



# Webinaire

VENDREDI 13 SEPTEMBRE de 10<sup>H</sup> à 12<sup>H</sup>

Dans le contexte des travaux régionaux visant à **structurer les filières de soins palliatifs** en région Bretagne, vous êtes conviés à assister au webinaire de présentation du projet.

LIEN D'INSCRIPTION DANS LA DESCRIPTION



MINISTÈRE  
DU TRAVAIL  
DE LA SANTÉ  
ET DES SOLIDARITÉS

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

sante.gouv.fr



**Développement des soins palliatifs  
et accompagnement de la fin de vie**  
**Plan national 2021-2024**

# DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

**Les actions conduites par le Ministère de la Santé sous  
l'impulsion du Plan 2021-2024 et dans la perspective de  
la Stratégie Décennale 2024-2034**

# Le cadre d'organisation des filières de soins palliatifs

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034**

---

# Enjeux et suites de l'instruction de juin 2023

**Co-construction** d'un document socle « cadre d'organisation » et de référentiels propres aux équipes spécialisées de soins palliatifs

Publication en juin 2023, **dans la suite de :**

- **l'instruction ayant généralisé les cellules d'animation régionale de soins palliatifs, novembre 2022**
- **l'instruction ayant généralisé les appuis de soins palliatifs, février 2022**

En région

- **Structurer** des filières de soins palliatifs
- **Installer** la gouvernance avec la cellule d'animation régionale de soins palliatifs
- **Animer** les filières territoriales de soins palliatifs sous l'égide des ARS

Fin 2024

Au national

- **Accompagner** la phase de mise en œuvre
- **Suivre** l'activité des acteurs
- **Réévaluer** les organisations à échéance régulière

Suivi annuel et réévaluation de l'instruction d'ici 2028 (au plus tard)

# Structuration de l'instruction



## Cadre d'orientation pour la structuration des filières de soins palliatifs

- Le volet régional de la filière Soins Palliatifs :
  - Principes
  - Animation
  - Objectifs
- La structuration territoriale des filières Soins Palliatifs:
  - Définition des territoires
  - Missions des filières territoriales
  - Prise en charge graduée
  - Organisation et articulation des acteurs
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre



## Référentiels et fiches pratiques

- Référentiels:
  - USP
  - LISP
  - HAD
  - HDJ
  - EMSP
  - ERRSPP
- Fiches:
  - Dispositifs médico-sociaux de prise en charge, d'appui et de coordination des parcours des personnes âgées, participant à la filière de soins palliatifs
  - Rôle des bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs

# Cadre d'orientation

- **Cadre national (équité de traitement) et adaptation aux réalités territoriales**

COUVERTURE de tous les âges et lieux, de vie et de soins

Offre de soins GRADUEE, en PROXIMITE, ARTICULATION des acteurs et des filières, définition des MISSIONS des équipes SPECIALISEES

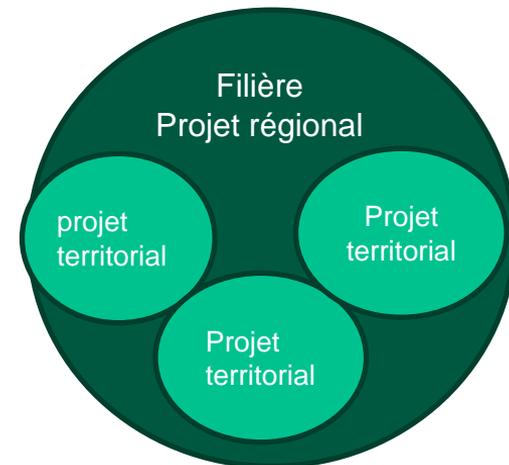
Permettant la prise en compte des volontés exprimées et des choix des patients (en particulier maintien à domicile)

Permettant des soins palliatifs précoces, pertinents et de qualité

- **Structuration et coordination régionale de la filière palliative**
- ❖ **DIAGNOSTIC régional**
- **Filières territoriales**
- ❖ **PROJETS territoriaux : Réponse à des missions territoriales permettant des parcours coordonnés**

# Coordination régionale de la filière palliative

- **Sous l'autorité de l'ARS**
- **Avec l'appui des cellules d'animation régionale de SP = CAR'sp**
  
- **Permet un DIAGNOSTIC régional ...**
  - **Identification des ressources (premier recours, équipes spécialisées, autres filières de soins,..)**
  - **Besoins**
  - **Forces et faiblesses, leviers, organisations innovantes**
  - **Analyse prospective**
  - **Actions correctrices**
  
- **... Appuyé sur des PROJETS territoriaux**
  - **Organisation d'un maillage favorisant les complémentarités et les articulations**
  - **Réponse à des missions territoriales**
  - **Permettant des parcours coordonnés**



# Missions des filières territoriales

- **Offre de soins** graduée à l'hôpital et aux domiciles
- **EMSP** sur l'ensemble des lieux de vie et de soins (social et médico-social inclus) → grand âge, handicap, précarité, pédiatrie,...
- Accès **HDJ et Cs SP** → Mise en place précoce des soins palliatifs
- Accès **expertise pédiatrique** → ERSPP
- Organisation de **RCP territoriales**
- Permanence d'accès à l'expertise : **appuis territoriaux\***, en complément des dispositifs hospitaliers
- Gestion des **urgences palliatives** (lien SAS, centre 15,..)
- Accès à des **bénévoles d'accompagnement** en SP incluant domicile
- Accompagnement, **appui des aidants**
- Accompagnement du **deuil**
- Offre de **formation et soutien** des professionnels, personnels et bénévoles

\*INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs

# Les moyens et dispositifs dédiés

**INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/252 du 30 novembre 2022 relative au cadre d'orientation national des cellules d'animation régionale de soins palliatifs**

---

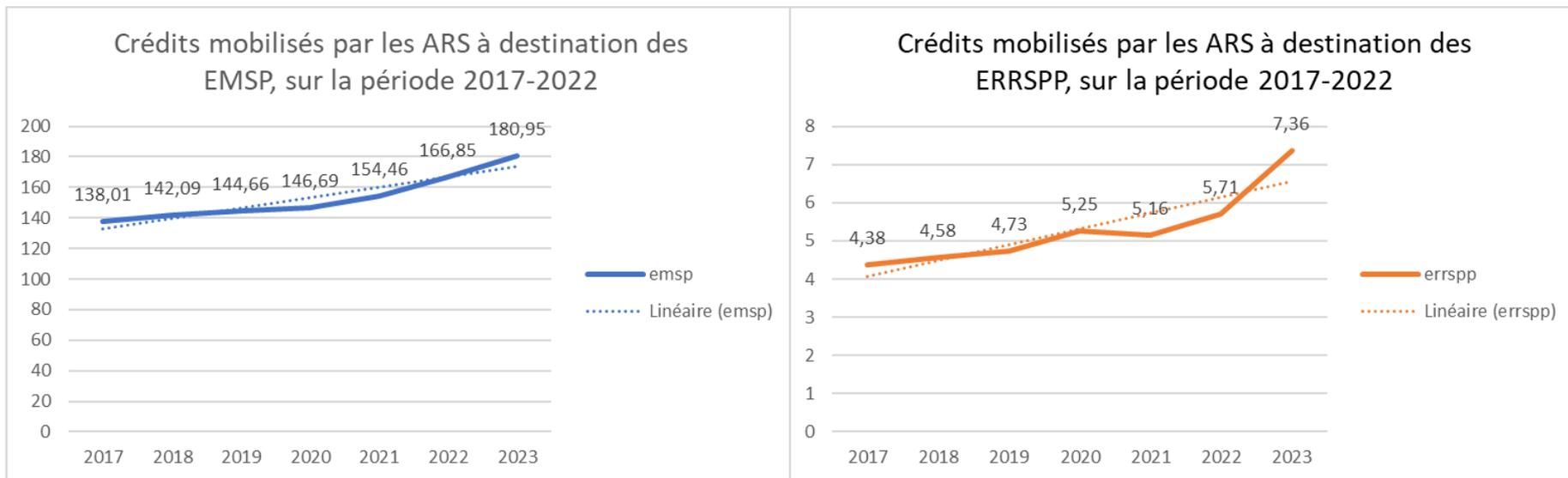
# La généralisation des CAR'sp

Les objectifs qui structurent leurs actions en régions :

