



 Bretagne  
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

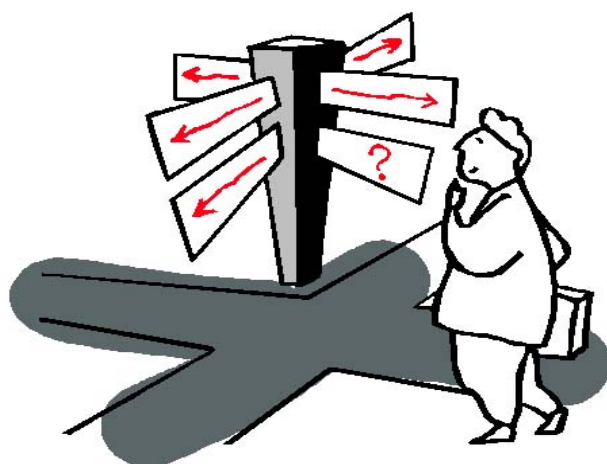
# Rapport d'activité



**2011**

# Sommaire

<b>Edito</b>	<b>3</b>
<b>Les événements marquants de 2011</b>	<b>4</b>
<b>En image</b>	<b>5</b>
<b>L'organisation des débats publics</b>	<b>7</b>
<b>Le bilan des travaux de la CRSA</b>	<b>10</b>
<b>Les travaux de la CRSA</b>	<b>11</b>
<b>Annexes</b>	<b>23</b>



# Edito

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de la région Bretagne s'est mise en place au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2010 avec l'appui des équipes de l'ARS Bretagne. Elle s'est réunie deux fois en 2010 et trois fois en 2011, sur différents lieux du territoire breton.

Les différentes formations en charge d'organiser ses travaux (commission permanente et commissions spécialisées) ont été constituées et se sont réunies dans le cadre des missions qui leur sont dévolues, comme l'instruction des autorisations, mais également dans le cadre de la préparation des séances plénières.

Toutes les instances de la CRSA ont été appelées à travailler et à s'exprimer, et vont continuer à l'être au cours de l'année 2012, sur l'ensemble des étapes aboutissant à la publication du Projet Régional de Santé (PRS) début 2012.

Les membres de la CRSA s'impliquent fortement pour être présents et actifs dans les différentes instances. Ils s'expriment sur leurs attentes et veillent à ce que les rapporteurs entendent, mais aussi écoutent, de façon à ce que la démocratie sanitaire trouve sa juste place dans l'ensemble de cette démarche du PRS.

Les membres de la CRSA peuvent suivre leurs travaux et être tenu au courant fidèlement, notamment par l'accès au site internet. Les débats publics de 2011 sur le thème de la recherche clinique ont favorisé une meilleure connaissance de la CRSA de la part du grand public et des intervenants.

C'est donc bien une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie dynamique, convaincue de réunir en son sein des forces vives de la santé et du handicap en région, d'avoir la légitimité de l'expérience pour formuler des avis et des propositions pour contribuer au mieux à la santé des Bretons.

Malgré les très fortes incertitudes, notamment dans notre domaine santé-handicap-social, nous essaierons de mettre en œuvre le meilleur Projet régional de Santé possible et les Présidents(es) et vice-présidents des commissions spécialisées et moi-même sommes à l'écoute de chacun des membres de la CRSA et au-delà dans nos différents territoires en région Bretagne.



Thierry DAEL  
Président de la  
CRSA

# Les événements marquants de 2011

En 2011, la CRSA s'est réunie trois fois en formation plénière. Ces séances ont porté sur le suivi des missions de l'instance et l'information des travaux effectués dans les différentes commissions. Les réunions fréquentes ont aussi permis de suivre au plus près l'actualité et d'organiser les travaux en conséquence. Tel est le cas de la concertation sur le PRS.

## L'installation

Cette année 2011 s'est caractérisée par l'adoption place du fonctionnement de la CRSA. Dans ce cadre, la CRSA a été amenée à définir et à approuver le règlement intérieur ayant vocation à régir ses activités et à encadrer son existence, au mois de mars 2011. Elle est composée de 95 membres représentant l'ensemble des acteurs de santé et répartis en différents collèges (cf annexe 1) et de 13 voix consultatives

## La mise en place des conférences de territoire

L'année 2011 a également été marquée par la mise en place de celles-ci. Le président de la CRSA, à son initiative, a sollicité les présidents des conférences de territoire et est dorénavant invité à la plupart des séances plénières des conférences de territoire.

## La participation à la politique régionale de santé

La CRSA est un lieu d'expression et de propositions qui traite des besoins de santé en région, des réponses à ces besoins et des actions pour améliorer la santé de la population bretonne et développer l'efficacité du dispositif de santé.

L'année 2011 a constitué un temps fort en matière de concertation sur la politique régionale de santé de Bretagne.

Elle a pu notamment prendre connaissance du programme régional santé environnement (PRSE), présenté par les équipes de l'ARS.

La CRSA a pour mission de donner un avis sur le projet régional de santé (PRS). Ainsi, au cours de l'année 2011, elle a pu étudier le contenu de ce projet grâce notamment aux travaux des commissions spécialisées qui ont chacune rendu un avis sur le PRS.

La CRSA votera le PRS début 2012.



