

# RAPPORT D'ACTIVITÉ

CRSA BRETAGNE

2013



 Bretagne  
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

# SOMMAIRE

ÉDITO	3
DATES CLÉS 2013	4
LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)	6
COMMUNIQUER AUTREMENT	7
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE ORGANISATION DES SOINS (CSOS)	8
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION (CSP)	10
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE MÉDICO-SOCIALE (CSMS)	14
LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DROITS DES USAGERS (CSDU)	16
LES GROUPEs DE TRAVAIL ET LES DÉBATS PUBLICS	18
ANNEXES	23

# ÉDITO



**BERNARD GAILLARD**  
Président de la CRSA Bretagne

**L**es instances actuelles de la démocratie en santé sont issues de la loi HPST. Notre CRSA Bretagne a ainsi été installée en juin 2010. Ces quatre années de fonctionnement ont été riches en débats, rencontres et documents épais. L'année 2013 a consolidé notre dynamique. La CRSA Bretagne est de plus en plus impliquée en région au travers de rencontres avec les bureaux des Conférences de Territoire, les réunions avec les grandes collectivités territoriales, la participation au COPIL du Projet Régional Santé-Environnement, aux travaux du Conseil Économique, Social et Environnemental Régional Bretagne, la participation à des colloques. Notre démocratie en santé en région est vivante mais elle a encore besoin d'être renforcée, connue et reconnue. Nous utilisons d'ailleurs l'expression « *démocratie en santé* » dans l'esprit de la loi HPST pour ne pas réduire cette démocratie au champ du sanitaire.

## « Notre démocratie en santé en région est vivante »

L'année 2013 a vu l'affirmation du renforcement de cette démocratie en santé au travers de la Stratégie Nationale de Santé. La CRSA Bretagne s'y est engagée. Nous y avons contribué en région au travers de la co-préparation et co-organisation d'un débat public sur la thématique des facteurs déterminants de santé qui s'est tenu début 2014. Un financement complémentaire a été attribué au Fonds d'intervention régional (FIR) afin de soutenir des actions de formation des représentants des usagers, recueillir la parole et les besoins de tous les acteurs de santé, en particulier des

usagers *via* les associations ou les collectifs d'associations qui les représentent, par l'organisation de débats publics initiés par des instances de démocratie sanitaire (conférences régionales de la santé et de l'autonomie, conférences de territoire). A des fins de transparence dans l'affectation des fonds à la démocratie en santé, le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé et le président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ont lancé un appel à projets et examiné ensemble les réponses avec la Commission Permanente. Une quinzaine de projets a été soutenu. Ces actions ont été reconduites en 2014. Elles sont dans une dynamique de décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social, voire social.

L'année 2013 en Bretagne a également été marquée par une révision du Projet Régional de Santé. La concertation a débuté formellement en septembre 2013. La CRSA Bretagne a rejeté cette révision lors de sa session de novembre. Elle s'engage dès maintenant dans une réflexion approfondie sur les évolutions à inscrire dans une future révision du Projet Régional de Santé et attend les évaluations de la mise en œuvre de celui-ci.

Une réflexion nationale s'est engagée autour de l'intérêt de cette démocratie en santé en région avec un vaste champ de compétences : soins de ville ; secteurs hospitalier et médico-social ; santé publique et prévention, auquel il faudrait ajouter les questions de santé liées à l'environnement. Après le rapport Salomé de la Conférence Nationale de Santé, un rapport sénatorial (rapport d'information n° 400 (2013-2014)) souligne que la CRSA est une instance à maintenir. Elle doit cependant disposer des moyens d'exercer ses compétences de manière indépendante, avec un budget propre géré de manière autonome, et bénéficier de « *délais minimums d'examen et de consultation pour les avis qu'elle doit rendre* ».

La CRSA Bretagne saura poursuivre son dynamisme au service de la santé des Bretons.

# DATES CLÉS 2013

**10 janvier**

**Débat public sur  
l'Éducation Thérapeutique  
du Patient (ETP) à Lorient**



**21 mars**

**Séance plénière de la CRSA  
au Centre Régional  
de Gériatrie de Chantepie**

- Présentation du rapport annuel droit des usagers
- Présentation des PTS

**28 avril**

**Signature des 8 Programme  
Territoriaux de Santé (PTS)**



**COMMISSION  
PERMANENTE**

**22 février**

**14 juin**

**10 octobre**



**27 juin**

**Dominique  
Buronfosse est élu  
nouveau Président  
de la CSOS**

**4 juillet**

**Séance plénière de la CRSA  
à l'Établissement Public de Santé  
Mentale de Saint-Avé**

- Élection et installation du nouveau Président de la CRSA Bernard Gaillard
- Présentation du rapport d'activité 2012 de la CRSA



## 1<sup>er</sup> août

Lancement de l'appel à projets Démocratie Sanitaire



## septembre

Publication du numéro spécial « Démocratie Sanitaire » du magazine La Bretagne en Santé

## 4 octobre

Présentation des recommandations formulées par le groupe de travail télémédecine

## Débats publics sur la télémédecine

## 5 novembre

à la Faculté de médecine de Brest



## 3 au 18 octobre

Campagne de sensibilisation IRC/diabète

## 12 novembre

Séance plénière de la CRSA au Centre Hospitalier de Cancale

- Lancement des débats publics sur le « Handicap »
- Avis sur le PRS révisé



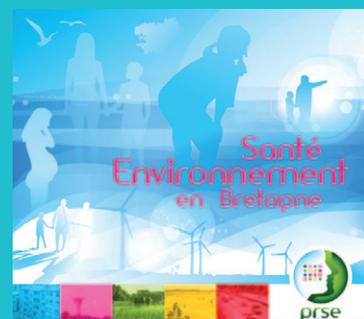
## 13 novembre

Journée sur la qualité des soins et la sécurité des patients



## 3 décembre

Bilan à mi-parcours du Programme Régional Santé Environnement (PRSE)



## 28 novembre

à l'IFSI de Saint-Brieuc

## 5 décembre

à l'IFSI de Lorient

# LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE



*La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Bretagne est un lieu d'expression des acteurs en santé. Elle constitue une voie privilégiée pour recueillir les aspirations et les besoins en matière de santé, favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs et participer ainsi à l'élaboration et la mise en place du Projet Régional de Santé.*

La CRSA est un organisme consultatif d'une centaine de membres qui disposent d'une voix délibérative.

**La CRSA s'est réunie 3 fois en assemblée plénière en 2013.** Elle a ainsi pu émettre un avis sur le Projet Régional de Santé (PRS), les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale, ainsi que sur le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé.

En parallèle de ses assemblées plénières, la CRSA mène ses travaux au sein de ses 4 commissions spécialisées, que sont :

- la commission spécialisée organisation des soins (CSOS) ;
- la commission spécialisée prévention (CSP) ;
- la commission spécialisée médico-sociale (CSMS) ;
- la commission spécialisée droits des usagers (CSDU).

Ces 4 commissions spécialisées sont force de propositions sur les politiques conduites et peuvent constituer des groupes de travail permanents.

La CRSA organise également des débats publics sur les questions de santé de son choix et établit chaque année un rapport sur son activité.

## LA CRSA EST COMPOSÉE DE 8 COLLÈGES :

- les collectivités territoriales ;
- les usagers de services de santé et médico-sociaux ;
- les conférences de territoire ;
- les partenaires sociaux ;
- les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- les offreurs de services de santé ;
- les personnalités qualifiées.

## PARTICIPENT ÉGALEMENT À LA CRSA AVEC VOIX CONSULTATIVE :

le Préfet de région, le Président du Conseil Économique et Social Environnemental Régional (CESER), des personnes issues des services déconcentrés de l'État, le directeur général de l'ARS ainsi que des représentants de l'Assurance Maladie (Régime Général, RSI, MSA).

## La commission permanente

La commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. **Elle s'est réunie 4 fois en 2013.**

La commission permanente est chargée des missions suivantes :

- préparer l'avis rendu par la Conférence sur le plan stratégique régional de santé ;
- préparer le rapport annuel d'activité de la CRSA ;
- formuler un avis lorsque la consultation de la Conférence implique l'avis de plus de deux commissions spécialisées ;
- préparer les éléments soumis au débat public.