- **L'égalité d'accès aux soins palliatifs** : couverture adaptée des territoires et maillage adéquat en terme de soins, de recours à l'expertise et de coordination des parcours, quels que soient la situation, le lieu de soins et/ou de vie ;
- **Le développement du maintien au domicile**, souhaité par le patient et avec les conditions requises réunies ;
- **La garantie de soins palliatifs pertinents et de qualité** ; Diffusion et aide à appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- **La préservation de l'expertise palliative et la garantie de son accès** par l'ensemble des professionnels et intervenants des soins palliatifs et de l'accompagnement ;
- **La diffusion de la démarche palliative et l'information des concitoyens** pour l'exercice libre et éclairé de leurs droits en tant que personne malade ou de proche aidant.

# La délégation de crédits dédiés : Focus sur le financement des équipes de soins palliatifs (crédits FIR)

Un soutien continu et croissant des EMSP et des ERRSPP



Soit, sur la période 2021 à 2023, +17,9%  
(Sur la période 2018 à 2020, +3,6%)

# La remontée des données : supports harmonisés en lien avec le terrain

La mise en place de groupes de travail thématiques (DGOS-ARS-CAR'sp) incluant la consultation des professionnels de soins palliatifs

- Formulaire de reconnaissance des LISP
- Cahiers des charges : Equipes rapides d'intervention (ERI) HAD, USPP pilotes, appuis de soins palliatifs, HDJ
- Rapports d'activité socles (EMSP, ERRSPP...), optimisation solutions SI des recueils, remontées et traitement des données terrain

# La gouvernance des filières

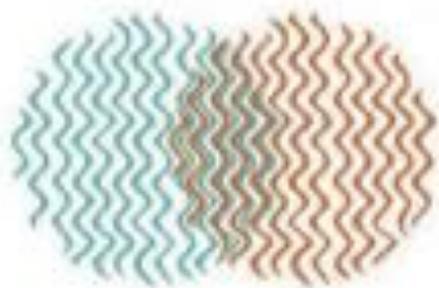
Des représentants de :

- **l'ARS** ;
- des **établissements de santé** contribuant à la filière palliative (public, privé, dont hôpitaux de proximité, etc.) ;
- des **professionnels de la filière palliative du secteur sanitaire hospitalier** (équipes mobiles de soins palliatifs [EMSP], unités de soins palliatifs [USP], lits identifiés soins palliatifs [LISP], hospitalisation à domicile [HAD]) et **ambulatoire** (professionnels de soins médecins / paramédicaux, personnels soignants) ;
- de la **filière palliative pédiatrique** : équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques [ERRSPP] quand elle existe ou son équivalent ;
- des professionnels du **secteur du domicile** (unions régionales des professionnels de santé [URPS], maisons de santé pluri-professionnelles [MSP], etc.) ;
- des professionnels du **secteur médico-social et social** ;
- des **patients** (associations de personnes malades, d'aidants) ; des **bénévoles de l'accompagnement** ;
- des **dispositifs territoriaux de coordination** (dispositif d'appui à la coordination [DAC], équipes territoriales de soins palliatifs, etc.) ;
- des **espaces éthiques régionaux** ;
- Etc. (liste non exhaustive)

**Une instance représentative, recourant à l'expertise requise, s'articulant avec les autres filières de soins , au moyen d'une comitologie adaptée**

# Merci pour votre attention





**Fin de vie**  
**Soins Palliatifs**

CENTRE NATIONAL

## Ordre du jour

1. Présentation du Centre National et de ses missions
2. Implication du Centre dans le Plan National et au sein du débat national sur la fin de vie
3. Productions du CNSPFV
4. Projets en cours et à venir

# Présentation du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie et ses missions

## Décret n° 2022-87 du 28 janvier 2022 relatif au Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

Le CNSPFV a pour missions de contribuer :

**1° A une meilleure connaissance des soins palliatifs et des conditions de la fin de vie.**

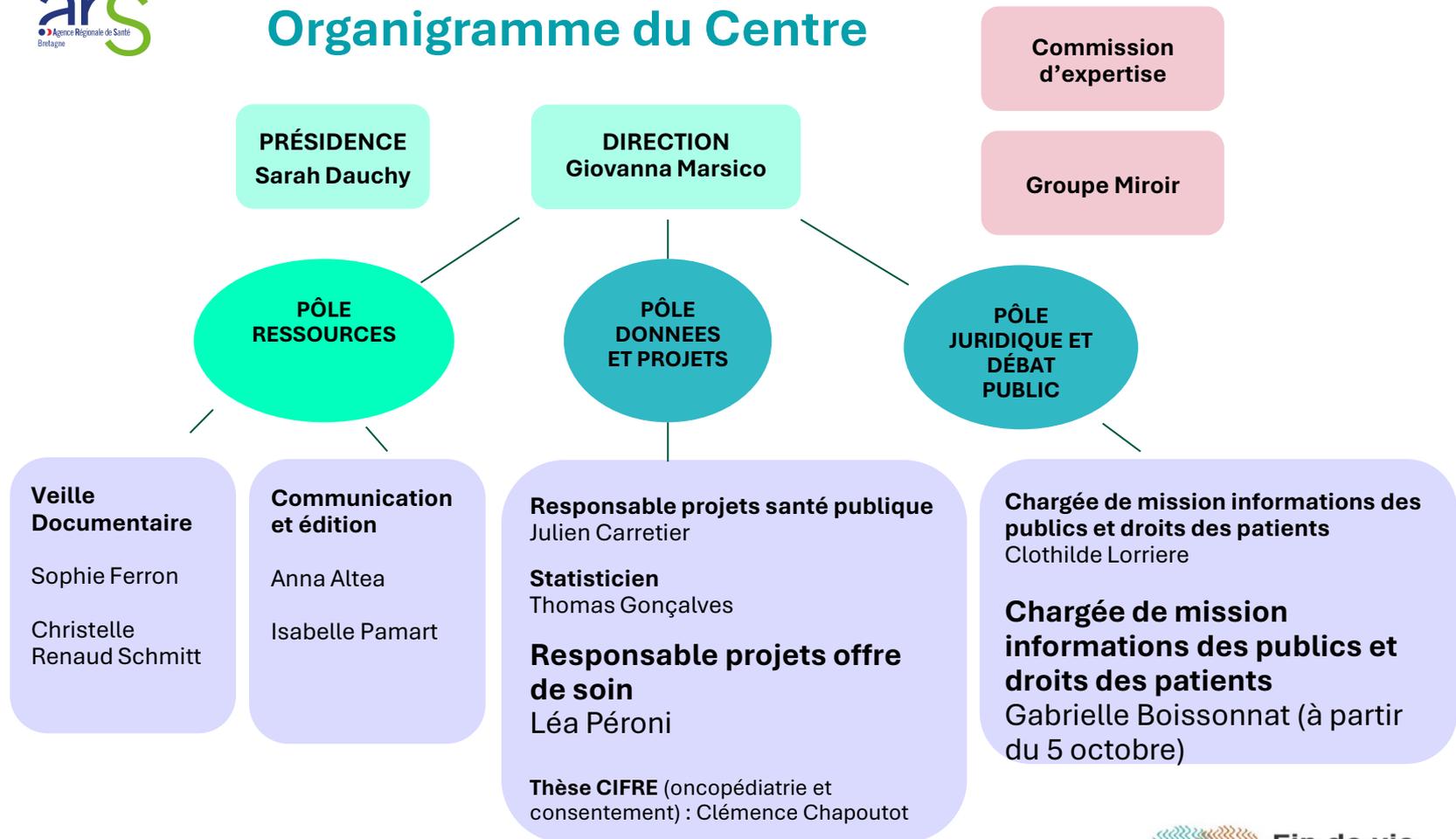
A cette fin :

