : ceci passe par un développement coordonné des services à domicile, une poursuite du développement des hospitalisations en ambulatoire ainsi que des possibilités d'accueil modulaire entre établissement et domicile ;
- ⊕ **S'appuyer sur la personne** et ses compétences, ainsi que sur ses aidants : les conditions de vie étant les causes premières des maladies non transmissibles, il importe que la personne soit la première actrice de son état de santé. Il sera déterminant de renforcer ses compétences pour rester en bonne santé dans le respect de ses choix, tout comme ses capacités à gérer sa maladie (éducation thérapeutique). De même, le soutien entre pairs (groupes d'entraide

mutuelle), et le soutien des aidants seront à privilégier.

Ces changements ont déjà débuté aujourd'hui ; **l'enjeu pour les 10 prochaines années est de conforter les transformations nécessaires à ces besoins de prise en charge.**

L'IMPACT DE LA DEMOGRAPHIE ET DES MODES D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Malgré le desserrement des *numerus clausus* en faculté de médecine, le nombre de médecins en exercice devrait continuer à décroître en France jusqu'au tour de 2020.

Avec **3 052 médecins généralistes libéraux** installés au 1er janvier 2015, soit une densité de 94 professionnels pour 100 000 habitants, **la Bretagne affiche une offre de soins comparable à celle observée en France métropolitaine.**

Si ce nombre a augmenté de façon continue jusqu'en 2010, il amorce depuis une légère baisse. Cette tendance s'explique par le vieillissement de la population médicale qui a engendré un nombre de départs important et a fait apparaître des difficultés d'accès aux soins dans certains territoires. Ce phénomène risque de se poursuivre dans les années à venir au regard de la part encore élevée de professionnels âgés de 60 ans et plus (un quart au 1er janvier 2015). Les mesures pour maintenir l'attractivité de l'exercice libéral doivent être confortées.

En effet, les nouveaux professionnels formés manifestent le souhait de conditions de travail permettant une meilleure conciliation entre vie personnelle et professionnelle, et privilégient un exercice plus regroupé. Ainsi, la nouvelle génération de médecins généralistes ne s'installe plus systématiquement à la sortie des études et opte de plus en plus pour un statut de médecins remplaçants ou pour une orientation vers un exercice salarié jugé moins contraignant (+9 % entre 2012 et 2015).

La **promotion des stages en libéral au cours de la formation, l'accompagnement dans les démarches d'installation, la mise en place de conditions d'exercice regroupé** sont autant de leviers à développer pour rendre attractif l'exercice libéral et répondre au problème de démographie médicale sur certains territoires, sachant que la répartition des professionnels est une préoccupation majeure. Ces dispositifs ont été mis en œuvre dans la région avec succès depuis 2010, et devront à ce titre poursuivre leur développement :

- ⊕ 89 contrats d'engagements de service public signés avec des étudiants en médecine, pour favoriser leur installation

en zone sous-dotée ;

- ⊕ 43 contrats de praticien territorial de médecine générale signés, pour aider les jeunes médecins durant les deux premières années de leur installation en zone sous-dotée ;
- ⊕ 81 maisons de santé pluri-professionnelles fonctionnant en 2017.

La situation pour les médecins spécialistes libéraux est moins favorable puisque la densité est de 74 pour 100 000 habitants en 2015 contre 94 en moyenne nationale, avec une situation plus marquée pour la pédiatrie (19,5 contre 25,7) et la gynécologie (13,9 contre 19,9). Cette offre de second recours a tendance à se concentrer autour des villes proposant des plateaux techniques hospitaliers au détriment du reste du territoire régional.

La démographie propre aux établissements de santé (publics et privés) varie selon les spécialités, **avec des tensions notamment sur la pédiatrie** (9,7 médecins pour 100 000 habitants en 2014 contre 11,9 au niveau national), la **psychiatrie** (19,7 contre 23,1) et **l'anesthésie-réanimation** (15,5 contre 16,9). A cette problématique s'ajoute celle de la répartition géographique des professionnels : ils sont en effet plus nombreux à souhaiter travailler au sein d'équipes médicales plus étoffées, dans des établissements de taille plus importante.

Cette démographie et ces aspirations professionnelles peuvent avoir d'importants effets sur l'offre hospitalière et sa répartition sur la région. Cette offre est constituée de 123 établissements de santé (46 publics, 42 privés d'intérêt collectif et 35 privés à but lucratif), sachant que les établissements publics réalisent 90 % de l'activité de médecine et 80 % de l'activité d'obstétrique et que les établissements privés effectuent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et interventionnelle. Les **coopérations territoriales entre établissements**, doivent être une réponse aux enjeux de la démographie des professionnels, par des équipes médicales partagées, une meilleure gradation des actes et des soins entre les différents plateaux techniques, et des consultations externes sur les territoires.

L'ADAPTATION DU SYSTEME DE SANTE AUX INNOVATIONS

Sur la prochaine décennie, le développement des progrès médicaux, technologiques et organisationnels va s'intensifier, ouvrant de grandes opportunités que le système de santé devra saisir.

Des **innovations médicales majeures** transformeront dans l'avenir les soins de manière conséquente. Parmi celles-ci, on mentionnera :

- ⊕ **La génomique** : le séquençage de l'ADN humain et l'étude de son fonctionnement favorisent le développement actuel de la médecine prédictive, pouvant expliciter aux patients leurs prédispositions génétiques à une maladie et permettre d'adapter en fonction la prévention ou le traitement nécessaire. La génomique ouvre également la voie à une véritable thérapie génique, qui est encore balbutiante à ce jour, mais dont le potentiel de développement est considérable.
- ⊕ **L'immunothérapie** : cette technique consiste à stimuler les défenses immunitaires naturelles du corps pour qu'elles puissent s'attaquer aux cellules cancéreuses.
- ⊕ **La thérapie cellulaire** : il s'agit, à partir de cellules souches, de pouvoir cultiver des cellules de sorte à reconstituer certains organes défaillants, ouvrant la voie à une médecine dite « régénérative ».
- ⊕ **La nanomédecine** : l'essor des nanotechnologies pourra permettre des progrès considérables dans le diagnostic, l'efficacité des médicaments (utilisation de « nano-véhicules »), le traitement des cellules tumorales par action physique directe sur les cellules, ou encore l'ingénierie tissulaire (os, peau, cartilage).

Si ces révolutions médicales n'auront probablement pas atteint d'ici 10 ans leur pleine utilisation quotidienne, il en va autrement des innovations technologiques de l'informatique et de la communication qui existent déjà à ce jour et qui influenceront l'évolution du système de santé. Ces **innovations technologiques** recouvrent quatre champs :

- ⊕ **L'assistance à la prévention au diagnostic** : les patients pourront développer un rôle actif dans leur propre santé en s'aidant d'objets connectés

(smartphones, montres connectées), et les professionnels de santé pourront avoir accès à des fonctions étendues d'aide au diagnostic qui permettront de simplifier la prise en charge, tout en s'assurant du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ;

- ⊕ **La télémédecine** facilitera la surveillance quotidienne du patient à distance (télésurveillance), l'accès du patient à des consultations médicales (téléconsultation), ainsi que l'accès des médecins de premier recours à des avis spécialisés (télé-expertise). Il s'agit là d'une des réponses efficaces à la problématique de l'accès aux soins ;
- ⊕ **La robotisation** continuera son développement dans les opérations chirurgicales, permettant à la fois des opérations moins invasives donc moins risquées, et des réalisations à distance ;
- ⊕ **Les dossiers communicants**, comme le dossier médical partagé (DMP) faciliteront grandement le parcours du patient en permettant à tout professionnel de santé qu'il autorise intervenant dans le parcours de la personne d'avoir accès de manière sécurisée aux informations le concernant.

Les modes d'organisation des professionnels sont un autre champ majeur d'innovation. On peut ainsi citer les progrès réalisés grâce à l'engagement de nombreux professionnels de santé dans les alternatives à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire, récupération rapide après chirurgie, hospitalisation à domicile...), dans l'organisation du parcours de la personne (plateformes d'appui, MAIA...) ou dans les nouvelles formes de prise en charge médico-sociales (accueils séquentiels, accueil de jour, « dispositif ITEP », baluchonnage...).

La diffusion des innovations doit enfin concourir au développement de la prévention et de la promotion de la santé pour tous.

Bien qu'ayant un fort potentiel bénéfique pour la personne et pour le système de santé, toutes ces innovations ne se développeront pas systématiquement de manière spontanée. Elles sont indissociables de **la recherche** et posent la question de l'équilibre entre d'une part la concentration de moyens induite par la nouveauté, l'expertise et le coût et d'autre part la diffusion des innovations au bénéfice de tous.

La plupart des innovations requièrent en effet une adaptation des pratiques et des infrastructures, des règles de financement adéquates, un accompagnement des organisations et des pratiques professionnelles, une politique incitative et une régulation éthique.

L'ARS doit s'inscrire comme facilitateur du développement et de l'accompagnement pour la mise en pratique des innovations dans le système de santé, pour exploiter les opportunités que représenteront les progrès de la prochaine décennie.

L'EXIGENCE ACCRUE DE SECURITE ET DE QUALITE DANS LE SYSTEME DE SANTE

L'usager a vu sa relation au système de santé évoluer considérablement dans le sens d'une plus grande exigence de qualité. En réponse le système de santé a fait progresser ses standards et offre à présent un paysage où la qualité et la sécurité des soins en établissements sont mesurées et publiées, où le secteur sanitaire est régulièrement certifié et le secteur médico-social évalué, et où se développent les nouveaux métiers liés à la qualité, à l'analyse des risques et à la pertinence des soins.

Cependant, la notion de « qualité » n'est pas intemporelle, elle ne peut se concevoir qu'en fonction de l'évolution du système de santé et des besoins de la société. **Quand le système évolue dans ses prises en charge, les exigences de qualité doivent évoluer également pour s'adapter** à cette nouvelle donne. C'est d'ailleurs ce qui conduit les référentiels de certification des établissements de santé à évoluer régulièrement depuis leur création.

La qualité doit donc prendre en compte :

- ⊕ Un système prenant en charge une population vieillissante ;
- ⊕ Un système fondé sur le virage ambulatoire ;
- ⊕ Un système de plus en plus tourné vers le parcours de la personne dans son ensemble ;
- ⊕ Des sources d'information grand public foisonnantes ;
- ⊕ Les questions d'éthique posées par les innovations.

Les exigences de qualité doivent d'abord s'adapter au vieillissement de la population. Par exemple, les EHPAD devront poursuivre leur adaptation aux personnes de plus en plus âgées et dépendantes, donc élever leurs standards de sécurité sanitaire (vaccination du personnel, meilleure surveillance de la iatrogénie médicamenteuse...) et adapter leurs critères de bientraitance à un public très dépendant.

La qualité doit également évoluer face à un système de santé basé sur l'hospitalisation ambulatoire, ainsi que sur des prises en charge au domicile.