# En images

## La CRSA du 17 mars 2011 à Saint Brieuc



**Vote du PSRS**

Le PSRS a été voté avec :

- 15 favorables,
- 17 favorables avec réserve
- 7 défavorables

La motion est jointe en annexe3.

## La CRSA du 27 juin 2011 à Roscoff



**Ouverture de la concertation sur les schémas**



La CRSA de juin 2011 a permis de présenter la version 1 des schémas régionaux d'organisation. Elle sera soumise à la concertation jusqu'au début du mois de septembre.

## Le Premier Débat public « Recherche clinique » à Roscoff



## La CRSA du 14 novembre 2011 à Lorient



# Restitution des contributions des commissions au PRS

La consultation du PRS est ouverte depuis le 4 novembre 2011.  
Les commissions spécialisées se sont réunies en ateliers dans le but de commencer les travaux des contributions sur le PRS.

## Le débat public « Recherche clinique » à Quimper



# L'organisation de débats publics

Au-delà de l'association des instances de la démocratie sanitaire à l'élaboration du PRS, l'Agence a la volonté de développer la démocratie sanitaire en Bretagne. A ce titre, un premier débat public, organisé par la CRSA avec le soutien de l'ARS s'est tenu le 27 juin à Roscoff sur le thème de la recherche clinique. Il sera déployé au cours de l'année 2012 sur les quatre départements bretons.

Conformément à l'article L 1432-4 du code de santé publique, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

Bernard Gaillard a été mandaté par la CRSA afin d'en être le coordonnateur. Pour cette première édition, la CRSA a défini le thème pour l'année 2011 lors de la séance plénière du 17 mars, soit la recherche clinique.



Les objectifs du débat étaient d'amener les citoyens à comprendre leur rôle dans la recherche clinique, de valoriser les recherches et de mettre en avant la place des usagers dans la recherche clinique.

Une fois le débat présenté lors de la CRSA de Roscoff, ce modèle régional a été décliné au niveau départemental en associant les acteurs

locaux dont les membres des conférences de territoire.

L'importance de la recherche clinique doit être soulignée: elle concerne tous les métiers que l'on soit citoyen ou professionnel de santé ; elle est l'un des fondements de l'activité intellectuelle dans un service, l'une des bases de la formation des jeunes médecins, avec pour objectif de leur permettre la maîtrise de l'outil de travail, en mutation permanente. C'est à elle qu'il appartient de répondre aux grands défis des sociétés contemporaines dans le domaine de la santé, de comprendre et maîtriser de nouveaux risques sanitaires. Par ailleurs, elle doit assurer le transfert et l'évaluation des avancées de la recherche fondamentale, avancées qui permettent la mise au point de nouveaux outils diagnostiques, et de nouvelles possibilités thérapeutiques. La recherche clinique ne doit pas être « ghettoïsée », et est d'un grand intérêt pour dynamiser les équipes soignantes et les pratiques professionnelles.

Reconnue par les tous acteurs, la recherche clinique a un impact, à la fois dans l'efficacité des soins et dans la qualité de confort des soins. Dans le champ de la santé, l'évolution



des connaissances médicales toujours à poursuivre, ont permis de très sensibles améliorations :

- allongement de la durée de vie,
- Eradication de certaines maladies,
- Guérisons plus importantes de certaines maladies dites graves,
- Amélioration de l'accompagnement thérapeutique du malade...

### La recherche clinique se fonde sur des exigences méthodologiques et éthiques.

Ces recherches se fondent sur le paradigme scientifique avec comme condition l'exigence et la rigueur des méthodes, des démarches, des protocoles de recherches.

Dans l'investissement des médecins-chercheurs, avec la collaboration active de malades et de sujets sains, et au travers de stratégies logistiques réfléchies et coordonnées, le principe éthique premier est de toujours contribuer au bien-être du malade. D'autre part, la loi garantit une protection des personnes à qui est proposée une recherche clinique. Il est important de rappeler la relation de confiance qui s'instaure entre le patient et le médecin, ainsi que la nécessaire humilité du praticien chercheur qui accepte régulièrement de s'interroger sur son savoir.



### La place et le rôle des usagers

Les usagers ont été très présents dans les tables-rondes et ont contribué aux débats. Face aux inquiétudes et questionnements formulées par les représentants des usagers, les professionnels de santé ont détaillé leur démarche et présenté les règles strictes qui encadrent leurs travaux. « La recherche clinique a aussi une éthique », assuraient-ils, conscients des pistes de progrès existantes. Jean-Yves Herviou, président de l'ADAPEI

22 notait à ce titre « les nets progrès réalisés par les équipes médicales, notamment sur l'approche psychologique ».

Le patient est même un chercheur, ou plutôt un acteur essentiel dans la recherche, ayant une relation de confiance avec les médecins chercheurs, et le médecin généraliste s'il est associé à la recherche.



A travers leurs propos, le rôle clé du patient a toujours fait l'unanimité. Responsable du plateau d'ergothérapie du centre mutualiste de rééducation et de réadaptation de



Kerpape, Marie-Christine Detraz est allée plus loin. « A mon sens, le patient est chercheur. En effet, c'est à partir des besoins qu'il exprime que nous travaillons, que nous progressons », expliquait-elle. C'est l'idée centrale du patient acteur de son soin et de son évolution, ainsi qu'acteur de la recherche.