- a) En qualité de centre de ressources, il recueille, exploite et rend publiques des ressources statistiques, épidémiologiques et documentaires ;
- b) En qualité d'observatoire, il produit des expertises indépendantes, et étayées par les données scientifiques ;

**2° A la diffusion des dispositifs relatifs aux directives anticipées et à la désignation des personnes de confiance, de la démarche palliative et des pratiques d'accompagnement. A cette fin :**

- a) En qualité de centre de référence, il informe et communique sur ces dispositifs, démarches et pratiques en direction du grand public, des professionnels des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie et des représentants de la société civile
- b) En qualité de centre de dialogue et d'espace de débat, il contribue à l'animation du débat sociétal et éthique et à la réflexion sur l'intégration des soins palliatifs dans les parcours de santé et l'intégration de la fin de vie dans les parcours de vie. »

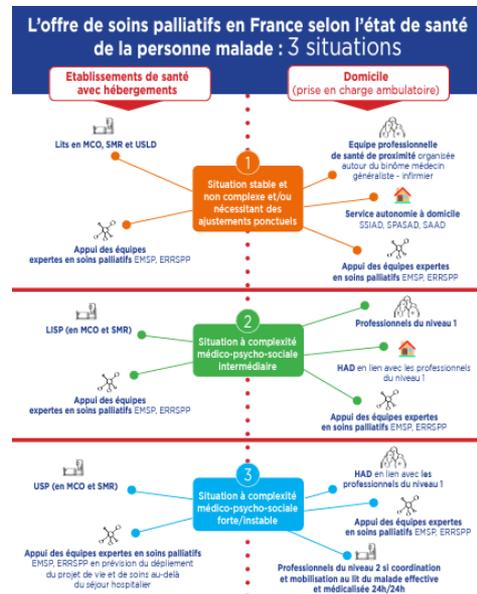
# Organigramme du Centre



# Implication du Centre dans la mise en œuvre du Plan National

## Co-pilotage de travaux de mise en œuvre de l'axe 1 du Plan National de l'accompagnement palliatif et de la fin de vie 2021 – 2024

- AAP « Outils et dispositifs favorisant l'appropriation anticipée des droits du malade » + base de ressources
- GT précarité et fin de vie
- Etude sur les besoins de formation des aidants
- Enquête sur les diplômes interuniversitaires (DIU) de soins palliatifs et les trajectoires des PS formés aux soins palliatifs
- Enquête qualitative exploratoire sur les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)
- Etat des lieux sur la formation des bénévoles
- Guide à destination des aidants
- Troisième édition de l'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie



# Implication du Centre dans le débat national sur la fin de vie

## Convention citoyenne sur la fin de vie (CCFV)

- Participation au Comité de Gouvernance
- Conduite d'ateliers sur l'offre de soins palliatifs, sur les droits et sur les législations mondiales sur l'aide à mourir pendant la convention citoyenne sur la fin de vie
- Production du parcours d'information sur la fin de vie à destination des citoyens de la CCFV
- Contribution à la vérification des données présentées ou discutées.

**Animation des groupes de travail** (professionnels de santé et parlementaires) par lettre de mission conjointe de la Ministre Agnès Firmin le Bodo et du Ministre Olivier Véran

Participation au **groupe de travail sur les mots de la fin de vie**, piloté par le Cabinet Firmin Le Bodo

Production de **notes techniques à destination de l'instance de réflexion stratégique pour le développement des soins palliatifs**

Participation à des **nombreux colloques, conférences** visant à éclairer les publics sur les enjeux de la fin de vie ; **publications** dans Médecine Palliative et la Revue du Praticien ; **médias** ;

**FIN DE VIE :  
S'INFORMER POUR AGIR**  
Document à destination  
du grand public

**FIN DE VIE :  
ACCOMPAGNER ET DIALOGUER  
AVEC LES PATIENTS**  
Document à destination  
des professionnels de santé

**FOCUS SUR**

**La procédure collégiale**

La procédure collégiale est une modalité de concertation médicale qui se fait dans des situations spécifiques de fin de vie. Elle consiste de la part de plusieurs du médecin responsable (du patient). La procédure collégiale permet de mesurer une réflexion collective, réunissant plusieurs professionnels de différentes disciplines, afin d'éclairer que des situations d'accompagnement appropriées au patient. Elle permet également d'éclairer toute décision médicale collégiale ou individuelle, s'il s'agit d'une décision de l'ajournement d'un acte médical.

**FOCUS SUR**

**L'aide active à mourir**

L'assistance et le soutien des proches impliqués sous la forme d'aide active à mourir sont deux pratiques médicales qui s'inscrivent dans une démarche de respect de la volonté de la personne. Elles s'inscrivent dans le respect de l'expression de la volonté, de mettre en place une alimentation et une hydratation artificielles (AHA).

**FOCUS SUR**

**L'arrêt d'alimentation  
et d'hydratation  
artificielles**

Lorsqu'une personne du fait de sa situation médicale, a des difficultés pour boire et manger par la bouche, il peut être proposé, dans le respect de l'expression de la volonté, de mettre en place une alimentation et une hydratation artificielles (AHA).

**FOCUS**

Données sur les actes d'assistance à mourir dans les pays ayant dépenalisée cette pratique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Fin de vie Soins Palliatifs

BVA

Les Français et la fin de vie

RAPPORT DE RÉSULTATS  
Octobre 2022

Contacts BVA OPINION



*Jusqu'à la fin*

Le podcast qui parle de la fin de vie

Centre National Fin de Vie - Soins Palliatifs

Parcours d'information sur la fin de vie

Convention Océan Nord

Plate d'information sur la PÉNÉTRATION DE COIFFANCE multilingue  
Juin 2024

Plate d'information sur l'OBÉTISSANCE DÉRASONNABLE multilingue  
Juin 2024

Plate d'information sur la DÉGRADATION PROFONDE ET CONTINUE JUSQU'AU DÈCES multilingue  
Juin 2024

Plate d'information sur les DROITERS AUTOPHORES multilingue  
Juin 2024

LES DOSSIERS DU CNSFPF

**Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde**

Au 31 janvier 2022

Rédigé par Perrine Garavito



Fin de vie, soins palliatifs : faire aux questions

- Sommaire**
- Fin de vie, soins palliatifs
  - Pratiques de soins, directives anticipées
  - Administration et législation artificielles
  - Directives anticipées
  - Personnes de confiance
  - Médicaments prescrits et continue jusqu'au décès (CAMP)
  - L'aide active à mourir
  - États de fin de vie
  - Soins
  - Soins d'accompagnement
  - Soins palliatifs
  - Accompagnement de la souffrance
  - Actes médicaux
  - Fin de vie - données sur l'offre de soins

Les mots de la fin de vie et des soins palliatifs - glossaire

# Productions du Centre



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE LA PRÉVENTION  
DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES  
UNION NATIONALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Fin de vie  
Soins Palliatifs  
CENTRE NATIONAL

## ATLAS des soins palliatifs et de la fin de vie en France

TROISIÈME ÉDITION  
2022

## Annuaire des structures de soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie

Géolocalisez et trouvez les coordonnées

Actualiser l'annuaire

Faites de l'information soignée pour en tirer profit



SIRS Système d'information inter-régional en santé

OBSERVATOIRES ESPACES DE TRAVAIL À PROPOS...