Il est en effet plus complexe sur le plan de l'organisation de surveiller la personne en pré et post-interventionnel lors des interventions de chirurgie ambulatoire (toilette pré-opératoire au domicile du patient, rappel du lendemain...) qu'en hospitalisation complète, notamment pour une population vieillissante. Sans un niveau de qualité optimal, les risques de ré-hospitalisations peuvent être fréquents, et le patient, voire les équipes médicales, pourraient préférer l'hospitalisation complète, et ainsi compromettre le « virage ambulatoire » du système de soins.

De même le contrôle de la qualité des accompagnements et de la bientraitance sont plus complexes à organiser dans le cadre de services à domicile qu'en établissement, où la qualité des locaux et l'observation quotidienne des pratiques bénéficient d'une unité de lieu. Savoir organiser les services à domicile dans des conditions de qualité optimale est un des enjeux de la décennie à venir : il en va de la confiance que les personnes ou leurs familles et aidants mettent dans les services d'accompagnement.

La qualité doit s'adapter à un système de santé tourné vers le parcours et la prise en charge globale de la personne. Chaque maillon du système devra être évalué pour sa propre prise en charge, mais également pour sa capacité à entrer dans un fonctionnement coopératif et communicant centré autour de la personne. Par exemple, il convient qu'un établissement effectue une bonne transmission de ses courriers de sortie, renseigne les DMP de ses patients, tout comme il surveille les risques infectieux dans ses blocs opératoires. Ceci démontre également que la qualité ne se mesure pas qu'en établissement : la capacité d'un professionnel libéral à s'inscrire dans le parcours d'une personne par ses coopérations est à cet égard tout aussi importante.

Le concept de qualité en santé est indissociable de la transparence et de la publication des informations pour le public. Le temps n'est plus

au patient face aux soignants seuls détenteurs du savoir. **Le citoyen a aujourd'hui une demande d'informations compréhensibles et de comparaisons éclairées.** Ces exigences s'adressent à l'ensemble du système qu'il soit ambulatoire, hospitalier ou médico-social. L'avènement d'internet a rendu cette évolution encore plus spectaculaire, et a fait ressortir l'enjeu avec d'autant plus d'acuité. Chacun constate en effet sur internet et les réseaux sociaux une profusion d'informations, dont certaines peuvent être fantaisistes, voire dangereuses, au risque de semer le trouble ou la méfiance vis-à-vis du système de santé. Il sera déterminant pour les institutions et les

professionnels de santé de donner aux patients une information toujours plus claire, pertinente et accessible sur la qualité du système de santé et la pertinence des soins.

La qualité rejoint l'éthique quand la mise en responsabilité de l'individu dans la prise en charge de sa santé par un accompagnement attentionné des professionnels et la meilleure réponse thérapeutique ou sociale en fonction des moyens disponibles deviennent des questions récurrentes dont tous les acteurs doivent s'emparer dans un contexte de forte innovation.

Les enjeux liés à la place de la santé dans le maintien de la cohésion sociale

LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

La cohésion sociale peut être définie comme un état de bon fonctionnement de la société où s'exprime la solidarité entre individus, ce qui ne peut exister qu'en **réduisant les inégalités**, notamment en matière de santé.

Ainsi, il est admis que les facteurs sociaux et environnementaux (emploi, revenu, habitat, capital culturel...) expliquent 80 % des inégalités sociales de santé, très loin, donc, devant les facteurs directement liés à l'organisation des soins et de la prévention. C'est ce qui explique qu'aujourd'hui, en France, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes.

En matière d'environnement, deux mécanismes se conjuguent pour contribuer à ces inégalités :

- des différences d'exposition : certains territoires ou certaines populations sont plus exposés que d'autres aux facteurs environnementaux (ex : territoires à risque radon, exposition accrue des enfants en termes de physiologie et de comportements)
- des différences de vulnérabilité des populations : à conditions d'exposition équivalentes, les effets sur la santé sont plus importants chez certaines populations, en fonction de leur âge (enfants et personnes âgées), de leur état de santé (personnes atteintes de maladies chroniques), ou de leur statut social.

Agir sur les inégalités suppose d'analyser la situation au-delà des chiffres exprimés en moyenne régionale., Si **la Bretagne peut apparaître parmi les régions moins**

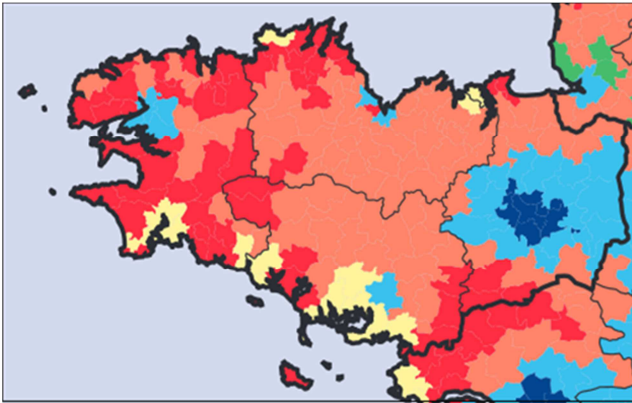
confrontées que les autres aux difficultés sociales, les indicateurs sont pour autant à prendre en considération:

- ⊕ Un taux de pauvreté de 10,5 % contre 14,3 % au niveau national ;
- ⊕ Un des plus faibles taux de chômage de France : 8,9 % contre 10 % ;
- ⊕ La deuxième proportion la moins élevée de France de familles monoparentales (18% contre 22%) ;
- ⊕ Le plus faible taux de personnes peu ou pas diplômées, après l'Ile-de-France.

Ainsi, certains territoires présentent des **fragilités socio-économiques qui ne sont pas sans conséquences sur la santé, notamment en centre Bretagne et dans les villes-centre.**

De même, les constats effectués sur les surmortalités bretonnes (cancer, maladies cardiovasculaires, santé mentale) ne doivent pas occulter que la région est plutôt inégalement touchée par ces phénomènes. **La mortalité est en effet plus élevée dans l'Ouest de la Bretagne, alors que l'Ille-et-Vilaine est plus épargnée.** Plus précisément, les indicateurs défavorables de la Bretagne en termes de mortalité prématurée évitable (décès liés à l'alcool, au tabac, au suicide...) ne se constatent pas, à l'échelle départementale, sur l'Ille-et-Vilaine, qui a des chiffres comparables voire meilleurs que les chiffres nationaux.

La carte suivante présente une typologie des cantons bretons, effectuée en combinant les données sociales et de santé, permettant une illustration sur la région des inégalités sociales et territoriales de santé.



■ zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ;
 ■ zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales et en sous-mortalité par cancers.

Source : La France en sept classes (FNORS, 2010).

La classification a permis d'identifier sept classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire similaire. Classes :

■ zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité ;

■ zones plutôt péri-urbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale que pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux

■ zones relativement peuplées, offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ;

■ zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ;

■ zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ;

Il est donc essentiel, si l'on veut plus efficacement agir sur la santé de tous les Bretons, de lutter contre ces inégalités sociales et territoriales de santé. Ceci passe par :

- ⊕ Un **repérage** plus efficace des inégalités existantes (sociales, territoriales, environnementales, mais aussi de genre).
- ⊕ Une **compréhension plus fine** du rôle des déterminants des différents problèmes de santé (comportements individuels, facteurs psycho-sociaux, conditions de vie matérielles et environnementales...).

- ⊕ Une action de plus forte **coordination des politiques publiques** (logement, travail, urbanisme, cohésion sociale...), pour travailler sur l'état de santé en amont du système de soins ;

- ⊕ Des actions obéissant au principe dit « **d'universalisme proportionné** », c'est-à-dire qui savent spécifier leurs messages à destination des différents publics prioritaires. Une simple campagne d'information contre l'obésité a, par exemple, de fortes chances d'être prise en compte avant tout par les catégories sociales les plus aisées, qui sont déjà en meilleure santé.

L'ADAPTATION DU SYSTEME A UNE EVOLUTION CONTRAINTE DU FINANCEMENT

Le financement de notre système de santé est soumis à une double contrainte :

- ⊕ Une moindre progression des **recettes** dans le cadre d'une augmentation de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) voté au Parlement plus contenue ;
- ⊕ le **dynamisme des dépenses**, tiré notamment par l'essor des maladies chroniques et le vieillissement de la population compte tenu en particulier du coût des traitements innovants. Les dépenses de santé globales sont ainsi passées de 5,4% du PIB en 1970 à plus de 12% aujourd'hui..

Par ailleurs la structure même des remboursements effectués par l'Assurance maladie s'est modifiée, caractérisée par

l'augmentation continue du nombre de bénéficiaires en ALD.

L'enjeu réside donc dans notre capacité à assurer à la population un système efficient et financièrement soutenable, garantissant également qualité et accessibilité territoriale et financière.

C'est aussi au regard de cet objectif que doivent être analysées les places et évolutions respectives de la prévention, de la promotion de la santé, des soins de premier recours, de la réponse médico-sociale et de la prise en charge hospitalière.

Améliorer l'efficacité du système de santé signifie principalement développer la prévention et la promotion de la santé, faire prendre au système de santé un « **virage ambulatoire** », l'amener à rechercher une **organisation plus**

performante et agir sur la pertinence des soins.

La prévention et la promotion de la santé consiste à agir sur tout ce qui peut porter atteinte prématurément à la santé en développant l'éducation à la santé, les compétences psychosociales, et en mobilisant les autorités publiques qui disposent des leviers pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé (logement, travail, urbanisme, transports, conditions de vie ...)

Le virage ambulatoire consiste à promouvoir de manière résolue la mise en œuvre des techniques ambulatoires en hospitalisation (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour ou à temps partiel, hospitalisation à domicile), qui progressent régulièrement. Ce virage concerne également le secteur médico-social, dont les modalités de prise en charge alternatives à l'hébergement à temps plein doivent poursuivre leur développement (accueils séquentiels, hébergement temporaire, accueil de jour...).

La pertinence consiste à rechercher les soins et les prescriptions les plus adaptés aux situations des malades et aux standards médicaux de qualité. Il s'agit de donner le soin ou le médicament le plus juste pour éviter les redondances ou les inadéquations, qui sont sources de non-qualité comme de surcoûts.

La recherche de l'efficacité dans l'accessibilité passe par l'incitation faite aux établissements et services à coopérer ou à se rapprocher. Là où des gains de productivité et économies d'échelle sont possibles et souhaitables, des coopérations territoriales doivent être réalisées, qu'il s'agisse des domaines « support » ou de l'organisation des soins eux-mêmes (postes partagés, télémédecine...). Certains établissements ou services peuvent également ne pas atteindre la taille critique nécessaire aux renouvellements de leurs investissements, ou au maintien de certaines de leurs activités. Ces situations doivent être accompagnées pour favoriser des rapprochements ou des coopérations renforcées qui permettront de repenser l'offre proposée et d'en assurer la pérennité.

Les leviers communs à l'ensemble de ces actions sont l'observation et l'analyse partagées, la négociation et la contractualisation, ainsi que la diffusion des bonnes pratiques.

L'observation et l'analyse partagées, qu'il s'agisse de consommation de soins, de prescriptions, de taux de fuite ou de vétusté des établissements, permettent d'établir des diagnostics fins qui sont des préalables indispensables à toute réflexion autour de l'efficacité.