La recherche clinique engage et soutient la pluridisciplinarité et les partenariats dans sa méthodologie. Ainsi les études observationnelles peuvent impliquer différents acteurs de santé, y compris les médecins généralistes, infirmiers. La recherche clinique contraint à des synergies au sein des équipes, mais aussi entre établissements avec des relations internationales. Elle prend en compte la plurifactorialité du contexte dont l'ambiance, la qualité relationnelle. Elle a des retombées sur les bonnes pratiques. Elle peut avoir des retombées très bénéfiques dans les futures prises en charge avec une meilleure efficacité des soins, une meilleure utilisation des matériels déjà existants. Elle peut produire une réduction des durées d'hospitalisation pour une meilleure qualité de vie du patient et de ses proches.



La recherche clinique vient dire le souci permanent qu'ont les praticiens à l'encontre des malades. C'est une réelle chance pour l'humain vers des traitements innovants, d'avant-garde, plus précoces, mieux dosés. La surveillance rapprochée du patient est une garantie pour lui, libre de poursuivre ou d'arrêter à tout moment sans préjudice de prise en charge.

La recherche clinique est d'abord un défi sur l'humain

visant à améliorer ses conditions de vie et de prise en charge. Même si elle focalise par contrainte méthodologique sur un élément précis, elle ne nie pas la globalité de la personne.

Le cadre juridique d'autorisation de la recherche clinique, la liberté du patient, la relation de confiance, la possibilité d'interroger les praticiens-chercheurs et les généralistes contribuent à une démarche de sécurité qui nous permet de soutenir l'ensemble des personnes qui y contribuent pour le bien de tous, dans une grande solidarité.

L'ensemble des membres de la CRSA se félicite de l'organisation et du déroulement de ce débat et souhaite pérenniser cette action.

### **Perspectives :**

En 2012, la CRSA organisera un nouveau débat public dont la thématique est « Education ou accompagnement thérapeutique : de quoi parle-t-on ? ».

# Le bilan des travaux de la CRSA sur le Projet régional de Santé.

La **concertation** dans le cadre de la **CRSA** s'est organisée en plusieurs étapes :

- Dans un premier temps, les instances de la démocratie sanitaire ont reçu une **information** sur la structuration des documents liés au PRS, les thématiques et un état des lieux de l'offre en Bretagne
- Dans un deuxième temps, après une large **concertation** ouverte entre octobre 2010 et janvier 2011 à tous les Bretons et plusieurs consultations, le projet du PSRS a recueilli à la majorité l'avis favorable de la CRSA le 17 mars 2011, et du conseil de surveillance le 22 mars 2011.
- Dans un troisième temps, une réunion de la CRSA le 27 juin a permis de présenter une première version du PRS. Des **phases d'échanges / contributions** se sont déroulées avec les instances de démocratie sanitaire de juillet à septembre 2011.
- Une dernière version du PRS a été mise à la concertation le 4 novembre et a été présentée à la CRSA le 14 novembre 2011. La CRSA, suite aux travaux des commissions spécialisées, rendra son avis sur le PRS lors de sa séance du 16 janvier 2012.



# Les travaux de la CRSA

Au-delà de la participation de la CRSA, de la commission permanente et des commissions spécialisées à la construction du PRS, les instances ont également pu mener des travaux dans le cadre de leurs attributions. Ainsi, quelques éléments marquants ont pu être retenus : la commission spécialisée organisation des soins a rendu trente sept décisions favorables relatives à la gestion des établissements et des équipements matériels lourds au cours de l'année 2011 ; la commissions spécialisée médico-social a également été associée au travers des commissions d'appels à projets à l'instruction de nouveaux projets pour les établissements médico-sociaux ; la commission prévention a organisé un séminaire entre acteurs de la prévention au sein des instances de la démocratie sanitaire ; la commission spécialisée « droits des usagers » a labellisé plus d'une quinzaine de projets dans le cadre de l'année du patient, deux concourant au niveau national .

Par ailleurs, instituées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires ont été installées, huit URPS ont été installées entre février et octobre 2011.

Suite à l'installation des dix URPS début 2012, une fédération pourra être installée et participer, aux travaux de l'ARS.

## La commission permanente

La commission s'est réunie quatre fois en 2011.

### Les points forts :

La commission permanente a participé à la concertation lors de l'élaboration du PSRS, du PRS et du PRSE. Elle a également soutenu la mise en place des débats publics départementaux.

La commission permanente a mis en place le rôle de chacune des instances dans l'élaboration du PRS. Elle a préparé un avis sur le PSRS sous forme de motion et a validé le logo et le site internet de la CRSA.

Monsieur DAËL a été également désigné comme représentant de la CRSA à la CNS. Il préside la CSDU nationale.

La commission a reçu également les contributions sur la V1 des schémas par les présidents des commissions spécialisées.



## La commission spécialisée de la prévention



### Les points forts :

La commission a pu émettre ses avis et recommandations concernant le projet de schéma régional de prévention y compris le volet VAGUSAN. Elle a également contribué à l'élaboration des plans d'action liés à ce schéma.