Indicateurs : cartes, données et graphiques

CHERCHER DES INDICATEURS

Chercher: [ ] OK Effacer Autres filtres

- CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE 122
- OFFRE DE PRISE EN CHARGE 171
- SANTÉ-ENVIRONNEMENT 65
- SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE 54
  - Démographie 10
  - Offre de soins de ville 14
  - Offre de soins hospitaliers 4
  - Offre de soins palliatifs 16
  - Mortalité 8
  - Morbidity 2
  - PREVENTION 2

Mes indicateurs  
Arrêter-plan (ajuste de couleur)

1 Nombre de LUSP pour 100 000 h (pour 100 000 habitants) 2021

CHANGER LE DÉCOUPE GÉOGRAPHIQUE

Carte France

1] Nombre de LUSP pour 100 000 h (pour 100 000 habitants) 2021

ACTIONS

Ma sélection

- Ile-et-Vilaine
- Département 2024
- Ajout sur cette sélection
- Effacer des régions
- Aide sur les selections

paramètres

- 0,0 à 1,4 (30)
- 1,5 à 4,2 (56)
- 4,3 à 9,9 (15)
- N/A (2)

France : 2,9 pour 100 000 habitants  
Sélection : 6,3 pour 100 000 habitants



Rechercher sur Vigipallia

Accès à Palli@Doc



gmarsico

\*\*\*\*\*

OK

Inscription  
Mot de passe perdu

Accueil

Les dernières sorties

Recherche documentaire

Méthodologie

Jeunesse

Un autre regard

MOOC

## Bienvenue sur Vigipallia

Le **portail documentaire** du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie qui propose des ressources sur **l'accompagnement de la fin de vie, des soins palliatifs, de la mort et du deuil.**

## Qui sommes-nous ?

Nos missions et objectifs

Contactez-nous !



**Documents de référence**  
(lois, réglementation, rapports...)



**Livres**  
les dernières sorties en librairie



**Ressources académiques**  
la sélection des documentalistes



**Nos sélections thématiques**



**Les actualités du CNSPFV**



**Les publications du CNSPFV**



**La fin de vie dans les médias**



**Mémoires et Thèses**



**Films**



## Sur les données

- GT DGOS & inter-agences sur l'exploitation de futures données et le développement des solutions pour pallier les données actuellement manquantes.
- Publication de la 4ème édition de l'Atlas (2025)

## Sur la sensibilisation – formation

- Plateforme d'apprentissage à destination des professionnels accompagnant les personnes en fin de vie à domicile (sous réserve)
- Réflexion sur la création d'un dispositif de sensibilisation des professionnels d'EHPAD

## Des nouveaux documents



ERCEB

ESPACE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE DE BRETAGNE

---

# Ce que nous allons aborder

- **Genèse sur la création d'un espace de réflexion éthique en région Bretagne**
- **Le rôle et les missions de l'EREB**
- **L'équipe opérationnelle de l'EREB**
- **Fonctionnement institutionnel**
- **Quelques définitions de l'éthique**
- **L'action spécifique de l'EREB dans le cadre de la crise sanitaire: création de nouvelles instances**
- **Mise en place de l'instance éthique d'écoute et de dialogue**
- **Partenariats de l'EREB**
- **Quelques chiffres**
- **Nos sous-groupes de travail**

*Hubert Stéphan*

*Dr Cyril Hazif-Thomas*

# Genèse sur la création d'un espace de réflexion éthique en région Bretagne

- 2003: Rapport Cordier « éthique et professions de santé » du député Alain Cordier : évoque la nécessité de développer la **formation éthique des professionnels** des établissements de santé et préconise la création d'un espace éthique par région
- 2004: Création de l'Espace éthique de Bretagne occidentale (EEBO)
- 2014: Lancement de l'Espace de réflexion éthique de Bretagne par décision du directeur général de l'ARS (EREB) à la suite de l'arrêté du 4 janvier 2012 sur la constitution des ERER
- Localisation: CHRU de la Cavale Blanche (Brest)

# Le rôle et les missions de l'EREB

- Diffusion d'une culture éthique en santé et science de la vie en région Bretagne chez les professionnels et le grand public
- Susciter et coordonner les initiatives en matière d'éthique
- Répondre aux interrogations éthiques et juridiques de terrain
- Les moyens d'actions:
  1. Lieu de formation
  2. Lieu de rencontre et d'échanges interdisciplinaires
  3. Organisateur de débats publics (café éthique, colloques, états généraux, jury citoyen, formations à l'éthique)
  4. Rôle d'observatoire régional des pratiques éthiques (questionnaires, études des pratiques au sein des structures)
  5. Lieu de documentation (bibliothèque, billets éthiques et diverses publications sur le site web: <https://www.espace-ethique-bretagne.fr>)

# L'équipe opérationnelle de l'EREB

**Directeur:** M. Cyril HAZIF-THOMAS (psychiatre de la personne âgée et docteur en droit)

**Coordinatrice:** Mme. Cindy DONNART (psychologue)

**Assistante de gestion:** Mme Jennifer Balcon (adjoint administratif)

**Président du conseil d'orientation:** M. Hubert STEPHAN (représentant des usagers)

**Vice-présidente:** Mme. Edith KERRAND (cadre de santé)

# Fonctionnement institutionnel

- **Le directeur** : Détermine, au vu des propositions qui lui sont faites par le conseil d'orientation, la politique générale et scientifique, les thèmes à développer et le programme de travail annuel
- **Le conseil d'orientation**: détermine les actions à entreprendre et les priorités dans le domaine de l'éthique en région
- **Le réseau de réflexion éthique en santé Bretagne (RRESB)**:  
coordination des actions dans le champ de la réflexion éthique avec l'ensemble des comités/espaces éthiques locaux des établissements membres

# Paul Ricoeur

**« La visée éthique : une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes »**

***L'éthique est la question de notre attitude face à nous même, à autrui et au monde***

***visée d'une vie bonne : sens, finalités, valeurs***

***JE : soi ; estime de soi : mes valeurs, mes priorités, ce que je préfère***

***TU : autre ; avec et pour autrui : sollicitude pour l'autre, ses préférences, réciprocité des libertés, reconnaissance et respect mutuel***

***IL : dans des institutions justes : visée du bien commun, recherche du bien vivre ensemble, socialisation des valeurs***

# Jean-François Malherbe

**« l'éthique est le travail que je consens à faire avec d'autres, sur le terrain, pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart entre les valeurs affichées et les pratique effectives »**

# Axel Kahn

**« L'éthique est le domaine par excellence du dilemme, du conflit entre des propositions qui peuvent être toutes recevables, mais aussi contraires »**



# L'action spécifique de l'EREB dans le cadre de la crise sanitaire: création de nouvelles instances

## 1. Mise en place de cellules éthiques de soutien et d'appui en région sur recommandation du CCNE (avis du 13 mars 2020)

- Création de **cellules éthiques de soutien** en région Bretagne (au nombre de 3 : à Brest, Vannes et Rennes)