La contractualisation est une démarche qui consiste à ne pas s'inscrire dans un modèle administratif descendant où les acteurs du système de santé n'auraient qu'à appliquer des solutions toutes faites, mais au contraire à poser ensemble, des engagements personnalisés et négociés, qui feront l'objet de suivis réguliers.

Renforcer l'efficacité passe enfin par un **travail de diffusion et de promotion des bonnes pratiques** et des innovations techniques et organisationnelles, qu'il s'agisse de dynamisation des achats, de meilleure utilisation d'un équipement médico-technique, de diffusion des bonnes pratiques de prescriptions.

Ces enjeux d'une meilleure efficacité de notre système de santé visent aussi plus fondamentalement à le moderniser et sont en résonance avec les autres objectifs stratégiques du projet régional de santé présenté dans le présent document. Ainsi, cette modernisation du système de santé doit permettre à chacun de bénéficier lorsque cela est possible d'alternatives à l'hospitalisation complète pour réserver cette dernière à la phase aigüe des soins et développer les alternatives ancrées sur les territoires dans le cadre de prises en charge graduées, notamment dans le cadre des projets médicaux de territoires des groupements hospitaliers de territoire. Les questions de pertinence doivent également permettre au patient de bénéficier des justes soins, lorsque cela est nécessaire et éviter tous actes inutiles ou redondants.

L'ADAPTATION DU SYSTEME AUX RISQUES D'EVENEMENTS SANITAIRES EXCEPTIONNELS

Le système de santé a une mission de protection de la population en cas d'évènements exceptionnels, que ce soit par leur gravité ou leur ampleur. Il s'agit d'être en mesure de déployer une réponse adéquate,

organisée, rapide et proportionnée, aux besoins liés à ces situations sanitaires exceptionnelles.

Notre système fait régulièrement face à des évènements sanitaires tels que des cas de maladies transmissibles (méningites,

tuberculoses, rougeole...) ou pouvant avoir un impact sanitaire comme des accidents routiers importants. Il a également pris acte des grands risques technologiques et environnementaux (industries chimiques et nucléaires, pollutions maritimes...). Mais **cette préparation du système de santé doit être constamment réinterrogée et actualisée pour tenir compte du niveau de la menace.**

En effet, **les menaces évoluent** ; nous sommes ainsi confrontés depuis une dizaine d'années à un risque plus élevé d'attentats, dont certains à l'arme de guerre, et impliquant un afflux massif de victimes. Certains épisodes climatiques (épisodes de fortes chaleurs, de sécheresse, d'inondations...) pourront également survenir à échéance plus rapprochée du fait du changement climatique.

Certains évènements peu exceptionnels en soi peuvent en outre avoir, du fait de la vulnérabilité d'une partie de la population (personnes âgées, personnes résistantes aux antibiotiques ou non vaccinées...), des répercussions plus graves que par le passé comme les épisodes de forte chaleur ou de grippe saisonnière, par exemple.

De plus, la **diversité des risques sanitaires** (médicaments, maladies infectieuses

transmissibles, pollutions environnementales...), rend particulièrement difficile leur surveillance, notamment dans des situations d'incertitude et de controverse scientifique, avec des signaux d'alerte faibles ou difficiles à caractériser.

L'opinion publique est devenue plus exigeante vis-à-vis des pouvoirs publics et du système de santé, et souhaite à juste titre une protection optimale. Cette exigence nécessite une information vérifiée, documentée, excluant toute rumeur.. Mieux répondre à la demande sociale signifie donc intervenir de manière toujours plus adaptée face aux crises, tout en délivrant une communication fiable susceptible d'inspirer la confiance.

L'enjeu de la prochaine décennie pour le système de santé est de **s'adapter aux nouvelles menaces**, et de toujours **améliorer sa capacité de surveillance préventive** et de **prise en charge rapide et efficace** de la population durant les crises.

Il conviendra donc, en pleine coordination avec nos partenaires, de renforcer nos capacités de surveillance et de traitement des signaux d'alerte, tout comme d'améliorer notre préparation aux situations sanitaires exceptionnelles.

FAIRE DE LA SANTE L'AFFAIRE DE TOUS

Tous les enjeux précédemment présentés sont déterminants pour l'amélioration de l'efficacité du système de santé breton dans la prochaine décennie.

La capacité à impliquer l'ensemble des partenaires, tout comme les représentants de la démocratie en santé et les usagers, constitue en soi un enjeu, car elle est une des conditions de réussite pour relever les autres défis.

Tout d'abord, pour relever le défi des inégalités de santé, mais aussi du vieillissement de la population, de l'amélioration de l'autonomie au domicile ou de la prévention des maladies chroniques, l'ARS devra agir sur les déterminants de santé des individus (conditions de vie, de logement, alimentation, travail, compétences psycho-sociales). Elle devra donc œuvrer pour « **mettre la santé dans toutes les autres politiques** », selon l'expression de l'Organisation mondiale de la santé. Ceci signifie pour l'Agence être en mesure de développer ses partenariats institutionnels pour contribuer à une action globale en matière de santé.

A cet égard, **l'ARS se trouve en situation de co-responsabilité avec d'autres institutions** sur un certain nombre de domaines comme par exemple :

- ⊕ l'efficacité du système de santé (virage ambulatoire, pertinence des soins et des prescriptions...), dont les buts et les moyens d'actions sont partagés avec l'Assurance maladie ;
- ⊕ la santé environnementale, la gestion de crise, l'aménagement du territoire, la santé des enfants scolarisés et l'insertion scolaire des enfants en situation de handicap, la santé au travail, qui impliquent les Préfets et les services de l'Etat ;
- ⊕ la politique de soutien à l'autonomie pour les personnes âgées et en situation de handicap, dont les buts et les leviers d'action sont partagés avec les conseils départementaux également en charge de la protection maternelle et infantile ;

- ⊕ la formation d'une partie des professionnels de santé (professionnels paramédicaux) en lien avec le Conseil régional.

Toute action majeure de l'ARS ne pourra par conséquent être pleinement opérationnelle que si elle entre en synergie avec les actions de ses partenaires en la matière.

De même, **toutes les actions de l'ARS ainsi que celles de ses partenaires visant à modifier les habitudes de vie, les façons de soigner et de prendre en charge ne pourront être efficaces que si elles sont partagées par les personnes elles-mêmes**, voire parfois co-construites, qu'il s'agisse des professionnels ou des usagers. Les bons comportements en matière de prévention, de vie avec une maladie chronique, d'autonomie d'une personne âgée, ou de prescription de transports ne peuvent être « administrés ». Les personnes elles-mêmes, les

soignants, les aidants, les professionnels de santé doivent tous être considérés comme des acteurs de santé à part entière.

Enfin, **les enjeux de la décennie à venir, tout comme les orientations des politiques régionales de santé, doivent être compris et discutés avec les représentants** des institutions, des collectivités, des professionnels et des usagers, réunis au sein des instances **de la démocratie en santé**. Ces instances, **conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et conseils territoriaux de santé (CTS)**, représentent l'ensemble des acteurs de la santé. Ils constituent pour l'Agence les « corps intermédiaires » avec qui dialoguer. Leur contribution au débat public est indispensable, à la fois pour que la population prenne conscience des enjeux, et pour que les questionnements et les propositions des acteurs de terrain puissent être relayés et pris en compte.

UNE PERSPECTIVE : PARTAGER 7 OBJECTIFS STRATEGIQUES POUR ACCOMPAGNER LES TRANSFORMATIONS DU SYSTEME DE SANTE AU SERVICE DE LA POPULATION BRETONNE

En cohérence avec les axes de la Stratégie nationale de santé, les objectifs stratégiques proposés expriment de façon concrète la finalité et les effets recherchés de la politique de santé régionale incarnée par le projet régional de santé.

S'appuyant sur les éléments de diagnostic élaborés et les enjeux précédemment décrits, ils définissent ainsi les changements souhaitables dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé pour améliorer le service rendu à la population.

Leur efficacité est conditionnée par le choix d'une priorisation de sept objectifs stratégiques.

VERSION EN CONSULTATION

1 Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie

L'idée-clé : Agir sur les déterminants, pour la santé de tous

La santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est un « état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Aussi, **promouvoir la santé suppose d'agir résolument sur l'ensemble des déterminants de la santé**. Cette approche constitue une réponse adaptée à la prévalence des maladies chroniques et notamment aux maladies cardio-vasculaires et au cancer qui font l'objet d'une situation défavorable dans notre région. Elle peut être représentée graphiquement de diverses manières, dont la suivante :



Il s'agit par conséquent non seulement d'éviter que l'environnement global de l'individu soit porteur de risques pour sa santé, mais également que celui-ci devienne favorable à la vie en bonne santé. Il convient également de permettre à l'individu et à son entourage d'acquérir lui-même les moyens de mener une vie en bonne santé.

Cette action, pour être pleinement efficace, nécessite de retenir trois dimensions complémentaires :

- Développer la **promotion de la santé pour tous** incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Prioriser des **actions ciblées en faveur de certaines populations** particulièrement exposées en fonction des indicateurs de mortalité évitable ;
- Favoriser la **coordination des politiques publiques** ayant un impact sur la santé au bénéfice de l'ensemble de la population.

Ce que l'on attend à 10 ans :

- ➔ Des milieux de vie et des milieux professionnels moins porteurs de risques pour la santé
- ➔ Des comportements individuels plus favorables à la santé tout au long de la vie
- ➔ Des politiques de prévention et de promotion de la santé spécifiques intégrées aux parcours de santé et s'appuyant mieux sur l'action des professionnels du premier recours
- ➔ Des acteurs publics (ARS, Etat, Assurance maladie) et des collectivités territoriales mieux coordonnés sur des priorités régionales de santé publique
- ➔ Des actions de santé déclinées au niveau des territoires de proximité
- ➔ Des inégalités sociales et territoriales de santé réduites

Ce que nous allons faire

PROMOUVOIR POUR TOUS DES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE

L'objectif est de **rechercher l'autonomie de la personne, de développer son pouvoir d'agir sur sa santé** (« *empowerment* »). Il s'agit pour cela d'encourager et d'accompagner tout au long de la vie les comportements favorables à la santé de la population bretonne et de les intégrer au parcours de santé et de vie des individus.

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités permettant l'accroissement des connaissances en matière de santé et de développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes et plus généralement la qualité de vie. Il conviendra notamment de conforter les actions en matière de nutrition, d'activité physique ou de vie affective et sexuelle. De même, l'application des règles d'hygiène individuelle et collective sera favorisée.

La promotion de la santé prend appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions et en utilisant des méthodes favorisant la participation. Il s'agit d'aller vers les populations, de prendre en

compte leurs conditions de vie et pas seulement les comportements individuels, dans une démarche excluant toute culpabilisation. Cette prise en compte des différents publics est essentielle notamment pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Elle s'attache à développer les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en favorisant les mises en situation pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et compétences.

La politique de promotion de la santé se double d'une action générale de lutte contre les maladies transmissibles, notamment par la promotion du dépistage et de la vaccination afin de protéger les personnes, leur entourage, et en particulier les populations les plus fragiles.