La commission a organisé une rencontre des représentants des actions de prévention et promotion de la santé au sein des conférences de territoire. Elle a également organisé une réunion conjointe avec la commission spécialisée « droits des usagers » dans le cadre du suivi du PRSE.

### Les contributions au PRS de la CSP :

- **Points forts du SRP (points méritant d'être valorisés)**
  - Une production témoignant d'une somme de travail considérable fournie à la fois par les services de l'ARS et les acteurs de la PPS ;
  - La mention explicite de la dimension politique et sociale de la promotion de la santé ;
  - L'existence d'un « plan d'action global » témoignant d'une intention de promouvoir une approche positive et globale de la santé.
- **Propositions (demande de modifications ou d'ajout au SRP)**
  - L'amélioration de l'observation et de la surveillance de la santé par le soutien à la mise en place de nouveaux outils tels que :
    - \* La mise en place d'une veille sanitaire dans le quotidien des pratiques, notamment des professionnels de santé de première ligne ;
    - \* Une extension régionale des Baromètres Santé de l'INPES, permettant d'accéder à des données fiables sur les déterminants des comportements de santé et les comportements de santé eux-mêmes, et/ou la réalisation d'une enquête en population régionale ;
    - \* Le développement d'enquêtes type « panel médecins »

- \* La mise en place d'outils permettant de mesurer l'évolution des inégalités sociales de santé au sein de la région.
- Une intégration significative des préoccupations de prévention et promotion de la santé dans les Contrats locaux de santé ;
- L'affirmation forte de la participation de la population comme un levier essentiel de la mise en œuvre du SRP – et aussi une condition *sine qua non* de la promotion de la santé ;
- Le soutien à la réalisation de diagnostics locaux de santé basés sur la consultation des acteurs et de la population des territoires concernés, et sur l'association de données quantitatives et qualitative

- **Points de vigilance (points sur lesquels la commission juge que l'ARS doit renforcer son action)**

- La démonstration que la promotion de la santé n'est pas qu'un affichage mais va effectivement se traduire par le soutien à des actions répondant aux critères de qualité de la promotion de la santé, à savoir l'équité, la participation, l'accroissement du pouvoir des populations sur les questions de santé qui les concernent (*empowerment*), la durabilité, la pluridisciplinarité et l'intersectorialité, l'approche globale, la prise en compte des déterminants de la santé ;
- L'accroissement de l'accessibilité de toute la population à une prévention et une éducation pour la santé de qualité ;
- La reconnaissance et le renforcement du maillage territorial de proximité (distinct des huit territoires de santé) et le soutien aux acteurs impliqués dans ce maillage ;
- L'attention à accorder à la coordination de ces actions locales, et le soutien aux acteurs en charge de cette coordination ;
- Le soutien à une évaluation rigoureuse des actions ;
- La clarification et le renforcement des liens entre le SRP et le PRSE.

## **La commission spécialisée de l'organisation des soins**



### **Les points forts :**

Elle a participé à l'élaboration du PRS-SROS et de ses plans d'actions.

La commission a défini des perspectives 2011 concernant le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et a été consultée sur le cahier des charges de la PDSA.

La commission joue également un rôle important dans le cadre des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunérations et sur les nouveaux modes d'exercice. Ainsi **une maison médicale de garde s'est créée et 19 projets de maisons de santé et pôles de santé disciplinaires** ont bénéficié d'un soutien.

Enfin la COSO s'est prononcée sur **57 demandes d'ouverture ou de transferts d'activités de soins ou d'équipements lourds.**

### **Les contributions au PRS de la CSOS :**

#### **Points de vigilance et remarques sur le SROS A**

1- Les conventions de délégation de tâches entre professionnels doivent être élaborées dès leur phase initiale avec l'ensemble des acteurs concernés.

3 - La phase d'accompagnement à la mise en œuvre d'un projet de santé pluridisciplinaire nécessite la mise à dispositions de moyens de fonctionnement.

4- Il est souhaité des moyens dédiés à la fonction d'un coordinateur de pôles ou maisons de santé.

5- Concernant l'accès aux soins de premier recours la poursuite de l'accompagnement des projets, notamment dans les zones prioritaires concernant des projets d'exercice regroupés ayant émergés dans la mise en œuvre de leur projet de santé est demandée.

6- Souhait d'un accompagnement/assistance à la



maîtrise d'ouvrage pour la mise en place de systèmes d'information.

- 7- Les organismes de formation doivent être précisés
- 8- Problème de l'Accès aux soins, notamment pour les personnes en établissement, accès à la prévention, souhait de prise en charge sur le lieu de vie
- 9- Demande d'évaluation de la PDSA
- 10- Priorité concernant les jeunes, les personnes en perte d'autonomie et les patients atteints de maladies chroniques, mal identifiés actuellement, souhait de précision dans le SROS PRS
- 11-...

- **Points de vigilance**

**SROS H, Seule partie du SROS qui soit opposable**

1- La CSOS souligne ses interrogations sur la PDES qui est renvoyée vers les territoires, des incertitudes demeurent sur l'organisation, le financement et sur la place des hôpitaux de proximité.

2- Les sites d'implantation (autorisation d'activité) figurant dans les annexes opposables ne sont pas localisés.

