

**Etat de santé de la population
Bilan de l'offre de santé
Bilan du PRS 2012-2016**

SYNTHÈSES

Introduction



L'élaboration du prochain Projet Régional de Santé doit être l'occasion d'une large concertation notamment avec l'ensemble des partenaires de la CRSA sur un cadre d'orientation stratégique (COS). Pour dégager une vision partagée des évolutions du système de santé, il convient tout d'abord d'établir un premier diagnostic de l'état de santé de la population bretonne ainsi que de l'offre de santé disponible sur la région. Un bilan des actions menées sur la période 2012-2016 peut venir utilement compléter ce panorama.

Il est essentiel que ces trois documents soient aisément appropriables par chaque lecteur. C'est pour cette raison que j'ai souhaité qu'en soient réalisées de courtes synthèses, mettant en exergue les principaux messages et les principales perspectives. Ces synthèses sont ici présentées ensemble plutôt que sur chacun des trois documents, pour faciliter la lecture et favoriser la priorisation des constats et des éléments de réflexion régionaux.

En effet, j'ai voulu que ces trois documents, comme leurs synthèses, soient dynamiques et problématisés, lançant en particulier des pistes de réflexion pour l'avenir. Entre les perspectives issues du bilan de nos actions et celles issues du bilan de l'offre existante, le lecteur remarquera parfois que la frontière est parfois ténue, preuve que nos actions de structuration portent leurs fruits. Il ne pouvait en être autrement, notamment parce que l'ARS contribue fortement par son action à la structuration de l'offre dans la région. Il n'en reste pas moins qu'il m'apparaît essentiel d'apporter des éléments de réponse à ces trois questions complémentaires : « quel est à ce jour l'état de santé de la population bretonne ? », « de quelle offre de santé disposent aujourd'hui les Bretons ? », et « quelles ont été les actions régionales les plus significatives en matière de santé depuis 2012 ? ».

Je vous souhaite une bonne lecture et j'espère que les échanges à venir contribueront à enrichir les analyses avant de poursuivre le travail de diagnostic au niveau territorial avec les futurs conseils territoriaux de santé.

Le Directeur Général

de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

Olivier de CADEVILLE

Sommaire

INTRODUCTION	2
SOMMAIRE	3
ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	4
BILAN DE L'OFFRE DE SANTE	9
BILAN DU PRS 2012-2016	19

Etat de santé de la population

Situation démographique : une population vieillissante

UNE POPULATION AGÉE ET VIEILLISSANTE

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. Le département des Côtes-d'Armor affiche l'indice de vieillissement le plus élevé de la région.

UN BRETON SUR TROIS AGE DE 60 ANS ET PLUS EN 2040

La population progresse à un rythme plus élevé que celui de la métropole, du fait principalement d'un solde migratoire positif alors que le solde naturel est relativement faible. Parallèlement, la tendance au vieillissement va s'accroître. En 2040, les 60 ans et plus représenteraient 33 % de la population contre 27 % en 2015. Cette part progresserait au même rythme en Bretagne et en France métropolitaine¹. L'évolution serait la plus forte dans le Morbihan et la moins forte en Ille-et-Vilaine et dans le Finistère. La part des 75 ans et plus, 10 % de la population bretonne en 2015, devrait atteindre 16 % à l'horizon 2040. L'Ille-et-Vilaine présenterait la plus faible part de 75 ans et plus et les Côtes-d'Armor la plus élevée.

UNE DIMINUTION CONSTANTE DE LA NATALITE AU COURS DE LA DERNIERE DECENNIE

Le nombre de femmes en âge de procréer diminue et la fécondité des bretonnes se réduit. Avec 1,91 enfant par femme, elle se situe pour la deuxième année consécutive en 2016 légèrement en dessous du niveau métropolitain. Le déficit de naissances est notable dans le centre-ouest Bretagne. L'Ille-

et-Vilaine est le seul département qui contribue à l'excédent naturel de la région.

État de santé : une surmortalité encore préoccupante, même si la situation s'améliore

UNE ESPERANCE DE VIE INFÉRIEURE A LA MOYENNE NATIONALE

L'espérance de vie à la naissance et à 60 ans est plus faible en Bretagne qu'au niveau national, pour les hommes plus encore que pour les femmes. Ce décalage observé s'explique en partie par le poids des décès survenant de manière prématurée avant 65 ans.

GLOBALEMENT, DES INDICATEURS DE MORTALITE DEFAVORABLES

La surmortalité bretonne s'observe pour les trois principales causes de décès : tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et causes dites externes².

Les indicateurs de mortalité liée aux tumeurs sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine pour les hommes (+6 %). S'agissant de la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire, la région affiche une situation défavorable avec une surmortalité de 14 % chez les hommes et 15 % chez les femmes. La surmortalité est observée pour les deux principales composantes des maladies de l'appareil circulatoire que sont les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales. Quant aux causes externes, les taux sont supérieurs de 33 % chez les hommes et de 31 % chez les femmes. Parmi les causes dites « externes », la surmortalité liée au suicide est très élevée : 42 décès pour 100 000 habitants pour les hommes contre 26 en France métropolitaine, et 12 décès contre 8 pour les femmes.

UNE MORTALITE PREMATUREE EVITABLE QUI RESTE PREOCCUPANTE

La Bretagne est la deuxième région de France métropolitaine où la mortalité prématurée

¹ Hors DOM-TOM

² Les causes externes de mortalité selon l'OMS regroupent les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation, les suicides et les homicides.

évitables est la plus importante, la surmortalité de la région étant de 28 %. Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la cause de décès évitables la plus fréquente, suivis par les suicides, les causes directement liées à l'alcoolisme, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et les accidents de la circulation.

Les causes de ces décès varient selon l'âge : les accidents de la circulation sont les plus fréquents entre 15 et 24 ans, les suicides entre 25 et 44 ans et le cancer de la trachée, des bronches et du poumon entre 45 et 64 ans. Comparée à la France métropolitaine, la mortalité prématurée par suicide est près de deux fois plus élevée en Bretagne. La situation régionale est également défavorable pour le cancer des VADS et les pathologies liées à l'alcool chez les hommes. En revanche, la région ne se distingue de la moyenne nationale ni pour les accidents de la circulation ni pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, ce dernier ne cessant toutefois de progresser chez les femmes.

UNE SITUATION GLOBALEMENT PLUS DÉFAVORABLE POUR LES HOMMES QU'EN FRANCE ET POUR LES FEMMES

La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est 1,6 fois supérieure chez les hommes. Pour les tumeurs, la surmortalité masculine est encore plus marquée, le taux étant 2,2 fois plus élevé. Pour l'essentiel des localisations cancéreuses, les taux standardisés de décès masculins sont plus élevés. Ce constat est majoré pour la mortalité prématurée évitable 3,4 fois supérieure chez les hommes. Le rapport est de 3,5 pour les suicides, de 2 pour les maladies de l'appareil respiratoire et de 1,6 pour le diabète.

UNE SURMORTALITÉ À L'OUEST DE LA RÉGION

Les inégalités territoriales sont marquées et leur réduction constitue un enjeu pour la région. Globalement, la mortalité est plus élevée dans l'Ouest de la Bretagne, alors que l'Ille-et-Vilaine est plus épargnée. Pour la mortalité générale, le Finistère présente la situation la plus défavorable, tant pour les hommes que pour les femmes, suivi par le Morbihan. Seul 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, seul l'Ille-et-Vilaine se distingue avec la position la plus favorable au sein de la région et des taux proches de la moyenne métropolitaine.

Parmi les maladies chroniques, prépondérance des maladies de l'appareil circulatoire et des tumeurs

Au sein des motifs de nouvelles admissions en Affections de Longue Durée (ALD), quatre pathologies prédominent : les maladies de l'appareil circulatoire (31 %), les tumeurs (22 %), le diabète (12 %) et les affections psychiatriques de longue durée (11 %). Globalement, la Bretagne présente une situation comparable au niveau national pour les hommes alors qu'elle est plus favorable pour les femmes. En termes de motifs, les nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire sont plus fréquentes en Bretagne pour les deux sexes alors que pour les tumeurs elles se situent dans la moyenne chez les hommes et dans une position plus favorable chez les femmes.

Quelques indicateurs favorables

Pour certaines pathologies, la prévalence est moindre en Bretagne qu'en France ; il en est ainsi du diabète et de l'obésité. Comparativement aux autres régions, la Bretagne est également peu touchée par l'infection à VIH et elle est en situation favorable pour les hépatites virales.

... et une situation qui s'améliore dans le temps

Les indicateurs de l'état de santé, bien que toujours globalement défavorables par rapport au reste de la France, se sont améliorés au cours de la dernière décennie. L'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes s'amenuise, et la Bretagne rattrape une partie de son retard en espérance de vie avec le niveau national pour les hommes. Ainsi en 10 ans, l'espérance de vie à la naissance des Bretonnes a augmenté de 2 ans, celle des Bretons de 3 ans.

La mortalité pour les deux principales causes de décès, maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs, est en baisse. Au niveau des cancers, des évolutions sont encourageantes : chez les hommes, recul de l'incidence et de la mortalité des cancers liés à l'alcool (cancers des VADS) et des cancers de la prostate, diminution de la mortalité pour les cancers du côlon-rectum, de l'estomac, de la trachée, des bronches et du poumon ; chez les femmes, baisse de l'incidence et de la mortalité du cancer de l'estomac, diminution de la mortalité par cancer du sein et du côlon-rectum.

La mortalité et l'incidence des maladies de l'appareil respiratoire sont également en diminution.

Depuis au moins une quinzaine d'années, la mortalité prématurée évitable régresse, mais moins rapidement qu'en France métropolitaine. Les diminutions les plus importantes chez les hommes s'observent pour les accidents de la circulation, et les cancers des VADS ; chez les femmes, les accidents de la circulation et les pathologies liées à la consommation d'alcool.

Les déterminants de santé, enjeux de la prévention

DES INDICATEURS SOCIAUX GLOBALEMENT FAVORABLES, MAIS DES ZONES FRAGILISÉES

La Bretagne figure parmi les régions les moins confrontées aux difficultés sociales. Le taux de pauvreté y est moins élevé qu'en moyenne nationale, le taux de chômage demeure l'un des plus faibles de France ainsi que la part des personnes pas ou peu diplômées. Pour autant, le poids des emplois d'ouvriers et d'agriculteurs dans la région est plus important qu'en France à l'inverse de celui des cadres, même si l'écart avec le niveau national s'amenuise. Or, les différentes catégories sociales présentent des espérances de vie inégales. De même, certains territoires présentent des fragilités, notamment en centre Bretagne et aux frontières régionales où les niveaux de revenus sont plus faibles.