D'autre part, le repérage et la prise en charge précoce des pathologies chroniques doivent permettre d'éviter leur aggravation.

PREVENIR L'EXPOSITION DE LA POPULATION AUX FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX ET LIES AU TRAVAIL

La charte d'Ottawa de l'OMS énonce : « L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé. »

Les priorités en matière d'action sur les déterminants environnementaux de la santé prennent en compte la nécessaire réduction de l'exposition de la population aux pollutions intérieures et extérieures ainsi que le développement de bonnes conditions d'habitat. Elles sont définies en partenariat entre l'ARS, la Préfecture de région et le Conseil régional, et constitueront le **plan régional santé-**

environnement (PRSE) 2017-2021, arrêté par le Préfet de région. Ce plan doit notamment répondre aux risques spécifiques de la Bretagne en matière de radon et de qualité des eaux, mais comportera plus largement huit priorités qui sont :

- ⊕ Observer et améliorer les connaissances, s'approprier les données pour agir de manière adaptée aux réalités des publics et des territoires bretons ;
- ⊕ Agir pour une meilleure prise en compte de la santé environnementale dans les politiques territoriales ;
- ⊕ Agir pour l'appropriation des enjeux de santé environnementale par les Bretons ;
- ⊕ Aménager et construire pour un cadre de vie favorable à la santé ;

- ⊕ Agir pour une meilleure qualité de l'air intérieur et extérieur ;
- ⊕ Agir pour une meilleure qualité de l'eau (eaux d'alimentation et de loisirs) ;
- ⊕ Agir pour des modes de vie et des pratiques professionnelles respectueuses de l'environnement et favorables à la santé ;
- ⊕ Répondre aux nouveaux défis : changement climatique, ondes perturbateurs endocriniens, nanomatériaux.

Les conditions de travail font également partie de l'environnement quotidien de la personne. Elles peuvent engendrer la survenue de certaines pathologies (cancer, pathologies respiratoires, troubles musculo-squelettiques...) dont l'impact sur la santé des Bretons n'est pas négligeable. Elles apparaissent en tant que telles dans les

orientations du futur PRSE. Elles font également l'objet d'un **plan régional santé au travail (PRST)** sous l'autorité du Préfet de région, piloté par la DIRECCTE. Agir sur l'environnement de travail signifie :

- ⊕ Accroître le partenariat avec les acteurs régionaux (DIRECCTE, CARSAT, services de santé au travail) afin de réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail ;
- ⊕ Agir pour que les milieux professionnels prennent davantage conscience des risques sanitaires et exposent moins leurs personnels en développant une culture de prévention ;
- ⊕ Faire en sorte que le milieu de travail (entreprise, services de santé au travail...) soit un levier pour transmettre des messages de promotion de la santé.

DEVELOPPER UNE PREVENTION CIBLEE POUR UNE PLUS GRANDE EGALITE DEVANT LA SANTE

Les actions de promotion de la santé et de prévention doivent également être **ciblées sur certains publics et certaines pathologies** :

- ⊕ des **publics vulnérables** (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes précaires ou exclues, migrants, détenus)
- ⊕ des publics à fort enjeu en terme de santé publique (enfants et adolescents) ;
- ⊕ des **pathologies à fort enjeu régional** : conduites addictives, santé mentale, cancer, maladies

cardiovasculaires, maladies chroniques.

Ces actions doivent s'intégrer au parcours de santé de ces personnes et être pensées en lien avec les soins et les accompagnements médico-sociaux qui leur sont destinés.

Cette prévention ciblée contribue à lutter contre les inégalités sociales en santé qui exposent davantage certaines catégories de la population aux risques sanitaires. Elle est une réponse, non exclusive, à l'accès au système de santé pour les personnes les plus vulnérables.

COORDONNER L'ACTION DE L'AGENCE ET DE SES PARTENAIRES POUR PROMOUVOIR LA SANTE DE MANIERE GLOBALE

La charte d'Ottawa préconise « l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé », souhaitant par-là que **l'enjeu de la santé soit intégré à l'ensemble des politiques publiques**. Ce principe trouve son développement dans l'objectif de toujours mieux coordonner l'action de l'ARS avec ses partenaires institutionnels régionaux et départementaux, notamment les services de l'Etat (Préfecture, DIRECCTE, DRAAF, DREAL, Rectorat, DDCSPP, DDTM), de la Sécurité sociale

(Assurance maladie, CARSAT, CAF) et les collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils départementaux, communes et intercommunalités).

Le PRS offre un cadre pour promouvoir cette réflexion collective et un levier pour encourager la coordination des politiques publiques. Reconnaître l'importance des déterminants de santé dans la politique régionale de santé conduit à combiner les actions au bénéfice de la population en

matière d'environnement, d'alimentation, de logement, d'éducation, d'organisation du travail, d'aménagement du territoire, de transports et bien sûr en matière de santé.

Cette préconisation trouve également son développement dans l'objectif d'**ancrage territorial des actions de santé publique**. Objectif qui peut se décliner par des actions visant à développer les capacités d'intervention de terrain en collaboration avec les collectivités locales afin de favoriser les actions de santé publique (postes d'animateurs territoriaux de santé) ainsi que de prévoir des actions en partenariat sur les territoires par le biais des contrats locaux de santé ou d'autres contrats (contrat de ville,...).

L'Organisation mondiale de la santé prône enfin la « *réorientation des services de santé* », c'est-à-dire la **participation active de tous, y compris des services cliniques et curatifs, aux politiques de promotion de la santé**. Ceci passe par des actions s'appuyant sur les établissements de santé en tant que promoteurs de santé, mais aussi sur les acteurs du soin de proximité. Médecins traitants, professions paramédicales, pharmaciens, qu'ils exercent individuellement ou en exercice coordonné, sont les portes d'entrée de la personne dans le système de santé. Leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé doit encore s'accroître. La formation et l'accompagnement des professionnels à la conduite d'action de prévention et de promotion de la santé sont en conséquence à développer.

2 Garantir l'accès à une offre de santé adaptée et de qualité au plus près du domicile

L'idée-clé :

Construire une réponse territoriale accessible pour chacun

La première condition d'efficacité du système de santé repose sur son accessibilité pour l'ensemble de la population. Les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé doivent être levés en veillant à la couverture maladie de tous, à la maîtrise des dépenses restant à la charge des assurés, à la prévention de la désinsertion professionnelle et sociales des personnes malades. Ainsi, l'accessibilité financière que permet notre système de protection sociale pour éviter tout renoncement aux soins doit pouvoir être vérifiée en toutes circonstances pour les plus fragiles. Elle doit être complétée par une accessibilité géographique satisfaisante afin de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cette accessibilité doit être équitable et graduée. Tous les équipements, y compris les plus sophistiqués, et toutes les expertises ne peuvent être déployés en tout point du territoire. Raison

de plus pour s'assurer que tous bénéficient d'un accès gradué et efficace aux soins que requiert leur état de santé dans les délais appropriés.

Cette accessibilité est évolutive car les réponses aux besoins de la population se modifient nécessitant une souplesse des organisations et des recompositions des organisations existantes. D'autre part, le système de santé doit accompagner les changements progressifs de lieux et de modes de vie de la population. Il doit en particulier prendre en considération le besoin d'une offre de plus en plus tournée vers le domicile. Il s'agit d'accompagner dans la phase aiguë mais aussi dans la durée les personnes, en particulier en situation de vulnérabilité ou de chronicité dans une logique de parcours, par une offre équitablement graduée sur les territoires et valorisant le bien vivre à domicile.

Ce que l'on attend à 10 ans

- ➔ Des professionnels de premier recours confortés comme acteurs essentiels de l'accès au système de santé
- ➔ Une organisation sanitaire accessible dans des délais compatibles avec les besoins de santé de la population sur toute la région, y compris dans les territoires isolés
- ➔ Une continuité et une permanence des soins garanties
- ➔ Une offre de soins orientée de manière privilégiée vers la prise en charge à domicile
- ➔ Un accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap favorisant le maintien à domicile

Ce que nous allons faire

CONFORTER LA STRUCTURATION DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Maillon essentiel du système de santé, les soins de premier recours sont majoritairement assurés en proximité par les professionnels de santé libéraux, notamment les médecins traitants et les professionnels paramédicaux. Il s'agit de maintenir, voire de renforcer, la présence médicale et soignante dans les territoires.

Afin de répondre aux aspirations des jeunes générations, de développer la pluridisciplinarité au service de la qualité des soins et de pallier aux difficultés de la démographie des professionnels de santé sur certains territoires, il convient de **poursuivre la politique d'accompagnement volontariste en faveur de l'exercice collectif et coordonné.**

Ainsi, les mesures de soutien à l'exercice professionnel regroupé issues du Pacte territoire santé et les mesures conventionnelles contribuent non seulement à stabiliser l'offre mais à la renforcer sur les territoires et à la rendre plus visible pour la population. Les maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé, centres de santé et futures équipes de soins primaires, continueront d'être encouragés sur la région, par

l'appui à la création et le soutien financier au démarrage en attendant de définir des modalités de contractualisation. L'anticipation des situations les plus critiques, l'association des élus aux initiatives pour maintenir une offre de premier recours suffisante, l'accompagnement de la mobilisation des professionnels de terrain resteront les priorités.

L'organisation des soins de proximité intègre également la **permanence des soins ambulatoires**, assurée par les professionnels de premier recours, dont le rôle est essentiel dans la prise en charge de la population et l'utilisation pertinente du système de soins en évitant un recours trop systématique aux urgences hospitalières. Le dispositif breton, déjà performant, devra être évalué pour en redéfinir, si besoin, les modalités de fonctionnement. De même, l'organisation des soins non programmés pourrait être l'occasion d'un rôle accru des professionnels de premier recours et constituer l'opportunité d'une collaboration efficace avec les hôpitaux de proximité.

ASSURER L'ACCESSIBILITE A UNE OFFRE EN EVOLUTION SUR LES TERRITOIRES

Les soins de second recours, qu'ils soient dispensés par les médecins libéraux spécialistes en ambulatoire ou par des établissements de santé, doivent avoir une répartition cohérente et équitable sur les territoires. Ainsi la prévention et le soin de toute maladie doivent s'appuyer sur une organisation qui, du médecin de ville au plateau technique hospitalo-universitaire, garantit à chaque personne l'accessibilité en temps et en heure au soin le plus adapté.

Les reconstitutions hospitalières visent, par une meilleure utilisation des moyens techniques et humains, à concilier proximité et accessibilité aux plateaux techniques et expertises de recours.

L'effectivité de cette gradation doit être facilitée par la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui ont vocation à définir un projet médical partagé ainsi que des partenariats avec

les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Et pour garantir cette meilleure accessibilité de la population bretonne à des soins appropriés, la gradation des soins doit également s'appuyer sur des moyens tels que les **transports sanitaires** et la **télémédecine**, qui aide à abolir les distances. La recherche d'une efficacité optimale des transports, particulièrement en urgence, doit être une des priorités. Cette recherche se complète nécessairement du soutien à toutes les nouvelles technologies permettant de faciliter les échanges d'informations entre les différents niveaux de l'offre de santé.