Elle assure également la coordination des travaux des commissions spécialisées et peut définir l'organisation de travaux au sein de la CRSA.

Dans le cadre de la concertation sur le Projet Régional de Santé (PRS), la Commission a notamment préparé l'avis de la CRSA, qui a été présenté lors de l'assemblée plénière du 12 novembre 2013 au Centre Hospitalier de Cancale.

# COMMUNIQUER AUTREMENT

UN NUMÉRO SPÉCIAL DU MAGAZINE DE L'ARS BRETAGNE



« La Bretagne en santé », a été consacré en septembre 2013 à la démocratie sanitaire. Le magazine revient ainsi sur les rôles et missions des instances de la démocratie sanitaire, que sont la CRSA et les 8 conférences de territoires.

Diffusé auprès des partenaires de l'ARS Bretagne et des élus, il a ainsi contribué à rendre plus visible l'action des instances de la Démocratie sanitaire.

Consultez-le sur le site de l'ARS Bretagne : [www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)  
 > onglet « L'ARS Bretagne »  
 > « Études et publications »

*La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Bretagne souffre d'un manque de visibilité et de notoriété. La communication de la CRSA se réalise essentiellement par le biais du site de l'ARS Bretagne et de leur site dédié, et la communication grand public reste à parfaire, notamment à travers l'organisation de débats publics et de médiatisation de ses avis.*

Face à ce constat, il a paru indispensable au pôle communication-gestion des instances de l'ARS Bretagne de développer des moyens spécifiques dédiés à la communication de la CRSA.

C'est ainsi que, depuis novembre 2013, de nombreux changements se sont effectués concernant :

- le développement du site extranet de la CRSA (en cours sur l'année 2014) : refonte du site extranet ; mises à jour régulières du site (actualités, travaux des instances...), etc ;
- le développement de la visibilité des pages de la CRSA sur le site de l'ARS Bretagne, effectué en lien avec les Présidents des commissions spécialisées et le Président de la CRSA (en cours sur l'année 2014) : insertion du logo de la CRSA sur la page d'accueil du site ARS, dans un onglet dédié « Démocratie sanitaire » et qui permet un accès direct aux pages concernant la CRSA ; une arborescence des pages plus lisible et complète ; une communication améliorée des documents produits par la CRSA, etc ;
- le développement d'une lettre informative envoyée tous les 15 jours aux membres de la CRSA afin de les informer des dernières actualités mises en lignes, voire de la parution des derniers documents ;
- le développement de la mise en forme textuelle et graphique du rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé et du rapport annuel de la CRSA, afin de favoriser la lecture et le partage de ces derniers. En outre, cela s'inscrit dans la demande récurrente d'une plus grande communication et visibilité des travaux de la CRSA et de ses commissions spécialisées.



## La communication de 2014



Elle s'effectue dans le prolongement des actions entreprises fin 2013 et se renforce sur :

- la communication des débats publics de la CRSA : création d'affiches, de flyers et de programme (mailing et papier) aux établissements de santé, aux partenaires et aux élus de la région Bretagne ; mise en avant d'actualités dédiées ; simplification de l'inscription au débat public (formulaire à compléter en ligne) ; développement de la communication envers la presse (communiqués de presse, parutions d'articles dans la presse...), etc ;
- la communication aux instances, avec le développement d'une newsletter dédiée aux instances de la CRSA et du Conseil de surveillance (première parution fin mars).

# LA COMMISSION SPÉCIALISÉE ORGANISATION DES SOINS

# 38

DOSSIERS  
D'AUTORISATIONS  
D'ACTIVITÉ DE SOINS OU  
D'ÉQUIPEMENTS LOURDS  
ONT FAIT L'OBJET D'UN  
AVIS DE LA CSOS.



**DOMINIQUE BURONFOSSE**

Président de la CSOS

**HERVÉ LE NÉEL**

Vice-président de la CSOS

**I**l est difficile, voire arbitraire, de vouloir mettre en exergue l'une ou l'autre des activités de la commission car elles ont toutes leur importance. Néanmoins, deux apparaissent suffisamment originales pour qu'on le fasse.

Au cours de chacune de ses séances, la CSOS a successivement examiné des sujets relevant des activités ambulatoires libérales (par exemple : pôles et maisons de santé pluri professionnelles), puis hospitalières (équipements lourds, etc.). Le fait mérite d'être souligné de par son existence même car il n'en est pas ainsi dans toutes les régions. Mais également en raison du climat technique et serein qui préside aux discussions.

Le second est la mise en place cette année, avec le soutien de l'ARS, d'un suivi de ses avis. Dorénavant,

l'ordre du jour de chaque séance commence par une information sur les suites données par le Directeur Général de l'ARS aux avis formulés par les membres de la CSOS lors des précédentes réunions. Ce suivi témoigne de la volonté partagée de renforcer la démocratie en santé.

On aurait encore pu évoquer la diversité avec la qualité gestion des risques, la prévention, l'analyse de la pertinence...

Le bilan de l'année 2013 est riche. Il témoigne en premier lieu d'un important travail de ses membres et ceux qui le préparent en amont. Il est aussi le reflet de leur investissement, ces quelques lignes en témoignent. Leur volonté d'évaluer la pertinence de leurs avis et plus encore de voire s'améliorer la santé des bretons les conduira à s'impliquer dans la révision du Projet Régional de Santé en 2014.

## Les travaux de la CSOS

La commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins. Elle rassemble des représentants des territoires, des usagers et des professionnels issus d'horizons variés proposés par leurs fédérations, associations... Ils sont de sensibilités diverses et complémentaires.

L'ARS consulte la CSOS sur la politique d'implantation, l'activité des professionnels de santé dans les territoires de santé, l'aide médicale urgente et la permanence des soins, la création des établissements publics de santé et des groupements de coopération sanitaire et la politique de contractualisation.

En 2013, comme chaque année, les domaines qu'elle a abordés ont été vastes, sous forme d'avis formels et d'informations. Les débats ont été riches, constructifs, dans l'ensemble consensuels, même si parfois les opinions ont pu diverger.



### Avis de la CSOS sur :

#### LES PROJETS :

financement de projets pôle et maison de santé pluri-professionnels, des maisons médicales de garde, reconduction d'un projet sur l'auto mesure tensionnelle.

#### LES ACTIVITÉS DE SOINS :

transfert géographique (hôpital de jour), création (hôpital de jour, unité de dialyse médicalisée, unité de soins de longue durée), demande ou transfert d'autorisation (SSR, médecine).

#### LES ÉQUIPEMENTS :

acquisition, remplacement (IRM, scanner, gamma caméra).

**LES AJUSTEMENTS** du cahier des charges régional sur la permanence des soins ambulatoires.

**LA RÉVISION** du PRS.

**LA FORMATION** des régulateurs.

### La CSOS a été informée sur :

#### LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE :

présentations et bilan d'étape du Pacte territoire de santé.

#### LES RÉSEAUX :

évolutions suite aux préconisations du guide méthodologique et travaux du Groupe de travail régional.

#### LA COORDINATION DES ACTEURS ET LES PARCOURS DE SOINS :

présentation de la réflexion sur la coordination des acteurs et les parcours de soins.

#### L'ÉVALUATION DES PRATIQUES :

présentation de la grille de progression développée par l'URPS concernant les pôles et maisons de santé pluri professionnels.

#### LE SUIVI, L'ÉVALUATION :

point d'étape sur le pacte territoire de santé, bilan des GCS sanitaires, évaluation de la PDSA et bilan des groupements de coopération sanitaire.

#### LA GESTION DES RISQUES :

focus sur les travaux de l'observatoire du médicament (OMEDIT).

# 11

PÔLES OU MAISONS DE SANTÉ  
PLURI PROFESSIONNELS  
ET 2 MAISONS MÉDICALES  
DE GARDES ONT FAIT L'OBJET  
D'UN EXAMEN POUR SOUTIEN  
FINANCIER.



# LA COMMISSION SPÉCIALISÉE PRÉVENTION



**P**our la commission spécialisée prévention (CSP), l'année 2013 fut une année riche en paradoxes. On peut en souligner quatre détaillés ci-après.