LE POIDS DES ADDICTIONS

En Bretagne, la prévention des conduites addictives (alcool, tabac, produits illicites, usages détournés de médicaments), principale cause de mortalité prématurée, constitue une priorité forte de santé publique. La mortalité prématurée pour les principales pathologies liées à l'alcool est supérieure à la moyenne française chez les hommes, et dans tous les départements à l'exception de l'Ille-et-Vilaine. Cependant, depuis le début des années 2000, les taux sont en baisse et l'écart observé chez les hommes avec la France tend à se réduire.

En termes d'usages déclarés, la région se caractérise par les niveaux d'ivresses les plus élevés de France, notamment chez les 15-30 ans. Si la consommation régulière d'alcool diminue, en revanche la fréquence des ivresses a augmenté entre 2005 et 2010.

Concernant la mortalité prématurée pour les principales pathologies liées au tabac, la

situation est comparable à celle de la France, chez les hommes comme chez les femmes, mais elle masque des disparités selon les départements, le Finistère étant le plus touché. C'est également dans ce département que les niveaux de vente de cigarettes et de tabac à rouler sont les plus élevés. La mortalité prématurée pour les pathologies liées au tabac augmente chez les femmes et plus fortement en Bretagne qu'en France, alors qu'elle baisse chez les hommes. La consommation de tabac, chez les 15-75 ans apparaît globalement semblable à celle observée au niveau métropolitain et stable entre 2005 et 2010.

Par ailleurs, les Bretons sont proportionnellement plus nombreux que les Français à avoir consommé du cannabis ou d'autres drogues au moins une fois dans leur vie, notamment les 15-30 ans. De plus, leur part a augmenté entre 2005 et 2010. La consommation de cannabis au moins une fois dans l'année est proche du niveau national chez les 15-64 ans, mais plus élevée chez les 15-30 ans.

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE : HUIT FOIS PLUS NOMBREUX QUE CEUX DE LA CIRCULATION

Malgré une diminution des taux standardisés sur la dernière décennie, la région se situe au premier rang des régions à plus forte mortalité chez les hommes comme chez les femmes pour les accidents de la vie courante. Les taux de mortalité sont les plus élevés au delà de 65 ans, surtout chez les hommes. Les chutes représentent la moitié des accidents de la vie courante, suivies des suffocations et des intoxications.

La Bretagne se situe dans la moyenne métropolitaine en ce qui concerne les accidents de la circulation. La mortalité a été divisée par deux en 10 ans. Les hommes de 20-24 ans sont les plus touchés. En Bretagne, la proportion d'accidents mortels avec un taux d'alcool positif dépasse la moyenne nationale, surtout dans le Finistère.

L'OBESITÉ : UNE SITUATION RÉGIONALE RELATIVEMENT FAVORABLE, MAIS UNE PREVALENCE EN PROGRESSION

Si la Bretagne connaît une situation plus favorable que celle observée en France, la prévalence de l'obésité a quasiment doublé en 15 ans. Parallèlement, la Bretagne fait partie des régions les plus sportives : trois Bretons sur dix sont licenciés sportifs. Pour autant, la pratique féminine licenciée reste nettement en retrait par rapport à celle des hommes.

Ceci étant, les déterminants en lien avec la nutrition et l'activité physique sont peu documentés faute d'indicateurs régionaux disponibles.

LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX : SPECIFICITES REGIONALES

En matière de risques professionnels, la surreprésentation de certains secteurs d'activité en Bretagne (agriculture, industrie agro-alimentaire, bâtiment) liée à des conditions de travail moins favorables, a pour conséquence la survenue plus fréquente de maladies professionnelles ou d'accidents du travail. 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.

En ce qui concerne les déterminants liés à l'environnement physique, la région est soumise à des pressions concentrées sur les principales agglomérations et les zones côtières, et le poids de l'agriculture est particulièrement important. Les spécificités régionales concernent les émissions de radon, les émissions en oxydes d'azote dans l'air, liées notamment au transport, et la qualité des eaux superficielles, sensibles aux pollutions. Au niveau de l'eau, les non-conformités de l'eau potable en nitrates et pesticides sont en diminution quasi constante depuis 15 ans et cette situation est meilleure que la moyenne nationale. 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.

Les enjeux populationnels

PAS DE PARTICULARITE BRETONNE POUR LA PETITE ENFANCE (0-4 ANS)

La mortalité infantile en Bretagne, proche de celle de la France, est en baisse depuis la fin des années 90. Si les premières causes de décès et d'hospitalisation sont essentiellement dues aux affections périnatales chez les moins d'un an, entre 1 et 4 ans, les motifs d'hospitalisation se concentrent sur les maladies de l'appareil respiratoire et de la sphère ORL. Les taux de recours à l'hospitalisation pour asthme chez les enfants de moins de 5 ans sont proches en Bretagne et en métropole, mais nettement plus élevés dans le Finistère.

REDUIRE LES LESIONS TRAUMATIQUES ET LES TUMEURS CHEZ LES ENFANTS ET LES PREADOLESCENTS (5 A 14 ANS)

Les causes externes de morbidité et de mortalité et les tumeurs constituent les deux principales causes de décès entre 5 et 14 ans. Leur fréquence ne diffère pas de celle de la France métropolitaine. En termes de morbidité, les troubles mentaux chez les garçons et les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (scoliose) chez les filles représentent le premier motif de nouvelles admissions en ALD. Globalement, ces constats sont comparables à ceux observés en France métropolitaine, et en hausse par rapport au milieu des années 2000.

DES ENJEUX CONCERNANT LA PRECARITE DE L'EMPLOI, LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ET LES CONDUITES ADDICTIVES POUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES (15 A 30 ANS)

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, le chômage des jeunes de 15 à 24 ans a fortement augmenté entre 2008 et 2014. Plus d'un jeune actif Breton de 15-24 ans sur cinq est au chômage et plus de la moitié des 15-24 ans ayant un poste sont en emploi précaire. La part de ceux qui ne sont ni diplômés ni scolarisés est cependant plus faible dans la région qu'au niveau national.

De même qu'en moyenne nationale, les accidents de la circulation représentent la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge et les affections psychiatriques, le premier motif de nouvelles admissions en ALD.

Parallèlement, les usages de produits psychoactifs demeurent préoccupants. Si de nombreux jeunes se limitent à l'expérimentation de certains produits, 37 % des jeunes Bretons de 17 ans fument quotidiennement en 2014. Ce taux est en hausse depuis 2011 et supérieur au taux national. Les jeunes Bretons sont également plus fréquemment consommateurs réguliers d'alcool et de cannabis qu'au niveau national et les ivresses régulières sont deux fois plus fréquentes.

UNE DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN PROGRESSION

Le niveau de revenus moyen des personnes âgées bretonnes est inférieur à celui du reste de la population et moins élevé qu'en France. En Bretagne, en 2012, les proportions de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (39 %), ou bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (20 %), sont proches du niveau national. La Bretagne se caractérise par une surmortalité par rapport au niveau national de la population de plus de 75 ans à l'exception de l'Ille-et-Vilaine, les maladies cardio-vasculaires représentant la première cause de décès.

Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser de 40 % dans la région, légèrement plus qu'en métropole (38 %), ce qui se traduirait par 17 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires entre 2010 et 2020. La croissance serait soutenue dans les territoires périurbains et sur le littoral morbihannais. A l'horizon 2040, plus d'un Breton sur six serait âgé de 75 ans et plus. Le nombre de malades d'Alzheimer estimé aujourd'hui à 59 000 chez les 75 ans et plus, pourrait doubler d'ici 2040.

LA PRISE EN CHARGE ET LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

En Bretagne, le taux de foyers bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) est inférieur à celui observé en France métropolitaine. À l'inverse, le taux de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est supérieur. Le nombre de personnes handicapées vieillissantes en établissements augmente et fait écho à la tendance générale au vieillissement de la population.

FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET DE PAUVRETÉ

Si les indicateurs de précarité et de pauvreté apparaissent meilleurs qu'au plan national, certaines populations sont particulièrement exposées (notamment familles monoparentales et jeunes, habitants des agglomérations). Une attention particulière doit être accordée à l'accès à la prévention et aux soins de ces personnes en situation de précarité et de pauvreté.

DE FORTS ENJEUX DE SANTÉ MENTALE

En Bretagne, globalement, une nouvelle admission en ALD sur dix est attribuée aux

troubles mentaux, près d'une sur quatre chez les moins de 25 ans comme chez les 25-44 ans. Le recours aux soins en psychiatrie en Bretagne est très supérieur à la moyenne française, mais en baisse depuis 2008. Parmi les motifs d'hospitalisation, les troubles mentaux et du comportement liés à l'usage d'alcool sont deux fois plus importants en Bretagne qu'en France.

Par ailleurs, les consommations médicamenteuses sont supérieures à la moyenne nationale pour les anxiolytiques et les hypnotiques. Pour ces derniers, la Bretagne se classe au premier rang des régions les plus concernées.

Malgré une légère amélioration tendancielle de la situation, la Bretagne déplore, chaque jour en moyenne, 2 suicides et 18 séjours en médecine pour tentative de suicide. Elle est la région la plus touchée par le suicide, phénomène qui concerne aussi des populations jeunes et actives et qui est marqué dans les quatre départements bretons, mais plus particulièrement dans les Côtes-d'Armor.

Bilan de l'offre de santé

Offre de prévention et promotion de la santé

Les priorités du PRS actuel en matière de prévention sont les suivantes : santé mentale, addictions, vie affective et sexuelle, nutrition et activité physique, environnement, précarité.

LE DEVELOPPEMENT DE LA CONTRACTUALISATION AVEC LES OPERATEURS

L'offre en prévention et promotion de santé (PPS) repose sur une multitude d'acteurs aux statuts très divers. La couverture géographique de leurs actions varie également de la région aux quartiers. Plus de 150 opérateurs, financés en partie par l'ARS, ont contribué en 2016 à la mise en place de 178 actions de PPS portant sur une des thématiques prioritaires du PRS par le biais de conventions pluri annuelles (pour 40 d'entre eux) ou via l'appel à projets annuel. Le conventionnement est développé par l'ARS pour que soient menées des actions plus durables sur certains thèmes ou territoires. En pratique, l'IREPS et l'ANPAA sont de loin les premiers opérateurs en termes de financements alloués par l'Agence.