Dans ce contexte, l'accès aux urgences revêt une importance particulière pour répondre à la détresse vitale. **L'accès à la médecine d'urgence dans un délai de moins de trente minutes doit être conforté** par un maillage territorial adéquat ainsi que par le développement

de réponses innovantes (médecins correspondants du SAMU).

L'évolution de l'offre de soins territoriale doit aussi se traduire dans les nouveaux outils définis par la loi de modernisation de notre système de santé. Les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** doivent faire naître des initiatives de terrain associant professionnels libéraux, acteurs hospitaliers et médico-sociaux pour mieux répondre collectivement aux besoins de santé et d'accompagnement d'une fraction de la population. Quant aux **projets territoriaux de santé mentale (PTSM)**, ils permettent d'associer l'ensemble des professionnels d'un territoire pour mieux coordonner les actions au service des patients et de leurs aidants.

Les soins doivent également être un droit mieux assuré pour les personnes en

situation de handicap. C'est la raison pour laquelle les dispositifs existants s'adapteront encore pour garantir cette accessibilité : professionnels du premier recours formés aux problématiques d'accueil des personnes en situation de handicap, cabinets adaptés, fauteuils dentaires, consultations dédiées, services d'urgences et hôpitaux en mesure de répondre aux spécificités des personnes en situation de handicap...

L'ensemble de ces évolutions sont autant de transformations devant permettre une meilleure prise en compte des personnes dans les parcours de soins, de santé et de vie en alliant prise en charge à domicile tant que cela est possible et prise en charge en structure lorsque cela devient indispensable. Elles ne seront conduites qu'en faisant confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets innovants.

POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE

Les progrès de la médecine et des organisations soignantes rendent possibles un nombre toujours plus important d'actes et de soins qui ne nécessitent pas d'hospitalisation à temps complet. **Le système hospitalier doit poursuivre son « virage ambulatoire »** qui représente une avancée certaine en matière de confort des patients et d'efficacité. Les hospitalisations sont moins longues, évitant une rupture prolongée avec le cadre habituel de vie ainsi que les risques d'infections associées aux soins.

Cette transformation passe par la poursuite du développement de la **chirurgie ambulatoire**, permise par les progrès techniques aboutissant à des actes moins invasifs et des anesthésies plus courtes. De même, **l'hospitalisation à domicile (HAD)** inégalement développée en Bretagne doit faire l'objet d'objectifs ambitieux. Les alternatives à l'hospitalisation continueront également d'être encouragées en **médecine** (développement de l'hospitalisation de jour, des chimiothérapies orales...), ainsi que les soins permettant d'éviter des hospitalisations complètes en **SSR**

(hospitalisations de jour, réhabilitation rapide après chirurgie).

Si la **psychiatrie** a en France connu un vaste mouvement de désinstitutionnalisation, on constate que le taux de recours à l'hospitalisation complète en psychiatrie se maintient dans des proportions élevées dans notre région par rapport au reste de la France. La recherche de modes alternatifs de prise en charge doit également être recherchée dans ce secteur.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète s'inscrit dans le mouvement général de réduction des durées des séjours hospitaliers. Il nécessite de porter l'effort sur **l'organisation de la prise en charge du patient à la sortie du séjour**. Compte tenu de la brièveté du séjour hospitalier, il s'agit, dès avant l'admission parfois, de prévoir les articulations avec les autres acteurs sanitaires du premier recours et avec les acteurs sociaux pour garantir un retour à domicile précoce et de qualité.

DEVELOPPER LA SOUPLESSE ET L'ACCESSIBILITE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Le vieillissement de la population, s'il est un acquis positif, conduit cependant tant à une augmentation de la dépendance qu'à la chronicisation de certaines pathologies. Parallèlement, les attentes des personnes âgées et de leurs aidants convergent vers une vie à domicile en autonomie le plus longtemps possible.

D'autre part, l'accompagnement des personnes en situation de handicap a pour ambition de permettre une plus grande inclusion sociale. Accompagner avec dignité les personnes les plus vulnérables, c'est pouvoir le faire sans les exclure de la vie ordinaire, c'est une société qui prend en compte les besoins et les attentes des personnes et qui évite les situations d'exclusion.

La prise en compte des personnes âgées ou en situation de handicap nécessite des dispositifs adaptés pour répondre à des situations parfois complexes et favoriser l'accompagnement au plus près des lieux de vie.

L'offre médico-sociale doit en conséquence poursuivre son évolution pour diversifier les modes de prise en charge, développer l'offre de services, et proposer des réponses modulées afin de respecter les choix de vie des personnes et de leurs aidants.

Des réponses adaptées aux situations individuelles reposent sur une multiplicité de solutions constituant autant de possibilités de **maintien à domicile** sans exclure l'hébergement permanent quand cela est nécessaire. Le maintien à domicile peut ainsi être facilité par le développement des services polyvalents (SPASAD) qui regroupent les rôles des services de soins infirmiers (SSIAD) et d'aide à la personne (SAAD).

La création des pôles de compétences et de prestations externalisées vise à déployer progressivement dans chaque département de la région **un pôle organisé de manière partenariale et territorialisée** pour intervenir au plus proche du domicile de la personne en situation de handicap.

Le pôle a pour objet de proposer aux personnes en situation de handicap sans solution adaptée ou en risque de rupture de parcours une palette de prestations afin de répondre à leurs besoins individuels.

Il vise à concevoir et organiser une réponse transitoire ou pérenne pour des personnes n'ayant pas de réponse (partielle ou totale) adaptée à leurs besoins.

Le caractère inclusif des prises en charge dépend également de l'accessibilité des services et établissements. Comment en effet, pour une personne âgée pouvoir alterner dans la même semaine la vie à domicile et l'accueil de jour, si celui-ci est à plus d'une demi-heure de trajet ? Comment alterner IME et SESSAD si l'IME est à une heure de transport en taxi pour l'enfant en situation de handicap ?

Une meilleure accessibilité implique que les établissements soient présents là où se trouvent les personnes en ayant besoin, en n'oubliant pas les nécessaires coopérations entre les structures médico-sociales et les établissements de santé. La recherche d'une **répartition territoriale toujours plus adaptée aux besoins des populations** doit donc être un objectif pour les partenaires institutionnels du domaine sanitaire et social en lien avec les collectivités territoriales.

3 Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée

L'idée-clé :

Anticiper les ruptures dans la prise en charge de la personne en favorisant l'articulation des différentes interventions des professionnels

Les parcours, populationnels ou par pathologie, répondent sur un territoire donné aux enjeux d'articulation de l'offre sanitaire et sociale et des autres composantes nécessaires à une vie participative pour assurer, au plus près du milieu de vie des personnes, une prise en charge adaptée (le bon service par le bon professionnel au bon moment) au meilleur coût.

Le développement du grand âge et des maladies chroniques font aujourd'hui apparaître notre système de santé comme trop morcelé et trop exclusivement curatif. Il s'agit d'évoluer vers une approche plus globale de la personne intégrant prévention, soins, social et reposant en conséquence sur l'intervention de plusieurs professionnels.

Une personne atteinte d'une maladie chronique, d'un handicap ou confrontée au grand âge, doit pouvoir vivre au quotidien le mieux possible avec ses vulnérabilités. Elle doit donc être accompagnée dans les différents aspects de sa vie (évaluation de ses besoins, adaptation du domicile, coordination entre interventions soignantes, surveillance globale de l'état de santé, scolarité, participation de la personne au projet de santé et de vie ...) sachant qu'il y a risque de rupture dans la prise en charge quand les soins se prodiguent sans prendre en compte les autres composantes de la vie du patient.

Ce que l'on attend à 10 ans

- ➔ Des parcours sécurisés et de qualité pour les personnes et leurs aidants, en particulier dans les domaines suivants : personnes âgées, en situation de handicap, de précarité, de souffrance psychique, d'addictions, enfants et jeunes, personnes atteintes de maladies chroniques dont le cancer et les maladies cardio-vasculaires.
- ➔ Des prises en charges coordonnées et communicantes
- ➔ Une coordination organisée aux différents niveaux : régional, départemental et en proximité

Ce que nous allons faire

RENFORCER LES DISPOSITIFS DE COOPERATION PROFESSIONNELLE

La coopération entre professionnels, établissements et services du système de santé répond à plusieurs objectifs : faire progresser la notion de service global au patient et l'efficacité, renforcer l'attractivité de certaines professions... Elle est aussi, et avant tout, la première des conditions pour que le parcours de santé de la personne soit facilité. Le décloisonnement entre les différents segments de l'offre de soins passe préalablement par la structuration renforcée de chacune des communautés professionnelles.

Il faut donc poursuivre le soutien aux dispositifs de coopérations entre les professionnels des soins de ville, ceux du secteur médico-social et du secteur hospitalier.

En matière de **soins de premier recours**, il faut continuer **d'encourager les formes d'exercice regroupé**, qui permettent depuis plusieurs années de réels progrès tant en matière de pluridisciplinarité que de continuité des prises en charge. Seront ainsi accompagnés les professionnels souhaitant se constituer en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou en équipes de soins primaires (ESP). Il y a lieu également de continuer à **promouvoir les coopérations et délégations protocolisées d'actes entre professions de santé**, comme par exemple celle d'un médecin généraliste vers un infirmier ou celle d'un ophtalmologiste vers un orthoptiste.

Les établissements et services, sanitaires et médico-sociaux, devront également poursuivre leurs rapprochements et approfondir leurs coopérations. D'autre part, ils pourront s'inscrire dans les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec les professionnels libéraux.

Les représentants du secteur hospitalier doivent aussi construire sur chaque territoire une organisation graduée et coopérante. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont un atout, notamment s'ils s'ouvrent aux partenaires du secteur médico-social, de l'hospitalisation privée et des soins de ville. Quant aux acteurs médico-sociaux, ils devront être incités à de plus nombreuses coopérations territoriales pour renforcer la pertinence de la réponse aux besoins des usagers et contribuer à la construction de trajectoires globales efficaces en évitant les ruptures de parcours.

Compte tenu de la diversité des dispositifs et démarches de coordination, il s'agit de faire évoluer l'organisation du système vers l'intégration qui permet d'agir de façon structurelle sur les organisations et les pratiques professionnelles d'acteurs de champs d'action différents.

CONSTRUIRE SUR LES TERRITOIRES LES OUTILS DE COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES

L'un des enjeux majeurs de notre système est de prendre pleinement la mesure de la transition épidémiologique et de faire en sorte qu'il prenne mieux en charge les personnes dans la durée, qu'il s'agisse de populations spécifiques : personnes en situation de précarité, enfants et jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap ou de pathologies aux indicateurs de santé défavorables : addictions, santé mentale, cancer, maladies cardio-vasculaires, maladies chroniques.

Les fonctions de coordination du parcours de la personne doivent être définies pour favoriser une conception partagée d'une organisation en évolution. Le repérage des

fragilités, l'évaluation des personnes, l'aide à l'orientation, l'harmonisation des procédures de prise en charge entre les acteurs ou encore l'appui aux professionnels en cas de situation complexe, sont à mieux expliciter. D'autre part, ces fonctions « parcours » recouvrent encore des réalités différentes selon les territoires, les acteurs, les publics, et l'ancienneté des dispositifs de coordination (CLIC, MAIA, PAERPA, PTA...).