### Rôle :

- Accompagner les demandes formulées en proposant un espace d'écoute, de partage et de réflexion
- Apporter un éclairage éthique collégial et pluridisciplinaire aux professionnels et/ou usagers confrontés à des tensions et questionnements complexes
- Si besoin orienter les demandes vers des espaces éthiques de proximité ou des personnes ressources
- Promouvoir, à l'issue de la crise, des analyses et réflexions qui seront remontées à la CNERER (Conférence Nationale des Espaces de Réflexions Ethiques régionaux) et au CCNE

## 2. Mise en place de l'instance éthique d'écoute et de dialogue

- Création de **l'instance éthique d'écoute et de dialogue** à l'initiative de l'EREB
- Constat: Saisine de la CES parfois insuffisante et nécessité de discuter avec les différents acteurs lors de blocage institutionnel pouvant engendrer des tensions éthiques (au plan collectif ou individuel)
- Prolongement de la cellule éthique de soutien: accompagnement des directeurs d'établissements , des professionnels de santé, des usagers et proches aidants au sein des ESMS (Etablissements Sociaux et Médico-sociaux)
- Rôle: Accompagner les personnes et acteurs concernés par une écoute active de la souffrance éthique de chacun(e) selon la (les) remontée d'une ou des pratique(s) de terrain dans le but de rétablir un dialogue et sortir d'une impasse éthique
- **Note**: Cette instance reste une instance d'accueil de la souffrance éthique et **n'est pas une instance de médiation**

# Partenariats de l'EREB

- L'EREB travail en étroite collaboration avec le CCNE: remonte les pratiques constatées, les problématiques et tensions éthiques du terrain
- Collaboration avec la CNERER et la DGOS: travail de recherche et retour d'expérience sur la crise sanitaire (projet PANTERE –Pandémie et Territoires)
- Collaboration avec l'ARS Bretagne et France Alzheimer (création et fonctionnement de l'instance d'écoute et de dialogue)
- Collaboration avec la CRSA Bretagne
- Collaboration avec les membres du conseil d'orientation (soutiennent et participe aux action de l'EREB dans ses missions de formation et d'information)
- Collaboration inter-régionale avec la Normandie et les Pays de Loire
- Collaboration avec le CAPPs de Bretagne (informations / formations)
- Collaboration avec les CTS
- création d'un comité citoyen (EREB/CCNE)

**Note: L'EREB bénéficie d'une indépendance totale dans son action et bénéficie également d'une indépendance intellectuelle**

# Quelques chiffres:

## 1. Membres de l'EREB

Membres fondateurs: **24**

Membres adhérents: **99** (établissements ou groupes d'établissements sanitaires et médico-sociaux)

Membres associés: **16**

## 2. Retour sur les saisines des instances de crise durant la pandémie (fin 2020)

Saisines des CES: **74 Covid + 41 depuis le covid**

Saisines de l'instance d'écoute et de dialogue: **5**

# Nos sous-groupes de travail

- **Ethicoz**
- **Ethidom**
- **Priorisation**

Et aujourd'hui :

- **Préparation d'une journée « éthique et organisation ; organisation de l'éthique » en septembre**

Et demain

- **Soins palliatifs en Psychiatrie**

# **Merci pour votre attention**



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# **Les soins palliatifs en région Bretagne**

# Diagnostic régional

## FORCES

1. Dynamisme régional, une offre de proximité, graduée et organisée sur l'ensemble des territoires
2. Mobilisation spontanée sur la majorité des territoires autour des enjeux de la filière
3. Moyens engagés: LISP, création/renforcement EMSP et USP ...
4. Structuration de la collaboration territoriale
5. Prise en compte d'enjeux populationnels
6. Propositions d'innovations

## FAIBLESSES

1. Persistance de zones blanches  
Répartition géographique de l'offre  
Des besoins en formation à combler
2. Niveaux d'engagements variés
3. Ressources financières, humaines et échelle du projet
4. Niveau de l'offre et de collaboration hétérogènes
5. Faible lisibilité du repérage des enjeux populationnels  
Appui au maintien à domicile hétérogène
6. Faire vivre ces innovations

## OPPORTUNITES

1. Moyens financiers et opportunités politiques pour accompagner une offre de proximité solide
2. Méthodologie de travail avec représentativité au sein des COPIL  
S'appuyer sur l'expérience d'autres filières (gériatrie, oncologie)/territoires
3. Prioriser les projets en fonctions des spécificités et des besoins des territoires
4. S'appuyer sur les complémentarités entre équipe (EMSP/HAD)
5. Se saisir des opportunités des politiques publiques
6. Encourager et poursuivre la créativité



## POINTS DE VIGILANCE

1. Etat des ressources humaines: impact sur l'organisation et l'activité
2. Co construction avec l'ensemble des acteurs
3. Equité dans la répartition des moyens et dans l'offre
4. Réduction de l'écart
5. Réalisme du contexte
6. Intégration dans l'écosystème

# Présentation d'organisations innovantes dans les territoires

Une offre  
graduée de  
proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

---

Une offre  
graduée de  
proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

Accès à un  
hôpital de jour

# FORCES

- Equipe mobile intra et extrahospitalière: « recrutement de la file active »
- Lien avec service oncologie, et lien ville hôpital ++
- Soignants de l'USP avec compétences soins de supports
- Projet accompagné par la direction des soins ( adaptation planning, remplacements sur l' USP etc ...)
- Appui des intervenants internes, début à moyens constants : motivation et implication
- Locaux voisins de l'oncologie et de l' EMASP

# FAIBLESSES

- Manque d'intervenants complémentaires (recrutement et financement non autonome)
- Rodage de la programmation (présentation du projet aux patients, création des groupes, présence des intervenants, motivation des patients, déprogrammation- hospitalisations etc...)
- Locaux à coté de l'unité sommeil ( silence!)
- Manque de possibilité de financement de formations
- Locaux hospitaliers de taille réduite

# OPPORTUNITES

- Activité innovante, ambulatoire,
- outil pour le lien ville hôpital, anticiper les hospitalisations
- Promouvoir soins palliatifs précoces
- Développer l'offre en soins de support sur l'hôpital à toutes pathologies
- Valoriser les formations en soins complémentaires et les compétences les soignants intra –hospitalier
- Formation DU en soins de support dès extension de l'activité



# POINTS DE VIGILANCE

- Essoufflement du personnel si poursuite du projet à moyens constants (besoin de reconnaissance)
- Développement sur plusieurs jours ( et donc accueil de patient augmenté) impossible à moyens constants
- Pérennité de l'activité dépendant:
  - des RH actuelles
  - des intervenants



Une offre  
graduée de  
proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

Accès à un  
hôpital de jour

Expertise  
pédiatrique  
ERRSP

## FORCES

- Mobilité auprès des familles et des structures
- Pluridisciplinaire
- Expertise/formation en SPP
- Bénévoles d'accompagnement « La Brise »

## FAIBLESSES

- Peur de la mort
- Multiples temps partiels
- Manque de connaissance de notre travail



## OPPORTUNITES

- CPOM
- Convention et partenariat avec différentes structures et associations
- Structure associative

## POINTS DE VIGILANCE

- Peu de structures sanitaires pour les enfants polyhandicapés
- Insuffisance d'HAD pédiatriques
- Nouveau projet d'USP pédiatrique

Une offre  
graduée de  
proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

Accès à un  
hôpital de jour

Expertise  
pédiatrique  
ERRSPP

Appui territorial

Gestion des urgences  
palliatives

## FORCES

- Fluidité du parcours patient
  - 55% admission directe
  - 30 % admission sur la permanence des soins (après 18h30 ou les WE)
  - 5 % des admissions en nuit profonde (en direct ou via les urgences)
- Maintien à domicile facilité
- Avis spécialisé 24h/24h 7J/7J
- Lien et coordination: HAD , SAMU, SAU
- Astreinte financée
- Bien identifiée