UNE MAJORITE D'ACTIONS SUR LES ADDICTIONS ET LA SANTE MENTALE

Les actions financées relèvent en majorité des thématiques addictions et santé mentale et sont axées prioritairement sur l'éducation à la santé et le renforcement des compétences individuelles. Les actions cherchant à mobiliser les leviers relevant des politiques locales ou des environnements des personnes restent encore rares. A noter que les thématiques de l'environnement et de la nutrition et activité physique se sont développées ces trois dernières années.

12 ANIMATEURS TERRITORIAUX ET 1 POLE DE COMPETENCE REGIONAL

Ces actions sont facilitées par deux dispositifs. Localement, une action sur quatre bénéficie du soutien des animateurs territoriaux de santé (ATS) cofinancés par l'ARS, le Conseil régional et les Pays, qui interviennent dans 12 Pays sur 21. Régionalement, un pôle de compétences

en éducation et promotion de la santé, regroupant une dizaine d'acteurs de la prévention et promotion de la santé effective notamment des formations communes et du soutien méthodologique.

LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Il existe à ce jour 242 programmes d'ETP autorisés, dont 26 en ambulatoire. 30 606 patients ont bénéficié d'un programme d'ETP sur l'année 2015. Cette offre s'est structurée par la création d'un pôle régional de ressources et de trois plateformes territoriales devant coordonner les programmes existants et promouvoir l'ETP sur leur territoire.

PERSPECTIVES : LE DEVELOPPEMENT DE L'ANCRAGE TERRITORIAL ET L'ACTION EN FAVEUR DE L'ENFANCE ET DU GRAND AGE

Les enjeux pour le prochain PRS seront de développer l'ancrage territorial des actions (via les contrats locaux de santé), d'intégrer la prévention ciblée dans les différents parcours (addictions, santé mentale, cancer...) et d'accroître l'effort de prévention et promotion de la santé sur deux périodes clés de la vie : la petite enfance et le vieillissement.

Offre ambulatoire

UNE DENSITE EN MEDECINS GENERALISTES COMPARABLE A LA MOYENNE NATIONALE...

La densité régionale en médecins généralistes libéraux est comparable à la moyenne nationale. Il existe cependant une inégalité territoriale de répartition en faveur des zones urbaines et côtières, qui a tendance à se creuser avec la diminution du nombre de médecins observée depuis 2010.

Si les autres professionnels du premier recours placent la Bretagne dans la moyenne nationale, la situation des infirmiers libéraux est nettement supérieure avec 153 infirmiers installés pour 100 000 habitants contre 128. Les inégalités territoriales de répartition des infirmiers qui sont constatées sont néanmoins tempérées progressivement par l'application de mesures de régulation au conventionnement.

... MAIS INFÉRIEURE EN MÉDECINE DE SPÉCIALITÉS

La situation pour les médecines de spécialité est moins favorable puisque la densité bretonne est de 74 pour 100 000 habitants contre 94 en moyenne nationale, avec une situation plus marquée pour la pédiatrie et la gynécologie. 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.

LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNÉ...

L'offre bretonne de premier et second recours se structure progressivement pour offrir à la fois un suivi plus coordonné à la population et un cadre d'exercice plus attractif aux professionnels de santé. De ce point de vue les maisons de santé pluriprofessionnelles ont connu un fort développement pour atteindre au 1^{er} janvier 2016 le nombre de 75, dont les trois quarts sont implantés sur des territoires démographiquement fragiles. 26 de ces MSP sont également impliquées dans des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte, basés sur des indicateurs de santé publique.

... ET DES PLATEFORMES TERRITORIALES D'APPUI

Le soutien aux soins de premier recours passe également par le développement de « plateformes territoriales d'appui » pour coordonner les parcours complexes de certains patients. En 2016, 3 PTA sont en fonctionnement, issues de la fusion de réseaux de santé thématiques, et 6 sont en cours de développement.

PERSPECTIVES : LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS ET L'AMÉLIORATION DU SECOND RECOURS

Il conviendra à l'avenir de maintenir le soutien à l'exercice coordonné et notamment les coopérations entre les médecins et les autres professions du premier recours afin d'optimiser le temps médical. Le travail sur les professionnels du second recours sera à approfondir sur les spécialités les plus touchées par la diminution d'effectifs et l'inégale répartition territoriale. Enfin, il conviendra de compléter le maillage en plateformes territoriales d'appui, en veillant à ce qu'elles soient implantées sur des territoires de taille opérationnelle, et en coopération avec

les autres dispositifs d'aide au parcours comme les MAIA.

Offre hospitalière

La Bretagne dispose de 123 établissements de santé : 46 établissements publics (dont 8 centres de référence³), 42 établissements privés d'intérêt collectif et 35 établissements privés à but lucratif.

Les établissements publics réalisent plus de 90 % de l'activité de médecine et 80 % de l'activité d'obstétrique. Les établissements privés effectuent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et interventionnelle.

UNE REDEFINITION DES MISSIONS DE L'HOPITAL DE PROXIMITÉ

Ces établissements situés en zone rurale ont vu leurs missions redéfinies par l'ARS en 2015. Ces établissements doivent ainsi faciliter l'accès aux soins médicaux et à la prévention, accueillir des personnes âgées dans des structures médico-sociales et faciliter le retour au domicile de la personne notamment en fin de vie. Ce référentiel a précédé la réforme réglementaire intervenue en 2016, définissant le statut d'hôpital de proximité. 22 établissements bretons y sont aujourd'hui éligibles, deux l'ayant cependant décliné.

Par son effet structurant sur l'offre de santé dans les territoires ruraux, l'hôpital de proximité est à conforter, notamment au sein des groupements hospitaliers de territoire.

LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE : MAINTIEN DE L'ORGANISATION TERRITORIALE...

Les 8 territoires de santé bretons sont peuplés de 407 000 habitants en moyenne. Outre leur établissement de référence, la majorité des territoires possèdent une autre offre publique en médecine et chirurgie : Morlaix et Carhaix dans le TS n°1, Douarnenez dans le TS n°2, Ploërmel dans le TS n°4, Redon, Fougères et Vitré dans le TS n°5, Dinan dans le TS n°6, Guingamp et Lannion dans le TS n°7. Les GHT sont venus en 2016 solidifier cette organisation, préfigurée avec les communautés hospitalières de territoire (CHT).

Les taux de recours en médecine et chirurgie, bien que variables entre les territoires, restent

³ CHU de Brest, CH de Cornouaille à Quimper, CH Bretagne Sud à Lorient, CH Bretagne-Atlantique à Vannes, CHU de Rennes, CH de St-Malo, CH de St-Brieuc, CH du Centre Bretagne à Pontivy.

inférieurs aux taux nationaux. Les taux de fuite suivent les mêmes tendances en 2014 qu'en 2010. Ce sont ainsi les territoires 6 et 8 qui ont les taux de fuite les plus conséquents en médecine (respectivement 21,8 % et 36,3 %) comme en chirurgie (33,3 % et 43,6 %). Si ces fuites ont diminué en médecine entre 2010 et 2014, elles se sont accrues en chirurgie.

... ET VIRAGE AMBULATOIRE

Accusant un retard important en termes de chirurgie ambulatoire avant 2010, la Bretagne dépasse aujourd'hui le taux national, se positionnant au 6^{ème} rang des régions métropolitaines en 2014. Ce rattrapage est issu d'un effort important réalisé par l'Agence (contractualisation ciblée, appels à projets) et par les établissements de santé, menant ainsi à une chirurgie ambulatoire réellement substitutive, et bien structurée en unités dédiées.

En médecine, en revanche, les difficultés à organiser des unités ambulatoires polyvalentes en établissement ainsi que la tarification peu favorable ont été des obstacles.

La poursuite résolue de ce virage ambulatoire constituera un des enjeux du prochain PRS.

L'OBSTÉTRIQUE : UNE ORGANISATION MAINTENUE MAIS PARFOIS FRAGILE

L'organisation est restée stable sur la durée du PRS avec 23 maternités desservant la région dont 12 effectuant moins de 1000 accouchements par an.

La gradation des soins en trois niveaux a permis d'assurer une bonne adéquation entre la prise en charge et le niveau de risque materno-fœtal : ainsi, près de 90% des prématurés de moins de 32 semaines naissent dans une maternité de niveau 3.

Certaines organisations restent cependant fragiles et ont nécessité une forte mutualisation des équipes pour se maintenir. Les projets médicaux des GHT devront veiller à renforcer ces organisations.

L'HOSPITALISATION A DOMICILE : UNE COUVERTURE TERRITORIALE COMPLETE MAIS UN TAUX DE RECOURS ENCORE FAIBLE

13 HAD sont autorisées, couvrant l'ensemble du territoire régional. De ce fait le taux de recours a augmenté, passant de 12,6 patients par jour pour 100 000 habitants en 2011 à

16,7 en 2015. Il est cependant encore inférieur au niveau national (19,4) et à la cible de développement donnée par les textes récents en la matière, qui est de 30 patients par jour.

Le développement de l'HAD passera par une diversification des indications (essentiellement sur les soins palliatifs à ce jour), et une meilleure connaissance de ces structures de sorte que soient développés l'adressage depuis le domicile ou les établissements médico-sociaux.

LES SSR : UNE SPECIALISATION TERRITORIALISEE...

La gradation des soins en SSR détermine : un niveau de proximité (SSR polyvalent et personnes âgées), un niveau de recours territorial (SSR pédiatriques, locomoteurs, système nerveux, cardio-vasculaires et respiratoires), et un niveau de recours régional pour les spécialités onco-hématologie et grand brûlés.

A ce jour, deux territoires ne possèdent pas de SSR pédiatriques, rendant cette couverture territoriale encore incomplète.

... ET DES ENJEUX LIES A L'ORIENTATION ET AU DEVELOPPEMENT DE L'AMBULATOIRE

Un système d'information est actuellement en place pour orienter les patients vers un SSR à la sortie d'une hospitalisation. Il doit cependant être étendu au secteur médico-social pour pouvoir assurer plus de fluidité vers l'aval du SSR.