Tout au long de l'année 2013, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé représentés au sein de la Commission spécialisée Prévention

ont travaillé assidûment sur ces constats contrastés, cherchant à en valoriser les forces et les versants positifs, tout en s'efforçant de contribuer, avec la Direction de la santé publique, à l'amélioration des aspects encore perfectibles.

C'est une satisfaction de constater que le haut niveau d'investissement dans les travaux menés au sein de cette Commission depuis juillet 2010 se maintient au fil du temps, comme en témoigne notamment le taux de participation moyen (63%). Face aux difficultés constatées, plutôt que de céder à la tentation de l'abstention ou de la politique « de la chaise vide », il est remarquable que la majorité des membres de la commission spécialisée prévention continuent à se mobiliser pour faire entendre leurs opinions, contribuer aux débats de fond et formuler leurs propositions, participant ainsi de façon constructive à la vie démocratique de la CRSA.

**CHRISTINE FERRON**  
Présidente de la Commission  
Spécialisée Prévention

## PARADOXE N° 1

2013 a vu émerger la notion de parcours de santé qui, contrairement au parcours de soin, inclut en théorie la prévention précoce et la prévention primaire. Chaque bassin de santé pris en considération dans ce cadre peut correspondre à un territoire de projet pour la promotion de la santé. La construction d'une vision commune de cette notion, l'évolution des cultures et pratiques professionnelles, les formations interprofessionnelles nécessaires à sa mise en œuvre, peuvent aisément intégrer une dimension de prévention.

Faire exister réellement la transversalité, l'intersectorialité et le décloisonnement indispensables au fonctionnement des parcours de santé reste difficile. Du chemin reste encore à parcourir dans cette direction, notamment au sein de la CRSA. De fait, de façon assez contradictoire, la notion de parcours de santé (et même de parcours de vie !) reste encore trop étroitement attachée à la maladie ou au handicap. Les acteurs de la prévention ou de la promotion de la santé, qui ne peuvent pas totalement se retrouver dans cette conception, se sentent encore exclus de cette démarche, pourtant extrêmement prometteuse.

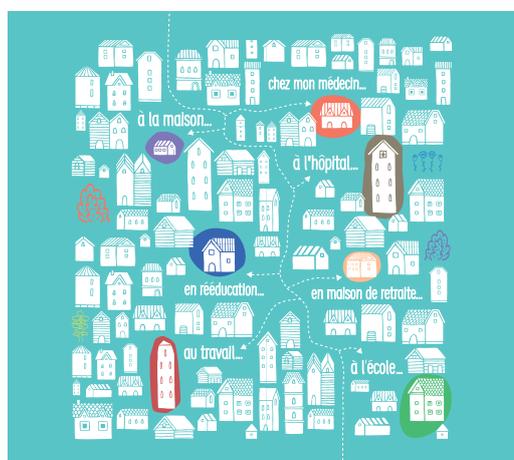
« Il est remarquable que la majorité des membres de la Commission spécialisée Prévention continuent à se mobiliser pour faire entendre leurs opinions. »



## PARADOXE N° 2

Par la volonté de l'Agence régionale de santé, et avec l'appui du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé, un effort sans précédent a été réalisé pour accroître l'application par les acteurs de principes d'intervention scientifiquement validés, pour améliorer la qualité des pratiques et pour développer une culture commune de base en promotion de la santé.

Il existe encore un décalage entre les cadres fixés pour les interventions (structurés par risque ou par pathologie) et les critères de qualité de ces dernières, fondés sur des approches par population et par milieu. La Commission de coordination des politiques publiques de prévention a montré un intérêt pour ce type d'approche, il faut à présent pousser cet avantage pour faire évoluer les cadres et les schémas, dans l'intérêt des populations prioritaires concernées.



## PARADOXE N° 4

Le suivi conjoint des avancées du Programme régional Santé environnement par la Commission spécialisée Prévention et la Commission spécialisée Droits des Usagers se poursuit de manière extrêmement constructive, l'attachement des acteurs de la promotion de la santé à la création d'environnements de vie favorables à la santé, entrant en résonance avec les questions et les préoccupations environnementales des représentants des usagers, dans un cadre de travail très productif avec l'Agence régionale de santé.

## PARADOXE N° 3

Un long chemin a été parcouru au sein des Conférences territoriales de santé, depuis l'immense frustration des acteurs de la promotion de la santé, peinant à se faire entendre au moment des premiers travaux, jusqu'à la reconnaissance effective de plusieurs thématiques de prévention prioritaires et la mise en place de groupes de réflexion et d'acculturation dont les avancées sont très attendues.

En ce domaine les Conférences territoriales de santé ne sont pas encore au bout de la route. Du chemin reste encore à parcourir avant la généralisation de la prise en compte des déterminants de la santé des habitants dans les territoires, qui permettrait de s'attaquer efficacement aux inégalités sociales de santé et de modifier la répartition des facteurs de risque dans la population.

# 63%

C'EST LE TAUX MOYEN DE PARTICIPATION À LA COMMISSION



## FAITS MARQUANTS

*Pour la Commission spécialisée Prévention, le fait marquant suivant de l'année 2013 n'échappe pas à la dimension paradoxale qui caractérise le bilan de cette année :*

### La prévention, une priorité de la SNS ?

La fin de l'année 2013 a vu la sortie de la feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), qui affirme dès sa première partie qu'il faut « prioriser la prévention sur le curatif ». « Notre système de santé doit donner toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé, outils négligés depuis des décennies, leviers majeurs de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, ainsi qu'à la prise en compte des déterminants de santé qui agissent en amont sur l'évolution de notre état de

santé. » L'approche préventive permettra « de répondre aux enjeux que sont le développement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, les inégalités sociales et territoriales de santé et les contraintes financières ». Comme cela a été dit en Commission spécialisée Prévention, « ce texte est mieux écrit que nous ne l'aurions écrit nous mêmes » ! Signifiant assez clairement à quel point cette priorité enfin donnée à la prévention, et en ces termes, répond aux attentes des acteurs.

- 14%

DES CRÉDITS DU MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ POUR LA PRÉVENTION

L'annonce simultanée d'une diminution de 14% des crédits du Ministère de la santé consacrés à la prévention, dans le projet de budget 2014, a fait l'effet d'une douche froide. Cette diminution s'avère d'autant plus préoccupante que tous les secteurs de la prévention - qu'ils soient ou non représentés au sein de la commission spécialisée prévention - sont

en difficulté : la médecine du travail, dont les moyens et l'autonomie sont menacés, la santé scolaire, dont les équipes sont débordées, la PMI, confrontée à l'explosion des charges qui pèsent sur les Départements, et bien sûr les associations, qu'elles interviennent en première ou en deuxième ligne. L'Agence régionale de santé a certes maintenu le subventionnement de ces dernières à la hauteur de ce qu'il était l'année précédente, mais les acteurs de la prévention sont conscients que, sans ce choix politique, la situation serait encore plus alarmante. L'effondrement non compensé des soutiens apportés auparavant par d'autres financeurs, comme la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie, entraîne des réductions budgétaires à l'origine de pertes de compétences et d'expériences acquises au fil de longues années de pratique dans la région. Pour ces raisons, le bilan de l'année 2013 reste malheureusement très mitigé.

## Le bilan à mi-parcours du PRSE

En 2013, le PRSE est arrivé à mi-parcours. Les pilotes du PRSE ont ainsi souhaité évaluer son état d'avancement et faire remonter les points forts et difficultés rencontrés, afin d'apporter d'éventuels amendements pour la seconde partie de sa mise en œuvre. Ce bilan a notamment été présenté lors de la réunion conjointe entre la commission spécialisée prévention (CSP) et la commission spécialisée droits des usagers (CSDU), le mardi 3 décembre 2013.

### RAPPEL

Signé en août 2011, le programme régional santé environnement (PRSE) constitue le cadre de référence de l'action en santé environnement en Bretagne, pour la période 2011-2015. Il permet de mieux prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé des Bretons, à tous les instants de leur vie quotidienne.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur :

<http://www.prse-bretagne.fr/> ou sur  
<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Programme-regional-Sante-envir.165568.0.html>

## La mise en place du groupe de travail sur la communication grand public

Un groupe de travail issu de la commission spécialisée prévention s'est mis en place avec l'appui de Stéphanie Farge, de l'agence régionale de santé, sur le thème de la communication. Le Conseil régional est également concerné par ses travaux.