La diversité des dispositifs doit donner lieu à leur recensement et à une **harmonisation des fonctions « parcours » sur la région**, afin d'en étendre le bénéfice à l'ensemble des populations qui le nécessitent et d'en faciliter la visibilité tant pour les usagers que pour les

professionnels de santé.

Cet objectif ne peut être mené à bien que par un travail partenarial, avec les professionnels au sein des territoires, ainsi qu'avec les autres acteurs

institutionnels du système sanitaire et social (collectivités territoriales, Etat, Assurance maladie...) dans le cadre d'une coordination de l'action publique renforcée.

DEVELOPPER LES SYSTEMES D'INFORMATION AU SERVICE DES COOPERATIONS ET DES PARCOURS

Des systèmes d'information performants sont une condition essentielle de réussite pour construire un système de santé plus coopérant. L'outillage des professionnels devra être poursuivi en développant :

- ⊕ Les **systèmes d'information partagés des dispositifs de coordination** : maisons de santé pluri-professionnelles, plateformes territoriales d'appui, groupements hospitaliers de territoires, MAIA...
- ⊕ Les **outils d'orientation des usagers dans le système de santé**, comme le

système d'information MDPH ou le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;

- ⊕ Les **moyens de communication sécurisés entre les professionnels** de santé et pour les usagers : messagerie sécurisée et dossiers médicaux partagés (DMP) ;
- ⊕ Les initiatives en matière de **télémedecine** pour assurer aux usagers l'accès aux compétences nécessaires sur l'ensemble du territoire régional.

VERSION EN CONSULTATION

4 Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge

L'idée-clé : **Faire évoluer le système de santé par l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité**

Bénéficier de soins et de prises en charge de qualité est la première attente des usagers et de leurs aidants, et le premier objectif des établissements et professionnels.

La **qualité et la sécurité des soins et des prises en charge** doit être une exigence forte car elles **participent à l'égalité devant les soins et à la confiance de l'utilisateur** dans son système de santé.

Il s'agit également d'une amélioration continue, qui doit être en adaptation permanente. Initiée notamment en milieu hospitalier autour d'une approche technique de la qualité des actes, les standards de qualité doivent continuer à se

développer, et ainsi prendre en considération la dimension humaine liée à la bienveillance et à l'éthique. Car la qualité doit intégrer la place du patient dans la décision médicale le concernant et donc en particulier la qualité de l'information pour pouvoir prendre une décision éclairée.

La qualité globale du système de soins passe enfin par sa capacité à délivrer des prises en charge pertinentes et adaptées à l'état de santé des personnes. Pour une même affection, la prise en charge doit être comparable d'un établissement à un autre et conforme aux standards reconnus par la profession. Il y a là un enjeu d'efficacité, de qualité au meilleur coût, mais aussi d'égalité des patients face à la maladie.

Ce que l'on attend à 10 ans

- ➔ Une démarche qualité ancrée dans la pratique des professionnels du système de santé
- ➔ Une hausse continue du niveau de qualité au sein des établissements et services
- ➔ Une réduction des écarts de pratiques professionnelles et de prescriptions

Ce que nous allons faire

FAIRE DE LA QUALITE UNE PRIORITE TRANSVERSALE IMPLIQUANT L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE

Les démarches qualité concernent l'ensemble des professionnels et constituent un enjeu de santé publique, dans la mesure où l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins se fait au bénéfice du patient. C'est un enjeu organisationnel mis en lumière par l'autoévaluation et par l'analyse systématique des événements indésirables graves, qui doit permettre d'éviter les dysfonctionnements et leurs conséquences en terme de qualité et de coût. C'est aussi un enjeu de mobilisation individuelle et collective fondé sur une même conception du service à rendre à l'utilisateur.

Cette démarche s'appuie sur les établissements de santé avec l'obligation de certification par la Haute autorité de santé (HAS).

Il convient de poursuivre l'accompagnement des **établissements de santé** vers une amélioration constante de la qualité de leurs soins, recherchant en particulier à améliorer les situations les moins favorables pour faire en sorte que l'offre de soins présente un niveau de qualité équivalent sur le territoire. L'évolution des versions de la certification, le travail partenarial avec la HAS et les structures régionales d'appui, le lien entre les conclusions de la certification et la contractualisation avec les établissements sont autant de leviers à actionner.

Les **établissements et services médico-sociaux** sont dorénavant impliqués dans une

démarche d'évaluation interne et externe de leur activité. L'exploitation de ces évaluations doit être développée pour valoriser les bonnes pratiques au profit de tous les résidents et usagers des services. Ils devront également continuer à faire de la qualité et de la sécurité des soins une priorité constante, ce d'autant plus que le développement du maintien à domicile a pour conséquence une élévation de la fragilité et de la dépendance des personnes accueillies en établissement compte tenu d'un âge d'entrée en institution plus avancé.

La qualité et la sécurité des soins dans le secteur des **soins de ville** seront aussi à conforter par la poursuite des travaux en Bretagne des « groupes qualité » ainsi que par la déclinaison des objectifs conventionnels partagés par les professionnels de santé libéraux et l'Assurance maladie ou l'encouragement au dispositif d'accréditation par la HAS des médecins et des équipes.

Les démarches qualité seront à terme, pour tous les professionnels, un élément fédérateur autour de l'évaluation comparative des pratiques dans **un esprit d'amélioration et non de sanction** s'appuyant sur des méthodes participatives. Elles doivent en conséquence être particulièrement portées par l'organisation en parcours qui par la mise en relation formalisée de plusieurs professionnels est un vecteur de réflexion sur les pratiques de chacun d'entre eux.

PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE

La qualité des prises en charge passe par la sécurité des soins, mais également par la bienveillance. La bienveillance peut se définir comme une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service, visant à **promouvoir le bien-être de l'utilisateur** et à prévenir le risque de maltraitance. Cette notion est donc étroitement liée à **la qualité de la vie de la personne et au recueil de son consentement**. Elle renvoie à une exigence de pleine reconnaissance de l'utilisateur en tant que personne, et d'individualisation de sa prise en charge. Elle est, à ce titre, non seulement un enjeu pour la personne elle-même, mais également pour ses aidants, qui souhaitent avoir

la plus grande confiance dans les dispositifs de prise en charge et dans ceux qui les portent.

Le **secteur médico-social**, qui accompagne les personnes dans la durée, constitue un champ d'action privilégié en matière de bienveillance. Il est important de poursuivre cet effort tout en **l'élargissant à toute forme de prise en charge, que ce soit à l'hôpital, en établissement ou en soins de ville**. Le Plan cancer a par exemple démontré l'importance de la bienveillance (consultations d'annonce, plans personnalisés...) comme pendant de la nécessaire sécurité optimale des soins techniques. La bienveillance est la norme, qu'il s'agisse de séjours longs pour des personnes atteintes de

maladies chroniques, ou de séjours courts où l'humanité d'une prise en charge doit s'allier avec la rationalité et l'efficacité des organisations.

La formation de l'ensemble des intervenants du

système sanitaire et social et l'animation des dispositifs partenariaux de signalement des événements indésirables sont des priorités à confirmer.

DEVELOPPER LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

Pertinent, pour un soin, signifie qu'il a été choisi parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné.

L'amélioration de la pertinence des soins et des prescriptions est un facteur de qualité car elle permet d'**éviter des traitements inadéquats, donc des risques potentiels pour les patients, et des dépenses de santé inappropriées**. En matière de santé en effet, « plus » ne signifie pas toujours « mieux » : l'amélioration de la santé ne passe pas par le recours systématique à l'acte le plus technique ou le plus invasif, ou à l'inflation des examens ou des prescriptions. Multiplier les interventions chirurgicales comporte des risques, de même que la polymédication, la surmédication aux antibiotiques ou la surexposition aux rayonnements ionisants.

Cet objectif d'amélioration générale de la pertinence des soins et des prescriptions, ne peut

se faire qu'avec les professionnels de santé eux-mêmes, tant en matière d'appropriation des référentiels, de mise en œuvre de ces recommandations et de partage des bonnes pratiques.. Un soin pertinent doit en effet être adapté à chaque patient et à chaque situation, et ne saurait être une application systématique de référentiels normatifs.

La pertinence des soins a vocation à s'appuyer sur un plan régional (PAPRAPS) qui détermine les actes, les prescriptions, les modes de prise en charge qui contribuent à une meilleure prise en charge de la population. Ce plan matérialise la **collaboration indispensable sur ce sujet avec les professionnels et l'Assurance maladie**. De même, le bon usage du médicament, de par ses implications qualitatives et économiques, doit continuer à faire l'objet d'actions notamment avec le concours de l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT).

FAVORISER LA REFLEXION SUR LES QUESTIONS D'ETHIQUE EN SANTE

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) définit dans une de ses recommandations l'éthique comme « une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées ». **La réflexion éthique est un questionnement rendu nécessaire par des interrogations qui affectent les professionnels du système de santé au quotidien**, telles que :

- ⊕ Le consentement de la personne et sa vulnérabilité (altération de l'expression ou du libre-arbitre) ;
- ⊕ Le souhait de la personne et celui de ses aidants et proches ;
- ⊕ La demande de la personne et les exigences de l'institution ou de la

profession ;

- ⊕ Le secret professionnel et l'information partagée ;
- ⊕ La recherche d'efficacité et le maintien d'un système de santé humaniste ;
- ⊕ Le progrès des techniques médicales et leur implication sur la vie (fin de vie, états végétatifs permanents, médecine prédictive et information génétique...)

Certains éléments de contexte comme le vieillissement de la population, la transition épidémiologique, le progrès médical ou le développement des technologies de l'information sont autant d'enjeux rendant plus que jamais nécessaire la vitalité d'un questionnement éthique dans les établissements et chez les professionnels.

La réflexion éthique, qui concerne tous les acteurs du système de santé, doit se développer avec **l'Espace de réflexion éthique de**

Bretagne (EREB) en veillant à associer l'ensemble des professionnels ainsi que les usagers et leurs représentants.

VERSION EN CONSULTATION

5 Développer la performance et l'innovation du système de santé

L'idée-clé :

Favoriser l'efficacité d'un système de santé en forte évolution

La recherche d'efficacité est un levier pour mieux répondre aux exigences de qualité des usagers sur la durée tout en prenant en compte les contraintes du système de santé en matière de ressources, contribuant ainsi à garantir la pérennité du système de santé. Cette efficacité, c'est l'arbitrage du soin utile au juste coût. Elle passe non seulement par l'identification de redéploiements de moyens mais aussi par un travail sur les organisations, sur la pertinence des soins et sur la prise en compte des innovations.