Le virage ambulatoire en SSR doit être accentué : à ce jour certaines autorisations de SSR en hospitalisation de jour ne sont pas mises en œuvre, et les expériences concluantes des équipes mobiles de réadaptation au sein des TS 3 et 5 doivent être essaimées sur d'autres territoires.

LES URGENCES : 98% DE LA POPULATION A MOINS DE 30 MINUTES D'UN ACCES AUX SOINS

La Bretagne compte 30 services d'urgences, dont deux pédiatriques et une structure saisonnière, ainsi que 23 SMUR et 4 SAMU.

Le PRS a conforté l'actuelle organisation territoriale par une amélioration des transports hélicoptérés et la mise en place des médecins correspondants du SAMU, ce qui a porté à 97,86 % la part de la population située en

2016 à moins de 30 minutes d'accès aux soins urgents.

LA REANIMATION ET LA SURVEILLANCE CONTINUE : UN FORT TAUX D'OCCUPATION

L'offre de réanimation adulte n'a pas été modifiée depuis 2012 sur les 11 sites autorisés dans la région, portant le taux d'équipement régional à 5,92 lits pour 100 000 habitants contre 9,36 au niveau national. Aussi, malgré la création de 16 lits de surveillance continue à Rennes, le taux d'occupation des lits de réanimation et de surveillance continue est souvent supérieur aux 80 % préconisés par les sociétés savantes. 8 sites sur 11 sont ainsi occupés à plus de 85 % en 2014.

L'IMAGERIE MEDICALE : DES TAUX DE RECOURS TRES VARIABLES ET MOINS D'IRM QU'EN MOYENNE NATIONALE

50 scanners sont installés dans la région à fin 2015. Le taux de recours y est sensiblement plus élevé qu'au niveau national : 977 examens pour 100 000 habitants contre 744. Les pratiques divergent fortement d'un établissement à l'autre.

Au 1er janvier 2015, le taux d'équipement de la région s'élevait à 0,97 IRM pour 100 000 habitants, en augmentation par rapport à l'année 2013 (0,8). Cependant, en 2015, la Bretagne se situait encore au 11^{ème} rang national, en deçà de la moyenne (1,12). Au total ce sont 38 IRM sur 28 sites qui sont installés au 1^{er} janvier 2016, pour 43 autorisés.

Par ailleurs 9 TEP scans sont autorisés, sur 6 des 8 territoires de santé.

LE TRAITEMENT DU CANCER : UN DEVELOPPEMENT DES SOINS DE PROXIMITE

33 sites sont autorisés à pratiquer une ou plusieurs activités de chirurgie oncologique à seuil, 18 sites en chimiothérapie, et 8 sites en radiothérapie. Cette gradation des plateaux techniques n'exclut pas un travail pour améliorer la réponse de proximité, notamment dans le domaine de la chimiothérapie où les progrès médicaux viendront renforcer la place des traitements à domicile. C'est en ce sens que l'HAD 35 a été autorisée comme site associé de chimiothérapie, et que la chimiothérapie en centre-Bretagne est devenue un site pleinement autorisé et non plus « associé » comme il l'était avant 2015.

LES SOINS PALLIATIFS : UN BON TAUX D'EQUIPEMENT ET UN FORT RECOURS HOSPITALIER

La Bretagne apparaît aujourd'hui bien équipée en structures spécialisées en soins palliatifs avec un ratio de lits spécialisés de 12,09 pour 100 000 habitants – là où la cible nationale est de 10 pour 100 000. La région compte 13 unités de soins palliatifs (USP) et 237 lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Chaque territoire de santé est doté d'au moins une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Les soins palliatifs constituent le premier motif de recours à l'HAD, bien au-delà du niveau de pratique constaté ailleurs en France.

Pour autant, les structures constatent la persistance de nouvelles demandes malgré le niveau atteint de l'offre hospitalière. D'où un des axes forts du plan régional adopté en 2015 qui vise à renforcer à la fois l'offre au domicile et à la rendre également plus disponible pour les établissements médico-sociaux.

LE TRAITEMENT DES AVC : UN MAILLAGE DENSE

Le plan national AVC 2010-2014 a permis un maillage dense avec une unité neurovasculaire par territoire. Ce maillage est complété par l'accessibilité à distance d'un avis d'un neuroradiologue interventionnel, et par la téléconsultation entre UNV et service d'urgence éloigné de plus d'une heure, permettant le traitement par thrombolyse dans les délais.

Le développement récent de la thrombectomie renforce les missions des deux UNV de CHU disposant des autorisations en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle. L'accessibilité de cette technique nécessite néanmoins le renforcement des équipes médicales présentes, des capacités à Rennes, ainsi que des délais de transfert vers les CHU.

En complément des SSR spécialisés existants, le financement initié en 2015 de consultations territoriales post-AVC permettra d'améliorer le suivi des patients sur les territoires.

LES CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES : UN RECOURS HOSPITALIER A RENFORCER

Malgré des indicateurs très défavorables en termes de décès par infarctus du myocarde (supérieur de 10% au niveau national), la Bretagne présente le taux de patients hospitalisés pour ce motif le plus faible de France (287 contre 363 au national).

L'offre hospitalière présente 9 sites de cardiologie interventionnelle répartis sur 7 territoires de santé, dont l'activité augmente régulièrement. Il convient néanmoins d'améliorer la communication auprès du grand public en faveur de l'appel direct au centre 15, encore trop peu utilisé ou trop tard, notamment pour les femmes. De même, 19% des patients transitent encore par un établissement ne pratiquant pas la cardiologie interventionnelle, ce qui nécessite d'améliorer l'organisation des filières.

L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE : ENCORE TROP PEU DE DIALYSE HORS CENTRE

L'offre de soins en dialyse est bien répartie sur le territoire, si bien que le temps de trajet médian pour un malade est de 20 minutes.

Cependant malgré l'objectif de développement de la dialyse hors centre, celle-ci progresse encore trop faiblement malgré l'ouverture de structures adaptées. Il faudra donc en améliorer le recours.

La part des malades en insuffisance terminale qui bénéficient d'une transplantation est supérieure au niveau national, ce qui est positif et qu'il convient encore d'améliorer.

Offre à destination des jeunes

DE 0 A 6 ANS : UN DISPOSITIF OBLIGATOIRE MAIS INSUFFISAMMENT LISIBLE

L'enfance est un âge déterminant pour développer des comportements favorables à la vie en bonne santé et éventuellement repérer précocement des problématiques de santé .

De la naissance à l'âge de six ans, les textes fixent 20 consultations obligatoires remboursées intégralement par l'assurance maladie. Celles-ci peuvent être effectuées par un service de PMI, par un pédiatre ou un médecin généraliste. La diversité de ce dispositif, renforcée par l'inégale répartition des pédiatres sur le territoire, est insuffisamment connue et utilisée des parents. Il y a donc un enjeu de rendre lisible cette offre sur les territoires.

Le bilan médical de la sixième année de l'enfant, étape obligatoire assurée par les médecins de l'Education nationale est renforcé dans la région par des bilans infirmiers,

permettant ainsi de couvrir largement des enfants.

Par ailleurs, il s'agit de développer les compétences psycho-sociales des enfants, à un âge où l'acquisition de ces compétences est déterminante pour leur avenir

UN SUIVI DES JEUNES A RENFORCER

Le suivi de l'enfant après 6 ans et du jeune se fait de manière inégale et est réparti entre de nombreux acteurs à l'accessibilité variable. Ce constat se retrouve à l'ensemble de la gradation du suivi : l'accueil/écoute (premier niveau), la prise en charge de courte durée (2^{ème} niveau), la prise en charge spécialisée (3^{ème} niveau), et, dernier niveau, le suivi des situations complexes.

Un premier enjeu est donc de renforcer la coordination et la lisibilité de l'ensemble de ces niveaux, de soutenir et systématiser les expériences en la matière. Un second réside dans le renforcement de l'accessibilité des dispositifs existants, notamment leurs possibilités d'accueil sans rendez-vous (points-accueil écoute jeunes, maison des adolescents...). Enfin, les deux tiers des actions de prévention concernent actuellement le public scolaire, il convient de maintenir et renforcer cette dynamique dans le cadre des parcours éducatifs en santé.

Offre à destination des personnes âgées

L'OFFRE EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES : UNE REGION RELATIVEMENT BIEN EQUIPEE...

Les 487 EHPAD dont dispose la Bretagne constitue une offre plus favorable qu'au niveau national excepté pour le département du Morbihan (le taux d'équipement en EHPAD est en effet de 118,8 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Bretagne contre 100,4 au niveau national). 1703 places d'unités de soins de longue durée adossées aux centres hospitaliers viennent compléter cette offre.

Les plans Alzheimer successifs à présent élargis aux autres maladies neuro-dégénératives, ont également permis d'équiper la région en dispositifs spécialisés (28 équipes spécialisées Alzheimer, 98 pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), 13 unités d'hébergement renforcé (UHR), 5 unités cognitivo-comportementales (UCC), 8 plateformes de répit).

L'offre infirmière à domicile, que ce soit en SSIAD ou en professionnels libéraux est plutôt favorable avec cependant 26 communes bretonnes non couvertes par un SSIAD et une répartition territoriale favorable aux zones littorales.

19 filières gériatriques de proximité sont en cours de structuration et possèdent chacune leur équipe mobile de gériatrie. On compte aujourd'hui 62 sites de SSR polyvalents et 26 sites de SSR spécialisés « personnes âgées poly-pathologiques à risque de dépendance ».

... MAIS CERTAINS POINTS SONT A AMELIORER : LE RECOURS AUX URGENCES ET LE MAILLAGE TERRITORIAL DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE

La mise en œuvre des projets médicaux partagés au sein des GHT permettra de poursuivre la structuration des filières gériatriques de sorte que le taux de recours aux urgences des personnes âgées dépendantes, trop élevé dans la région diminue. Par ailleurs, l'offre médico-sociale doit poursuivre son adaptation en consolidant l'offre en hébergement temporaire et en l'accueil de jour (sous-représenté en Bretagne).

AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE DE LA PERSONNE AGE

En ce qui concerne l'offre ambulatoire, la politique en faveur de l'exercice coordonné qui a permis l'installation de 75 MSP et le développement de dispositifs d'appui à la coordination (plateformes territoriales d'appui) contribuent à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée. Aujourd'hui, 3 plateformes territoriales d'appui sont en fonctionnement et 6 sont en cours de structuration. L'ARS avec ses partenaires et notamment les départements a développé des dispositifs de coordination et d'intégration du parcours de la personne âgée sur les territoires. Ainsi 16 MAIA sont aujourd'hui déployées. Enfin, le dispositif « PAERPA » se met en place depuis 2016 en Ille-et-Vilaine dans la continuité de l'expérimentation⁴ menée à St-Méen-le-Grand.

⁴ Article 70 de la LFSS 2012 sur les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PERSPECTIVES : PROMOUVOIR LA VIE EN BONNE SANTE, FAVORISER LE MAINTIEN AU DOMICILE, ADAPTER L'OFFRE AUX NOUVEAUX BESOINS ET COORDONNER LES PARCOURS

Le repérage précoce des fragilités et le développement des actions de prévention constituent un défi collectif pour l'ARS et ses partenaires de même que la promotion du « bien vieillir », y compris par le cadre de vie, le logement et le tissu social.

Permettre aux personnes âgées d'exercer leur libre choix de vivre le plus longtemps possible à domicile nécessitera la mise en œuvre d'une politique territorialisée de l'offre (services, habitat, transports) au bénéfice de la personne âgée et des aidants, l'inscription de la personne âgée dans un parcours résidentiel (domicile, habitat intermédiaire de type AJ/ HT, établissement médicalisé) et le développement d'actions et services innovants en faveur des aidants.

Enfin, les établissements doivent poursuivre leur adaptation à un public de plus en plus âgé et dépendant ainsi qu'à des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes, personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives) au travers notamment de la contractualisation, et ceci en lien avec les filières hospitalières et la constitution des GHT.

Offre à destination de la personne en situation de handicap

UN TAUX D'EQUIPEMENT DANS LA MOYENNE NATIONALE MAIS DES DIFFICULTES AUX AGES DE TRANSITION

Le dépistage et le diagnostic précoce sont réalisés par les CAMSP et les CMPP. Les CAMSP sont uniformément répartis sur le territoire breton, à l'exception d'une zone blanche localisée au niveau de Redon, ainsi que quelques zones mal couvertes. Leurs pratiques, assez hétérogènes, font l'objet d'une harmonisation progressive impulsée par l'Agence.

Si la Bretagne est, sur le plan national, plutôt bien équipée en SESSAD, les délais de prise en charge sont souvent longs (9 mois en moyenne), sans que cela soit exclusivement lié à un manque de places, puisque ce phénomène se constate le plus au sein du département le mieux doté.

L'offre en établissements pour enfants est relativement conforme aux moyennes nationales malgré quelques disparités territoriales. La problématique principale est celle des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissement pour enfants (dits « aménagement Creton »). Plus de 10% des places dans la région sont en effet occupées par ces jeunes adultes, dont la plupart sont orientés en foyers de vie et en ESAT.

Pour les adultes, l'offre en établissement est comparable aux moyennes nationales, et assez supérieur en ce qui concerne les ESAT : 4 pour 1000 habitants contre 3,5 en France. Encore trop peu d'unités en établissements sont consacrées aux personnes handicapées vieillissantes.

L'offre médico-sociale à domicile est représentée par les SAMSAH et les places de SSIAD dédiées, et des coopérations sont à construire notamment avec les services d'aide à domicile comme avec l'HAD.

AUTISME ET HANDICAPS RARES : LE DEVELOPPEMENT D'UNE OFFRE SPECIFIQUE

Le « schéma national handicaps rares 2014-2018 » a permis en 2015 la création d'une équipe relais régionale chargée dans un premier temps de cartographier les besoins et de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales existantes afin de prendre en compte les besoins très spécifiques des personnes concernées.

L'équipement en matière de prise en charge de l'autisme est le fruit de plusieurs plans nationaux successifs. Cette prise en charge se structure autour, entre autres :

- d'un centre ressources autisme (CRA) ;
- de places spécifiquement dédiées en établissements, aux moyens renforcés ;
- d'unités d'enseignement en école maternelle ;

Les années suivantes verront se développer des nouvelles places en structures et services ainsi que des dispositifs expérimentaux tels que les équipes mobiles. Le principal objectif du plan reste la gradation de l'offre et la mise en œuvre d'une coordination des acteurs permettant l'accompagnement des parcours diversifiés des personnes présentant un trouble envahissant du développement

PERSPECTIVES : GARANTIR UNE APPROCHE INCLUSIVE, GLOBALE ET EVOLUTIVE DE LA PERSONNE

Plusieurs obstacles sont sources de ruptures dans le parcours des personnes :

- défaut de précocité du diagnostic ;
- prises en charge par défaut à certains âges de la vie, voire périodes sans aucune solution ;
- difficultés d'accès aux soins ;
- insuffisant accompagnement du vieillissement.

L'enjeu est donc ici multiple. Il s'agit d'abord de proposer une prise en charge inclusive aux personnes, c'est-à-dire dans un environnement le plus proche de la vie ordinaire.

En second lieu, la prise en charge doit être globale : l'accompagnement doit appréhender les différents aspects des besoins de la personne (de soins, d'éducation, sociaux, etc.) et s'envisager comme une combinaison de réponses. Dans ce cadre, la démarche « une réponse accompagnée pour tous » contribue à apporter des réponses nouvelles, partenariales, avec la participation de l'utilisateur, de sa famille et entourage, visant à améliorer le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Enfin, l'offre doit également être évolutive et s'adapter constamment à l'évolution des besoins des territoires, de leurs populations et des prévalences des différents types de handicap.

Offre à destination de la personne présentant des conduites addictives

UN QUART DES CREDITS DE PREVENTION DE L'ARS EST CONSACRE AUX ADDICTIONS

Une vingtaine d'acteurs mènent des actions de prévention financées par l'Agence, dont la moitié bénéficie d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et œuvrent sur plusieurs territoires. Le budget consacré représente 26% des crédits de prévention. D'autres acteurs interviennent dans ces financements notamment l'Etat à travers la MILDECA.

UNE OFFRE HOSPITALIERE SPECIFIQUE REPARTIE ENTRE PSYCHIATRIE ET MEDECINE

La prise en charge en établissement de court séjour pour effectuer des sevrages se structure en :

- un niveau de recours régional sur les deux CHU;
- un niveau de recours de niveau territorial, en mesure d'effectuer des sevrages complexes au sein d'une unité spécifique d'addictologie ;
- un niveau de proximité, en mesure d'effectuer des sevrages simples.

La capacité d'accueil en court séjour est largement représentée par la psychiatrie, avec 58 % des lits d'hospitalisation complète.

Les taux d'équipement sont très variables d'un territoire à l'autre : de 2,07 pour 10 000 habitants sur le TS n°4 à 0,54 pour 10 000 habitants pour le TS n°3.

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont organisées au niveau territorial et présentes dans chaque établissement doté d'un service d'urgences.

La région est couverte par 7 établissements de SSR spécialisés.

LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

L'offre médico-sociale en addictologie est constituée de dispositifs pluridisciplinaires visant à prendre en charge la personne de manière globale. Cette offre vise la prise en charge d'addictions avec et sans produit. Elle s'inscrit dans le cadre d'une couverture territoriale de proximité, avec 15 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et leurs antennes et consultations de proximité réparties sur le territoire. Par ailleurs, ces structures ont également développé une offre spécifique au public jeune à travers 27 consultations de jeunes consommateurs.

La réduction des risques pour les usagers de drogues est assurée par quatre centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Chaque CAARUD a une couverture départementale et assure également des interventions de proximité. Ainsi trois sur quatre disposent d'une équipe mobile et un plan pluriannuel a été élaboré par l'ARS pour

notamment développer leur couverture territoriale.

DES PROFESSIONNELS DU PREMIER RECOURS PLUS DIFFICILES A MOBILISER

Il reste plus difficile de mobiliser les professionnels de l'offre de premier recours, bien qu'à ce jour 287 d'entre eux aient été formés à la méthode de repérage précoce et intervention brève (RPIB), de même que de nombreux pharmaciens s'impliquent dans la réduction des risques et les traitements de substitution.

Les structures coordonnées sont également mobilisées par l'Agence : ainsi 21 % des maisons de santé pluri-professionnelles ont un axe relatif aux addictions dans leur projet de santé.

PERSPECTIVES : RENFORCER LE PREMIER RECOURS ET LA LISIBILITE DE L'OFFRE

Etant donné la forte prévalence des addictions en Bretagne, le premier recours est essentiel pour la prise en charge et le repérage des addictions. Il importe donc de poursuivre les formations au RPIB mais également d'étayer les professionnels au moyen de dispositifs d'appui comme les PTA.

Par ailleurs, compte tenu de la diversité des prises en charges proposées, la lisibilité de l'offre pour le grand public comme pour les professionnels du premier recours est un enjeu majeur pour améliorer les orientations et l'adéquation des prises en charge.

Offre à destination de la personne vivant avec un trouble psychique

PROMOTION DE LA SANTE MENTALE ET PREVENTION DU SUICIDE : UNE FORTE IMPLICATION DES ACTEURS REGIONAUX

Les nombreuses actions de promotion en santé mentale bénéficient depuis plusieurs années d'une forte implication des acteurs régionaux.

Concernant plus spécifiquement la prévention du suicide, un bon maillage territorial en réseaux locaux de prévention du suicide s'est construit sur la durée. Dans le cadre d'une convention avec l'ARS, la Mutualité Française Bretagne anime ainsi 12 réseaux locaux.

La Bretagne soutient également le développement du projet Vigilans, qui organise le maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide afin de diminuer le risque de récurrence.

LA PSYCHIATRIE HOSPITALIERE : DES TAUX D'EQUIPEMENT ET DE RECOURS ELEVES

La région bénéficie d'un bon maillage en matière d'offre de soins psychiatriques, notamment ambulatoires, y compris en zones rurales.

Elle se caractérise par une offre de soins hospitaliers de psychiatrie plus importante que dans d'autres régions et par un recours de la population à cette offre plus conséquent.

Cette situation résulte pour partie d'un historique de fortes capacités hospitalières au bénéfice d'un recrutement qui n'était pas limité à la région. L'importance des problématiques du suicide et des addictions, y contribuent également.

Le recours à l'hospitalisation temps plein et aux hospitalisations prolongées reste cependant trop important par rapport à l'ensemble des modalités de prise en charge favorisant l'insertion de la personne dans son environnement.

UNE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP PSYCHIQUE MIEUX IDENTIFIEE

La notion de handicap psychique a été reconnue par la loi de 2005.

Pour les enfants et adolescents, la proportion de places dédiées au handicap psychique et/ou à l'autisme en établissement ou service médico-social représente au 1^{er} Janvier 2016 100 % des places ITEP, 17 % des places de SESSAD et 6 % des places d'IME.

Pour les adultes, la proportion de places adultes dédiées au handicap psychique et à l'autisme représente au 1^{er} janvier 2016 29 % des places de MAS, 10% des places de FAM, 30 % des places de SAMSAH et 7 % des places d'ESAT.

LE DYNAMISME DES USAGERS

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des associations d'usagers en santé mentale visant à rompre l'isolement des personnes par des temps d'échanges et d'activités. Avec 25 GEM (sur un total de 393 en France), la Bretagne présente l'un des maillages les

mieux développés.

DES EXPERIMENTATIONS EN FAVEUR DES PARCOURS

L'ARS Bretagne a participé à une expérimentation nationale de l'ANAP pour développer une démarche parcours en santé mentale sur un territoire. Cette démarche participative a permis aux acteurs d'analyser les dysfonctionnements en matière de parcours, et de définir et mettre en œuvre des actions pour y remédier.

La Bretagne a également participé à l'expérimentation du « dispositif ITEP » dans les Côtes d'Armor. Il s'agit, par un travail partenarial et de nouvelles modalités organisationnelles, de permettre aux jeunes d'accéder de façon souple et réactive à la modalité d'accueil la plus adaptée à leurs besoins évolutifs, sans qu'il soit nécessaire de revoir leur orientation par la MDPH, ce qui constituait un obstacle aux prises en charge alternées.

PERSPECTIVES : LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE ET LA REPONSE A DES ENJEUX PLUS SPECIFIQUES

L'enjeu principal sera celui de la mise en œuvre, telle que prévu par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 d'une politique de santé mentale territorialisée associant l'ensemble des acteurs Le projet territorial de santé mentale élaboré dans ce cadre fera l'objet d'un contrat avec l'Agence.

Dans ce cadre, la région devra être attentive à des enjeux plus spécifiques tels que l'amélioration des réponses en matière de troubles du comportement alimentaire, de réhabilitation psychosociale, de psychiatrie du sujet âgé, ou de la psychiatrie de l'adolescent ou du jeune adulte.

Offre à destination de la personne en situation de précarité

LE DEVELOPPEMENT D'UNE OFFRE SPECIFIQUE A DESTINATION DES PLUS DEMUNIS

Depuis le début des années 2000, une offre spécifique s'est développée en faveur de la santé des personnes les plus démunies.

A l'hôpital existent aujourd'hui 17 permanences d'accès aux soins de santé, dont trois en établissement de santé mentale. Ces PASS proposent un accompagnement soignant et social en vue d'un accès à l'offre de soins de droit commun. A noter toutefois la persistance de difficultés en matière de soins dentaires (une seule PASS dentaire existe, à Lorient).

Cette offre est complétée par dix « points accueil santé », installés en ville, dont deux ont développé une fonction de centre de santé, proposant ainsi des consultations médicales gratuites (à Rennes et Brest).

En santé mentale, huit équipes mobiles « psychiatrie précarité » interviennent dans les établissements sociaux. Le TS n°8 n'est pas couvert par un tel dispositif.

Enfin, dans les cas où les soins doivent se doubler d'une solution d'hébergement, il existe 52 appartements de coordination thérapeutiques et 38 lits halte soins santé.

83 actions de prévention sont financées dans la région, centrées notamment sur la formation et la sensibilisation des professionnels accompagnant les plus démunis.

LA GRADATION DES SOINS POUR LES PERSONNES DETENUES

Les soins généraux dans les 7 établissements pénitentiaires bretons sont délivrés dans les unités sanitaires de premier niveau (USPN) qui y sont implantées. Chaque unité a contractualisé avec un CSAPA référent et des actions de préventions y sont également financées.

Les hospitalisations de plus de 48h s'effectuent dans l'unité hospitalière sécurisée inter régionale (UHSI) au CHU de Rennes pour

les soins somatiques et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) au CH Guillaume-Régnier de Rennes pour les soins psychiatriques.

LE RECOURS AU DROIT COMMUN ET LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Les personnes vivant dans la précarité ne se limitent pas aux publics les plus démunis, sans droits ouverts ou sans domicile. Pour le public précaire en général, c'est l'accès aux dispositifs de droit commun qui est la norme.

Cependant de nombreuses études nationales et internationales montrent que l'accès aux soins et l'acquisition de comportements favorables à la santé suivent une courbe de même pente que la position sociale des personnes. L'offre de droit commun doit donc prendre en compte cette problématique.

PERSPECTIVES : LA COORDINATION DE L'OFFRE EXISTANTE ET LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Si les dispositifs spécifiques existent, leur fonction de « passerelle » vers le droit commun reste à mieux développer, ce qui doit passer par une meilleure coordination avec les autres acteurs existants.

Par ailleurs, l'objectif global de réduction des inégalités sociales de santé nécessitera que les acteurs de santé du droit commun conçoivent des réponses différenciées en fonction du degré de désavantage social des personnes. Cet objectif ne peut être que transversal à l'ensemble des politiques de l'ARS.

Bilan du PRS 2012-2016

Prises en charges transversales

LES ADDICTIONS : RENFORCEMENT DES ACTIONS VERS LE PUBLIC JEUNE

L'action de l'Agence sur ce thème particulièrement prégnant en Bretagne est multiforme. En termes de prévention et de réduction des risques, une logique de partenariat contractualisé a été privilégiée avec les opérateurs, de manière à structurer leur action et sécuriser leur financement sur le moyen terme. Le public jeune a fait l'objet d'un ciblage particulier, à travers la labellisation de 27 consultations de jeunes consommateurs sur toute la région. Acteurs déterminants du parcours de santé, les professionnels du premier recours font l'objet d'un plan de formation à la technique du repérage précoce (« RPIB »). Enfin, la filière hospitalière a été soutenue et structurée (renforcement des ELSA et des consultations d'addictologie).

LES PERSONNES AGEES : UNE ORGANISATION TERRITORIALE ET INTEGREE EN COURS DE STRUCTURATION

Les filières hospitalières gériatriques ont fait l'objet d'une définition claire et contractualisée sur des territoires précis et sont en voie de structuration et certains de leurs maillons tels les équipes mobiles de gériatrie, ont été renforcés. 16 MAIA, ont été déployées sur le territoire régional ainsi que 3 plateformes territoriales d'appui. L'ARS s'inscrit dans une démarche de consolidation de ces dispositifs de coordination en appuyant leur outillage en terme de système d'information (espaces collaboratifs, messagerie sécurisée...) et en expérimentant l'élargissement progressif de la méthode MAIA à d'autres populations que les personnes âgées comme en particulier aux personnes en situation de handicap.

LA SANTE MENTALE :-TROIS AXES DE TRAVAIL PRIORITAIRES

Un premier axe de travail a contribué à faire évoluer l'offre en santé mentale, notamment par le développement priorisé de SAMSAH

handicap psychique sur l'ensemble du territoire régional (150 places créées), l'identification d'objectifs prioritaires pour les CPOM et l'organisation d'appels à candidatures pour appuyer, par une aide au démarrage, des projets répondant au cahier des charges.

L'amélioration des parcours a constitué un deuxième axe de travail, avec une réflexion sur la mise en place d'un dispositif de coordination / intégration des acteurs et le développement d'une démarche parcours sur un territoire test dans le cadre du projet expérimental initié par l'ANAP. Cette démarche a permis des réalisations concrètes telles que l'amélioration de l'orientation des personnes, la création d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM) ou la réalisation d'une formation croisée.

Un 3^{ème} axe a concerné le renforcement de l'action sur la problématique du suicide avec la création d'un réseau régional d'expertise et d'appui et le déploiement du projet « VIGILANS », instaurant dans les établissements participants un recontact systématique des personnes ayant réalisé une tentative de suicide.

Schéma régional de prévention

LA PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS DE PREVENTION

Le développement de la prévention s'est d'abord traduit par une action transversale visant à renforcer la professionnalisation des acteurs. Plusieurs séminaires de formation ont en effet été organisés pour diffuser les concepts et principes d'intervention en promotion de la santé sur la base d'un document conçu par le pôle de compétences en éducation et promotion de la santé à la demande de l'ARS.

LA PROMOTION DU DEPISTAGE ET DE LA VACCINATION

Dans le domaine de la prévention sélective, l'action s'est concentrée sur le dépistage et sur la vaccination. Les moyens du dépistage portent sur les cancers du sein et colorectal, sur la tuberculose et sur les infections sexuellement transmissibles (IST). Sur les IST, l'année 2015 a vu la mise en place sur

l'ensemble de la Bretagne des centres gratuits d'information de diagnostic et de dépistage (CeGIDD). Cette réforme issue d'une loi du 22 décembre 2014 visait à une meilleure lisibilité du dispositif de dépistage par fusion des CDAG et CIDDIST. L'action en matière de vaccination s'est traduite par le renforcement de campagnes de promotion de la vaccination dans toute la Bretagne notamment à l'occasion de la découverte en 2012 d'une sur-incidence de cas de méningite C dans le Finistère.

LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE Y COMPRIS EN AMBULATOIRE

La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage a été mise en œuvre par le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme modalité de prise en charge intégrée au parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques. L'action a porté sur le développement de l'ETP en ambulatoire en s'appuyant sur les différents modes d'exercices coordonnés des professionnels de santé (maisons et pôles de santé pluriprofessionnelles).

LES PARTENARIATS POUR L'ACTIVITE PHYSIQUE ET LA NUTRITION, NOTAMMENT EN MILIEU SCOLAIRE

La structuration progressive d'une offre d'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse pour les personnes atteintes de maladies chroniques en partenariat avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) a permis de compléter l'offre de prévention au bénéfice des patients. En parallèle, les partenariats avec la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), le service interuniversitaire de médecine préventive de Rennes, et les établissements de santé ont permis de mener des actions d'amélioration de la qualité nutritionnelle dans le secteur scolaire et universitaire et dans les établissements de santé pour lutter contre la dénutrition.