## FAIBLESSES

- Évaluation de type « régulation téléphonique »
- Couverture territoriale par les EMSP inégale
- Pas de dossiers partagés
- 2 USP d'accueil (dont une seule en nuit profonde)

CHU  
Rennes

Polyclinique  
Saint-Laurent

HOSPITALITÉ  
Saint-Thomas de Villeneuve

## OPPORTUNITES

- Une approche de plus en plus territoriale
- Une stratégie décennale
- Une volonté forte du CHU et HSTV de fusionner leur permanence des soins

## POINTS DE VIGILANCE

- Dans les réponses qu'elle peut apporter
  - Diminution de la permanence des soins en ambulatoire
  - Absence de lits d'aval
- Pour son organisation
  - Pas de financement dédié
  - Manque de médecins en soins palliatifs
  - Difficultés de fonctionnement de certaines structures spécialisées

Une offre  
graduée de  
proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

Accès à un hôpital  
de jour

Expertise pédiatrique  
ERRSPP

Appui territorial

Gestion des urgences  
palliatives

RCP

---

## FORCES

- Ouvert à tout soignant
- Accessible à tout médecin
- Réflexion pluridisciplinaire et concertation territoriale
- LISP, HAD, EMSP, USP...
- Bonne interconnaissance des acteurs

## FAIBLESSES

- 10 RCP annulées (pas de dossier)
- Peu de participation des libéraux et certains acteurs SP territoire,
- Pas/peu présence assistante sociale

## OPPORTUNITES

- Transformation RCP en réunion de travail quand absence de dossier
- Visio en développement
- Développement liens EMG



## POINTS DE VIGILANCE

- Ressources RH, temps dispo soignants
- Pas de temps de secrétariat dédié
- Pas d'indemnisation des libéraux
- Relance continue



## FORCES

- Historique et expérience JALMALV
- Formations spécifiques
- Continuité de l'accompagnement en post hospitalisation
- Connaissance de JALMALV par les différentes structures
- Soutien psychologique des bénévoles par des psychologues

## FAIBLESSES

- Peu ou pas de sollicitations des équipes: pas le réflexe?
- Des sollicitations surtout par les familles
- Les familles ne connaissent pas le bénévolat d'accompagnement
- Communication sur l'activité de bénévolat dans les unités



## OPPORTUNITES

- Correspond à un réel besoin des familles
- Développer la communication sur le bénévolat d'accompagnement
- Sensibilisation aux directives anticipées et personne de confiance
- Accompagnement et soutien des bénévoles

## POINTS DE VIGILANCE

- Présence dans l'espace intime des personnes
- Honnêteté
- Fidélisation des bénévoles

Une offre  
graduée de  
proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

Accès à un  
hôpital de jour

Expertise  
pédiatrique  
ERRSPP

Appui territorial

Gestion des urgences  
palliatives

RCP

Accès aux  
bénévoles  
d'accompagnement

Aide aux aidants

---

## FORCES

- 6 thématiques : « De l'annonce... au décès »
- Un outil numérique disponible 24h/24 7j/7
- Une modularité du dispositif via la mise en place de parcours interactif alliant
  - => Distanciel : PSAPA
  - => Conférence
  - => Ateliers thématiques
- Un référencement sur les sites gouvernementaux
- Soutien de la CNSA (*Communication/Information*)

*A noter : La PSAPA a été conçue et est animée par une équipe pluridisciplinaire associée à des experts (validation scientifique des contenus)*

## OPPORTUNITES

- Une identification plus précise du public « Aidants » et du public « Entourage aidants » ainsi que des besoins/attentes/manques en termes d'informations notamment
- Une réflexion autour d'un volet plus « préventif » permettant d'élargir à un public non directement concerné par le sujet (*hors situation d'accompagnement*)
- Une cocréation de nouveaux modules selon les besoins repérés et/ou l'évolution du cadre juridique, social, organisationnel...
- Une co-Construction d'un réseau partenarial visant le développement d'un maillage territorial opérationnel (actions communes, communication, relais...)
- Une analyse des situations vécues par les utilisateurs pour mieux comprendre les besoins

## FAIBLESSES

- Une appréhension de l'outil numérique parfois difficile
- Une inégalité de l'état du réseau internet en fonction des zones géographiques
- Une communication à optimiser auprès du public cible, des acteurs de la filière et des acteurs sanitaires et médico-sociaux (prises de contact direct, mailing, réseaux sociaux, médias...)
- Une analyse des situations vécues par les utilisateurs pour mieux comprendre les besoins



## POINTS DE VIGILANCE

- Les difficultés à se reconnaître « Aidant » et/ou à se dégager du temps (y compris absence de solution de relais)
- Les thématiques « inadaptées » à la problématique de l'aidant
- La mise en œuvre à actualiser de façon itérative d'une communication individualisée et collective multifocale et répétée nécessitant un réseau de transmission affiné des informations relatives aux aidants
- La mise en œuvre du maillage territorial de proximité
- Les modalités de financements pérennes
  
- Mésusage du dispositif et des ressources proposées
- Atteinte à la propriété intellectuelle

Une offre graduée  
de proximité

Accès à des  
consultations  
spécialisées

Accès à un hôpital  
de jour

Expertise pédiatrique  
ERRSPP

Appui territorial

Gestion des urgences  
palliatives

RCP

Offre de formation

Soutien des  
professionnels

Accompagnement du deuil

Aide aux aidants

Accès aux bénévoles  
d'accompagnement

## FORCES

- Formation spécifique pour les médecins (internes/seniors)
- Formation commune ville-hôpital (libéraux/hospit/coord) pour tout le territoire
- Expertise USP reconnue/légitimité
- 4 thèmes de SP
- Meilleur adressage ensuite, lien facilité pour avis ou orientation de patients
- 184 participants dont 112 différents
- Depuis 2021 (17 sessions)

## FAIBLESSES

- Ne touchent que les médecins « concernés »
- Essoufflement des inscriptions
- Relais de l'organisation
- Pas de certification

## OPPORTUNITES



Soins palliatifs en ville :

Professionnels libéraux en première ligne

- Initiale : organisation logistique par le DAC (et financement libéraux)
- Elargissement pour les IDEL ? Coportage ?
- Prêt salle de réunion DAC

## POINTS DE VIGILANCE

- Plus de remboursement pour libéraux
- Risque de désintéressement médecins si ouverture aux IDEL ?
- Pas de certification
- Organisation moins efficace/relais
- Lourdeur pour médecins USP



# LES FILIÈRES TERRITORIALES DE SOINS PALLIATIFS

# Définition

Sur un territoire donné, une filière de soins palliatifs est une organisation qui permet la coopération des acteurs spécialisés ou non, afin de proposer une offre et une organisation permettant une prise en charge graduée, tenant compte des besoins des personnes nécessitant des soins palliatifs, quels que soient l'âge ou encore le lieu de soins ou le lieu de vie.