3- Pour améliorer la coopération entre les acteurs de Santé sur un territoire, la révision des implantations d'activité doit être permise.

4- La réflexion sur la déclinaison des programmes territoriaux de santé centrés sur les parcours patients présente une incertitude concernant les marges de manœuvre des territoires et sur la participation des établissements de santé et médico-sociaux à la prévention.

5- Une précision est également demandée sur le devenir du FIR.

## La commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico sociaux



### Les points forts :

La commission a participé à l'élaboration du SROMS et de ses plans d'actions. Elle a contribué à la mise en place des perspectives 2011 du plan Alzheimer.

Elle a mis en place la procédure d'appel à projet permettant les autorisations de création et d'extension des ESMS. Grâce à cette procédure, **131 créations, extensions ou transferts ont eu lieu.**

Dans le cadre du plan Bientraitance, des actions prioritaires sont proposées pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées :

- Améliorer le suivi des situations de maltraitance,
- Promouvoir la bientraitance.

La campagne budgétaire 2011 a été présentée et a donné lieu à l'expression d'un désaccord concernant le caractère limitatif des dépenses dans un secteur nécessitant l'accompagnement de besoins croissants.

La commission a également pu donner son avis sur le Plan Autisme, la prévention du Handicap et la prise en charge précoce, le sujet des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants et des personnes handicapées vieillissantes ainsi que les filières sanitaires et médico-sociales de prise en charge de personnes âgées en Bretagne.

## Les contributions au PRS de la CSMS :

- Points forts (points méritant d'être valorisés)
  - Les prises en charge transversales.
  - La priorisation des thèmes permettant de privilégier une approche transversale et partenariale autour de sujets de santé publique visant à améliorer la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement fait l'objet d'une partie identifiée dans le PRS.
  - L'élaboration du schéma médico-social a mobilisé de nombreux acteurs de la région et en particulier les membres des instances professionnelles de concertation (IPC) et des commissions prévues par les textes (commission spécialisée de la CRSA, commission de coordination des politiques publiques).
  - La formalisation des relations entre l'ARS et les Conseils généraux
  - Les orientations relatives à la fonction observatoire du secteur médico-social en Bretagne pour affiner les diagnostics sur l'offre disponible et les besoins à couvrir sont partagées.
- Points de vigilance (points sur lesquels la commission juge que l'ARS doit porter son attention, doit renforcer son action)
  - Le taux d'équipement
  - Réduire de manière effective les listes d'attente constatées.
  - L'accès aux soins des personnes fragiles et en grande précarité
  - L'adaptation de l'accueil des personnes handicapées dans les structures sanitaires n'est pas abordée.
  - Parcours de vie de la personne handicapée
  - L'hospitalisation à domicile
  - La réalisation des programmes territoriaux de santé
  - La coopération et la mutualisation
  - optimisation des services actuels et pour développer les mutualisations
  - Les modalités de concertation entre les professionnels dans le suivi du PRS, et du schéma médico-social en particulier, doivent être précisées par l'ARS.



## La commission spécialisée des droits des usagers



### Les points forts :

Tous les ans, la commission des droits des usagers rédige son rapport « Droit des Usages » qui est transmis aux membres de la CRSA et au national.

Le cahier des charges du rapport 2011 sur le respect des droits des usagers a été validé et complété par elle afin de donner une vision d'ensemble du droit des usagers en Bretagne.

La CSDU a arrêté un programme de travail, prévoyant sept orientations, dont certaines ont d'ores et déjà été mises en place :

- Elaboration du rapport annuel sur le respect des droits des usagers : Réflexion en cours au niveau national pour l'élaboration d'un modèle-type
- Labellisation 2011 « Respect des droits des usagers » : Identification de projets pouvant être reproduits sur le territoire
- Formation pour les représentants des usagers siégeant dans les diverses instances régionales et locales du système de santé : Il est souhaité que chacun puisse avoir accès à une formation lui permettant d'assurer au mieux son rôle. Un plan de formation doit ainsi être élaboré
- Développer une dynamique au sein de la CDSU : Pour impulser une dynamique forte à la CDSU et augmenter le taux de présence, il est proposé d'associer les suppléants à chacune des réunions
- Veiller au suivi du PRSE en lien avec la commission spécialisée Prévention : La prochaine réunion commune CSDU/CSP est fixée le 16 décembre 2011
- Implication des membres de la CDSU dans le suivi du PRS
- Promouvoir un langage commun autour du patient et de l'utilisateur.

Enfin, dans le cadre du label « 2011 année des patients et de leurs droits », la commission a instruit les dossiers et a permis la **labellisation de 15 projets bretons**. Un des projets qu'elle a retenu, au vu de sa qualité et de l'innovation qu'il apportait, a été transmis au national et a remporté l'un des deux premiers prix, soit un montant de 3000 euro.

## Les contributions au PRS de la CSDU:

- **Points forts (points méritant d'être valorisés)**

- Concertation et suivis des travaux.
- Dans le cadre de ce travail de concertation les instances de la démocratie sanitaire ont été particulièrement impliquées tout comme les représentants des usagers, ce qui apporte de nombreux éclairages.

Il est prévu la poursuite et le suivi au travers d'indicateurs qu'il faudra sans doute affiner.