Ce groupe de travail s'est fixé 2 principaux objectifs :

### 1. La réalisation d'un film destiné aux acteurs relais concernés par la santé des jeunes

L'idée est de faire réaliser, par des jeunes, un film de promotion de la santé visant l'action sur un déterminant fondamental de la santé des jeunes, qui est l'image de soi. L'estime de soi influe en effet de façon très importante sur les comportements de santé adoptés par les jeunes. Le principal objectif de ce film sera donc de faire prendre conscience aux adultes de l'importance cruciale du regard qu'ils portent sur les jeunes, en termes de promotion de la santé. Certains regards, certaines attitudes, font du bien, renforcent l'estime de soi, donnent envie de prendre soin de soi. D'autres au contraire sont dévalorisants et détériorent l'image de soi. La sensibilisation des adultes en contact avec les jeunes (les acteurs de la santé, de l'éducation et du social, mais aussi une bonne partie de la population adulte dans la région) à cette problématique, en tant qu'elle impacte directement la santé des jeunes, représente en elle-même une action de promotion de la santé. La participation des jeunes

impliqués dans le projet aura pour effet le développement de leur créativité et de leur pouvoir d'agir sur une question de santé qui correspond à l'une de leurs principales préoccupations.

### 2. La réalisation d'un support de communication sur la prévention - promotion de la santé, destiné à tous les acteurs concernés de la région

Ce support s'inspirera largement du document sur les principes d'intervention en PPS élaboré à la demande de l'Agence régionale de santé dans le cadre du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé. Dans l'idéal, il s'agirait de créer une animation pédagogique, intermédiaire dynamique entre le support papier et la vidéo, à diffuser largement sur Internet pour une dissémination aussi large et didactique que possible, des recommandations pour l'action.

### COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL DE LA CSP

**Emile Bourdet**, Ligue contre le cancer  
**Isabelle Chauvet-Lemarchand**, Rectorat  
**Christine Ferron**, IREPS et Présidente de la CSP  
**Eric Gendreau**, FHF  
**Claude Laurent**, URAPEI et Président de la CSDU  
**Didier Le Pimpec**, MSA  
**Isabelle Stephant**, AIDES

Présentation des volets « prévention »  
des Programme Territoriaux de Santé  
(PTS) à la CSP, par les coordonnateurs  
thématiques de l'ARS.

I 8  
JUN 2013

# LA COMMISSION SPÉCIALISÉE MÉDICO- SOCIALE



**JACKY DESDOIGTS**

Président de la Commission  
Spécialisée Médico-sociale

# 5

RÉUNIONS DE LA  
COMMISSION SPÉCIALISÉE  
MÉDICO-SOCIALE  
EN 2013.

## FAITS MARQUANTS

### Dès le début de l'année, l'ARS a annoncé la mise en chantier d'une **Observation départementale partagée**

L'outil prévoit soixante-cinq items définis par le groupe observation partagée conjointement avec les quatre conseils généraux et les quatre MDPH, mais également l'Éducation Nationale et les organismes d'Assurance Maladie. En outre, un rapprochement des données sera effectué avec les MDPH deux fois par an. L'outil finalisé pourrait être opérationnel à la fin de l'année 2014.

### **Évaluation interne et externe des établisse- ments médico-sociaux**

La commission a exprimé son inquiétude sur le retard pris par les opérateurs du secteur médico-social dans la mise en œuvre de la procédure d'évaluation. En décembre 2013, seulement 30% des évaluations internes avaient été réceptionnées.

Au-delà de l'aspect réglementaire, il devient légitime de s'interroger sur la capacité des établissements à développer en interne des démarches d'évaluation. Cette démarche appelle à un accompagnement plutôt

qu'à une injonction, afin qu'elle s'inscrive dans une démarche de progrès permanent pour permettre aux établissements d'y adhérer plutôt que de les subir.

### **Médicalisation des EHPAD**

L'ARS a rappelé qu'une augmentation des crédits à la médicalisation des EHPAD est à l'étude et que grâce à ces montants, le nombre d'EHPAD encore au forfait sera résorbé. L'année 2014 devrait être abordée avec la perspective de nouveaux enjeux pour poursuivre activement le renouvellement des conventions tripartites.

# Présentation des études 2012 par le CREAI : organisation et fonctionnement des CAMPS et des SESSAD en Bretagne

## État des travaux et des réflexions sur la coordination des acteurs et les parcours de soins

Les membres de la commission approuvent la cohérence des éléments présentés et adhèrent à la démarche de synergie entre les acteurs. Sur la base de cette démarche, la commission a constitué un groupe de travail chargé de présenter une contribution.

Il y a entre autre été conclu que les schémas de financement doivent évoluer, afin de faire progresser les processus de passerelles et d'accompagnement tout au long de la vie, qui font souvent appel à des financements croisés.

La généralisation des plates-formes territoriales visant à structurer et à organiser la transversalité territoriale de l'accompagnement des personnes constituent en effet, pour la commission, des pratiques « inspirantes ».

## Présentation du dispositif régional d'appui à la fluidité du parcours des personnes handicapées

Dans ce cadre, la commission a rappelé l'importance d'associer les représentants des usagers et les personnes handicapées afin que ces dernières soient présentes lors des échanges.

En résumé, l'ARS a émis son intention de programmer un appel à projet qui prendrait en compte les initiatives diverses concourant à favoriser l'accompagnement des

personnes, en privilégiant la fluidité des parcours de vie.

Il a aussi été convenu que la fluidité des parcours est une notion incontournable en santé mentale d'où la nécessité d'un plan d'actions. L'ARS a dans cette optique sollicité Convergence Bretagne afin qu'elle établisse un bilan.

## Présentation du dispositif de coordination territoriale en faveur des personnes handicapées

Présenté dans le contexte du jugement rendu dans la situation médiatisée d'Amélie\*, l'absence de place en structure spécialisée pour Amélie et donc de prise en charge adaptée, a conduit Madame Carlotti à considérer qu'il était urgent de mettre en place un dispositif pour ces situations spécifiques.

Les premières discussions étant arrivées à maturité, un dispositif est proposé. Les contours opérationnels sont à caler au sein de chaque département avec les partenaires que sont les Conseils Généraux et les MDPH.

Même si la commission reconnaît la volonté de construire, elle déplore que les fédérations n'y aient pas été associées. La vocation de ce dispositif, à vocation transversale et territoriale, ne peut se réaliser qu'avec l'implication et la participation des opérateurs de terrain.

*\*Jeune femme frappée d'un poly handicap et d'un syndrome autistique.*

## Personnes Handicapées Vieillissantes

Souhaitant insister sur la nécessité d'engager une réflexion sur les personnes handicapées vieillissantes, la commission a pris l'initiative d'organiser la venue de Monsieur Gohet à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie du 18 mars 2014 afin qu'il puisse présenter son rapport.

**18**  
MARS 2014

PRÉSENTATION  
DU RAPPORT SUR  
LE VIEILLISSEMENT  
DES PERSONNES  
HANDICAPÉES DE  
M. GOHET À LA CRSA

## Plan autisme et rapport d'expertise sur le fonctionnement du Centre Ressources Autisme (CRA)

Suite à un certain nombre de constats, l'ARS et le CHU de Brest ont décidé de diligenter une mission d'expertise sur l'organisation et le fonctionnement du CRA. Celle-ci a été réalisée par le CREAI Rhône-Alpes. Ce rapport préconise la refondation du CRA en Bretagne, recommandation que l'ARS entend suivre.

# LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DROITS DES USAGERS



*Avec seulement 12 membres, la Commission Spécialisée sur le Droits des Usagers (CSDU) est la plus petite Commission Spécialisée de la CRSA. Sa principale mission est l'élaboration du rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé.*

## FAITS MARQUANTS

### En 2013, la CSDU a tenu à s'impliquer dans :

#### *Les travaux de la révision du PRS*

La CSDU a tenu à contribuer et s'investir, dans ses différentes réunions, aux travaux sur la révision du Projet Régional de Santé, notamment sur des sujets transversaux comme la télémédecine ou le handicap ;

#### *L'élaboration du rapport annuel 2013 sur le droit des usagers*

La CNS a souhaité que les rapports de chacune des CRSA puissent être établis avec les mêmes items. Le rapport de 2013 se base donc sur ce cahier des charges pour collecter les différentes données qui le composent.