# Les principes directeurs de la filière

Pour les usagers du système de santé :

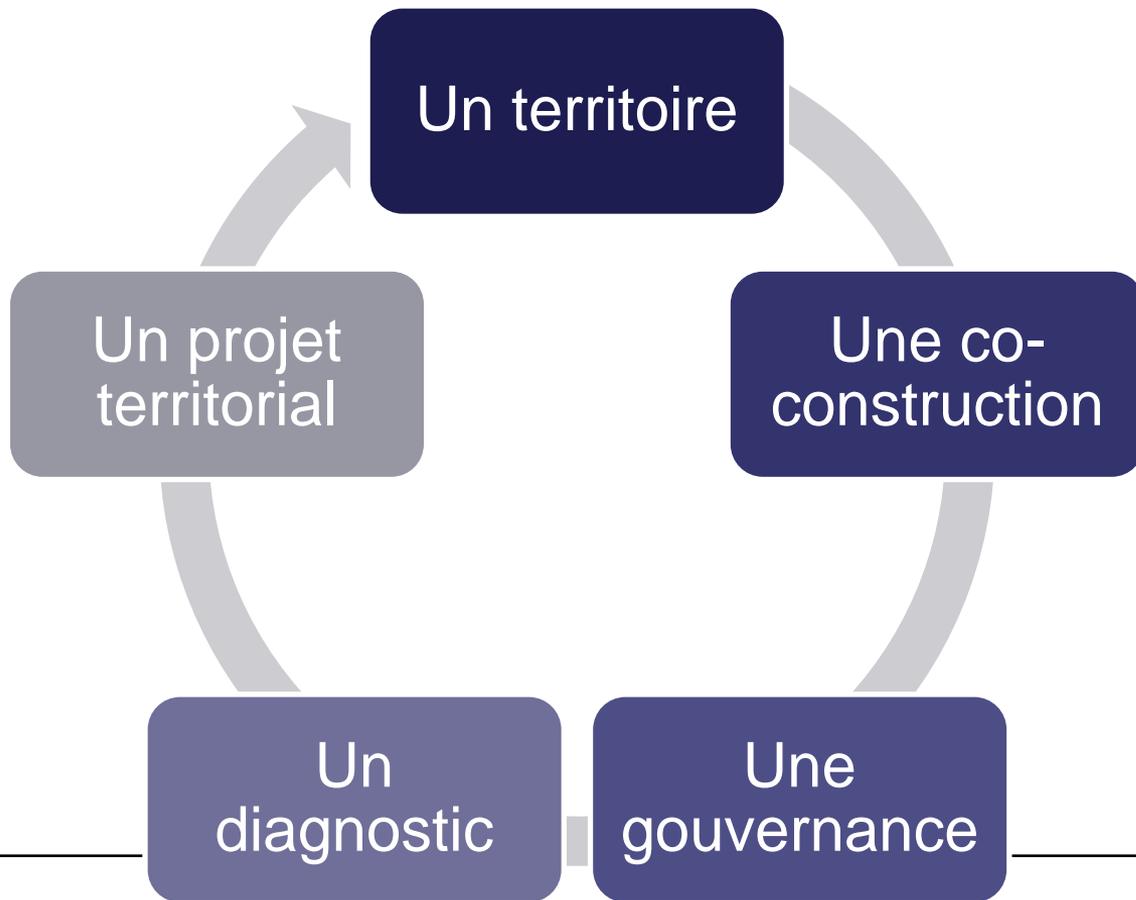
- Équité de la prise en charge en soins palliatifs sur l'ensemble du territoire breton
- Prise en compte des volontés exprimées et des choix de l'utilisateur et de son entourage
- Identification précoce des besoins et promotion de la qualité de l'accompagnement en soins palliatifs

Pour les professionnels et acteurs des soins palliatifs :

- Garantir l'accès à l'expertise palliative
- Travailler sur la visibilité et la lisibilité de l'organisation de la filière

Et donc, de travailler sur la diffusion de l'information auprès du grand public

# Une filière territoriale de soins palliatifs



# Filière Médicale Inter-Hospitalière de Soins palliatifs du GHT Armor

## Historique

Existence de tous les niveaux de gradation en soins palliatifs sur le territoire : EMSP, LISP, USP, HAD  
Initiation du PMP du GHT Armor pour 2023 => création de FMIH  
Préservation des coopérations existantes => médicaux, paramédicaux, externes au GHT et formaliser leurs liens avec la FMIH  
2021 : rédaction du règlement intérieur et de la convention par les personnels médicaux de SP du GHT  
2022 : signature du règlement intérieur et de la convention avec date d'effet = janvier 2023  
2022 : travail de diagnostic partagé : définition du territoire (limites, démographie), SWOT, définitions des missions à porter, plan d'action avec groupes de travail, synthèse des besoins d'accompagnements identifiés  
2023 : élaboration du PMSP  
2023 : Conventions entre la FMIH et les principaux partenaires extra-GHT

## Organisation

Trinôme coordonnateur : médecin + cadre paramédical + cadre administratif  
Conseil restreint : médecins de SP du GHT > 6 mois + représentants du collège paramédical + du collège de psychologue  
Collège paramédical + Collège de psychologues  
Conseil élargi : conseil restreint + Collège paramédical + Collège des psychologues + personnels extra-GHT de SP intégrés par des avenants à la constitution (HPCA, et AUB en attente de signature)  
Partenaires privilégiés : autres FMIH, extra-GHT, cadres IFSI/IFAS, DAC, CARESP  
Staffs territoriaux bimensuels

## Quelques exemples des 31 groupes de travail issus du plan d'action

Communication et lisibilité de l'offre de soins graduée du territoire  
Conforter et renforcer l'offre hospitalière de proximité via les LISP (capacitaire et respect du cahier des charges)  
Conforter et renforcer l'offre hospitalière de référence via les LUSP (capacitaire et respect du cahier des charges)  
Améliorer les conditions d'admission : dispositifs de repli / Limiter le recours et le temps de passage au SAU  
Renforcer l'accès à une expertise en soins palliatifs intra-hospitalière via les EMSP (services LISP et non LISP)  
Sécuriser le retour à domicile et le maintien à domicile avec et sans HAD  
Garantir l'accès à une expertise en soins palliatifs au domicile (RH, évaluations anticipées en EHPAD / domicile)  
Développer les collaborations avec les acteurs de ville et d'EHPAD  
Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD  
Formations : médecins traitants et IDEL, ESMS, SAAD, SSIAD, grand public  
Formations communes aux membres de la FMIH, mise en commun de procédures et protocoles

## Faiblesses mentionnées dans le diagnostic partagé

Tous types d'équipes représentés mais identification de déséquilibres entre les territoires :

- Répartition des LUSP et des LISP
- Territoires non couverts par EMSP
- Equipes déficitaires en personnels par rapport à leur bassin de population
- Territoire hétérogène dans les types de structures et les habitudes

Mauvaise lisibilité des ressources (rôles et répartition)  
Tension RH au niveau médical - Manque de DIU de SP - Carences en psychologues  
Manque de supervision  
Manque de formations communes spécifiques pour les professionnels de la FMIH  
Pas ou peu de protocoles et procédures communs entre les acteurs de la FMIH  
Manque de procédures communes avec les acteurs de ville et d'EHPAD  
Pas d'annuaire de formation commun pour les personnels hors FMIH  
Manque de formation des partenaires entraînant un surcroît de sollicitation des EMSP (intra et extra hospitalier)  
Difficultés de repli quotidiennes  
Certains établissements sans EMSP peu couverts  
Manque de véhicules  
Réponse hétérogène des SMUR pour les urgences palliatives  
Relais difficile des HAD vers les SSIAD et les AVS  
Manque d'IDE la nuit dans les ESMS pour assurer la fin de vie dans la structure

Tensions nationales et locales sur les ressources humaines notamment sur les médecins de SP  
Tensions nationales sur les ressources financières hospitalières - MIG ne couvrant pas l'intégralité des charges des EMSP

Difficulté à former un nombre de professionnels significatifs pour faire évoluer les PEC, surtout eu égard à l'instabilité actuelle des équipes (turn-over important)  
Hétérogénéité des ressources internes selon les services / ESMS  
Déstabilisation des équipes de 1ère ligne et déficit croissant de médecins traitants nécessitant une action plus interventionniste des EMSP