- **Propositions (demande de modifications ou d'ajout)**

Toutes ces contributions ont permis d'aboutir à la version 3 du PRS qui a été publié au RAA de la préfecture de Région el 13 mars 2012.

**Observation partagée** : afin de fiabiliser les données de manière progressive, il faudrait que cette thématique soit inscrite en transversalité du PRS dans sa globalité, et pas seulement sur le champ sanitaire et médico-social.

**Suivi de l'évaluation et de la mise en œuvre du PRS** : Les Membres de la CSDU demandent à pouvoir être associés comme premiers concernés sur les suivis et évaluations régulières de ce PRS, tout comme ils demandent à pouvoir être associés aux commissions de coordination des politiques publiques (***Rien pour Nous Sans Nous***, est une formule à décliner aussi dans le champ de la Santé) et ils souhaitent que les IPC dans lesquelles ils doivent avoir impérativement leurs places continuent leur action dans le suivi et l'évaluation.

# Retour sur la CRSA du 14 novembre 2011



La rédaction du PRS a permis l'ouverture à la concertation de celui-ci. Cette période s'est ouverte le 4 novembre 2011. Tout au long de ces mois, les membres de la CRSA sont intervenus pour apporter leurs contributions.

Au cours de la CRSA du 14 novembre 2011 à Lorient, plusieurs groupes de travail sont intervenus.

## ➤ Contribution de la commission spécialisée Offre de soins :

Concernant la PDSA, certaines critiques émergent. Tout d'abord, il existe un certain scepticisme sur le dispositif en « nuit profonde ». La permanence de soins en pharmacie se révèle nécessaire pour les usagers lorsqu'il est impossible de solliciter un médecin. L'Agence rappelle que le cahier des charges de la PDSA est ouvert à la concertation ; sa construction s'est faite de manière consensuelle avec les différents partenaires ; au terme de la concertation, cette version sera ajustée.

De plus, l'ARS rappelle que les hôpitaux locaux ont leur place et constituent un bon pivot entre les soins de premiers recours et le secteur sanitaire. Néanmoins les territoires doivent être des territoires de projets avec une articulation entre le territoire régional, les départements et les huit territoires de santé.

Coté usager, le système de soins pourrait bénéficier d'une meilleure lisibilité et d'une amélioration de l'accès au second recours.

Concernant les problèmes d'organisation de la médecine ambulatoire, des coopérations se développent à partir notamment de modes de rémunérations. De manière générale, la commission spécialisée s'est interrogée sur la possibilité de nouveaux métiers pour la prise en charge des soins de premier recours et de l'évolution des délégations de tâches pour les professionnels de santé. L'Agence précise que le changement des modes d'exercice est illustré par quatre ou cinq projets de délégations de tâches (art 51 de la loi HPST).

Concernant les annexes du volet hospitalier, les propositions n'ont pas abouti selon les participants de la commission. Sur la thématique santé mentale, il est noté l'absence d'évaluation régionale concernant la prise en charge de la maladie psychique et le maillage régional. Il en est de même pour les personnes âgées et les personnes en situation de précarité.

## Contribution de la commission spécialisée Prévention :

Quatre axes ont été définis :

1° axe : prévention promotion de la santé.

Un travail est nécessaire pour définir et améliorer les conditions favorables à la santé. Il conviendrait d'identifier tous les acteurs de la prévention du tissu local, pour conserver et, le cas échéant, renforcer les compétences de ces acteurs.

2° axe : articulation entre les schémas :

Une question reste posée sur l'identification, l'organisation et la coordination des acteurs sur les territoires, ainsi que leur implication dans les différents schémas.

3° axe : indicateur de suivi et d'évaluation du PRS. Il sera important de recueillir des informations permettant de donner du sens aux indicateurs de santé qui seront relevés.

4° axe : la commission propose de mettre en œuvre à titre expérimental des actions territoriales à partir d'un diagnostic territorial complet et d'en assurer l'évaluation.

Il est proposé d'associer les représentants des usagers et de les former. Dans un but de meilleur dialogue avec le public, Thierry Daël réitère sa demande pour privilégier le terme d'accompagnement thérapeutique plutôt que d'éducation thérapeutique.

## Contribution de la commission spécialisée Médico-sociale :

L'un des points majeurs est le souhait d'articulation du PRS avec les schémas départementaux des conseils généraux. En effet, les élus ont un rôle important dans la démocratie car celle-ci est plus large que la démocratie sanitaire.

Concernant les réactions au SROMS, il est souligné que les personnes handicapées vieillissantes ne sont pas à dissocier des enfants. De même, l'articulation entre le SSR et le secteur du médico-social est nécessaire pour développer l'accueil de jour.

Concernant la tarification des EHPAD, la commission se pose la question de l'opportunité d'une ligne budgétaire prévention, afin que l'établissement puisse initier des actions au sein de l'établissement.

Néanmoins la commission remarque que les modalités de mise en œuvre ne sont pas indiquées dans les schémas ; elle est donc en attente du passage à une phase opérationnelle. S'agissant des IPC, personne ne souhaite leur disparition. Pourtant une réflexion doit être menée sur leur présence et les ajustements des thématiques. Pour la commission, il faut mettre l'accent sur le pilotage des IPC et un travail avec les conférences de territoire.