Le volet du schéma sur la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires s'est traduit par une informatisation du dispositif de recueil et de régulation des signaux sanitaires (SI-VSS), pour être plus réactif dans le traitement des signaux et la réponse aux urgences sanitaires en lien avec les partenaires concernés (professionnels de santé, établissements, services de l'Etat, conseils départementaux).

Schéma régional d'organisation des soins ambulatoires

Le volet ambulatoire du SROS est une innovation de la loi « hôpital, patients, santé et territoires ». Il n'est pas opposable, sauf pour les territoires prioritaires en termes d'investissement sur les MSP et de mesures individuelles pour les médecins généralistes.

L'ACCES AUX SOINS DE PREMIER RECOURS : LE SOUTIEN A L'INSTALLATION ET A L'EXERCICE COORDONNE

190 territoires de premier recours ont été déterminés en concertation, et qualifiés au niveau de l'offre et de l'activité des professionnels de santé en cinq niveaux. Les besoins en implantations prioritaires pour l'exercice des soins ont été identifiés sur les territoires fragiles et à surveiller, ainsi que sur les quartiers urbains sensibles ciblés dans le cadre de la politique de la ville.

Dans un cadre régional concerté entre l'ARS, les URPS, les collectivités territoriales et les préfetures, l'évolution de l'organisation des soins primaires s'est traduite par un exercice pluri-professionnel sur 75 territoires de premier recours. 26 d'entre eux sont pérennisés dans leur fonctionnement avec un financement des activités de coordination.

Différentes mesures issues du Pacte Territoire Santé ont été déclinées de manière active sur le territoire régional : mise en place d'un référent installation, signature de 38 contrats de praticiens en médecine générale, de contrats d'engagement de service public pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, accompagnement personnalisé de ces signataires. Une convention associant 20 partenaires, pour unir leurs efforts et leurs compétences et agir en cohérence, a également permis de mettre en place des actions spécifiques.

LA STRUCTURATION DE PLATEFORMES D'APPUI POUR COORDONNER LE PARCOURS DU PATIENT

Un des enjeux de la pluri-professionnalité de proximité, l'optimisation du parcours du patient en ambulatoire est aussi une des missions des réseaux de santé amenés à passer d'un appui monothématique à un appui à la coordination de tous les patients estimés par le médecin traitant en situation complexe,

quelle que soit leur pathologie. Amorcée en 2013, la mise en place de plateformes d'appui s'est traduite sur 3 territoires de proximité, 6 autres étant en création.

LA MISE EN PLACE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

La PDSA a été réorganisée en 2012, sur la base d'un cahier des charges régional élaboré avec l'ensemble des acteurs concernés. La Bretagne reste une des seules régions où cette permanence des soins est assurée sur tous les horaires réglementaires. Elle s'appuie sur une régulation libérale qui donne lieu à conseils, consultations et/ou visites de la part de médecins généralistes volontaires.

Schéma régional d'organisation des soins hospitaliers

L'AMÉLIORATION DE LA REPONSE A DES BESOINS INSUFFISAMMENT COUVERTS

Le SROS s'est inscrit dans la continuité des schémas antérieurs. Il a complété l'offre dans les territoires pour l'ajuster à des besoins de santé publique évolutifs.

Répondant aux objectifs nationaux d'accès aux soins urgents dans un délai inférieur à 30 minutes, le SROS a œuvré aux améliorations attendues par la mise en place de médecins correspondant SAMU (18 MCS dont 5 militaires dans le cadre d'une coopération inédite avec le ministère de la défense) au profit des « zones blanches ». Il a aussi revu le dispositif de transport hélicoptéré dans le cadre d'un nouveau marché interrégional Bretagne / Pays-de-la-Loire, et déployé un ambitieux programme de modernisation des systèmes d'information communs aux 4 SAMU, anticipant les directives nationales en la matière.

Dans le champ de l'hospitalisation à domicile, le SROS a fait aboutir le complet maillage de l'offre régionale HAD. Mais les efforts restent à poursuivre pour accentuer les taux de recours à l'HAD dans la plupart des territoires bretons et mieux répondre aux objectifs du plan triennal en faveur du « virage ambulatoire ».

L'offre SSR a aussi été au cœur des décisions et projets visant l'amélioration de l'offre. Le processus de renouvellement des autorisations conduit en 2014-2015 a été préparé pour développer les prises en charge neurologiques, cardio-vasculaires et respiratoires. L'offre de SSR nutritionnels a enfin émergé dans

quelques territoires non pourvus. Plusieurs ont aussi efficacement travaillé à l'amélioration des filières pédiatriques et gériatriques. A titre expérimental une organisation nouvelle des parcours BPCO a été engagée dans le Finistère. La mise en œuvre du plan Alzheimer a été poursuivie avec l'installation de nouvelles unités cognitivo-comportementales et l'expérimentation de deux équipes mobiles SSR articulées avec les acteurs du soin à domicile. Le secteur d'activité SSR a enfin suscité une dynamique d'organisation territoriale à l'aide d'un système d'information régional partagé, simple et innovant (ORIS), contribuant à la fluidité des parcours entre MCO et SSR.

En chirurgie, l'ARS a expérimenté des organisations visant à l'amélioration de l'accès aux soins en odontologie lourde des personnes handicapées et des personnes âgées dans chaque territoire de santé.

En imagerie, le SROS a priorisé et développé de manière importante le parc IRM (qui est passé de 28 à 38 équipements autorisés), et celui de la TEP.

Dans un domaine plus spécifique, l'offre de soins aux détenus a été renforcée, la région bénéficiant de l'ouverture de deux unités de soins hospitalières dédiées à cette population spécifique sur la durée du SROS (une UHSI et une UHSA).

RENFORCEMENT DE LA GRADATION DES SOINS

Le principe fondateur de gradation des soins a été d'application constante dans le suivi et l'adaptation des autorisations et activités aux besoins. C'est ainsi que la filière de traitement du cancer a été définie, avec notamment la mise en place du pôle régional de cancérologie, ou encore le développement de la chimiothérapie en site autorisé ou associé. Il a guidé les décisions de l'agence pour favoriser le regroupement et la coordination des centres de radiothérapie.

Avec les SROS antérieurs, la Bretagne avait déjà développé l'offre de soins palliatifs dans des conditions souvent meilleures qu'au niveau national. Le SROS a poursuivi la dynamique, grâce à un engagement fort des professionnels, avec l'aide de la cellule d'animation régionale en soins palliatifs (CARESP) et de la Coordination Bretonne en soins palliatifs (CBSP). Après une analyse approfondie des pratiques et des organisations en 2014, la région a écrit en 2015 son plan d'action pour 3 ans et défini des objectifs qui anticipent en grande partie ceux du plan

national publié pour la période 2015-2018.

Le SROS a aussi contribué à améliorer l'offre de soins pour la prise en charge de l'AVC : mise en place des huit unités neuro-vasculaires prévues, amélioration de la filière pré-hospitalière (information à destination des généralistes et de la population, animateurs de filières territoriales, protocoles...), amélioration de la filière intra-hospitalière (unités de proximité AVC, formations, amélioration de l'accès à l'IRM et du lien avec la filière) et du recours à l'expertise (réseau régional d'expertise CREBEN, conforté par un système d'information, adossé à la plateforme régionale de télésanté).

Répondant à une priorité marquée de santé publique en Bretagne, l'offre en addictologie a elle aussi connu une structuration en filières dans les territoires, avec le développement des équipes mobiles et des consultations d'addictologie en lien avec les structures et services d'accompagnement médico-sociaux.

LE DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

La chirurgie ambulatoire a connu une progression marquée (+ 34 %), rythmée par plusieurs appels à projets régionaux (en 2011, 2013 et 2015), et jalonnée par des objectifs contractuels différenciés par établissement. Pour faciliter la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, des actions de communication et d'information ont été conduites : site internet régional dédié, passeport ambulatoire, plateforme PAPPICA.

En SSR, le développement des hôpitaux de jour a été privilégié lors de la campagne de renouvellement des autorisations de 2014-2015. Des recommandations régionales ont été émises en ce sens pour plusieurs spécialités (SSR nutritionnels, PAPD, locomoteurs, cardiologiques et respiratoires). En HAD, l'innovation a été recherchée pour susciter une offre en néonatalogie ou en réadaptation fonctionnelle. En traitement de l'insuffisance rénale, de nouvelles unités de dialyse médicalisées ont été implantées en Bretagne (+ 7) en alternative à la dialyse en centre.

L'AMELIORATION DE LA QUALITE EN ETABLISSEMENT

Les initiatives ont été nombreuses en ce domaine. Peuvent être cités : l'engagement des établissements de santé dans une démarche d'amélioration de la gestion des lits en aval, le projet régional d'amélioration des

pratiques professionnelles en chirurgie de l'obésité, ou encore en périnatalité les démarches de labellisation des sites de naissance, le développement de l'entretien prénatal précoce et des staffs médico-sociaux.

En faveur de la sécurité des soins liés au médicament, l'action de l'OMEDIT doit être soulignée à la faveur d'un plan d'actions régional pour le bon usage du médicament et la prévention des risques iatrogéniques.

La région a aussi innové dans le champ des systèmes d'information en santé. Ainsi, plusieurs appels à projets en télémédecine favorisant les collaborations sanitaire / médico-social, articulées à la mise en œuvre d'une plateforme régionale de télémédecine, ont été réalisés. De même un soutien pluriannuel régional est apporté à une démarche expérimentale de télésurveillance en cardiologie.

PERSPECTIVES

Le système de soins sera inévitablement confronté aux enjeux du vieillissement de la population et son influence sur la consommation de soins. L'offre à venir n'aura pas les moyens de projeter à l'identique les organisations antérieures, dans un environnement (notamment démographique et économique) de plus en plus contraint, et qualitativement de plus en plus exigeant. Les perspectives se dessinent donc autour :

- Du virage ambulatoire, où l'effort régional est à poursuivre, notamment dans le champ de la santé mentale, et plus largement dans le soutien au domicile
- De la construction des parcours personnalisés de soins pour les maladies chroniques, qui doivent aller au-delà de la prise en charge de la phase aiguë et s'intéresser aux conséquences globales sur la vie du malade et de son entourage ;
- D'une consolidation de la gradation des soins et de leur accessibilité pour toute la population régionale ;
- Des coopérations renforcées de l'offre ;
- De la qualité et de la pertinence des soins ;
- Du rôle prépondérant des systèmes d'information en santé : développement de la télémédecine, et de systèmes d'information territoriaux partagés au (ROR).