Vie de la FMIH : rôle seulement consultatif sur les recrutements, disponibilité de temps à consacrer à la FMIH, faire vivre la FMIH et y intéresser les acteurs

## Ajuster l'organisation à l'instruction ministérielle du 21 juin 2023 en reconsidérant les thématiques mises de côté dans notre plan d'action :

- Programmation précoce des soins palliatifs
- Consultations spécialisées de soins palliatifs
- HDJ de soins palliatifs
- Parcours ciblés pour certaines populations : pédiatrie, handicap, milieu carcéral...
- Appui territorial téléphonique en journée et étendu en soirée au niveau local (assorti au niveau régional d'un appui 24h/24 7j/7).
- Passer d'une organisation historiquement hospitalo-centrée à une collaboration accrue avec les DAC, libéraux, et CPTS

## Outil : tableau de recueil des moyens existants par Pays, par thématique

Niveau de l'offre gradué (1 et/ou 2 et/ou 3) voir annexe	Nom de la (ou des) structure(s) concernée(s) ou des personnes référents (créer une ligne pour chaque)	Acteurs concernés (fonction/ ETP spécifique disponible et formation spécifique, DU, DIU, DESC,...)	Population concernée ou couverte	Quantification de l'activité si possible (annuel)	Organisation (décrire la capacité/disponibilité, horaires d'ouverture, fonctionnement, astreintes, etc.)	Points forts	Axe d'amélioration	Moyens nécessaires à l'amélioration (humains, techniques, organisationnels)
--	---	--	----------------------------------	---	--	--------------	--------------------	---

- Prise en charge hospitalière : avis, USP, LISP, expertise hospitalière (type équipe mobile), consultations / HDJ, HAD
- Prise en charge à domicile et en ESMS : expertise en SP en ESMS, expertise en SP à domicile, soins d'accompagnement à domicile
- Accompagnement en soins palliatifs : accompagnement des aidants, associations de bénévoles, prise en charge du deuil
- Coordination des acteurs : réunion de filière de territoire de soins palliatifs, réunion de concertation avec l'équipe de soins primaires autour d'une situation
- Formation : DIU/formation primaire, en établissement sanitaire, en ESMS, à domicile

## Calendrier de travail :

- Juin-décembre 2023 : 3 réunions médecins - soins palliatifs du territoire + DAC
- Janvier – février 2024 : 2 réunions - association du CHU (représentation direction générale)
- Juin – juillet 2024 : coanimation de 6 rencontres CHU-DAC avec l'ensemble des établissements porteurs d'USP, Equipe mobile, SAU + LISP ainsi que HAD, ESMS PA-PH, CPTS et associations de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs

## FORCES

- Culture de collaboration :
  - Des **acteurs soins palliatifs qui se connaissent, travaillent ensemble** (interface soins palliatifs mensuelle)
  - Des **acteurs institutionnels qui travaillent ensemble** sur d'autres projets territoriaux (AAP Gestion des lits territorial, filière gériatrique, etc.) et développent une culture du consensus
- Structuration des soins palliatifs sur le territoire pré-existante à la démarche :
  - Un **territoire doté** en ressources humaines et structures (2 USP notamment)
  - **L'expérience de la période COVID** (astreinte téléphonique)
- Méthodologie de diagnostic :
  - La **synergie des porteurs DAC/CHU**
  - Une **phase diagnostic partagée** avec tous les acteurs (établissements, HAD, secteur PA/PH, CPTS, associations d'accompagnants) pour **définir conjointement les orientations principales à porter**
  - Un **premier temps de réunions entre médecins/soignants** appuyé par la suite par des rencontres avec les directions
- L'appui de la coordination régionale associée à la démarche

## FAIBLESSES

- Des acteurs sous **statuts différents** (public, privé, associatif, espic)
- Un **territoire important à couvrir** à la fois rural et urbain avec de multiples acteurs
- **Démarche mobilisatrice en temps** (rencontres de tous les acteurs pour partager le diagnostic)
- Les **temporalités et priorités des autres acteurs pour d'autres thématiques** (enjeu sur secteur médico-social notamment)

### Méthodologie de projet

### Filière soins palliatifs Nord Finistère

## OPPORTUNITES

- **Dynamique du territoire** (volontaire pour formation, recrutements récents)
- Un **système d'information qui se structure** : DPI commun au GHT BO, Groupe de travail Ville Hôpital, développement de la téléexpertise...

## POINTS DE VIGILANCE

- Un **consensus à trouver sur les règles d'allocation des moyens** demandés et en cas d'écart important avec les ressources obtenues / schéma gagnant / gagnant
- Un **cadre législatif qui pourrait évoluer**

# CAMPAGNE DE RECONNAISSANCE DES FILIÈRES TERRITORIALES

# Campagne de reconnaissance des filières territoriales

- Sur la base d'un cahier des charges et du diagnostic régional, il est attendu que les professionnels de terrain se rencontrent autour d'un projet de territoire de soins palliatifs ;
- L'ensemble des experts en soins palliatifs, les établissements de santé, les établissements de santé bénéficiant d'une reconnaissance contractuelle de la part de l'ARS d'une offre de soins palliatifs (LISP, USP, EMSP), les HAD, l'ERRSPP, les DAC et les CPTS doivent participer aux travaux et être partie prenante. Les autres acteurs du 1<sup>er</sup> recours, du social, du médico-social, les bénévoles et l'ensemble des professionnels intéressés par le sujet sont invités à participer ;
  - **Il est ciblé 7 filières sur la région**
  - **L'ensemble de la région soit être couverte**

# Campagne de reconnaissance des filières territoriales

- La filière doit s'inscrire dans le temps et doit favoriser la mise en place d'espaces réservés aux interactions entre les acteurs et aux démarches innovantes ;
- Pour être reconnu, la filière doit déposer un dossier de demande de reconnaissance, comprenant :
  - Une fiche d'identité de la filière ;
  - Le diagnostic territorial ;
  - Une analyse de ce diagnostic sous forme de SWOT ;
  - Un projet territorial avec un plan d'action.
- La filière pourra faire une demande de moyen à l'ARS pour les actions correctives

# Le calendrier

13/09/24

- Lancement de la campagne de reconnaissance

14/02/25

- Clôture de réception des projets

Juin  
2025

- Décision de la Directrice générale de l'ARS

Juillet 25

- Première notification des moyens

## Contexte

- L'ARS Bretagne lance une campagne de labélisation des filières
- Celle-ci permet de renforcer la prise en charge à domicile et soutenir les professionnels du premier recours, en conformité avec l'instruction nationale du 21 juin 2023

①

## Rencontre des acteurs



Acteurs "experts"

Les professionnels  
de terrain



"requérants"

## Réalisation d'un diagnostic territorial



Ressources et besoins



Forces et faiblesses



Leviers mobilisables



Actions correctives

À réaliser entre acteurs  
avec le concours de l'ARS  
et de la CARESP

②

## Rédaction du document

Fiche d'identité de la filière

Le diagnostic territorial



Un projet territorial

Une analyse du diagnostic

③

## Envoi à l'ARS



Dépôt du dossier  
avant le 14 février 2025

Décision finale  
→ juin 2025

Délégation des moyens  
→ Juillet 2025

# Le soutien apporté par l'ARS et la CARESP

## ARS



- Soutien
- Conseil
- Arbitrage
- Présence sur le terrain
- Moyens financiers



Lisibilité de l'offre

## CARESP



- Soutien méthodologique
- Ressources documentaires
- Mise en relation
- Présence sur le terrain





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Agence Régionale de Santé  
Bretagne

## Pour conclure



« Aller vers »

Équité

Coopérations

Appui  
territorial

Repérage  
précoce

Domicile

Expertise

*Merçi !*