## Contribution de la commission spécialisée droits des usagers :

Trois axes ont été définis par la commission :

- **Egalité des Bretons devant la santé, offre de proximité :** la commission rappelle qu'il faut une bonne coordination. Pour les soins ambulatoires, elle est donc favorable à la permanence des soins. La question du maillage territorial est une nécessité.

La répartition de l'offre médico-sociale doit prendre en compte l'évolution du niveau de dépendance des personnes âgées. Il a été constaté que le taux de satisfaction globalement satisfaisant n'était pas représentatif des manques en matière d'offre. Dans le champ des personnes handicapées, le taux d'équipements est globalement satisfaisant, mais, puisqu'il ne prend pas en compte le taux de prévalence, la réalité des besoins est différente.

- **Fluidité des parcours :** les zooms sont à mettre en parallèle avec l'étude sur la santé des Bretons. La commission souhaite soutenir l'observation régionale de la santé des Bretons. Dans ce volet, l'urgence psychiatrique est à développer pour améliorer la prise en charge des patients. La commission rappelle également que l'autisme ne devrait pas faire partie du champ de la santé mentale.

- **Réduction des inégalités :** la commission souhaite privilégier le terme de « réduction des inégalités budgétaires ».

Dans le cadre de l'ONDAM, la commission considère que les dépenses de santé doivent tenir compte du taux d'inflation.

Enfin, elle note la nécessité d'une collaboration dans la mise en œuvre entre schémas régionaux du PRS et schémas départementaux des conseils généraux.

En conclusion, Alain Gautron, directeur général de l'ARS, rappelle que l'ARS a la volonté de créer une véritable démocratie sanitaire. Ainsi, la concertation a été ouverte à l'ensemble des acteurs en santé. La qualité des échanges lors de la séance démontre la relation de confiance instaurée avec les partenaires.

L'ambition de l'ARS Bretagne est que le PRS soit un projet partagé par tous les acteurs du système de santé breton pour « agir ensemble pour la santé des Bretons ».



Répartition membres titulaires CRSA plénière et commissions spécialisées

Assemblée plénière	Commissions					Non membre commissions
	Permanente	Prévention	Médico social	Organisation des soins	Usagers	
<i>Collège "collectivités territoriales"</i>						
ANDRE François		1				
ANNEE Yvette			1			
CAMUS Anne		1				
DAGORN Aimé				1	1	
DELAVEAU Daniel						1
DREAN Gildas			1	1		
GATEL Françoise						
GUEGAN Michel		1	1			
LE HOUEROU Annie	1		1	1		
LE MARRE Béatrice	1			1		
SARRABEZOLLES Nathalie	1	1				
SYZ Yann		1				
TROADEC Christian						
<i>Collège "usagers"</i>						
BOURDET Emile		1		1		
CAVALAN Xavier	1				1	
DAËL Thierry	1					
FR			1	1		
HE			1			
HU		1			1	
JA			1			
KE			1			
L'H	1		1			
LAURENT Claude	1	1			1	
LE CLANCHE Pierre-Olivier		1				
LE GALL Huguette		1		1		
LUTROT Jean					1	
MACE Michel	1	1			1	
MENER Jean-Yves			1	1		
VIOLEAU Gilbert					1	
<i>Collège "conférences de territoire"</i>						
BOUGEARD Jacqueline				1		
MARQUET Christian	1					
THOMAS Françoise			1			
ZENATTI Yann					1	
<i>Collège "partenaires sociaux"</i>						
BESSON Dominique				1		
BOULAIS Jacques				1		
BOUDAN Yves			1			
DEGUILLAUME Joëlle		1	1	1		
GALLERON Claudine				1		
LE PIMPEC Didier		1	1	1		
DESEVEDAVY Alain			1		1	
MOYON Bernard	1	1				
BOUGIS Christian				1		
VAYSSE Bernard	1	1				

<i>Collège "acteurs cohésion et protection sociales"</i>						
HENNEQUIN Bernard			1			
LAOT Bertrand	1	1	1	1		
PALMIER Marie Hélène				1		
PICARD Michel		1				
PIVETTE Bernard		1				
RAYNAL Bernard		1			1	
<i>Collège "acteurs prévention et éducation santé"</i>						
CHAUVET-LE MARCHAND Isabelle		1				
DUCLOS Christelle		1				
FERRON Christine	1	1				
GUILLO Géraldine						1
JEFFREDO Gilbert		1				
LE FEVRE Anne	1					
PASQUET Eric				1		
TORTELLIER Loïc		1				
TRON Isabelle		1		1		
YVER Catherine					1	
<i>Collège "offreurs des services de santé"</i>						
ARESU Thierry				1		
BARJONET Lionel				1		
BURONFOSSE Dominique				1		
BOUCHARD Rémy			1			
CALON Bernard	1		1			
CREZE Mickaël			1			
DELTOMBE Xavier				1		
DESDOIGTS Jacky	1		1			
DESERT Lucien				1		
DUPONT Bernard	1			1		
DUPONT Jean-Pierre				1		
DUPONT BIERRE Eric				1		
GUILLERM Daniel	1	1				
GENDREAU Eric		1	1			
GUILLO Pascal		1		1		
GUINCHE Christophe			1			
HEISSAT François			1			
HENRY Eric			1			
JOUAN Dominique			1	1		
JULIEN Marie-Noëlle	1			1		
LE HETET Hubert	1	1		1		
LE HETET Jean-François				1		
LE NEEL Hervé	1			1		
LE ROUZO Philippe				1		
MANCEL Daniel			1		1	
MARTINS Christophe				1		
MORALI Jacques				1		
PELLETIER Bernard				1		
PELLIER Sophie			1	1		
POIMBEUF Julien				1		
QUERELLOU Gael Emgan				1		
SALADIN Thierry				1		
SHEPPARD Elisabeth			1	1		
SIMON Jean-Daniel	1			1		
<i>Collège "personnalités qualifiées"</i>						