Dans le cadre du rapport annuel sur les droits des usagers, la CSDU a examiné 15 items déclinés dans les secteurs sanitaire, ambulatoire et hospitalier et dans les secteurs médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées, en passant par le droit à la santé des personnes détenues et la scolarisation des personnes handicapées. Le rapport est construit conformément au cahier des charges et chaque item à récolter reprend le cadre du cahier des charges (rapport de ce que le cahier des charges prévoyait comme renseignements à collecter).

Il est à noter que la récolte des données a progressé, même si des difficultés persistent, qu'elles soient

liées à la complexité ou au caractère nouveau des données (par exemple : l'inclusion scolaire des personnes handicapées, le droit à l'accès au dossier médical des personnes détenues, etc.).

Par ailleurs, la CSDU a souhaité s'investir dans la création d'une nouvelle maquette graphique, et ce dans un souci de lisibilité des données et de communication à plus grande échelle du rapport sur le droit des usagers.



#### *La poursuite du travail mené avec la commission spécialisée prévention pour le suivi du Programme Régional Santé Environnement (PRSE)*

La CSDU a notamment participé, dans ce cadre, aux travaux de la journée régionale à l'Agrocampus de Rennes sur le PRSE.

# 118

CRUQPC (SUR 126) ONT COMMUNIQUÉ LEUR RAPPORT, SOIT UN TAUX DE RETOUR EN HAUSSE DE 94% POUR L'ANNÉE 2013, DANS LE CADRE DU RAPPORT ANNUEL SUR LE DROIT DES USAGERS.

« Force est de constater que la place des usagers dans le système de santé est à parfaire. »

CLAUDE LAURENT, Président de la CSDU

## La CSDU a rencontré quelques difficultés en 2013 :

### Une modification de sa composition

avec le changement des représentants des conférences de territoires à mi-mandat.

### Un taux de participation à améliorer

Le manque de présence sur les réunions, notamment a 1<sup>er</sup> semestre 2013, a en effet conduit à annuler et reporter deux réunions de la CSDU.

#### Taux de participation aux réunions de la CSDU en 2013 :

	Total
Collège des représentants des collectivités territoriales	0%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	72,22%
Collège des représentants des conférences de territoire	0%
Collège des partenaires sociaux	100%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociales	66,67%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	0%
Collège des offreurs de services de santé	100%

### Un essoufflement du label droit des usagers



3 dossiers seulement ont été reçus pour la région Bretagne en 2013. Pour rappel, les précédentes éditions avaient été couronnées de succès : en 2011, un label national et de nombreux labels régionaux ont été récompensés ; en 2012, 18 dossiers ont été reçus, dont 11 labellisés.

La communication sur le dispositif et la mise en valeur des projets sera donc à renforcer pour l'année 2014, notamment au vu de l'intérêt des projets qui méritent d'être copiés et dupliqués.

## INTERVIEW

ALAIN FACCINI, Membre de la CSDU

« M. DAEL, ancien Président de la CRSA et du CISS Bretagne, souhaitait mettre en exergue la voix du CISS et des usagers, et ce aux travers des travaux de la CSDU et de la CRSA. C'est pourquoi j'ai émis le souhait, en 2013, de rejoindre la CSDU.

Le droit des usagers a certes évolué, mais il doit être davantage pris en considération et mis en débat, notamment dans les séances plénières de la CRSA où sont explicités les travaux de la CSDU (par exemple : le rapport annuel sur le droit des usagers). Le président de la CSDU a fourni un excellent travail dans le champ des usagers ces quatre dernières années. Cette progression se doit de continuer ; néanmoins, elle ne pourra se réaliser qu'avec un investissement plus important de la part des usagers. »

# 3

RÉUNIONS DE LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DROITS DES USAGERS EN 2013.

### Une suspension du plan de charge et de la feuille de route

La Commission n'a pu les mener à terme en 2013. Ce travail sera à poursuivre en 2014.

# LES GROUPE DE TRAVAIL ET LES DÉBATS PUBLICS



## Les principales recommandations de la CRSA Bretagne :

- **Le développement de la télémédecine ne doit se réaliser que dans la visée des bénéfices pour les patients et de leurs proches** : amélioration des diagnostics, des suivis, des délais de prises en charge, de la qualité de prise en charge, améliorer l'égalité dans les prises en charge. La télémédecine est un outil au service de la prise en charge des patients. C'est un moyen et non une finalité ;
- **la télémédecine est à utiliser comme assistance, complément, solution d'entraide pour les équipes et non comme mode d'organisation du système de santé.** Elle doit donner lieu à une meilleure reconnaissance des engagements du corps médical : temps, évolutions technologiques, évolution des exercices vers une plus grande collégialité ;
- **il faut veiller à mettre en place un dispositif respectant au mieux la confidentialité des échanges**, sachant que dans tous les cas, tout ne pourra pas être dit de cette façon. Ce dispositif ne saurait se substituer à la consultation en colloque singulier avec le médecin ;
- **le développement de la télémédecine ne doit pas viser un transfert de charges et de financement entre dispositifs actuels et nouveaux ;**
- **sans ajouter une instance supplémentaire, il est indispensable qu'une réunion annuelle de l'instance déjà prévue par l'ARS puisse porter sur l'éthique, les pratiques, les programmes de formation spécifique, les procédures, les installations et leur maintenance, les sécurités, l'archivage** ; en effet, cette instance comprend un nombre important de représentants d'usagers et de professionnels de santé.

> Pour lire la synthèse et les recommandations de la CRSA sur la télémédecine, rendez-vous p. 23 (annexe 1)

## GROUPE DE TRAVAIL TÉLÉMÉDECINE

*Développer la télémédecine au service du maillage territorial du premier et second recours. Faciliter l'accès et la coordination des soins entre le secteur ambulatoire, hospitalier et médico-social.*

### COORDINATEUR

**BERNARD GAILLARD**, Président de la CRSA  
[ars-bretagne-democratie-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-democratie-sanitaire@ars.sante.fr)  
(secrétariat)

La télémédecine est un exercice réglementé (Article L6316-1 du code de la santé publique et Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010). Elle a été définie très explicitement par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » comme un acte médical à part entière effectué par des médecins qualifiés, compétents et identifiés. Ce décret rappelle que le respect du secret médical s'impose, les outils informatiques utilisés devant garantir la confidentialité des échanges. Le développement de la télémédecine apparaît aujourd'hui incontournable et offre de nouvelles opportunités.

En Bretagne, le Conseil régional s'est engagé à soutenir la perspective d'un réseau pérenne très haut débit, à fibre optique, accessible à tous dans tous les lieux bretons. L'ARS Bretagne s'engage dans le soutien de projets ; elle a déposé en 2014 deux dossiers : « Territoire de Soins Numérique » et « l'article 36 » sur la loi de financement des expérimentations de télémédecine.

S'appuyant sur les travaux du groupe de travail, la CRSA Bretagne souligne l'intérêt pour les malades, leurs proches et pour les professionnels médicaux et paramédicaux, dans certaines situations, de la télémédecine. Parmi les bénéfices de cette approche médicale, nous pouvons citer : l'amélioration du suivi



# 25

MEMBRES COMPOSENT  
LE GROUPE DE TRAVAIL  
TÉLÉMÉDECINE

en télésurveillance par rapport au suivi classique ; la réduction des délais de prises en charge des patients ; la rapidité de la prise en charge dans la télésurveillance en cas de problème médical ; un meilleur maillage de l'expertise médicale et une optimisation des trajets pour les patients ; la mise en réseau des professionnels de santé sur un territoire pour améliorer l'offre de soins. La télémédecine suppose des contraintes avec un matériel de qualité, une rigueur dans la traçabilité des actes, une certaine spécialisation de médecins dans le cas de la télé-expertise...