Schéma d'organisation sociale régional médico-social

L'élaboration et la mise en œuvre du SROMS devaient juridiquement prendre en compte les schémas des partenaires de l'Agence en matière de politique médico-sociale. C'est donc en partenariat que l'Agence a œuvré à faire évoluer le dispositif de prise en charge médico-sociale.

LE PARTENARIAT DANS LA PROGRAMMATION DES ACTIONS ET DANS L'OBSERVATION

Avec l'accord-cadre signé le 24 avril 2013, et la corrélation entre la planification ARS et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, un partenariat fort a été établi entre l'ARS et les quatre conseils départementaux de la région. La préparation des réformes issues de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement a également été l'occasion d'une approche commune, le département d'Ille-et-Vilaine ayant été candidat à l'expérimentation de la conférence des financeurs en 2015, avant une généralisation prévue par la loi en 2016.

De même, c'est ensemble que l'Agence et les conseils départementaux ont souhaité mettre en place un système d'observation partagée des besoins des personnes (particulièrement dans le champ du handicap), dont le cahier des charges a été en partie repris par le niveau national.

LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS NATIONAUX POUR RENFORCER ET ADAPTER L'OFFRE

L'action de l'ARS s'est inscrite dans plusieurs plans nationaux :

- Le plan solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012 ;
- Le plan Alzheimer 2008-2012, auquel a succédé un plan « maladies neuro-dégénératives 2014-2019 »
- Le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014) ;
- Le plan national « handicaps rares 2014-2018 » ;

- Les 2^{ème} et 3^{ème} plans « autisme » pour mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches

De 2012 à 2016, la réalisation des objectifs du SROMS a été poursuivie par la déclinaison de ces plans et par la mise en œuvre des autorisations de créations de places, avec une vigilance particulière pour éviter ou limiter les retards de projets. Parmi les points clés de la période écoulée, on citera en particulier :

- la réalisation d'un diagnostic de l'offre sur le handicap rare, avec l'appui de l'équipe relais, installée en décembre 2014 ;
- la restructuration d'une organisation régionale en matière d'autisme : la refondation du CRA, l'élaboration d'un schéma cible, des actions de formation, et la création de places nouvelles pour la prise en charge des TED.

L'AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE ET PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

Un groupe technique régional consacré au dépistage et à la prise en charge précoce du handicap a été constitué de représentants de CAMSP, CMPP, SESSAD, et conseils départementaux ; il a produit un socle d'indicateurs communs pour les rapports d'activité des CAMSP, et un document de préconisations régionales qui contribue à l'harmonisation des pratiques entre CAMSP.

L'objectif d'amélioration de la bientraitance a été poursuivi en lien avec les conseils départementaux et a abouti à la création de documents uniques ARS/CD pour le signalement, le traitement et le suivi des situations de maltraitance et à la création de journées sur la qualité de l'accompagnement des personnes en EHPAD. De même l'analyse des rapports d'évaluation externe, effectuée en 2015-2016, donnera lieu en 2017 à des réunions de restitution auprès des établissements organisées entre l'ARS et les Départements.

PERSPECTIVES : ÉVITER LES RUPTURES DE PARCOURS ET DÉVELOPPER LES PRISES EN CHARGES ALTERNATIVES

La réflexion est engagée avec les conseils départementaux sur les conditions favorisant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, à domicile ou en établissement. L'objectif est de proposer, sur les territoires, une palette diversifiée de réponses pour éviter que cet âge de transition constitue une

rupture de prise en charge.

Enfin, le nombre croissant de jeunes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissement pour enfants demeure un enjeu important. En Bretagne, plus de 500 jeunes adultes de plus de 20 ans sont actuellement en attente d'une réponse adaptée.

Malgré une volonté de l'ARS et des conseils départementaux de développer les places pour personnes âgées en accueil de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT) ce type d'accueil reste insuffisamment utilisé en Bretagne. Une étude conjointe relative à l'accueil temporaire des personnes âgées a été conduite en 2015. Ses résultats devront contribuer à redéfinir des principes d'actions conjoints pour améliorer cette situation.

Programmes

LE PROGRAMME REGIONAL DE GESTION DU RISQUE

Ce programme régional commun à l'ARS et à l'Assurance maladie vise principalement une meilleure pertinence des soins et des prescriptions, et la promotion de la réalisation d'actes hors établissements. Des actions à ce titre ont été engagées dans les domaines suivants :

- imagerie médicale : mise en œuvre d'un plan d'accompagnement sur les indications des examens d'IRM, de même qu'en radiologie conventionnelle ;
- SSR : fixation d'un objectif ambitieux de prise en charge des patients à domicile (de 31% à 45%) avec mise sous accord préalable de quelques établissements, conformément aux préconisations nationales
- insuffisance rénale chronique : promotion de la dialyse hors centre et ouverture de deux unités de dialyse médicalisées
- contractualisation avec les établissements de santé pour améliorer leurs prescriptions de transports (19 contrats signés), médicaments et dispositifs médicaux (11 contrats).

LE PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPES ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le PRIAC est un outil de programmation pluriannuel de création de places dans le

domaine médico-social. Il est actualisé chaque année. Entre 2012 et 2016, les nombres de places créées ont été les suivants :

- secteur personnes âgées : 1647 places, pour un total de 14 904 102 € ;
- Plan Alzheimer : les mesures créées ont représenté un total de 11 818 700 € ;
- secteur personnes handicapées : 1084 places créées, pour un total de 27 377 764€.

LE PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS

Le PRAPS est intégré au PRS et vise à garantir l'accès à la santé des publics précaires et démunis, éprouvant des difficultés à accéder aux dispositifs de droit commun. Les actions qui ont été menées en déclinaison de ce programme 2012-2017 peuvent être ainsi résumées :

- analyse puis restructuration de l'offre en points accueil santé. Il en existe à présent 10 sur la région, dont les objectifs-socles ont été standardisés et contractualisés avec l'Agence ;
- analyse de l'activité et restructuration des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé en fonction notamment de seuils d'activité. 17 PASS sont actuellement en fonctionnement ;
- élaboration d'un répertoire de dispositifs en santé précarité ;
- création d'une gouvernance départementale : installation des comités départementaux du PRAPS.

LE PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE ET DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES

D'un enjeu essentiellement hospitalier préalablement à 2012, le programme de télémédecine est devenu transversal. Les actions développées en région se sont organisées autour de trois axes différents : le dossier médical partagé (DMP), les SI hospitaliers, la télémédecine en faveur de l'amélioration de l'accessibilité des soins.

Le déploiement du DMP a connu deux phases distinctes. Retenue en 2012 dans l'appel à projet national, la Bretagne a expérimenté la mise en œuvre du DMP au sein du territoire de

santé n°4 : ce sont 17 500 DMP qui ont été créés. La Bretagne a été également choisie en 2015 comme une des « régions test » du DMP de nouvelle génération sur le territoire de santé n°7, qui sera menée directement par l'Assurance maladie.

Le programme « Hôpital numérique » 2012-2016 a permis d'élever le niveau de maturité des systèmes d'informations hospitaliers, en mobilisant à ce jour 35 établissements avec plus de 60 projets autour des domaines de la production de soins et du pilotage médico-économique.

L'accessibilité des soins a pu être améliorée par la télémédecine, notamment sur deux champs précis : les soins aux détenus et les territoires insulaires. A ce jour, quatre projets ont été mis en place sur les îles bretonnes. La télémédecine est également promue au sein des EHPAD, conduisant à la mise en œuvre de 6 projets sur la région impliquant 23 EHPAD et 14 établissements de santé.

La mise en place effective du ROR et la mutualisation des SI dans le cadre des GHT vont constituer des enjeux structurants pour l'avenir.

LE PROGRAMME MEDICAMENTS ET INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Sur le volet médicament, les actions se sont axées sur l'amélioration continue des pratiques et les conditions d'une information indépendante.

Pour ce faire, tous les établissements de santé éligibles ont signé avec l'ARS un contrat de bon usage du médicament et du dispositif médical dans le but d'améliorer le circuit du médicament et d'améliorer le respect des référentiels nationaux de prescription. Une équipe régionale pluridisciplinaire a été par ailleurs créée pour améliorer l'usage des antibiotiques en établissement. Elle a mené des actions de formation, un dispositif de réponse experte aux questions cliniques, une aide au déploiement de dispositifs de suivi de l'antibiothérapie en établissement (application CONSORES).

Concernant l'information indépendante relative au médicament, une plate-forme téléphonique intitulée « Médicament info service » portée par l'Omédit et le CHU de Brest, est disponible pour répondre aux questions de tous les professionnels de santé en Bretagne.

Le volet « infections associées aux soins » a permis d'améliorer l'exhaustivité du signalement des infections, ainsi que leur suivi au sein du tableau de bord régional. Il a par ailleurs développé la culture de la prévention des IAS au sein du secteur médico-social, particulièrement en EHPAD, et l'a initié dans le secteur ambulatoire.

LE PROGRAMME PROFESSIONS DE SANTE

Les objectifs du PRS ne peuvent se réaliser qu'en étant adossés à une disponibilité des professionnels de santé. C'est pour cette raison qu'un plan spécifique a été élaboré pour mieux connaître la démographie des professionnels, agir sur leur formation et intensifier les coopérations.

Un recueil régulier de la démographie bretonne des professionnels de santé, intitulé DémoPS, est ainsi réalisé par l'ARS. Il est notamment étudié au sein d'un comité régional pour la démographie des professionnels de santé, installé en 2013, instance de consultation et de réflexion autour des enjeux de démographie et de formation.

La coopération entre établissements est un axe fort qui se traduit par la mise en place d'une ambitieuse politique « d'assistants spécialistes partagés ». Il s'agit de soutenir le post-internat hospitalier sous condition de partage territorial d'activité. Ce dispositif s'étend actuellement à 80 jeunes médecins, pour une enveloppe consacrée de presque 3 M€. Les contrats hospitaliers de territoire, permettent également aux établissements signataires de mettre en œuvre une gradation territoriale des soins par des mises à disposition de temps médical sur des villes de taille moyenne au sein du territoire concerné.