FILLAUT Thierry	1					
GAILLARD Bernard						1
<i>Voix consultatives</i>						
<i>CADOT Michel</i>						
<i>EVEN Alain</i>						
<i>MOSSEC Alain</i>						
<i>CARADEC Christian</i>						
<i>VINCENT Sylvie</i>						
<i>BIANNIC Louis</i>						
<i>MAILLOT BOUVIER Elisabeth</i>						
<i>LE CORRE Jean</i>						
<i>ROBERT Jean Louis</i>						
<i>GAUTRON Alain</i>						
<i>LE BARBIER Marie Jo</i>						
<i>BUSSONNAIS Vincent</i>						
<i>MAGRIN Philippe</i>						

**CRSA et commissions spécialisées**

**Liste des présidents et vice-présidents**

*Commission spécialisée de prévention*

	Prénom – NOM	Collège	Catégorie	Fonctions
Présidente	Madame Christine FERRON	Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	Représentants des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé	Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne
Vice Président	Monsieur Bernard VAYSSE	Partenaires sociaux	Représentants des organisations syndicales de salariés représentatives	Représentant CFE CGC

*Commission spécialisée de l'organisation des soins*

	Prénom – NOM	Collège	Catégorie	Fonctions
Présidente	Madame Marie Noëlle JULIEN	Offreurs des services de santé	Représentants des établissements publics de santé	Présidente de la CME au Centre Hospitalier de St Malo
Vice Président	Docteur Hervé LE NEEL	Offreurs des services de santé	Représentants des professionnels de santé	Médecin généraliste, Président de l'URPS des médecins libéraux

*Commission spécialisée de la prise en charge et accompagnements médico sociaux*

	Prénom – NOM	Collège	Catégorie	Fonctions
Présidente	Madame Annie LE HOUEROU	Représentants des collectivités territoriales	Conseils généraux	Vice Présidente du Conseil Général des Côtes d'Armor, Maire de Guingamp
Vice Président	Monsieur Jacky DESDOIGTS	Représentants des offreurs de services de santé	Représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées	Directeur Général de l'ADAPEI Côtes d'Armor

*Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé*

	Prénom – NOM	Collège	Catégorie	Fonctions
Président	Monsieur Claude LAURENT	Représentants des usagers de service de santé ou médico social	Associations des personnes handicapées	Président de l'URAPEI Bretagne
Vice Président	Monsieur Xavier CAVALAN	Représentants des usagers de service de santé ou médico social	Associations des personnes handicapées	Autisme France Bretagne

*Commission régionale de la santé et de l'autonomie*

	Prénom – NOM	Collège	Catégorie	Fonctions
Président	Monsieur Thierry DAEL	Représentants des usagers de service de santé ou médico social	Associations agréées	Président de l'Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux (AIR) Bretagne – Président du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) Bretagne



*Commission permanente*

Président	Monsieur Thierry DAEL	Président de la CRSA
Vice Présidents	Madame Christine FERRON	Présidente de la commission spécialisée de prévention
	Madame Marie Noëlle JULIEN	Présidente de la commission spécialisée de l'organisation des soins
	Madame Annie LE HOUEROU	Présidente de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico sociaux
	Monsieur Claude LAURENT	Président de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé

### AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE SUR LE PROJET DE PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE

« La commission permanente de la CRSA Bretagne, lors de sa réunion du 10 février 2011 à Rennes, a examiné le projet de Plan Stratégique Régional de Santé devant être présenté le 17 Mars 2011 lors de la séance plénière de la CRSA Bretagne.

Ce projet résulte d'un travail d'amendements et de compléments de la part des différents membres de la CRSA lors de réunions des commissions en réponse aux propositions de l'ARS Bretagne.

Ce projet définit les grandes orientations stratégiques en matière de santé et d'autonomie en région Bretagne et témoigne d'une réelle ambition ; il a fait l'objet d'une adhésion des acteurs siégeant à la Commission Permanente.

**Par contre, ce projet ne comportant aucun volet financier et budgétaire, le vote ne peut et ne pourra donc pas être apprécié comme une approbation des politiques budgétaires nationales et régionales qui sont ou seront mises en œuvre.**

Cette même Commission Permanente, à l'issue de ce premier exercice, conformément aux dispositions contenues dans le PSRS, veillera à évaluer sa mise en œuvre opérationnelle et les moyens qui y auront été affectés. »

Pour avis conforme

Thierry DAEL  
Président