Aux aspects positifs d'évolutions technologiques et de pratiques, la CRSA pointe quelques éléments de vigilance. Parmi ceux-ci, la CRSA Bretagne estime que la mise en place de ce réseau ne doit pas venir pallier la réduction éventuelle de l'offre de soins en Bretagne. Outre le caractère chronophage de la télésurveillance et la téléexpertise, les problèmes du partage de responsabilités médicales, de la propriété des données et de la sécurisation des données sont à clarifier.

## Débat public de la CRSA sur la Télémédecine

**Le déploiement de la télémédecine permet de répondre à des problématiques de santé. Il pose aussi des questions éthiques auxquelles la CRSA se montre très attentive. À tel point qu'en 2013, elle en a fait le thème de sa nouvelle session de débats publics : « télémédecine : ses enjeux, ses apports, ses limites ».**

Le premier débat fut présenté lors de l'assemblée plénière de la CRSA du 4 juillet 2013 à Saint-Avé, puis décliné sur 3 départements bretons :

- le 5 novembre 2013, à la faculté de médecine de Brest ;
- le 28 novembre 2013, à l'IFSI de Saint-Brieuc ;
- le 5 décembre 2013, à l'IFSI de Lorient.

Ces trois débats ont réunis près de 150 participants. Ils ont mis en exergue tour à tour les opportunités offertes par la télémédecine et les risques liés à son développement. La majorité des participants s'est accordée sur les avantages des nouvelles technologies dans l'amélioration de la prise en charge du patient, notamment dans les situations d'urgence mais aussi dans tous les cas où elles permettent d'éviter un déplacement souvent

coûteux et/ou générateur de stress (personnes âgées, territoires insulaires...). Il existe en effet un grand intérêt au développement de la télémédecine pour les malades, leurs proches, ainsi que pour les professionnels médicaux et paramédicaux.

**Malgré les caractéristiques positives de ces développements, la télémédecine suscite de nombreuses questions et mérite de maintenir des points de vigilance permanente.** Certaines voix se sont élevées lors des débats pour rappeler que la télémédecine ne peut et ne doit en aucun cas remplacer le médecin et qu'elle doit demeurer un outil d'accompagnement. Elle ne doit pas venir pallier la réduction éventuelle de l'offre de soins en Bretagne.

Enfin, plusieurs participants ont souhaité exprimer leurs inquiétudes sur les questions de la protection des données médicales ou du consentement libre et éclairé du patient. Le développement de la télémédecine ne doit se réaliser que dans la visée des bénéfices pour les patients et de leurs proches. Elle est un outil au service de la prise en charge des patients ; c'est un moyen et non une finalité. Une instance pérenne régionale composée de représentants d'usagers et de professionnels de santé doit porter sur l'éthique, les pratiques, les programmes de formation spécifique, les procédures, les installations et leur maintenance, les sécurités, l'archivage. La CRSA Bretagne a formulé un certain nombre de recommandations en ce sens.

En définitive, la CRSA se félicite de la qualité des échanges et se réjouit d'avoir sensibilisé le grand public sur une thématique - la télémédecine - encore peu connue ; répondu aux interrogations multiples que soulève cette nouvelle pratique ; confronté les propositions et recommandations émises par groupe de travail de la CRSA ; dégagé des axes de réflexion pour les porter à la connaissance de l'ARS.

# 150

PARTICIPANTS  
AUX DÉBATS SUR  
LA TÉLÉMÉDECINE

## GROUPE DE TRAVAIL DÉMOCRATIE EN SANTÉ

*Améliorer la participation des acteurs du système de santé.  
Développer la concertation, le décloisonnement des pratiques et  
le débat public dans le cadre de la démocratie en santé.*

### COORDINATEUR

**BERNARD GAILLARD**, Président de la CRSA  
[ars-bretagne-democratie-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-democratie-sanitaire@ars.sante.fr) (secrétariat)

Un groupe de travail « Démocratie en santé en Bretagne » a été mis en place sur proposition de la CRSA lors de sa session du 21 mars 2013. Cette proposition s'est faite après avoir entendu les analyses et propositions du rapport Salomé de la Conférence Nationale de Santé.

Le groupe de travail est composé de membres de la CRSA Bretagne, de représentants de collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils généraux, Villes), de représentants du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional Bretagne, de Conférences de Territoire. Il a communiqué un premier état de ses travaux lors de la CRSA Bretagne de juillet 2013.

Tout le monde s'accorde sur l'importance des lieux de démocratie en santé. Dans ce sens, parmi les trois axes de la Stratégie Nationale de Santé, le troisième souligne la nécessité du renforcement de la démocratie sanitaire. Le groupe de travail de la CRSA Bretagne appuie fortement l'expression « démocratie en santé » pour insister sur une approche globale correspondant à l'ensemble du secteur santé, que l'on soit dans les champs sanitaire, social ou médico-social.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - dite loi « HPST » - a créé la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie comme organisme consultatif concourant par ses avis à la politique régionale de la santé. La CRSA adopte ainsi un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, rapport transmis à la Conférence Nationale de Santé.

Elle est un lieu d'expression et de propositions traitant des besoins de santé en région, des réponses à ceux-ci et des actions visant à améliorer la santé, le bien-être de la population. C'est un modèle original d'instance démocratique fondée sur le pluralisme et une représentativité des acteurs (associations et fédérations, groupes d'intérêts ou professionnels, usagers, collectivités publiques). La CRSA peut également faire toute proposition au directeur général de l'Agence Régionale de Santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région (Code de la santé publique - Article L1432-4).

17

MEMBRES  
COMPOSENT LE  
GROUPE DE TRAVAIL  
DÉMOCRATIE EN  
SANTÉ



# Les principales recommandations de la CRSA Bretagne

Compte tenu de l'expérience que nous en avons en Bretagne, la CRSA formule les recommandations suivantes afin de renforcer la place des instances démocratiques en articulation avec les représentants de l'État en région :

- **mieux formaliser les relations entre CRSA Bretagne et ARS** : par exemple, importance d'une réponse personnalisée et par écrit du Directeur Général de l'ARS, dans un délai de trois mois, portant sur les suites données aux avis de la CRSA ;
- **poursuivre une dynamique ouverte, anticipatrice et responsable de la CRSA Bretagne**, notamment par sa capacité à s'autosaisir de toute question concernant la politique de la santé dans la région : la santé au travail, le plan régional santé environnement, l'utilisation du FIR ; questions émergent de ses membres ou soumises par les mouvements qui la constituent ;
- **augmenter les transversalités entre les commissions, entre CRSA et Conférences de territoires, entre membres et composantes de la CRSA**. Par exemple, systématiser la transmission du rapport sur le respect des droits des usagers à toutes les commissions avant la soumission à la plénière. Sans oublier la dimension chronophage, où chaque commission doit, a minima,

avoir communication des travaux des autres commissions ;

- **développer les liens** entre la CRSA Bretagne et les conférences de territoires, les Délégations territoriales ; entre la CRSA et le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional Bretagne, la Région, les départements et les villes ; entre les CRSA ;
- **dans une position citoyenne de la CRSA, exercer une vigilance sur le plan éthique**, concernant par exemple des garanties de confidentialité et de respect de la personne dans le contexte du développement des nouvelles techniques de communication : DMP, DP, télémédecine...

Ce groupe de travail a poursuivi ses travaux en 2014 et vise l'adoption d'un avis à la CRSA de juin 2014. Dans une même logique, les Commissions spécialisées ont été invitées à faire un bilan des quatre années de fonctionnement. Années riches et innovantes, dont l'analyse critique de celles-ci aidera la CRSA à renforcer la démocratie en santé.

> **Pour lire l'ensemble des recommandations de la CRSA sur la démocratie en santé, rendez-vous p. 26 (annexe 2)**

## GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP

« Faire du vieillissement et de l'accès aux soins des personnes handicapées une priorité de la SNS. »

**Deux nouveaux groupes de travail ont été mis en place en 2013, suite à la CRSA Bretagne du 12 novembre.** Les deux thématiques portées sont « l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de handicap » et « le vieillissement des personnes handicapées (ou l'avancée en âge des personnes handicapées) ». Les groupes de travail ont pour mission de remettre à la Commission Permanente du 15 mai 2014, puis à la CRSA du 18 juin 2014, des préconisations sur des actions à mener quant au vieillissement des personnes handicapées, et à leur accès aux soins, selon les spécificités de la région Bretagne. Ces recommandations pourront ensuite être transmises aux instances nationales. Les travaux des groupes pourront éventuellement perdurer au-delà de la CRSA du mois de juin 2014.