Il s'agit de **favoriser une organisation du système de santé attentive à son environnement extérieur, c'est à dire aux contraintes et opportunités en développant de nouvelles solutions, de nouvelles organisations.** Le système de santé, qui s'appuie sur des ressources humaines,

technologiques et financières, devra tenir compte, lors de la prochaine décennie, d'une démographie médicale en tension et d'un environnement budgétaire contraint. Il pourra aussi profiter des opportunités représentées par les innovations technologiques en santé et par la capacité des professionnels à adapter leur pratique individuelle et collective. L'innovation doit ainsi résulter d'initiatives multiples permises par un cadre rendant possible leur émergence.

La transformation de notre système de santé suppose également de répondre aux besoins des professionnels de santé qui le font fonctionner au quotidien. L'actualisation de leurs compétences, leur accompagnement au changement et l'assurance de conditions de travail satisfaisantes sont indispensables.

Ce que l'on attend à 10 ans

- ➔ Un système de santé adapté aux réalités de la démographie des professionnels de santé
- ➔ Un système de santé réorganisé pour accroître sa performance
- ➔ Un système de santé intégrant l'innovation pour proposer les meilleures politiques de prévention et promotion de la santé et les meilleurs soins possibles

Ce que nous allons faire

CONFORTER LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE

La démographie médicale et paramédicale est en profonde transformation (stagnation du nombre de professionnels, répartition territoriale hétérogène). A ceci s'ajoute une modification des souhaits des jeunes professionnels en matière d'exercice professionnel. Ces évolutions peuvent remettre en cause certains principes d'organisation antérieurs et fragiliser l'égalité dans l'accès aux soins de la population bretonne. Ces tendances se maintiendront sur la prochaine décennie. Aussi faut-il poursuivre l'effort d'adaptation du système de santé pour qu'il continue à offrir à la population un accès aux soins pertinent et équitable.

Les soins de proximité nécessitent tout d'abord d'**identifier précisément les zones les plus sous-dotées** ou risquant de l'être à court terme, et de continuer à **déployer les mesures de soutien à l'installation** issues des différentes politiques publiques (Assurance maladie, Etat, collectivités territoriales).

Ce travail doit être mené en **étroite collaboration avec les élus et les professionnels en partageant une vision territoriale de l'implantation des cabinets** qui prenne en compte le temps d'accès **dans une approche intercommunale et non strictement communale**.

D'autre part, l'attractivité de l'exercice professionnel est également à rechercher en accompagnant le développement de l'exercice coordonné libéral ou salarié (MSP, ESP, centres de santé...), en positionnant fortement les acteurs de premier recours dans l'organisation des parcours résultant de périodes d'hospitalisation moins longues et d'une nécessaire articulation sanitaire / social pour prendre en charge les maladies chroniques.

Au sein des établissements, l'exercice des professionnels s'organiserà de plus en plus au sein d'**équipes plus étoffées** de territoires. La construction de filières de soins dans le cadre des GHT est à cet égard un levier pertinent. D'autre part, les établissements de santé et médico-sociaux seront accompagnés pour construire et développer des coopérations permettant d'employer des **postes partagés** ou d'ouvrir des **consultations avancées**.

Enfin, en établissement comme en ville, l'attractivité de l'exercice professionnel passe par la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Les actions visant à « prendre soins de ceux qui nous soignent » devront ainsi être développées tant en matière de formation initiale, de maintien d'un haut niveau de compétence tout au long de la vie professionnelle, que de sécurité au travail.

RENFORCER LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS

Pour le secteur hospitalier comme pour le secteur médico-social, les progrès de l'organisation peuvent être une source d'efficacité pour continuer à garantir la meilleure prise en charge à un coût maîtrisé pour les finances publiques. **Les gains d'efficacité** sont ainsi une manière de contribuer à **garantir la pérennité du système** en ce qu'ils permettent **de dégager à chaque fois que cela est possible les ressources nécessaires aux investissements d'avenir et à l'innovation**.

Les diverses transformations à soutenir sont les suivantes :

- ⊕ Rechercher la **taille utile des services et des établissements**, pour préserver ou renforcer les activités dans un contexte contraint de la démographie médicale, et continuer à garantir un niveau de qualité optimale ;

- ⊕ **Mutualiser les fonctions support** administratives et logistiques ;
- ⊕ **Mieux dimensionner les capacités** d'hospitalisation et d'hébergement, notamment par le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, et poursuivre une gestion dynamique pour obtenir une occupation optimale des lits et places ;
- ⊕ **Réaliser les investissements appropriés** pour mettre au service de l'utilisateur les évolutions des techniques médicales et soignantes ou des modalités d'accueil et d'animation dans l'organisation des structures sanitaires et médico-sociales ;
- ⊕ **Accompagner les équipes aux nouvelles pratiques professionnelles adaptées au changement**.

La performance organisationnelle ne sera au rendez-vous que si elle s'accompagne d'une **performance sociale et managériale** au sein des établissements. Le **maintien de conditions**

de travail de qualité notamment par la formation, la prévention des risques psychosociaux, les démarches participatives devra faire l'objet d'une vigilance particulière.

DEVELOPPER LA E-SANTE AU SERVICE DE LA PERFORMANCE

Les progrès rapides des **technologies de l'information et de la communication** doivent être employés **au bénéfice de la performance** générale du système de santé en alliant qualité du service rendu et gains de productivité. Ces progrès seront recherchés dans trois domaines: la gestion interne des établissements, les relations entre les professionnels, et les relations entre les professionnels et l'utilisateur.

Les coopérations et rapprochements doivent être facilités par l'opportunité que constituent des systèmes d'information et de gestion renforçant l'efficacité interne: mise en commun de fonctions support, rationalisation de la gestion des achats ou des stocks, gestion dynamique de l'occupation des lits...

L'efficacité peut également être recherchée par la facilitation de la coopération entre professionnels sur des sites distants: télé-expertise, téléassistance médicale, utilisation de dossiers communicants, messagerie sécurisée...

Enfin, l'utilisation des nouvelles technologies entre le professionnel et l'utilisateur permettent également d'importants gains de performance, notamment par les systèmes de téléconsultation et de télésurveillance.

Ces évolutions modifient le recours au système de santé en offrant de nouvelles perspectives en termes d'accessibilité.

PROMOUVOIR LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN MATIERE MEDICALE, SOIGNANTE ET ORGANISATIONNELLE

La médecine de demain conjuguera le prolongement des tendances déjà repérées (durées de séjours hospitaliers moins longues, alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement en augmentation, exercice collectif professionnel, coordination des acteurs renforcée, articulation sanitaire-social, articulation prévention-soins, évolution technique de certaines disciplines: chirurgie, imagerie...) et le développement accéléré d'innovations qui devront être disponibles pour l'ensemble de la population.

A cet égard, le **soutien à la recherche en santé et à l'adoption des innovations techniques et thérapeutiques** au sein des établissements et services sera primordial. L'adoption d'une stratégie régionale partagée de recherche en santé avec l'ensemble des partenaires impliqués (Région, Etat, CHU et centres de recherche) ainsi que l'identification de filières d'excellence entre les CHU seront à accompagner.

Dans le domaine hospitalier et particulièrement dans le court séjour, le progrès médical et technologique constitue une chance que les établissements doivent saisir, sous peine de perdre en attractivité vis-à-vis du patient comme

des professionnels. Un nombre de plus en plus important d'actes sera à l'avenir réalisable de manière robotisée ou mini-invasive minimisant ainsi les risques d'erreur et d'infection.

Au-delà de la seule technologie, l'innovation réside aussi dans de **nouvelles organisations internes**, de nouvelles formes de prise en charge ou d'accompagnement. Les expériences telles que le baluchonnage, les « café Alzheimer », ou les accueils de jour itinérants sont venues des professionnels et des usagers eux-mêmes. La diffusion de telles pratiques innovantes au plus près des personnes devra être un objectif dans l'évaluation des prises en charges.

La recherche concerne aussi le domaine de la **promotion de la santé**. Ainsi l'analyse des déterminants de santé pour élaborer des politiques publiques plus efficaces au service de la réduction des inégalités de santé et la réflexion sur de nouveaux modes d'action pour améliorer la qualité des interventions auprès de différents publics, notamment à partir d'une utilisation adaptée au contexte local des actions qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité, ainsi que le soutien à la recherche interventionnelle, constituent des évolutions à suivre.

VERSION EN CONSULTATION

6 Mieux préparer le système de santé aux évènements exceptionnels

L'idée-clé :

Protéger la population face aux menaces exceptionnelles

Les risques majeurs présentent tous des conséquences sanitaires graves ainsi qu'une origine très variée : phénomènes climatiques, accident technologique, émergence de nouveaux agents infectieux, actes de terrorisme... Leur probabilité de survenue et leurs impacts sur de nombreux secteurs vitaux à la société font de la gestion de situations sanitaires exceptionnelles, une préoccupation majeure des politiques publiques.

En situation sanitaire exceptionnelle, un système de santé efficace est celui qui s'adapte et permet d'assurer la prise en charge des conséquences sanitaires de

l'évènement tout en assurant la continuité de l'offre de soins quotidiens.

Les situations sanitaires exceptionnelles ont pour caractéristique de pouvoir toucher en même temps un nombre important de personnes, ceci générant des conséquences profondément désorganisatrices pour le système de soins tout entier. L'enjeu est par conséquent d'**apporter une réponse efficace et organisée aux victimes, dans un contexte perturbé** par l'urgence, l'effet de masse et la pression sociale ou médiatique.

Ce que l'on attend à 10 ans

- ➔ Une vigilance sanitaire quotidienne coordonnée et réactive
- ➔ Une planification et une préparation efficaces de la réponse aux situations exceptionnelles
- ➔ Une coordination optimale des services impliqués dans la gestion de ces situations
- ➔ Un dispositif impliquant le système dans son ensemble : hospitalier, ambulatoire et médico-social
- ➔ Un dispositif évolutif et adaptable aux menaces futures

Ce que nous allons faire

DEVELOPPER ET AMELIORER LES VIGILANCES SANITAIRES

La vigilance sanitaire est à la gestion de crise ce que la prévention est au soin. L'organisation de la sécurité sanitaire de la population dans la région passe donc en premier lieu par une vigilance efficace et partagée. Le maintien et le développement d'une culture de veille et d'alerte sanitaires chez les professionnels susceptibles de faire des signalements sont nécessaires pour l'identification des situations à risque et leur gestion. Les améliorations doivent s'appuyer sur un travail de coordination visant à :

- ⊕ Organiser une **réception et un traitement efficace des signalements** des événements indésirables en matière de santé dans le cadre de l'évolution du portail national des signalements ouvert aux professionnels de santé et aux usagers ;

- ⊕ Travailler avec l'ensemble des acteurs « déclarants » à **améliorer la systématicité et la qualité de leurs déclarations**. Ce travail prend en compte nécessairement l'utilisateur, amené à déclarer de lui-même des événements indésirables ;
- ⊕ **Réorganiser les vigilances sanitaires** en région, par le biais du réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA), fédérant l'ensemble des structures régionales de vigilances (pharmacovigilance, hémovigilances, centres anti-poison, CEPIAS, OMEDIT...) et les mettant en lien avec les agences nationales compétentes (Agence nationale de santé publique, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Autorité de sûreté nucléaire..).

SE PREPARER A LA GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Lorsqu'un événement émergeant dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité ou de son caractère médiatique, et qu'il peut nécessiter une coordination avec de nombreux acteurs fortement mobilisés, le représentant de l'Etat met en place une organisation spécifique et proportionnée afin d'assurer le suivi et la gestion de l'évènement. **La crise sanitaire nécessite une préparation de tous les instants** pour garantir la validation des signaux, la rapidité de la mise en place d'une gestion adaptée et la mise en oeuvre des mesures pour la protection et les soins de la population. Ainsi, lors d'évènements inhabituels ou graves, il importe d'assurer la continuité et la qualité des soins par la mobilisation au plus juste des ressources sanitaires, de manière adaptée aux besoins de la population et à l'ampleur de la situation.

Ces capacités opérationnelles se traduisent dans le dispositif d'**organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles**

(ORSAN). Ce dispositif doit permettre d'identifier les adaptations à prévoir dans l'organisation des soins à partir des résultats attendus définis par les préfets dans le cadre de leur analyse territoriale des risques. Ce dispositif intégré de préparation comprend ainsi les axes suivants :

- ⊕ élaboration d'un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle ;
- ⊕ dynamisation de l'attribution des moyens de réponse des établissements de santé, mutualisation de leurs moyens et suivi de leur opérationnalité ;
- ⊕ orientations relatives à la formation des professionnels de santé aux situations exceptionnelles, définies au regard des besoins de formation identifiés et des priorités.

7 Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale

L'idée-clé :

Favoriser la concertation pour mobiliser tous les acteurs de la santé

La santé est l'affaire de tous et la demande de participation à la réflexion sur les enjeux et à la définition des objectifs de la politique de santé régionale est forte. Aussi, il convient d'**associer les représentants des professionnels comme les usagers et leurs aidants pour que chacun puisse être acteur de la santé** au sein de la région. Cette concertation doit s'élargir à tous les partenaires institutionnels de l'ARS pour que la santé soit prise en considération dans l'ensemble des politiques publiques.

Cette approche collective et participative est confortée par le constat de l'Organisation mondiale de la santé :

- ⊕ D'une part, une population en bonne santé représente un bénéfice pour l'ensemble des domaines de la vie en société : une bonne santé « *accroît la*

qualité de vie, améliore la productivité au travail, accroît les capacités d'apprentissage, renforce les familles et les communautés, soutient un habitat et un environnement durables et contribue à la sécurité, à la réduction de la pauvreté et à l'intégration sociale. »

- ⊕ D'autre part, « *le secteur de la santé doit systématiquement associer l'ensemble des secteurs gouvernementaux afin qu'ils prennent en compte les aspects de leurs activités qui touchent à la santé et au bien-être. »*

L'implication de tous et la coordination des politiques publiques sont les conditions d'une **politique de santé régionale élaborée et suivie ensemble pour le bien être de toute la population bretonne.**

Ce que l'on attend à 10 ans

- ➔ Des usagers qui connaissent mieux leurs droits et leur rôle en matière de santé
- ➔ Des représentants d'usagers exerçant pleinement leurs compétences dans les instances
- ➔ Des professionnels associés aux évolutions de l'organisation du système de santé
- ➔ Une démocratie en santé vivante, fédératrice et force de proposition
- ➔ Une action coordonnée de l'ARS avec ses partenaires en matière de santé dans toutes les politiques et sur tous les territoires

Ce que nous allons faire

RENFORCER LES COMPETENCES DE L'USAGER ET ACCOMPAGNER SES AIDANTS

Tout citoyen est un jour usager du système de santé, aidant ou simplement concerné par la santé de ses proches. C'est légitimement que le grand public cherche à comprendre par exemple comment fonctionne un EHPAD, à s'informer sur le régime juridique de la fin de vie, à vérifier la qualité des soins sur un plateau technique. Il y a donc lieu d'**aider le citoyen à s'informer et à prendre connaissance de ses droits**. D'une part parce que l'information est une condition à la participation à la réflexion, d'autre part parce que les différents droits (au respect de la vie privée et au secret médical, au soulagement de la douleur, à l'information sur son état de santé et sur la possibilité de désigner une personne de confiance ou de donner des directives anticipées...) sont à faire connaître à la population.

Cette action est par ailleurs plus large que l'information et doit porter également sur le

soutien à tout ce qui renforce la compétence de l'usager dans la gestion de sa santé : groupes d'entraide entre malades ou aidants, diffusion d'outils de prévention modernes et accessibles à tous (applications smartphone...), promotion de l'éducation thérapeutique pour aider les patients à mieux vivre avec leur affection...

Cette participation du patient et de ses aidants à la prise en charge de sa santé répond à un principe du respect de l'autonomie mais est aussi **un gage d'efficacité thérapeutique**. En effet, l'adhésion à un traitement dans le domaine médical ou à un accompagnement dans le domaine médico-social oblige à prendre en compte la singularité de chaque individu. La relation professionnel / patient / usager s'en trouve transformée et la formation des professionnels doit intégrer cette dimension.

FAVORISER L'EXPRESSION DES DROITS DES USAGERS

Le citoyen en tant qu'usager d'un établissement ou d'un service de santé a des droits qui lui sont reconnus par la loi, notamment, dans les établissements, celui d'être représenté au sein d'instances consultatives spécifiques, voire dans certains organes délibérants comme les conseils de surveillance hospitaliers.

La reconnaissance juridique de ces droits, bien

qu'indispensable, ne suffit pas. La **participation réelle** des usagers peut se heurter soit à la technicité des enjeux, soit à la difficulté d'expression des usagers eux-mêmes notamment dans le champ médico-social. Ce défi doit être relevé en développant la formation des représentants des usagers, et en encourageant les bonnes pratiques et les expériences innovantes au sein des établissements et services.

AFFIRMER LE ROLE D'UNE DEMOCRATIE EN SANTE CONTRIBUTIVE

La démocratie en santé est représentée au niveau régional par la **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie**, et en proximité par les **conseils territoriaux de santé**. **La vitalité de la démocratie en santé est un atout fondamental pour le système de santé**. A la fois lieu de réflexion et force de proposition, les instances de démocratie en santé facilitent l'appropriation des enjeux de la politique de santé régionale par tous les acteurs, éclairent par leurs avis l'ARS sur certaines problématiques avant toute prise de décision, et

contribuent à la déclinaison opérationnelle des orientations régionales sur le terrain par leurs diverses initiatives.

Représentant à la fois les usagers et toutes les **forces vives du système de santé**, ces instances permettent l'existence d'un **dialogue serein, constant, et approfondi** sur l'ensemble des questions de santé.

Le maintien des capacités d'action de la CRSA, de ses commissions spécialisées et des conseils

territoriaux de santé est à garantir afin de leur permettre d'exercer leurs compétences propres en matière d'avis, de diagnostic ou d'évaluation ainsi que d'animation de la participation citoyenne par les débats publics. Dans la **poursuite de la pratique bretonne**, renforcée par les nouveaux

textes, l'articulation de l'action de la CRSA et des conseils territoriaux, à enrichir des travaux communs à plusieurs conseils territoriaux, affirmera la cohérence des positions de la démocratie en santé.

PILOTER LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE AVEC LES PARTENAIRES DE L'AGENCE

Au niveau régional, la politique de santé implique un grand nombre de partenaires, au premier rang desquels l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de Sécurité sociale. L'ARS et ses partenaires partagent une capacité d'intervention sur le système sanitaire et social, notamment dans les domaines de l'autonomie, de la prévention et de l'accès aux soins, de la santé au travail, de la formation, de l'innovation et de l'aménagement du territoire, de la protection des populations ou encore de l'efficacité des politiques publiques.

Alors que les déterminants de santé comme facteurs d'analyse et d'action de la politique de santé sont à privilégier, alors que les parcours de soins, de santé et de vie prennent une place prépondérante dans l'organisation de la prise en charge de la population bretonne, **l'impact de la politique régionale de santé mise en œuvre par l'ARS et ses partenaires est conditionné par une coordination des politiques publiques renforcée.**

A cet égard, les conventions ou **accords-cadres** existants avec les différents partenaires devront être confirmés, éventuellement redynamisés, pour de manière bilatérale ou multilatérale permettre l'articulation des actions et la définition de projets partagés.

D'autre part, l'utilisation des **instances partenariales** (commission de coordination des politiques publiques, conférences des financeurs, commission régionale ARS - Assurance maladie...) doit conforter une collaboration institutionnelle reconnue comme un atout dans notre région.

Quant au rôle stratégique et opérationnel des élus sur les questions de santé, il doit faire l'objet d'une prise en compte spécifique pour assurer leur bonne information sur les dossiers de leurs territoires et pour accompagner les transformations du système de santé auprès de la population et de ses représentants.

Et toutes les évolutions attendues dans le système de santé breton ne pourront se conduire qu'en associant étroitement les professionnels eux-mêmes, par l'intermédiaire de leurs fédérations, associations ou syndicats. La concertation autour des enjeux mais surtout de la méthode pour accompagner le changement est autant une conception des relations professionnelles qu'un outil pour assurer l'efficacité des mesures à prendre et des actions à conduire.

CONTRACTUALISER SUR LES TERRITOIRES

Une politique de santé pleinement territorialisée ne se limite pas à l'application locale de dispositifs nationaux ou régionaux. **Prendre en considération la santé dans la vie des territoires**, traduire une stratégie régionale au plus près de la réalité des acteurs de terrain, c'est pouvoir, dans un cadre contractuel, **déployer des objectifs de santé en lien avec d'autres politiques locales** en matière de prévention, de cohésion sociale, d'offre de soins ou d'autonomie. Cette contractualisation locale est un moyen **d'agir au plus près des conditions de vie des citoyens, donc au plus près des déterminants quotidiens de leur**

santé. Elle constitue à ce titre un facteur important de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La contractualisation doit tout d'abord se poursuivre avec les opérateurs du système de santé, en la confortant avec les établissements et services et avec les acteurs de la prévention, en la développant dans le secteur ambulatoire. La dynamique de projet et son accompagnement financier doivent trouver dans la contractualisation un moyen de s'engager mutuellement sur des objectifs, des moyens et des résultats.

Le renforcement de l'ancrage territorial de la politique régionale de santé résultera de la poursuite des **contrats hospitaliers de territoire**, initiative de notre région qui sera étendue à l'ensemble des groupements hospitaliers de territoire, et des **contrats locaux de santé (CLS)**, outil fédérateur, associant nombre d'acteurs de la santé et d'institutions. Le CLS devra continuer à s'appuyer sur des territoires de projet cohérents du point de vue de leurs problématiques et de leurs caractéristiques. Il devra toujours privilégier les actions locales coordonnées notamment en matière de prévention, de santé environnementale ou de

parcours de soins, de santé et de vie, afin de favoriser le décloisonnement.

De nouvelles formes de contractualisation, les **contrats territoriaux de santé mentale**, les **contrats territoriaux avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, élargiront les capacités d'action collective au service des parcours de prise en charge des populations concernées. Elles permettront ainsi d'affirmer la contractualisation comme une vision partagée de la méthode pour matérialiser dans le quotidien une vision partagée des orientations stratégiques.

VERSION EN CONSULTATION