Les deux groupes de travail sont composés de membres de la CRSA Bretagne, de membres extérieurs et bénéficient de la collaboration des services de l'ARS. Le groupe portant sur l'accès aux soins et droits des personnes en situation de handicap est co-animé par Bernard Vaysse et Claude Laurent, celui sur le vieillissement des personnes en situation de handicap est co-animé par Jacky Desdoigts et Michel Macé.



## [...] GROUPE DE TRAVAIL HANDICAP

# 15

MEMBRES COMPOSENT  
LE GROUPE DE TRAVAIL  
SUR L'ACCÈS AUX SOINS  
DES PERSONNES  
HANDICAPÉES

### *Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes handicapées*

*Faciliter les parcours de soins des personnes handicapées, afin d'améliorer leur qualité de vie et leur inclusion sociale.*

#### **COORDINATEURS**

**BERNARD VAYSSE**, CFE CGC  
**CLAUDE LAURENT**, URAPEI et Président  
de la CSDU

# 13

MEMBRES COMPOSENT  
LE GROUPE DE TRAVAIL  
SUR LE VIEILLISSEMENT  
DES PERSONNES  
HANDICAPÉES

### *Groupe de travail sur le vieillissement des personnes handicapées*

*Lutter contre l'exclusion des personnes handicapées vieillissantes, identifier les bonnes pratiques et proposer les évolutions à mettre en œuvre.*

#### **COORDINATEURS**

**MICHEL MACÉ**, Comité départemental des  
retraités, des personnes âgées et de l'action  
géronologique  
**JACKY DESDOIGTS**, FEGAPEI/URAPEI  
et Président de la CSMS

Contact : [ars-bretagne-democratie-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-democratie-sanitaire@ars.sante.fr) (secrétariat)

## « HANDICAP : COMMENT RÉPONDRE À LA DIVERSITÉ » : NOUVEAU THÈME DES DÉBATS PUBLICS DE LA CRSA EN 2014

En prévision du lancement des deux groupes de travail sur le thème de l'accès aux soins des personnes handicapées et du vieillissement des personnes handicapées, la CRSA Bretagne organise les débats publics de 2014 sur le thème du handicap.

À l'image des débats publics précédents, le thème a été présenté lors de l'assemblée plénière de Cancale du 12 novembre 2013.

#### **Deux débats sont prévus sur les thématiques suivantes :**

- le vieillissement des personnes handicapées le 18 mars 2014 au lycée St-Gabriel de Pont-l'Abbé ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées le 16 mai 2014 à l'Agrocampus de Rennes.



## SYNTHÈSE DU GROUPE DE TRAVAIL CRSA SUR LA TÉLÉMÉDECINE

*Après avoir entendu de nombreux acteurs impliqués dans la télémédecine et consulté de nombreux travaux, la CRSA Bretagne émet des propositions et soutient quelques recommandations.*

La télémédecine est un exercice réglementé (Article L6316-1 du code de la santé publique et Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010). La télémédecine a été définie très explicitement par la loi « Hôpital patients, santé, territoires » comme un acte médical à part entière effectué par des médecins qualifiés, compétents et identifiés. Quatre actes de Télémédecine ont été définis dans le Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 :

- **LA TÉLÉCONSULTATION** : permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;
- **LA TÉLÉEXPERTISE** : permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- **LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE** : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- **LA TÉLÉASSISTANCE MÉDICALE** : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Ce décret rappelle que le respect du secret médical s'impose, les outils informatiques utilisés devant garantir la confidentialité des échanges.

D'autre part, le rôle permanent des CRRA 15 dans la réponse de télémédecine existe. La particularité des modalités d'exercice, en urgence, sans consentement possible des patients, dans une relation « captive » du fait d'une courte temporalité impose de respecter les recommandations de l'HAS :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_regulation\\_medicale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_regulation_medicale.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation\\_medicale\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_argumentaire.pdf)

[http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc\\_info\\_pts\\_extrait.pdf](http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc_info_pts_extrait.pdf)

Nous assistons, dans de nombreux pays, au développement de la télémédecine grâce aux évolutions technologiques qui offrent de nouvelles opportunités. Nous appuyant sur la position du Dr Jacques Lucas <sup>[1]</sup>, nous pouvons remarquer qu'il y a actuellement certaines confusions, notamment entre téléconsultation et conseils médicaux en ligne. En Bretagne, le Conseil régional s'est engagé à soutenir la perspective d'un réseau pérenne très haut débit, à fibre optique, accessible à tous dans tous les lieux bretons.

Le groupe de travail a repéré l'intérêt pour les malades, leurs proches et pour les professionnels médicaux et paramédicaux, dans certaines situations, de la télémédecine. Le terme même de télémédecine implique une centration vers le médical, alors qu'une expression comme télé-santé ou e-santé permet d'envisager plus globalement la question des effets des technologies nouvelles de communication dans le bien-être de chacun en lien avec l'ensemble des conditions actuelles de vie :

- l'amélioration du suivi en télésurveillance par rapport au suivi classique ;
- la réduction des délais de prises en charge des patients ; la rapidité de la prise en charge dans la télésurveillance en cas de problème médical. [...]

[1] Vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, chargé des systèmes d'information en santé, in Newsletter CNOM n°27 mars 2011.

[...] **EN TÉLÉ-CARDIOLOGIE** (suivi à distance des patients porteurs d'un dispositif cardiaque implantable (défibrillateur et stimulateur), l'objectif médical est de réduire le temps entre la détection d'une anomalie et sa prise en charge. Il devient dorénavant possible d'éliminer le contrôle à dates fixes et, dans la majorité des cas, de personnaliser la date de consultation par rapport à un événement détecté, permettant de limiter les risques AVC par une prise en charge précoce.

- Les opportunités de réduire les temps de trajet sont un gain de temps pour le corps médical et facilitent la vie du patient. L'utilisation des dispositifs est bien appropriée par les patients et aidants. L'acceptabilité est liée au fait que le suivi à distance soit proposé par le médecin.

- La télémédecine en Bretagne concerne une majorité de patients situés sur des **unités géographiques de petites tailles et isolées**.

- La télémédecine permet un meilleur maillage de l'expertise médicale et une optimisation des trajets pour les patients pour lesquels mobilité rime avec contraintes.

- Elle évite une redondance d'actes à partir de protocoles formalisés.

- Elle permet de **mettre en réseau des professionnels de santé** sur un territoire pour améliorer l'offre de soins.

- Elle utilise la performance des matériels nouveaux : exemple en télésurveillance : pas d'intervention technique lourde pour le patient.

- La télémédecine conduit à des évolutions du métier de médecin vers **plus de liens collectifs** : mise en place d'un collège d'électro-radiologues, rédaction d'un protocole commun pour radiologues dans la télé-interprétation. Elle favorise la collégialité des décisions, le partage d'expériences, de compétences médicales, paramédicales. Elle contraint à une rigueur de la traçabilité des actes, à une spécialisation de médecins dans le cas de la télé-expertise.

- **L'approche des patients est plutôt positive** : il y a très peu de refus de patients.

- La télémédecine est **aidante et rassurante pour les proches du patient**. Les dispositifs assurent une fonction sécuritaire pour les patients et les aidants.

#### AUX ASPECTS POSITIFS D'ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET DE PRATIQUES, LA CRSA POINTE QUELQUES ÉLÉMENTS DE VIGILANCE

- La mise en place de ce réseau ne doit pas venir pallier la **réduction éventuelle de l'offre de soins en Bretagne**.

- La télémédecine engage **des rapports nouveaux du médecin avec le patient** : quelles informations à donner, quelle prise en compte des pratiques de certains patients avec le web...

- La question des **délégations éventuelles de tâches** (infirmiers, autres opérateurs...).

- **Caractère chronophage pour certains médecins** au centre des dispositifs ? La télésurveillance et la télé-expertise sont gourmandes en temps de professionnel qualifié et elles peuvent inciter à augmenter le nombre de critères et de patients à surveiller.

- **Partage de responsabilités** ou chaque praticien reste responsable de l'acte ?

- Problèmes autour **de la propriété des données**.

- **Absence de liens directs entre le patient et le fabricant de matériel** qui ne doit pas avoir accès au dossier d'un patient.

- **Risque d'utilisation abusive** de la télé-interprétation pour conforter la lecture d'un 1<sup>er</sup> diagnostic.

- **Sécurisation des données** : il existe l'intervention de l'ARS avec des normes, deux études sont actuellement en cours.

- **La mise en place d'un réseau pérenne haut débit en Bretagne** est une contribution à l'égalité de tous par rapport aux soins, à une égalité entre professionnels de santé/technologie, aux dispositifs. Le décalage dans le temps entre les délais longs et incertains de déploiement généralisé du très haut débit et le délai court de la diminution des effectifs médicaux (-20% à 30% à 5 ans dans les Côtes d'Armor), les deux problématiques ne se compensent pas même si la télémédecine peut aider.

#### QUELQUES TEXTES DE RÉFÉRENCES

- Newsletter Conseil National de l'Ordre des médecins mars 2011.
- Note d'analyse sur le téléconseil personnalisé (services juridiques du CNOM - janvier 2012).
- Livre blanc sur la télémédecine - janvier 2009.
- La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être, Rapport Lasbordes, 12 novembre 2009.
- Charte de télécardiologie appliquée à la télésurveillance des prothèses implantées en rythmologie - décembre 2011.
- Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie - janvier 2007.
- Réflexion économique pour une prise en charge de la télésurveillance ambulatoire des porteurs de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques - septembre 2012.
- Rapport de la DGOS : Télémédecine et responsabilités juridiques engagées (mai 2012).



## RECOMMANDATIONS DE LA CRSA

- **Le développement de la télémédecine ne doit se réaliser que dans la visée des bénéfices pour les patients et de leurs proches** : amélioration des diagnostics, des suivis, des délais de prises en charge, de la qualité de prise en charge, améliorer l'égalité dans les prises en charge. La télémédecine est un outil au service de la prise en charge des patients ; c'est un moyen et non une finalité.
- **La télémédecine ne doit pas simplement viser à palier un problème de démographie médicale.**
- **La télémédecine est à utiliser comme assistance, complément, solution d'entraide pour les équipes et non comme mode d'organisation du système de santé.** Elle doit donner lieu à une meilleure reconnaissance des engagements du corps médical : temps, évolutions technologiques, évolution des exercices vers une plus grande collégialité.
- **Que la relation directe patient-médecin soit privilégiée au-delà des questions techniques** ; le médecin généraliste et le spécialiste référent en libéral restent les interlocuteurs privilégiés du patient. Les patients sont sensibles au dialogue médecin/malade qui, quoiqu'on en dise, est altéré par l'écran télémédecine et la présence d'un tiers. Si ce tiers est réglementairement un médecin, il apparaîtrait concrètement, déjà et ici en Bretagne, de plus en plus d'exception.
- **Pour chaque séance télémédecine, il faut s'assurer d'une réelle acceptation du patient (écrite et éclairée)** ; mais que peut-on penser de l'autorisation demandée au malade arrivant en urgence dans un établissement où sa famille va signer sans réelle sérénité ! Quid de la confidentialité, de l'archivage ?
- **Il faut veiller à mettre en place un dispositif respectant au mieux la confidentialité des échanges, sachant que dans tous les cas, tout ne pourra pas être dit de cette façon.** Ce dispositif ne saurait se substituer à la consultation en colloque singulier avec le médecin.
- **Les réglementations et les procédures doivent éclairer les responsabilités des professionnels de santé et la question de la propriété des données.** Quelle responsabilité juridique en cas d'erreur, de retard, de rupture de réseau, de communication hors confidentialité ?
- **Le développement de la technologie liée à la télémédecine a un surcoût notamment par la mise en compatibilité logicielle et la maintenance.** Celui-ci ne doit pas être démesuré ; il doit rester accessible dans le modèle économique de la médecine libérale et des établissements de santé. La CRSA soutient la demande des usagers pour éviter que la e-santé n'induisse un coût supplémentaire exagéré et différent des particuliers.
- **Le développement de la télémédecine ne doit pas viser un transfert de charges et de financement** entre dispositifs actuels et nouveaux.
- **Sans ajouter une instance supplémentaire, il est indispensable qu'une réunion annuelle de l'instance déjà prévue par l'ARS** puisse porter sur l'éthique, les pratiques, les programmes de formations spécifiques, les procédures, les installations et leur maintenance, les sécurités, l'archivage. En effet, cette instance comprend un nombre important de représentants d'usagers et de professionnels de santé.

## PRÉCONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL CRSA SUR "LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ"

- **Mieux formaliser les relations entre CRSA Bretagne et ARS** : par exemple, importance d'une réponse personnalisée et par écrit du Directeur Général de l'ARS, dans un délai de trois mois, portant sur les suites données aux avis de la CRSA.
- **Poursuivre une dynamique ouverte, anticipatrice et responsable de la CRSA Bretagne, notamment par sa capacité à s'autosaisir de toute question concernant la politique de la santé dans la région** : notamment la santé au travail, le plan régional santé environnement, l'utilisation du FIR ; questions émergeant de ses membres ou soumises par les mouvements qui la constituent.
- **Augmenter les transversalités entre les commissions, entre CRSA et Conférences de territoires, entre membres et composantes de la CRSA, etc.** Par exemple, c'est la systématisation d'une transmission du rapport sur le respect des droits des usagers à toutes les commissions avant la soumission à la plénière. Sans oublier la dimension chronophage, chaque commission doit, a minima, avoir communication des travaux des autres commissions.
- **Une meilleure connaissance du fonctionnement et du budget de la santé en Bretagne** : la CRSA doit continuer à avoir une information sur le CPOM et les moyens consacrés aux politiques de santé : gestion des risques, dépenses régionales de santé (notamment budget alloué à la prévention et au médicosocial), moyens consacrés à la démocratie sanitaire.
- **Les débats publics apparaissent nécessaires et utiles. Ils devraient correspondre à des objectifs clairement repérés** : permettre l'expression de différents points de vue ; éclairer la puissance publique ; soutenir la légitimité de l'action publique ; informer le public et lui permettre d'être un acteur à part entière de la démocratie sanitaire. Il est nécessaire de disposer d'une synthèse des débats et d'en faire connaître les conclusions. Les débats publics sont à privilégier dans un cadre partenarial si possible car ils contribuent à renforcer les liens entre les acteurs en santé.
- **Élaborer une stratégie de communication de la CRSA supposant une communication propre avec des moyens spécifiques, une diffusion de ses travaux** ; s'appuyer sur les réseaux déjà existants (réseaux institutionnels, réseaux d'utilisateurs...).
- **Renforcer les moyens humains et logistiques propres à la CRSA (secrétariat, rédacteurs, budget identifié).**
- **Développer les liens** entre la CRSA Bretagne et les conférences de territoires, les Délégations territoriales, entre la CRSA et le Conseil Économique, Social et Environnemental Régional Bretagne, la Région, les départements et les villes.
- **Que les représentants des usagers puissent, par une procédure validée, alerter les membres de la CRSA de situations préoccupantes** afin que la CRSA Bretagne puisse éventuellement prendre position et/ou apporter un éclairage vis-à-vis d'enjeux de santé publique.
- **Dans une position citoyenne de la CRSA, exercer une vigilance sur le plan éthique**, concernant par exemple des garanties de confidentialité et de respect de la personne dans le contexte du développement des nouvelles techniques de communication : DMP, DP, télémédecine...



# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013 DE LA CRSA BRETAGNE

## **Directeur de la publication**

Bernard Gaillard

## **Coordination**

Anne-France Renaud

## **Rédaction**

Bernard Gaillard, Claude Laurent,  
Christine Ferron, Jacky Desdoigts,  
Dominique Buronfosse et Anne-France Renaud

## **Crédits Photos**

ARS Bretagne, Thinkstock

## **Impression**

Média Graphic

## **Conception**

Précontact

## **Dépôt Légal**

à parution

## **N° ISSN**

en cours



 Bretagne  
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie