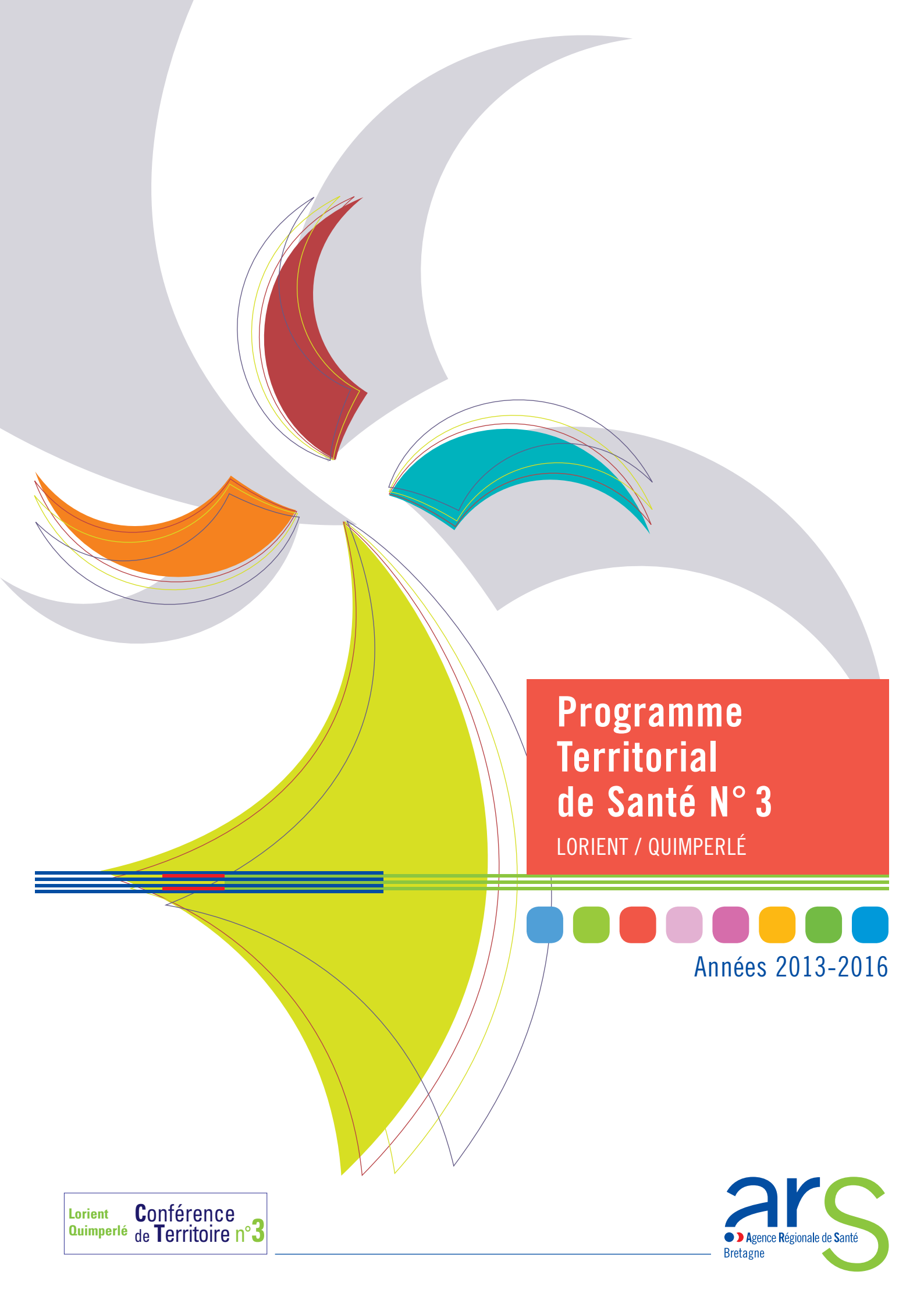




Programme Territorial de Santé N° 3

LORIENT / QUIMPERLÉ



Années 2013-2016

Lorient
Quimperlé

Conférence
de Territoire n°3

ars

Agence Régionale de Santé
Bretagne



ÉDITORIAL

Après un an de travail guidé par un principe de co-construction entre les membres de la conférence et l'ARS et ayant associé plusieurs centaines d'acteurs, nous avons l'immense satisfaction d'arrêter notre programme territorial de santé (PTS).

Ces derniers mois, les conférences de territoire et l'ARS ont en effet préparé, en lien avec l'ensemble des acteurs de la santé et au plus près des besoins de la population, la mise en œuvre opérationnelle du projet régional de santé (PRS), arrêté en mars 2012, au travers des PTS.

Ces programmes déclineront le PRS, sur chacun des huit territoires de santé, de manière à répondre aux priorités identifiées sur ces territoires. L'enjeu consiste à parvenir à une mise en œuvre territorialisée et décloisonnée de la politique régionale de santé, ainsi qu'à fluidifier le parcours de santé du patient.

Le PTS n'a pas vocation à mettre en œuvre de manière exhaustive l'ensemble des thématiques développées dans le PRS, mais à traiter les thématiques répondant aux priorités identifiées dans les territoires et par le territoire. Il est le fruit d'une démarche ascendante.

Il s'est en effet agi de construire les PTS selon une méthode participative, afin qu'ils soient la synthèse de l'ascendant (projets émergents des territoires) et du descendant (orientations et recommandations régionales prévues au PRS).

Afin de respecter ce principe, les deux grandes orientations suivantes ont guidé la méthode de construction des PTS :

- une cohérence des PTS avec le PRS ;
- des PTS qui soient l'expression de projets portés par les territoires et adaptés à leurs spécificités.

Le caractère participatif de l'élaboration des PTS s'est affirmé, tant au travers la mise en place et la composition d'un comité de pilotage PTS local, qu'au travers de la composition des groupes de travail mis en place pour chacun des axes thématiques retenus pour le PTS, et qui se sont réunis d'avril 2012 à février 2013.

La composition du comité de pilotage local s'est voulue la plus transversale possible, afin d'y associer l'ensemble des acteurs de santé : professionnels de santé libéraux, acteurs du sanitaire, de la prévention, de l'accompagnement médico-social, représentants des usagers etc. La participation des Conseils Généraux a été recherchée et les travaux du PTS se sont articulés avec les travaux des schémas départementaux.

Nous remercions vivement tous les acteurs du territoire pour leur implication déterminée, en particulier les membres de la conférence et les équipes de la délégation territoriale (DT), qui ont participé à ces travaux et ont contribué à l'élaboration du PTS...

et leur donnons rendez-vous très régulièrement d'ici 2016 pour suivre la mise en place des actions, l'évolution de problématiques, mais aussi poursuivre, sans tarder, les travaux sur deux des thématiques de santé que le calendrier n'a pas encore permis d'aborder : la promotion des politiques vaccinales et la santé environnementale.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Alain Gautron

Le Président de la Conférence de Territoire 3

Norbert Métairie

PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU TERRITOIRE N° 3 LORIENT / QUIMPERLÉ

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	834
LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS À L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DE SANTÉ	840
Thématique n° 1. La prévention et prise en charge des conduites addictives	840
Thématique n° 2. La prise en charge des personnes âgées	847
Thématique n° 3. La mise en œuvre d'une permanence des soins articulée entre la ville et l'hôpital	852
Thématique n° 4. L'organisation des urgences, des gardes et des astreintes en établissement de santé	856
Thématique n° 5. Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés	863
Thématique n° 6. La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale : médecine, chirurgie, imagerie, réanimation et insuffisance rénale chronique	868
Thématique n° 7. Le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé	880
II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3	884
Thématique n° 8. Le handicap	884
Thématique n° 9. La santé mentale et le handicap psychique	894
Thématique n° 10. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)	909
Thématique n° 11. Les soins palliatifs	912
III. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PTS	918
ANNEXES	920
REMERCIEMENTS	940

PRÉAMBULE

LE CADRE JURIDIQUE D'UN PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ

Les programmes territoriaux de santé (PTS) sont une composante du projet régional de santé (PRS). En effet, aux termes de l'article L. 1434-2 du code de la santé publique (CSP), le PRS « est constitué (...) de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas (...) ». La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé (...) ».

Les PTS viennent donc décliner le PRS à l'échelle de chaque territoire de santé et ont vocation à répondre aux priorités de santé identifiées sur ces territoires.

Le programme territorial de santé constitue la feuille de route du territoire de santé n° 3 pour les cinq années à venir.

LES OBJECTIFS D'UN PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ

Les PTS sont un élément de programmation de la mise en œuvre du PRS sur les territoires de santé. Ils n'ont néanmoins pas vocation à mettre en œuvre de manière exhaustive l'ensemble des thématiques développées dans le PRS, mais à traiter les thématiques répondant à des priorités identifiées sur le territoire, tout en s'inscrivant dans les orientations du PRS.

Ils ont donc pour enjeu de parvenir à une mise en œuvre territorialisée et décloisonnée de la politique régionale de santé et de fluidifier le parcours de santé du patient.

Les PTS auront par conséquent pour objectifs de :

- programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques ;
- mettre en cohérence les démarches locales de santé existantes avec le PRS ;
- associer les instances de la démocratie sanitaire (rôle des conférences de territoire) à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé ;
- mettre en place le pilotage des thématiques dans un cadre méthodologique de co-construction ARS DT – Conférence de Territoire.

PRÉSENTATION DU TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3

Le territoire de santé n° 3, réparti entre le Finistère et le Morbihan, couvre le Pays de Lorient, la partie sud-ouest du Pays du Centre Ouest Bretagne (Canton du Faouët et de Gourin) et le sud-est du Pays de Cornouaille (cantons de Quimperlé, Pont Aven, Bannalec, Scaër et Arzano) et l'île de Groix.

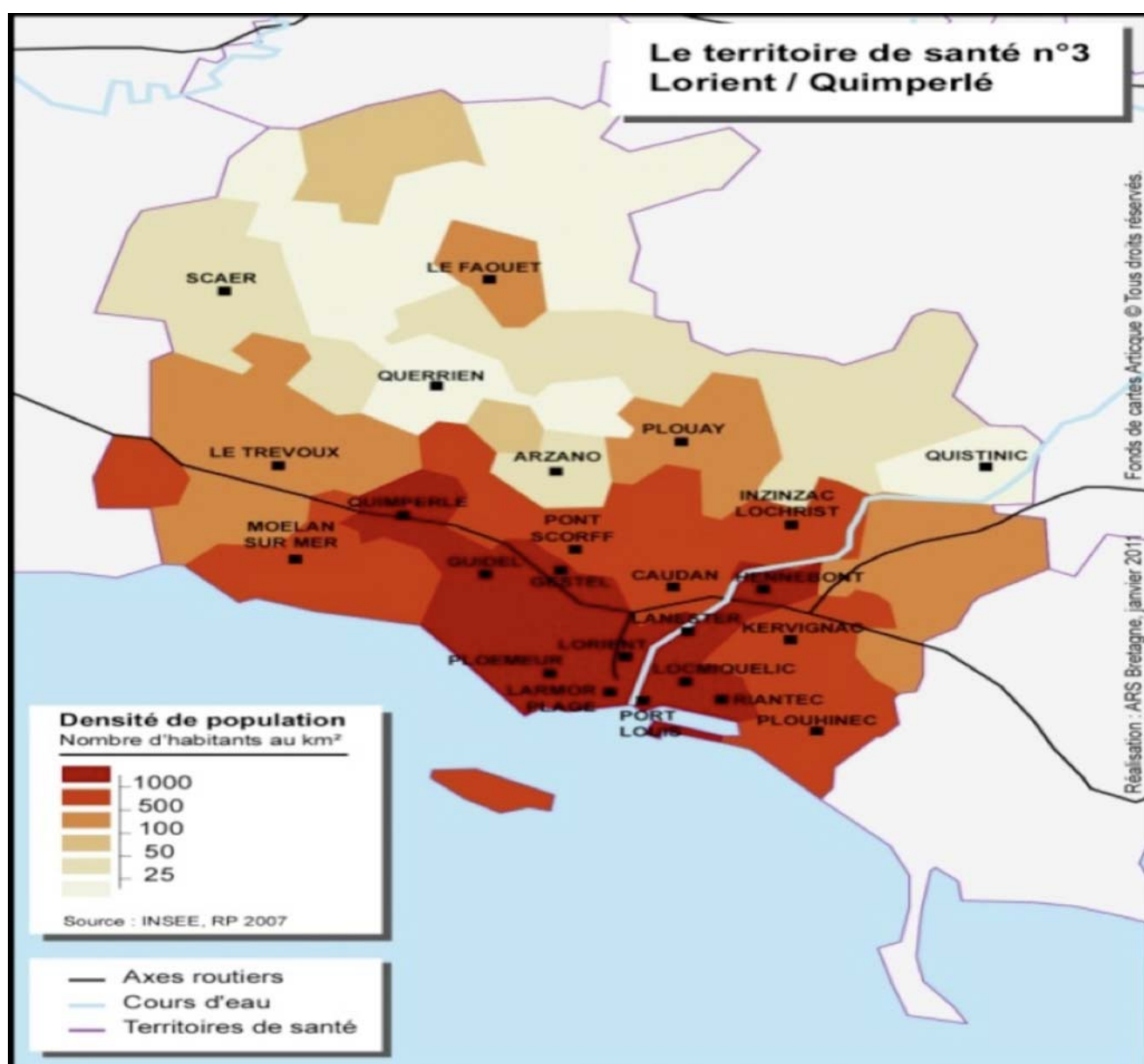


Un territoire de santé qui doit faire face à une population vieillissante, inégalement répartie sur le territoire et qui cumule plusieurs critères défavorables.

	TS3	RÉGION BRETAGNE
Population 2009	291 752	3 176 389
Dont > 75 ans	29 963 (10,3 %)	309 642 (9,74 %)
Population 2016	310 547	3 357 844
Evolution globale 2009-2016	+6,4 %	+5,7 %
Evolution 2009-2016 > 75 ans	+13 %	+10,6 %

En 2009, le territoire de santé n° 3 représentait environ 9 % de la population bretonne. Les projections de population pour 2016 prévoient un vieillissement proportionnellement plus important de ce territoire (+13 %) par rapport celui de la région Bretagne (+10 %), avec un taux de variation annuel moyen de 1,7 % contre 1,5 % en région entre 2009 et 2016.

Selon les projections démographiques en 2016, le TS3 va connaître également une hausse plus importante des plus de 75 ans par rapport à l'évolution de la moyenne régionale.



Force est de constater que la partie littorale jusqu'à la seconde couronne lorientaise, plus urbaine, concentre une forte proportion de la population du territoire ; alors que la partie nord du territoire, plus rurale affiche une densité de population bien plus faible.

En effet, le pays de Lorient, territoire à forte densité de population et de faible superficie affiche une densité de population deux fois supérieure à celle de la région Bretagne.

Cependant, elle cumule des critères défavorables, qu'ils soient socio économiques ou de santé (1) :

- une majorité de cantons affiche un revenu moyen inférieur à celui de la Bretagne ;
- une proportion de bénéficiaires de minima sociaux supérieure au niveau moyen français ;
- un nombre de bénéficiaires de la CMUC supérieur à celui de la région ;
- des chômeurs de longue durée plus nombreux qu'en région ;
- un niveau de mortalité générale supérieur à la moyenne nationale et parmi les plus élevés de la région pour les communes du nord du territoire ;
- une mortalité prématurée liée à des comportements à risque élevée : alcool, drogue, suicide ;
- une situation de surmortalité pour les cancers.

Un territoire bénéficiant d'une offre de santé globalement satisfaisante et reconnue, mais qui cache de nombreuses disparités.

La densité des professionnels de santé libéraux est globalement favorable au territoire de santé n° 3, tant en spécialistes qu'en généralistes. Cependant, il existe des disparités infra territoriale : les cantons situés à l'arrière des zones côtières, Scaër et Arzano, présentent une dotation très faible en professionnels de santé de premiers recours, à l'opposé des cantons situés sur la côte et à l'est du territoire. De plus, le territoire se caractérise également par une baisse du nombre de médecins généralistes (-1,7 %) depuis 2007 et par un déficit de médecins généralistes de moins de 40 ans. La profession des chirurgiens-dentistes enregistre également une baisse de ses effectifs mais de manière moins prononcée que sur l'ensemble de la région.

Le territoire est plutôt bien pourvu en spécialistes sur les spécialités de la médecine physique et de réadaptation, urologues et pédiatres, mais qui reste fragile sur les spécialités de psychiatrie, de gastro-entérologie et pneumologie.

La densité des infirmiers libéraux est fortement supérieure à la densité régionale alors que parallèlement la densité des places de SSIAD est la plus faible de la région. Ce constat est également à rapprocher d'une activité HAD très élevée.

Alors que les projections de population pour 2016 prévoient un vieillissement proportionnellement plus important de ce territoire, il affiche un taux d'équipement en EHPAD et en EHPA le plus faible de toute la région.

Le territoire de santé n° 3 bénéficie d'un maillage satisfaisant en structures et services de prise en charge pour les personnes en situation de handicap, quel que soit le type de handicap. Cependant, l'offre est inégalement répartie sur ce territoire urbain.

Alors que l'offre sanitaire du territoire se distingue par une densité en lits fortement supérieure à la moyenne régionale en SSR ; celles de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) et chirurgie sont quant à elles inférieures à la moyenne régionale.

Force est de constater que le territoire de santé n° 3 est très attractif en SSR tant pour la prise en charge des enfants que des adultes. En effet, les taux de recours en SSR sont supérieurs à la moyenne régionale et nationale et corrélés à l'offre puisque la densité des capacités est supérieure à la moyenne régionale. L'offre de soins est donc non seulement attractive hors territoire, notamment pour la rééducation fonctionnelle et en post-cure et de plus favorise le recours de proximité.

De même, le taux de recours de la population du territoire de santé n° 3 en médecine est supérieur à la moyenne régionale et nationale ; alors que celui de chirurgie est proche de la moyenne régionale mais inférieur à la moyenne nationale.

Cependant, l'analyse des flux en MCO, réalisée en 2009 à partir des données PMSI, démontre un taux de fuite supérieur aux taux d'attractivité et plus particulièrement en chirurgie (22,1 %).

À la suite de ce diagnostic, les membres de la conférence ont souhaité mettre en exergue le déficit de places constaté sur le territoire en établissements pour personnes âgées dépendantes.

La conférence a également réitérée sa volonté d'aborder les moyens financiers nécessaires au fonctionnement des dispositifs, structures et services du territoire quelle que soit la thématique traitée au sein du PTS.

(1) La santé dans le pays de Lorient/La santé dans le pays du centre ouest Bretagne – ORSB 2010.

●● PRÉSENTATION DES AXES DE TRAVAIL DU PTS ET DE LEUR MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION

PRÉSENTATION DES AXES DE TRAVAIL DU PTS

Le PTS n'ayant pas vocation à mettre en œuvre de manière exhaustive l'ensemble des thématiques développées dans le PRS, le champ de travail a été circonscrit à sept thématiques communes aux huit territoires de santé bretons, auxquelles s'ajoutent des thématiques complémentaires choisies librement par la conférence, en fonction des priorités identifiées sur le territoire.

Les thématiques communes à tous les PTS sont les suivantes :

- la prévention et la prise en charge des conduites addictives ;
- la prise en charge des personnes âgées (dont la mise en œuvre des filières gériatriques et gérontologiques) ;
- la mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre la ville et l'hôpital ;
- l'organisation des urgences, des gardes et des astreintes en établissement de santé ;
- le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés ;
- la mise en œuvre d'une offre de soins territoriale : médecine, chirurgie, imagerie, réanimation et insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé.

La conférence de territoire n° 3 a retenu les thématiques suivantes :

- le handicap ;
- la santé mentale et le handicap psychique ;
- l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- les soins palliatifs.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES PTS

Chaque PTS est co-élaboré par la conférence de territoriale et la délégation territoriale de l'ARS concernée. Il est construit selon une méthode participative, afin d'être la synthèse de l'ascendant (projets émergents du territoire) et du descendant (orientations et recommandations régionales prévues au PRS).

Il est donc l'expression de projets co-construits avec les acteurs du territoire et adaptés aux spécificités de ce dernier.

Afin de respecter ce principe, deux grandes orientations ont guidé la méthode de construction des PTS :

- une cohérence des PTS avec le PRS ;
- des PTS qui soient l'expression de projets portés par les territoires et adaptés à leurs spécificités.

La structuration du projet vient illustrer la méthode de co-construction (cf. schéma ci-dessous). En effet :

- **la maîtrise d'ouvrage du PTS** a été co-pilotée par le Directeur de la Délégation Territoriale de l'ARS et le Président de la conférence de territoire : le PTS est donc la rencontre de leurs intérêts convergents.
- **la maîtrise d'œuvre du projet** a été assurée par le chargé de mission de la conférence de territoire et par le coordonnateur de territoire de la Délégation Territoriale de l'ARS.

Afin d'accompagner les territoires dans l'élaboration de leur programme, un comité de pilotage régional des PTS a été mis en place.

L'élaboration de chaque axe thématique composant le PTS a été confiée à des groupes de travail, dont la composition a permis d'assurer le principe de co-construction et de recherche de transversalité.

Un comité technique / comité de pilotage au niveau du territoire a été mis en place, afin de valider les travaux de ces groupes au fil de l'eau.



La Conférence de Territoire Lorient-Quimperlé, forte d'un historique de réflexion et de concertation entre les acteurs qui la compose via les travaux initiés sous l'égide de la Conférence sanitaire, a souhaité poursuivre sa méthodologie de travail en réinitialisant des groupes thématiques autour d'animateurs reconnus sur le territoire.

Elle s'est appuyée pour ce faire sur les groupes préexistants (personnes âgées, urgences, addictions...) en élargissant leur composition aux nouvelles composantes de la Conférence lorsque cela n'était déjà fait.

Les groupes thématiques étant le reflet des thématiques obligatoires souhaitées par l'ARS et des prévalences propres au TS3.

La conférence de territoire n° 3 se différencie par la création lors d'une séance plénière du 1^{er} juin 2011 d'une cellule de bureau, à la demande du président, qui a souhaité s'entourer de quelques personnes-ressources pour préparer au mieux les réunions de bureau :

- M. Dominique BURONFOSSE, vice-président de la conférence, président de CME CH Quimperlé ;
- M. Thierry GAMOND-RIUS, directeur du CH Bretagne Sud Lorient ;
- M. Yann ZENATTI, directeur général adjoint ADAPEI du Morbihan ;
- M. Lionel BARJONET, réseaux Codiab/kaon'IC ;
- le coordonnateur du territoire de santé n° 3 – ARS DT 56 ;
- le chargé de mission de la conférence.

Le bureau de la conférence quant à lui :

- élabore les projets d'avis et de propositions ;
- prépare les réunions de l'assemblée plénière ;
- a la possibilité de rendre des avis et de formuler des propositions au nom de la conférence (notamment lorsque les contraintes calendaires ne permettent pas la tenue d'une séance plénière à cet effet).

Mission du comité de pilotage technique pour le territoire n° 3

La conférence de territoire n° 3 a constitué un comité de pilotage (COPIL) local PTS en charge du suivi de l'élaboration de son PTS et de la validation des orientations et actions à inscrire au PTS. Il s'est réuni à 2 reprises entre le mois d'octobre 2012 et le mois de février 2013.

Ce COPIL local PTS est composé du bureau élargi de la conférence de territoire, des animateurs de groupe de travail thématique, des conseils généraux du Morbihan et du Finistère et des délégations territoriales de l'ARS du Finistère et du Morbihan, de la ville et du CCAS de Lorient et du Pays du Centre Ouest Bretagne.

Mission des groupes de travail

Les groupes de travail mis en place en 2011 pour la phase de concertation sur le PRS 2012-2016 ont poursuivi leurs travaux pour l'élaboration du PTS. À partir d'un diagnostic partagé sur leur propre thématique, les groupes de travail ont pu définir les enjeux, les objectifs ainsi que les actions permettant d'y répondre.

I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS À L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

● THÉMATIQUE N° 1. LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

EN PRÉAMBULE :

La thématique « prévention et prise en charge des conduites addictives » est une thématique transversale du projet régional de santé (PRS) puisqu'elle concerne aussi bien les champs hospitalier, ambulatoire, médico-social et le champ de la prévention et promotion de la santé. Elle s'intègre dans deux priorités stratégiques de la région Bretagne :

- prévenir les atteintes prématurées à la santé ;
- favoriser l'accès à des soins de qualité.

Les addictions sont définies par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) comme : « des comportements de consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, drogues) ou d'activités (jeu pathologique, achats compulsifs...) provoquant une souffrance psychologique et des troubles physiologiques. Le sujet devient plus ou moins vite dépendant. ».

La santé des Bretons est particulièrement touchée par les addictions au tabac, à l'alcool et aux drogues, facteurs de mortalité prématurée (cancers, pathologies cardio-vasculaires) et sources d'accidentologie, de violences, d'infractions.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

L'OFFRE SPÉCIALISÉE DU TS3 EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS AVEC LITS OU PLACES DÉDIÉS :

- 1 service médical d'addictologie (16 lits HC, 10 places HDJ avec 2 J/semaine, consultations externes, CHBS) ;
- 2 ELSA (CHBS, CH de Quimperlé) ;
- 2 SSRA non mixtes (40 lits, centre pour femmes de Kerdudo, 28 lits, centre pour hommes de Le Phare) ;
- 2 CSAPA généralistes (Lorient, Quimperlé) ;
- 2 CARRUD (Morbihan et Finistère) ;
- 4 places en appartements de coordination thérapeutiques (Lorient) ;
- associations des usagers.

MILIEU CARCÉRAL : CENTRE PÉNITENTIAIRE DE PLOEMEUR :

- CHBS : Activité médicale en addictologie coordonnée par le service d'addictologie : mi-temps de PH pour les consultations d'addictologie, entretien de tabacologie au sein de l'UCSA ;
- Douar Nevez : Consultation psychologique spécialisée en addictologie (0,2 ETP psychologue) ;
- Partenariats des acteurs de la prévention avec le SPIP de Lorient et pour le CSAPA de Quimperlé convention avec le SPIP de Quimper ;
- Sortie d'incarcération :
- Mise en place d'un groupe de préparation à la sortie et d'entretiens individuels (psychologue de Douar Nevez et assistante sociale du CHBS) sur le CP de Ploemeur ;
- Appartement de coordination thérapeutique (ACT de Douar Nevez) ;
- SSRA du Phare ;
- Chantiers extérieurs de Bubry (suivis addictologiques par le CHBS pour les fins de peines).

AUTRES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE NON SPÉCIALISÉE (LISTE NON EXHAUSTIVE).

Les acteurs sanitaires du territoire N° 3 avec lits, places identifiées ou non :

- CHBS ;
- CH Quimperlé ;
- EPMS Charcot ;
- Clinique Saint Vincent.

Les acteurs du médico-social spécialisés en addictologie du territoire N° 3 :

- CSAPA Douar Nevez ;
- CSAPA du CH de Quimperlé ;
- CAARUD 56 ;
- CAARUD 29 ;
- ACT Lorient.

Les associations, élus, représentants des usagers, réseaux :

- ANPAA ;
- Contrat local sécurité prévention (CLSP) ;
- Douar Nevez ;
- IREPS ;
- Relais 3 ;
- Réseau alcool et grossesse, réseau périnatalité 56 ;
- Ville de Lorient ;
- Élus Référents Addictions ASP 56 ;
- AIDES.

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE.

Les atouts du territoire :

Le territoire de santé n° 3 se caractérise par un partenariat construit entre tous les acteurs de l'addictologie incluant les médecins libéraux. Ce travail est notamment formalisé dans le cadre du réseau « relais 3 ».

Il existe également une palette complète de prise en charge (consultations, hospitalisation complète, hospitalisation de jour, ELSA, ACT, CAARUD).

Services d'addictologie : l'activité de jour, récente, était attendue des partenaires et des patients. La demande est croissante. Une réflexion sur cette demande a rapidement abouti à l'ouverture d'une deuxième journée d'hôpital de jour.

Offre sanitaire :

- 2 SSRA non mixtes prenant en compte la spécificité de la prise en charge des violences faites aux femmes. Cette prise en charge est reconnue hors territoire pour son caractère non mixte.

Offre en psychiatrie :

- à noter un travail de formation en addictologie des personnels dans les différentes structures ;
- un travail sur les évaluations des pratiques professionnelles réalisé et formalisé sur l'EPSM Charcot concernant le diagnostic médical et les syndromes de sevrage ;
- partenariat actif entre les EPSM et les équipes d'addictologie de liaison, des conventions entre la clinique St Vincent et Douar Nevez (CSAPA Lorient).

Équipe de liaison :

- elles assurent en particulier une présence quotidienne (jours ouvrés) auprès des services des urgences. Les services des urgences demandent une présence les samedis et dimanches. Les patients admis aux urgences le week-end pour un problème d'addiction sont pris en charge par les équipes de psychiatrie UMP ;
- extension du temps de liaison sur les urgences du CHBS le samedi matin réalisée depuis le début de l'année 2013.

I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS AUX PTS EN BRETAGNE

Concernant la Maison des adolescents il existe une activité addictologique, via une consultation jeunes consommateurs (CSAPA Lorient). Les conduites addictives n'étant pas la « porte d'entrée » vers le soin mais apparaissant dans un deuxième temps. La Maison des adolescents permet à beaucoup de partenaires et de jeunes patients d'être orientés. Elle est une porte d'entrée pour ceux qui n'osent pas avoir accès directement à des consultations addictologiques et/ou psychiatriques.

Le groupe évoque également l'importante activité des CMP qui représentent souvent le seul suivi possible de proximité dans les zones non urbaines.

Une formation en addictologie de l'ensemble des personnels de la maison des adolescents et des personnels de l'UHEA de l'EPSM JM. Charcot (formation de 10 jours) a été réalisée.

Le CSAPA de Lorient intervient à la maison des adolescents avec une CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) et offre également une permanence psychologique dans les locaux du CSAPA pour les CJC.

De plus, il existe une prise en charge pour les patients addicts aux jeux.

Le CSAPA de Quimperlé met en place des visites à domicile (ponctuelles) pour le suivi des patients.

La particularité de Quimperlé est de drainer des patients du territoire du Faouët et de Gourin mais également du Finistère sud (en dehors des limites du TS3).

Les délais de rendez-vous sont très courts (le jour même ou dans les 72 heures au maximum). Le premier rendez-vous est toujours avec un(e) infirmier(ère) pour l'évaluation de la demande.

Actuellement mise en place sur Quimperlé d'un groupe de travail avec le CSAPA et les urgences pour le repérage, l'accueil et la prise en charge des jeunes consommateurs. Contacts très fréquents (non formalisés) avec les infirmières scolaires de secteur.

Mise en place actuelle d'une Consultation Jeunes Consommateurs sur ce CSAPA.

PPS:

Existence d'un bon partenariat des différentes structures de prévention et de prise en charge favorisant :

- la mise en œuvre d'une offre d'actions de promotion de la santé sur la thématique des addictions, dans un double objectif de réduction des inégalités sociales de santé et de continuum prévention/soin. Elles s'inscrivent dans une logique de dynamique territoriale et de travail en réseau ;
- une offre de formation à destination des professionnels de champs pluridisciplinaires (éducatif, social, médico social, soin, justice...);
- des groupes de travail (milieu scolaire, périnatalité, intergénérationnel, suivi des familles à dysfonctionnement alcoolique en cours de formalisation...);
- conception, diffusion d'outils pédagogiques et d'information grand public :
Élaboration d'une charte, existence d'un guide pour les élus référents en addictologie, de plaquettes informatives sur les différentes structures et d'un guide de prévention à l'attention des parents et éducateurs (collectif REACTIM); un guide pédagogique favorisant la « dynamique territoriale autour d'un projet » collectif REACTIM et une plaquette « Femme et substitution aux opiacés », réalisée dans le cadre du projet « Périnatalité, alcool et autres addictions » du TS3.

Les faiblesses du territoire :**a) Offre sanitaire :**

Sur le territoire, il manque :

- une visibilité de l'activité addictologique du secteur psychiatrique ;
- une possibilité hospitalière de sevrage ou de cure pour le produit cannabis sur Quimperlé ;
- des lits dédiés pour les sevrages simples à Quimperlé ;
- une possibilité de PEC pour les troubles du comportement alimentaire (TCA).

Consultations hospitalières :

- les délais de rendez-vous sont trop longs (+1 mois) ;
- très peu de repérage du public jeune de la part des acteurs de santé ou sociaux ;
- équipes de liaison : il manque une formalisation du partenariat existant entre les 2 ELSA, un temps d'ELSA sur Quimperlé (temps médecin).

SSR :

- augmentation croissante des comorbidités somatiques et psychiatriques des patients ;
- il n'existe pas de structure hospitalière spécifique pour le syndrome de Korsakoff et les équivalents chez des patients de moins de 60 ans ;
- il n'existe pas de SSRA spécifique toxicomanie sur l'ensemble de la Bretagne.

b) Offre ambulatoire : il manque des consultations de proximité (CMP, Maisons de santé du territoire).**c) PPS : malgré les actions PPS développées dans le contrat local de santé (CLS) du pays du centre ouest Bretagne (COB), les porteurs de projets sont peu nombreux sur le nord du territoire.****II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC**

- pérenniser et soutenir les structures existantes de prévention des conduites addictives sur le TS3 ;
- pérenniser et renforcer les filières existantes (sanitaires et médico-sociales) de prise en charge des conduites addictives sur le TS3 ;
- développer l'accompagnement des usagers et de leur entourage ;
- adapter l'offre de soins aux évolutions des besoins ;
- renforcer l'accessibilité aux soins sur le TS3.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS**Objectif stratégique 1 : Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie.**

- Action n° 1 (fiche action 1) : Soutien des actions de prévention en direction des publics cibles.

Objectif stratégique 2 : Améliorer l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives.

- Action n° 2 (fiche action 2) : Pérennisation et renforcement des structures existantes de prise en charge des conduites addictives sur l'ensemble du territoire 3.
- Action n° 3 (fiche action 3) : Développement de l'accompagnement des usagers de la filière de soins en addictologie.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : PRÉVENIR LES ATTEINTES PRÉMATURÉES À LA SANTÉ ET À LA QUALITÉ DE VIE

FICHE ACTION N° 1 - SOUTIEN DES ACTIONS DE PRÉVENTION EN DIRECTION DES PUBLICS CIBLES	
Enjeu(x)	Développer la prévention des conduites addictives et le développement des facteurs de protection par la promotion de la santé.
Objectifs/schéma cible	- développer la coordination des acteurs ; - développer des actions de prévention en direction des publics cibles ; - encourager, développer et renforcer la formation des acteurs.
Portage de l'action	Tous les acteurs de santé, ARS, CG
Mise en œuvre	Moyens humains Acteurs de la santé (sanitaire, médico-social, libéraux, usagers associations) du territoire 3 Partenaires institutionnels concerné (ARS, CG, collectivités) Méthodologie Développer la coordination des acteurs - encourager la coopération et les liens entre les acteurs de prévention et les acteurs de la cité (travail avec la moyenne distribution sur l'espace festif nocturne) et du soin ; - mettre en place une coordination entre les acteurs de la prévention du territoire 3 ; - développer les liens entre les acteurs de la prévention et du soin ; - travailler le lien avec les associations néphalistes dans le cadre de la prévention et de l'accompagnement des usagers en articulation avec les différents acteurs du soin. Développer les actions de prévention en direction des publics cibles - développer des groupes de parole à destination des enfants et adolescents de familles à dysfonctionnement alcoolique ; - assurer le suivi et la diffusion de l'outil issu du travail sur les femmes enceintes et la substitution aux opiacés (travail avec le réseau périnatalité et le comité régional de suivi des traitements de substitution) ; - assurer le suivi et la diffusion de l'outil « guide méthodologique... » du collectif REACTIM auprès des élus référents addiction sur les actions territoriales intergénérationnelles. Soutenir les élus dans la mise en place de ces actions ; - développer des actions sur la prévention de l'usage d'Internet et des nouvelles technologies (Douar Nevez). Encourager, développer et renforcer la formation des acteurs - encourager et développer les actions de prévention en milieu festif ; - soutenir et renforcer les demandes de formation des professionnels en contact avec les publics cibles (IDE scolaires, assistantes sociales, pharmaciens...) ; - poursuivre la formation des médecins libéraux au RPIB tabac, alcool, cannabis et autres substances (ANPAA).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	PRS ERA
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs de la santé du territoire 3 Institution : ARS, CG, collectivités Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	Sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressources au titre des crédits de la PPS.
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	Nombre de réunions de coordination Nombre de professionnels formés Nombre d'actions de PPS à destination des publics cibles Nombre de participants aux réunions de coordination

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES

FICHE ACTION N° 2 - PÉRENNISATION ET RENFORCEMENT DES STRUCTURES EXISTANTES DE PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE 3

Enjeu(x)	Mettre en adéquation l'offre du territoire au regard des besoins de la population Garantir une prise en charge de qualité et de proximité
Objectifs/schéma cible	- développer une offre médico-sociale de proximité ; - renforcer la complémentarité avec l'offre de soins hospitalière et médico-sociale ; - renforcer les possibilités de prise en charge de proximité ; - rendre visible la filière et faciliter la continuité de la prise en charge entre les dispositifs.
Portage de l'action	Structures médico-sociales et sanitaires du TS3
Mise en œuvre	Moyens humains Tous les acteurs du sanitaire et du médico-social Méthodologie - améliorer la lisibilité de la prise en charge addictologique en établissement de soins psychiatriques pour renforcer la fluidité du parcours de soins sur le TS3 ; - renforcer et structurer la prise en charge des addictions sur Quimperlé dans le cadre de ses missions de niveau 1 (unité de sevrage simple, ELSA) ; - réflexion sur le développement des alternatives à l'hospitalisation en SSRA sur des temps de prise en charge sans hébergement et améliorer la prise en charge des patients en SSRA présentant des comorbidités psychiatriques et des pertes cognitives ; - réfléchir au développement de prise en charge de proximité sur le territoire, en particulier pour les jeunes ; - favoriser la coopération des acteurs addictologiques avec les acteurs des CMP ; - développer les consultations avancées addictologiques en secteur rural ; - pérenniser l'offre de formation et d'échange de pratique proposée par RELAI 3 pour les acteurs médico-sociaux sur le territoire 3 sur la thématique des addictions : • développer la formation continue des professionnels en addictologie sur les nouvelles évolutions des consommations et les nouveaux produits, sur les évolutions observées des dommages induits par les consommations (les dommages somatiques, les pertes neurocognitives, les comorbidités psychiatriques) ; • développer la formation en addictologie auprès des partenaires libéraux et hospitaliers (personnels médicaux, paramédicaux) ; • mutualiser et favoriser les formations addictologiques en psychiatrie ainsi que les formations psychiatriques auprès des addictologues en particulier sur la thématique de la prévention du suicide. - favoriser les échanges de pratiques et la réflexion sur les TSO en lien avec le comité régional de suivi des traitements de substitution ; - développer les liens du CSAPA Quimperlé avec le CAARUD 29 pour des permanences mensuelles sur le CSAPA et l'activité TROD (test rapide d'orientation diagnostic VIH) ; - formaliser le partenariat des ELSA du territoire ; - favoriser une intervention le week-end des ELSA aux urgences ; - évaluer la pertinence d'une consultation infirmière pour la dépendance à l'alcool et autre dépendances sur le modèle consultation tabacologie ; - améliorer l'offre de prise en charge des sevrages alcool hospitaliers ; - travailler le lien avec les associations néphalistes dans le cadre de l'accompagnement des usagers en articulation avec les différents acteurs du soin.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	SROS-H et PRS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs de la santé du territoire 3 Institutions : ARS, CG, collectivités Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	

FICHE ACTION N° 3 - DÉVELOPPEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS DE LA FILIÈRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

Enjeu(x)	Développer des modes de prises en charge adaptés à la population du territoire
Objectifs/schéma cible	Étendre la prise en charge en addictologie sur les zones non couvertes du territoire de santé n° 3
Portage de l'action	Tous les acteurs de santé
Mise en œuvre	Moyens humains Tous les acteurs de santé, ARS, CG Méthodologie - développer la réduction des risques sur tout le territoire 3, notamment vers le secteur rural, en particulier par le CAARUD (camping-car); - évaluer l'activité des CAARUD afin d'adapter leurs missions de prévention des risques au besoin de la population; - renforcer le dépistage et les vaccinations chez les usagers de drogues, notamment en optimisant et pérennisant les actions de dépistage TROD; - développer l'accompagnement des usagers et de l'entourage : accueil des codépendants, réflexion sur des groupes thérapeutiques pour les codépendants (CSAPA Quimperlé); - favoriser la coopération avec les services sociaux pour l'accompagnement physique des publics les plus démunis; - favoriser le développement de consultations de proximité ou de coopérations actives avec les CMP et les maisons de santé; - renforcer le travail en réseau pour améliorer la connaissance des structures addictologiques auprès des partenaires de proximité.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	PRS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs de la santé du territoire 3 Institutions : ARS, CG, collectivités Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	Nombre d'interventions des acteurs de l'addictologie sur les zones blanches du territoire

● THÉMATIQUE N° 2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

EN PRÉAMBULE :

Le vieillissement de la population bretonne, particulièrement accentuée sur le territoire de santé n° 3, aura un impact important en termes de besoin de santé. Dans ce contexte, l'articulation des acteurs des secteurs de la prévention, du médico-social et du sanitaire doit se renforcer, afin de permettre des parcours facilités entre des phases de soins, d'accompagnement et le retour au domicile par exemple.

Dans un souci de cohérence du PTS du territoire n° 3 avec les orientations des schémas gérontologiques du Morbihan et du Finistère, les travaux du groupe ont abouti à privilégier l'identification, l'amélioration, la coordination et fluidité des parcours de prise en charge de la personne âgée.

Rappel des orientations retenues par les départements du Morbihan et du Finistère :

Le 3° schéma gérontologique du Morbihan « une question nationale, un défi engageant le département, un parcours de vie (2011-2015) » a pour objectifs d'agir sur l'environnement social, de disposer de services à domicile, d'accompagner l'amélioration de l'offre en établissements en veillant à son accessibilité financière, organiser la cohérence des actions d'information et de coordination.

Le 3° schéma gérontologique du Finistère « bien vieillir en Finistère (2008-2013) » intègre notamment les objectifs suivants :

- permettre la vie à domicile et prévoir la dépendance, concevoir les modes d'accueil appropriés à chaque situation, promouvoir un accompagnement de qualité, améliorer la coordination des acteurs et l'information ;
- améliorer la coordination entre les structures et les intervenants ;
- développer l'information aux usagers et à leurs familles à travers les conseils de la vie sociale dans les établissements.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

Nombre de places installées en EHPAD au 31 décembre 2012

	HÉBERGEMENT PERMANENT	ACCUEIL DE JOUR	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
PARTIE MORBIHANNNAISE DU TS3	2 268	18	26
PARTIE FINISTÉRIENNE DU TS3	619	16	13
CAPACITÉ TS3	2 887	34	39

Le territoire de santé n° 3 dénombre également :

- 9 pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) soit 118 places (dont 64 places sur la partie morbihannaise et 54 places sur la partie finistérienne) ;
- 1 unité d'hébergement renforcé (UHR) à Kerlivio (Hennebont) ;
- 396 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées ;
- 1 équipe spécialisée Alzheimer (ESA) de Gourin à Hennebont ;
- 1 équipe spécialisée Alzheimer dont le siège est à Quimper et qui intervient sur des communes finistériennes du TS3 : Bannalec, Scaër ;
- 1 unité cognitive comportementale (UCC) à Kerlivio (Hennebont) ;
- 196 places en USLD ;
- 3 sites de consultations mémoires : deux en secteur hospitalier, une en secteur libéral ;
- 2 CLIC ;
- 1 réseau gérontologique (Port Louis).

Le taux d'équipement pour 1 000 habitants de plus de 75 ans

	HÉBERGEMENT PERMANENT	ACCUEIL DE JOUR	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	SSIAD
TAUX D'ÉQUIPEMENT	95,99	1,13	1,30	13,16

I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS AUX PTS EN BRETAGNE

La carte présentée ci-dessous n'est pas actualisée aux capacités du 31 décembre 2012, mais à celles de 2010. Elle permet néanmoins de visualiser la couverture du territoire en structures pour personnes âgées dépendantes. Il faut cependant y ajouter depuis 2010, la création des structures de Guidel et Pont Scorff.



SYNTHÈSE DES ATOUTS ET DES FAIBLESSES.

LES ATOUTS DU TERRITOIRE :

- taux d'équipement en USLD supérieur au taux régional ;
- deux filières gériatriques sur le TS3, complètes et fonctionnelles ;
- un réseau gérontologique de Port Louis intégré et reconnu ;
- création en novembre 2012 d'une UHR apportant des solutions d'hébergement pour les personnes âgées souffrant de troubles sévères du comportement.

LES FAIBLESSES DU TERRITOIRE :

- vieillissement proportionnellement plus important du territoire de santé n° 3 (+13 %) par rapport à celui de la région Bretagne (+10 %), avec un taux de variation annuel moyen de 1,7 % contre 1,5 % en région entre 2009 et 2016 ;
- des taux d'équipements en structures et services nettement inférieurs au taux régional (taux le plus faible de la région) : EHPAD, SSIAD, hébergement temporaire et accueil de jour, ambulatoire ;
- l'absence de lisibilité de la coordination des acteurs institutionnels pointée par les acteurs de terrain ;
- manque d'articulation et de fluidité entre les réponses apportées aux personnes âgées par les structures d'amont et d'aval sur le territoire : part élevée des séjours qualifiés médecine en hospitalisation après passage en urgence chez les plus de 75 ans, pas de formalisation des liens avec les services de médecine et de chirurgie ;
- présence en EHPAD de situations complexes, relevant d'USLD.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

COORDONNER LA PRISE EN COMPTE DES ATTENTES ET DES ACTIONS DE PRISES EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES :

- identifier et améliorer les parcours de la personne âgée : favoriser l'accès des personnes âgées aux soins adaptés à leurs besoins, en partie par une meilleure lisibilité des dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux, et dans le respect du choix des usagers autant que possible ;
- renforcer la qualité des processus de prise en charge dans le respect de la proximité et de la sécurité des soins.

COORDONNER LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT ET D'ORGANISATION ENTRE LES ACTEURS :

- fluidifier les parcours pour éviter les hospitalisations injustifiées, le passage aux urgences non nécessaire, faciliter la sortie d'hôpital et diminuer les prolongations de séjours inadéquates ;
- développer la coordination gérontologique, gériatrique, la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accompagnement des aidants qui vise au décloisonnement des acteurs ambulatoires, médico-sociaux et hospitaliers et au passage d'une logique de service à une approche populationnelle et de parcours de la personne âgée.

COORDONNER LA GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE :

- elle s'organise à l'échelle du territoire de santé qui comprend trois territoires gérontologiques implantés sur deux départements (Finistère et Morbihan) ;
- elle s'inscrit dans le cadre d'une gouvernance collégiale dans le cadre de la mise en œuvre des orientations des schémas gérontologiques finistérien et morbihannais, du PRS et du PTS, des travaux du groupe thématique régional (GTR) « Personnes Âgées » ; notamment par la création d'un comité de coordination des acteurs institutionnels : CG 29 et 56, ARS, conférence de territoire, fédération médicale inter hospitalière en gérontologie (FMIH).

Il faut souligner que l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne âgée sur le territoire de santé n° 3 sont représentés au sein de la conférence de territoire.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif : Organiser un dispositif territorial coordonné et intégré sur le territoire.

- Action n° 1 (fiche action 1) : Mise en œuvre d'un comité de coordination territoriale
- Action n° 2 (fiche action 2) : Développement et décloisonnement des partenariats (volet opérationnel), notamment par la mise en œuvre de micro-chantiers

OBJECTIF : ORGANISER UN DISPOSITIF TERRITORIAL COORDONNÉ ET INTÉGRÉ SUR LE TERRITOIRE

FICHE ACTION N° 1 - MISE EN ŒUVRE D'UN COMITÉ DE COORDINATION TERRITORIALE	
Enjeu(x)	Assurer une prise en charge coordonnée et intégrée de la personne âgée sur le TS3 Assurer une gouvernance collégiale des institutions sur le TS3.
Objectifs/schéma cible	L'objectif de ce comité est de coordonner l'action des acteurs institutionnels sur le territoire de santé (TS3) pour : - faciliter et fluidifier les parcours de la personne âgée sur un territoire de santé ; - mener une gouvernance collégiale des acteurs et des institutions ; - définir collégialement les propositions d'actions à mettre en œuvre.
Portage de l'action	Chargé de mission conférence de territoire en lien avec CG 29 et 56, ARS, Conférence de territoire, fédération médicale inter hospitalière
Mise en œuvre	Méthodologie : Il est prévu que le comité se réunisse régulièrement (la fréquence sera définie par les membres du comité), afin de coordonner la gouvernance des acteurs de ce territoire qui regroupe deux départements (Finistère et Morbihan), dont l'un porteur de la MAIA, et 3 territoires gérontologiques, une fédération inter hospitalière. Formaliser un calendrier des réunions. Définir les priorités 2013 Moyens humains : Le comité est composé des représentants : - du CG du Finistère ; - du CG du Morbihan ; - de l'ARS Bretagne ; - de la conférence de territoire ; - de la fédération inter hospitalière en gérontologie ; - des représentants des plateformes – MAIA des territoires lorientais et centre ouest.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Articulation avec les schémas gérontologiques des départements du Finistère et Morbihan. À intégrer dans le schéma de développement des MAIA.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	CG 29 et 56, ARS, Conférence de territoire, fédération inter hospitalière, les représentants des plateformes – MAIA des territoires lorientais et centre ouest.
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	Calendrier des réunions du comité à prévoir sur 2013.
Indicateurs	Calendrier des réunions du comité à prévoir sur 2013.

FICHE ACTION N° 2 - DÉVELOPPEMENT ET DÉCLOISONNEMENT DES PARTENARIATS (VOLET OPÉRATIONNEL), NOTAMMENT PAR LA MISE EN ŒUVRE DE MICRO-CHANTIERS

Enjeu(x)	La prise en charge des personnes âgées est cloisonnée. Les professionnels qui l'assurent travaillent avec peu de concertation et sans être suffisamment coordonnés. Il y a donc nécessité de coordonner les règles de fonctionnement et d'organisation entre acteurs. Développer les partenariats entre tous les professionnels (du social, médico-social et sanitaire, ambulatoire, libéraux et institutionnels) par la réalisation de multiples actions ciblées (micro-chantiers). Élargir la participation aux micro-chantiers, à toutes les structures du TS3.
Objectifs/schéma cible	Formaliser de multiples groupes thématiques, centrés sur une action concrète et de durée limitée dans le temps pour : - trouver des solutions à des difficultés communes ; - favoriser les relations personnelles et inter structures ; - se familiariser avec les difficultés et richesses des partenaires ; - développer les apprentissages en commun par la co-construction ; - et donc favoriser le portage collectif des solutions par les professionnels du terrain.
Portage de l'action	Médecin coordonnateur FMIHG
Mise en œuvre	Prioriser les thématiques de micro-chantiers et définir les priorités 2013. Formaliser un calendrier des réunions. Méthodologie : - formaliser une liste des thématiques à traiter ; - dresser une liste des partenaires concernés ; - inventorier les personnes-ressources par thématique ; - constituer les groupes de travail ; - écrire feuille de route, calendrier, accompagnement et évaluation. Moyens humains : Les groupes de travail sont constitués de professionnels issus des partenaires et du médecin coordonnateur de la FMIHG.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ATS, etc.)	À intégrer dans le schéma de développement des MAIA.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Tous les acteurs auprès des personnes âgées du TS3
Ingénierie/étude de financement	Secrétariat FMIHG/Poste de coordonnateur Accès à base de données, informatique
Calendrier	Calendrier des groupes de travail à prévoir sur 2013
Indicateurs	Nombre de micro-chantiers et indicateurs à définir par micro-chantier Nombre de partenaires impliqués

THÉMATIQUE N° 3. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PERMANENCE DES SOINS ARTICULÉE ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

EN PRÉAMBULE :

À compter du 1^{er} juin 2012, le cahier des charges régional de la PDSA (permanence des soins ambulatoires) est entré en vigueur, fixant les principes généraux d'organisation et de rémunération de la permanence des soins ambulatoires dans les départements. La PDSA est une mission de service public assurée par des médecins volontaires, après régulation téléphonique via le centre 1 (ou les centres d'appels des associations de SOS médecins) pour apporter des réponses aux besoins de soins non programmés de la population, aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et centres de santé :

- en semaine : à partir de 20h ;
- le samedi à partir de 12h ;
- les dimanches et les jours fériés.

Ce dispositif s'inscrit pleinement dans l'une des priorités stratégiques de la région Bretagne consistant à favoriser l'accès des usagers à des soins de qualité, en prévenant l'engorgement des urgences hospitalières.

Il faut noter que la PDSA est un dispositif organisé sur un territoire correspondant au département et non sur le territoire de santé (à partir du cahier des charges régional).

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

L'organisation mise en place reprend les principes suivants :

- une mission basée sur le volontariat des médecins généralistes ;
- une couverture totale des horaires de la PDSA ;
- un dispositif qui repose sur une régulation médicale préalable ;
- un dispositif fondé sur de nouveaux territoires de permanence des soins ;
- des consultations assurées par le médecin de garde soit sur des points fixes de consultation soit au sein d'un cabinet médical ;
- des visites incompressibles assurées par des effecteurs mobiles volontaires pour cette activité en nuit profonde.

Cette organisation permet la gradation et la territorialisation de l'offre de soins par le renforcement de la régulation médicale, pivot du système pour les demandes concernant la médecine libérale.

La coordination des prises en charge entre la PDSA et les établissements de santé repose sur le développement du maillage territorial entre les structures d'urgence et les maisons médicales de garde (MMG).

Le cahier des charges intègre les modalités de collaboration avec les établissements de santé du territoire et les mesures à envisager pendant les périodes non couvertes par les médecins généralistes et les zones non couvertes.

À l'issue des concertations avec les médecins généralistes le territoire morbihannais a été découpé en 18 territoires de PDSA :

- 12 territoires ruraux et semi-ruraux ;
- 2 territoires urbains et semi-urbains ;
- 4 îles.

Un tableau de garde est mis en place dans chaque secteur pour assurer le tour de garde des médecins volontaires, un tableau de garde est également élaboré pour la régulation et l'affectation mobile pendant les soirs de semaine de 20h à minuit, la nuit profonde et le week-end et jours fériés.

Le cahier des charges prévoit également les territoires de permanence, les modalités d'intervention des effecteurs et les lieux de consultation.

Sur le territoire de santé n° 3 les secteurs de permanence des soins sur la partie morbihannaise sont les suivants :

- Riantec ;
- Lorient ;
- Hennebont Plouay ;
- Le Faouët ;
- Groix.

Sur l'ensemble des secteurs, sauf sur celui de Lorient, la permanence est assurée par les médecins généralistes à partir de leur propre cabinet.

Sur le secteur de Lorient, la permanence est assurée par les médecins généralistes à partir de la maison médicale de garde et par SOS médecin (qui dispose également de locaux pour l'accueil des patients pendant les périodes de permanence).

Durant la nuit profonde un effecteur mobile intervient pour les visites incontournables avec un point de départ administratif situé à Pontivy.

Un troisième effecteur mobile devait intervenir, à partir d'Auray, le week-end sur l'ouest du département mais, cela n'a pas été effectif en raison des problèmes de recrutement de volontaires.

Quelques données d'activités :

Activité des médecins généralistes en Bretagne (doc princeps) :

- 11 % de l'activité des consultations et visites, surtout moins de 13 ans et plus de 70 ans ;
- 8 % : pic entre 18h et 19h ;
- 8 % des recours « urgents » entre 20h et 8h ;
- 10 % en dehors des heures d'ouverture ;
- 5 % des cas : hospitalisation immédiate.

Proximité :

Problème de certaines zones où le nombre de médecins diminue, au Faouët notamment (50 % des médecins seront en retraite dans 5 ans), îles (Groix).

Centre pivot de la régulation en dehors des heures de cabinets ou si fermés :

- 50 % des cas : orientation au SAMU ;
- 25 % en ambulance ;
- 63 % avec les VSAB ;
- 15 % en SMUR.

Sur le territoire de santé n° 3 les secteurs de permanence des soins sur la partie finistérienne sont les suivants :

- Les communes de Scaër, de Roudouhallec et de Leuhan sont rattachées au secteur de garde du Faouët. La PDSA y est donc organisée selon les modalités fixées pour le cahier des charges morbihannais. L'organisation de la PDSA ne semble pas poser de grosses difficultés si ce n'est celle liée aux problèmes de démographie médicale de ces communes.
- Le secteur de garde de Quimperlé est organisé selon les modalités fixées pour le cahier des charges finistérien. Ce secteur comprend les communes suivantes : *Arzano, Bannalec, Baye, Clohars Carnoët, Guilligomarc'h, Locunolé, Mellac, Moelan sur Mer, Nevez, Pont Aven, Querrien, Quimperlé, Redéné, Riec sur Belon, Saint Thurien, Tremeven, Le Trevoux.*

Le projet de création d'une maison médicale de garde à Quimperlé a été évoqué mais n'a pas été concrétisé.

Dans ce secteur les modalités d'intervention des acteurs sont les suivantes. Les médecins généralistes libéraux interviennent uniquement en consultation en semaine et en visites le week-end.

Des visites organisées par les effecteurs mobiles :

- Tous les jours 5 effecteurs mobiles assurent des visites de 12h à 20h ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.
- Toutes les nuits, de minuit à 8h des visites sont organisées par 2 effecteurs mobiles.
- Le point de départ des effecteurs mobiles est situé à Concarneau.

Consultations pendant le week-end :

- Des effecteurs assurent des consultations les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.
- La consultation est organisée au sein du cabinet du médecin de garde.
- La permanence des soins ambulatoires n'est pas problématique dans le secteur de garde de Quimperlé.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

La permanence des soins est une mission de service public assurée en collaboration avec les établissements de santé qui a pour objet de répondre aux besoins non programmés des patients ne nécessitant pas des moyens d'intervention lourds.

L'enjeu est double :

- rendre le dispositif efficace, l'objectif étant l'égal accès aux soins pour tous à tout moment et en tout point du territoire ;
- le rendre efficient à un coût acceptable.

La démarche mise en place vise à consolider l'organisation de la permanence des soins, à conforter le dispositif de régulation et à rendre le système visible pour les acteurs institutionnels. Elle a été construite dans le dialogue et la concertation.

Six mois après sa mise en œuvre, la permanence des soins ambulatoires est assurée de manière satisfaisante.

Cependant, il a été constaté qu'un tiers des nuits profondes (de minuit à 8h) n'était pas assuré au sein du CRRA (centre de réponses et de régulations des appels du centre 15). Par ailleurs, le dispositif prévoyait dans le département du Morbihan, en soirée de 20h à minuit, la réalisation par le médecin de garde, à la fois des consultations et des visites. Cependant, ces dernières ne sont pas opérationnelles sur tous les territoires.

Des préconisations recommandent :

- l'implantation des maisons médicales de garde sur chaque territoire de la PDSA ;
- un nouvel appel à de volontaires pour la régulation libérale.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif stratégique : Assurer la continuité de la permanence des soins sur la globalité des horaires de permanence tout en préservant un accès égal à des soins de qualité pour l'ensemble des patients sur l'ensemble des secteurs de PDSA du territoire 3.

- Action n° 1 (fiche action) : le développement des maisons médicales de garde (MMG).
- Action n° 2 (fiche action) : le développement des actions permettant de susciter le volontariat des médecins généralistes.

FICHE ACTION N° 1 - LE DÉVELOPPEMENT DES MAISONS MÉDICALES DE GARDE (MMG)

Enjeu(x)	Favoriser la création de nouvelles maisons médicales de garde Développer l'accès aux soins des patients sur des points fixes et identifiés de consultation
Objectifs/schéma cible	Disposer d'un maillage territorial permettant d'assurer un niveau de prise en charge équivalent sur tout le territoire pour l'ensemble des usagers et permettre un égal accès aux soins en tout lieu et sur la totalité de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire
Portage de l'action	ARS - ADPS - CDOM - Professionnels de santé - URPS - Collectivités
Mise en œuvre	Moyens humains Professionnels de santé en lien avec l'ADPS, le CDOM et l'URPS Élus et collectivités Méthodologie - identifier des zones prioritaires ; - rencontrer les professionnels de santé des secteurs identifiés ; - favoriser leur rapprochement avec les établissements de santé et les collectivités ; - suivre la mise en œuvre du projet ; - informer les usagers du territoire ; - associer l'ensemble des professionnels de santé du territoire ; - contacter les établissements susceptibles de mettre des locaux à disposition ; - assurer la communication autour de la mise en œuvre du projet (publics + autres professionnels de santé).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Associer les partenaires existants (ATS, CLIC, Pays, CLS, CHT)
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Établissements de santé ou Établissements médico-sociaux (mise à disposition des locaux correspondants) Services sociaux et médico-sociaux
Ingénierie/étude de financement	Financement FIR Recherche de cofinancements
Calendrier	2013 à 2015
Indicateurs	Nombre de nouvelles MMG dans le territoire 3 Analyse de l'évolution de l'activité des structures Recueil et analyse des dysfonctionnements constatés

FICHE ACTION N° 2 - LE DÉVELOPPEMENT DES ACTIONS PERMETTANT DE SUSCITER LE VOLONTARIAT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Enjeu(x)	Augmenter le nombre de médecins généralistes volontaires pour assurer la permanence sur les territoires, la régulation au centre 15 et l'affectation mobile Rendre plus efficient le dispositif de permanence des soins en médecine générale ambulatoire (PDSA) en assurant la complétude des tableaux de garde notamment pour la régulation en nuit profonde et l'affectation mobile
Objectifs/schéma cible	Assurer la sécurité des patients et permettre l'accès de tous au dispositif de permanence des soins de façon équitable Conforter le dispositif de la régulation clef de voûte du système organisé de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire Renforcer l'affectation mobile de 20h à minuit afin que les visites soient assurées sur l'ensemble du territoire Renforcer le dispositif de formation des médecins volontaires par l'ADPS en lien avec le SAMU
Portage de l'action	ADPS en lien avec le CDOM et le SAMU
Mise en œuvre	Moyens humains ARS et Préfecture ADPS CDOM Assurance Maladie Préfet (CODAMUPS – TS) Méthodologie - présenter le cahier des charges régional et sa déclinaison départementale (réglementation, attentes, dispositifs mis en œuvre...) aux professionnels et aux usagers; - mettre en œuvre la procédure d'évaluation prévue au CDC (indicateurs); - adapter le dispositif tenant compte notamment des problèmes de démographie médicale et de la fragilité de certains territoires; - assurer une veille sur l'ensemble des territoires afin de prévenir toute difficulté de permanence et de prise en charge de patient; - veiller à la mise en place de protocoles avec les services des ex-hôpitaux locaux et d'HAD; - caractériser et analyser les difficultés en lien avec les actes de médecine légale; - procédure d'évaluation prévue au Cahier des Charges Régional (groupes de travail départementaux + régional associant l'ensemble des partenaires – analyse des indicateurs); - animation du groupe de travail départemental et mise en place de réunion par secteur de garde en cas de difficultés.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	SOS villes de Vannes et de Lorient
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Professionnels de santé – ADPS – CDOM - Professionnels de santé et URPS - Collectivités locales
Ingénierie/étude de financement	Intégrer les évolutions dans le cadre de l'enveloppe dédiée au plan régional Expérimenter une enveloppe spécifique transport des patients vers le lieu de garde et pour le retour à domicile.
Calendrier	2013 à 2015
Indicateurs	Analyse des indicateurs prévus au cahier des charges pour le territoire 3

THÉMATIQUE N° 4. L'ORGANISATION DES URGENCES, DES GARDES ET DES ASTREINTES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

EN PRÉAMBULE :

Tout en visant à optimiser les ressources, l'organisation de la PDSSES sur le territoire de santé - en déclinaison du schéma régional et dans le respect des autorisations d'activités de soins - doit permettre de garantir une répartition des spécialités médicales et chirurgicales sur l'ensemble du secteur. Cette thématique a pour objectif d'assurer la prise en charge des nouveaux patients entrant dans un établissement de santé pour des soins non programmés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Un lien existe avec la continuité des soins, qui concerne la prise en charge de patients déjà hospitalisés, mais les deux notions ne doivent pas être confondues.

La PDSSES ne concerne que les établissements MCO et inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques. Toutefois, certaines spécialités ne sont pas inscrites dans le schéma régional car relevant de la continuité des soins.

Le schéma territorial de la PDSSES se traduira par la mise en œuvre conjointe des principes de subsidiarité et de complémentarité entre les établissements de santé et leurs plateaux techniques.

Dans un souci d'efficacité et d'optimisation de la ressource médicale, le principe de mutualisation prévaudra donc pour certaines activités. La PDSSES pourra donc intégrer des médecins de différents statuts publics et libéraux.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE DU TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3

Voir fiche thématique n° 3

LES URGENCES HOSPITALIÈRES ET GRADATION DES SOINS DU TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3

Prise en charge des urgences hospitalières : 2 structures autorisées

- CHBS :

- 2 sites : Bodélio (tout patient) et pôle femme-mère-enfant (urgences gynécologiques, obstétriques et pédiatriques) à partir d'avril 2013, les 2 sites seront regroupés sur le site du Scorff ;
- 2 permanences médicales (SMUR et service urgence) ;
- en attendant le regroupement, organisation structurée des transferts et TIS (transferts inter hospitaliers) en attendant le nouvel hôpital.

- CH Quimperlé :

- 2 permanences médicales (SMUR et service urgence) ;
- possibilité d'accueil et de prise en charge de tout patient se présentant spontanément ;
- transfert vers CHBS (centre référent sur territoire) si la pathologie le nécessite.

- SMUR :

- 2 SMURS : Lorient et Quimperlé avec 2 régulations (56 et 29) ;
- principe du déclenchement de l'une ou l'autre en cas d'indisponibilité ;
- pas de transfert secondaire identifié et relais avec SMUR primaire (Ex : Quimperlé /BREST).

4 lignes de garde sur les 2 structures (CHBS et CH Quimperlé) : un médecin de garde SMUR sur chaque structure, dont l'activité hors sortie est dévolue à l'accueil des urgences. Un médecin d'accueil responsable également des patients hospitalisés à l'accueil faute de lits d'aval, ou bien à l'UHCD.

1 unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dans chacune d'elle.

Les deux services d'urgence avec des volumes et des organisations différentes ont été amenés à se fédérer.

DES ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES SONT NÉCESSAIRES POUR RENFORCER LA COUVERTURE DE CERTAINES URGENCES (SAUV, MÉDECINE, TRAUMATOLOGIE) SELON LES CRÉNEAUX HORAIRES

Des services différents selon le site nécessitant des collaborations inter hospitalières :

- CHBS : plateau technique ;
- CH Quimperlé : CHT en biologie signée fin 2012 ; en cours sur la radiologie.

Les SMUR

- 2 SMURS primaires, donc 2 régulations sur le TS3. Les 2 structures d'urgences du TS3 comptabilisent chacune une ligne de garde de SMUR dont l'activité est partagée avec celles des urgences. Les équipages sont pourvus réglementairement (chauffeur, IDE et médecin) ;
- le nombre de sorties SMUR par nombre d'habitants du secteur est de 0,74 % (très inférieur au ratio d'autres secteurs/Vannes, St-Brieuc) ;
- le SMUR de Quimperlé est sous la dépendance de 2 SAMU (56 et 29) ;
- la durée moyenne des sorties est de 86 minutes pour le SMUR de Quimperlé et de 62 minutes pour le SMUR du CHBS en 2010.

Régulation

- les SAMU 29 et 56 sont les régulateurs des demandes ;
- l'indisponibilité de l'un ou de l'autre des 2 SMUR est difficile à évaluer via les SAMU. Leurs méthodes de comptabilisation ne sont pas homogènes. L'indisponibilité d'un SMUR pouvant aboutir à la sollicitation d'un autre sans en connaître la proportion ;
- la répartition des interventions sur le territoire de santé n° 3 est définie par les SAMU ;
- le SMUR secondaire nécessite la mobilisation prolongée de l'équipe du SMUR de Quimperlé en cas de transfert vers le CHU, le SAMU 29 proposant presque toujours la réalisation de « jonctions » ;
- les transferts intersites (cardiologie, réanimation) nécessitent l'emploi de l'équipage SMUR le rendant indisponible (184 secondaires sur le CH Quimperlé en 2010, 119 transferts intra-hospitaliers en 2010 et 89 SMUR secondaires).

Acteurs du pré-hospitalier :

- depuis le dernier SROS, une organisation indépendante des SAMU SMUR s'est mise en place par le biais des VLI. L'analyse de la complémentarité du SMUR et des VRI n'est pas disponible. L'analyse quantitative et qualitative des deux structures n'est pas disponible ;
- une réflexion sur les SMUR maritimes avait été initiée tant au niveau national que régional via le réseau des urgences (RU). Les organisations et obligations qui pourraient en découler ne sont pas connues actuellement ;
- une antenne en juillet et août est implantée sur la base de Lann-Bihoué. Les complémentarités avec les équipes des SMURS locaux ne sont pas définies ;
- l'hélicoptère Dragon 56 est équipé par les sapeurs pompiers, tout comme Dragon 29. Le listing des médecins de garde est géré par le SAMU 56.

SYNTHÈSES DES ATOUTS ET FAIBLESSES :

Les atouts du territoire :

- existence de filières pour la prise en charge des urgences cardiologiques, AVC, traumatologiques, de chirurgie viscérale, d'orthopédie et de réanimation qui font l'objet de procédures formalisées (principe de création de postes partagés) ;
- les urgences cardiologiques sont évaluées en continu dans le cadre du registre Orbi ;
- activité partagée de quelques médecins des urgences sur les deux sites, en dehors de celle d'urgence ;
- plateau technique de référence bien identifié ;
- accès entre les deux sites d'urgences facilité par la 4 voies : accès moyen en 15 minutes d'un site à l'autre ;
- nouveaux locaux d'urgences (dont la surface est multipliée par 3) sur le nouveau site du Scorff du CHBS ;
- démarche de systèmes d'informations communs : la réflexion sur le module urgence du dossier patient informatisé commun a été menée en tenant compte de l'informatisation actuelle du SAU du CHBS ;
- démarche de formations communes initiées ;
- proximité du dragon 56 pour les missions SMUR.

Les faiblesses du territoire :

- le manque de lits en aval des urgences provoque un engorgement des urgences qui pose la question de la qualité des soins ;
- des zones à plus de 30 minutes en nombre et difficiles d'accès (îles) ;
- sous utilisation du vecteur hélico pour zones à plus de 30 minutes ;
- démographie médicale aux urgences fragile et des effectifs non complets ;
- périodes nocturnes avec défaut de couverture sur le CHBS de l'accueil ;
- tâches confondues en raison du défaut de moyens médicaux entre SMUR et Accueil ;
- absence de coordination ou d'échanges VLI SP SMUR ;
- absence d'évaluation SMUR Régulation ;
- pas d'équipe pour les SMUR intersites et les secondaires temps d'attente des secondaires des SAMU ou mise en défaut de la couverture primaire ;
- raréfaction des ex-correspondants SAMU ;

- temps d'attente et embolisation fréquente des structures référentes ;
- pas de gestion des flux entre urgences, SAS, SOS bien claires ;
- pas de connaissances précises des plateaux techniques disponibles et de la PDS de la part des deux SAMU ;
- taux important de passage par les urgences pour hospitalisations (en particulier des personnes âgées) ;
- taux de recours au SMUR bas / population par rapport aux autres Zones (sous utilisation par les régulations ?) ;
- pas de système d'information sur un site, pas de lisibilité en temps réel des activités ;
- pas de réunions interprofessionnelles entre acteurs d'urgences ou de la PDS ;
- pas de coordination territoriale des organisations (antenne estivale SMUR Lann Bihoué, VLI, formation des acteurs) décidée de façon unilatérale par les SAMU sans concertation ;
- problème des transports nocturnes (idem sous tutelle de la régulation, obligeant à des séjours aux urgences faute de retour possible).

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- assurer l'accès aux soins pour l'ensemble des soins programmés et urgents ;
- optimiser l'organisation des services (urgences, SMUR) ;
- renforcer la coordination des acteurs.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif stratégique 1 : Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins

- **Élaborer un schéma cible de la PDSES au sein de chaque territoire**
Voir le Tableau en annexe
- **Développer la coordination et la continuité en aval de la prise en charge hospitalière des personnes de plus de 75 ans par la mise en œuvre de la fédération médicale inter hospitalière (FMIH) fin 2012, afin de :**
 - limiter l'engorgement des sites d'urgences par une meilleure coordination avec l'offre ambulatoire et une optimisation du circuit d'aval des établissements en adéquation avec l'état de santé du patient ;
 - éviter le recours aux services d'urgence en dehors de réels critères d'urgences présentés par un patient ;
 - préparer et anticiper les nécessités de recours à des soins programmés sur une courte période en raison du vieillissement de la population (IPC médecin et gériatrie) ;
 - avoir des durées cibles et une adéquation des flux (indices qualité IPAQ PDSES) ;
 - mesurer et analyser l'impact des filières mises en place sur le territoire (AM Gériatriques, unités post-urgences. Cf. 1 110 et UHCD bis).

Objectif stratégique 2 : Garantir la qualité la sécurité des soins ainsi que l'efficience

- **Améliorer la qualité de prise en charge :**
 - Action n° 1 (fiche action 1) : Accueil des urgences sur le territoire n° 3.
 - Action n° 2 (fiche action 2) : Amélioration de la coordination des SMUR du territoire répondant à des missions clairement identifiées.
- **Développer la formation des professionnels :**
 - Action n° 3 (fiche action 3) : la formation des professionnels de l'urgence.
Mettre en place un système d'information et de pilotage sur le territoire :
 - Action n° 4 (fiche action 4) : Système d'information et télémédecine.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : GARANTIR LA QUALITÉ LA SÉCURITÉ DES SOINS AINSI QUE L'EFFICIENCE.**FICHE ACTION N° 1 - ACCUEIL DES URGENCES SUR LE TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3**

Enjeu(x)	Mettre en place une fédération d'urgence Assurer les missions prioritaires Pérenniser une organisation de l'accueil des urgences
Objectifs/schéma cible	- articuler la fédération d'urgence avec les autres instances identifiées de la PDS (SOS, Médecins de Garde, Maison médicale de garde, SAS); - stabiliser et mettre à niveau une équipe d'urgentistes et autres acteurs de l'accueil formés en nombre suffisants pour l'ensemble des missions (coopération possible avec SOS, MMDG, SAS...); - identifier et redéfinir les différentes missions, leurs exigences en moyens humains et compétences, en moyens techniques; - standardiser filières fonctionnelles des différentes urgences et les évaluer en continu; - adapter les moyens humains aux nécessités selon les horaires d'accueil mais aussi aux réglementations en vigueur (décrets urgences) et au flux; - améliorer les flux des urgences en limitant les admissions aux pathologies relevant du service (améliorer les admissions directes dans les services, les orientations vers la PDS si pas de recours urgent.); - limiter les situations de crise aux urgences au plan blanc (définir ce que sont les situations de crise); - ne plus avoir de service « corridor » (hospitalisation dans les couloirs des urgences faute de place).
Portage de l'action	
Mise en œuvre	Méthodologie - réaliser un audit des activités actuelles qualitatives et quantitatives des deux structures d'urgences, de la MMDG du SAS et également des autres structures d'accueils de garde/SOS (type de malades, gravités, compétence médicales disponible etc.); - réaliser un audit des hospitalisations dans les services depuis les urgences (AEPF critères rétrospectifs, tranches d'âges en particulier les personnes vulnérables âgées, CCMU); - redynamiser le CPU en lien avec la coordination de la fédération des urgences; - identifier les moyens techniques et humains nécessaires par filières (AVC, IDM, Poly traumatologie, petite traumatologie, consultations de suivi, personnes âgées de plus de 75 ans etc.); - créer une cartographie des disponibilités en moyens humains et techniques d'urgences/24 heure sur le territoire disponible pour les médecins, les régulations et la population (qui fait quoi à quelle heure) en rapport avec les données actuelles de la science; - définir des compétences nécessaires par secteurs géographiques selon l'éloignement du plateau technique référent et aussi par site d'accueil (Traumatologie, SAUV, pédiatrie, UHCD UPSA, MMDG, autres structures) et identifier les zones à risque; - développer les complémentarités entre les sites d'urgence et les structures annexes (en continue, en périodes de surcharge) mais aussi entre filières spécifiques (AVC, antennes mobiles gériatriques...).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- formations des urgentistes et autres acteurs des urgences (fiche action formation); - attractivité pour les jeunes médecins voir conseil de l'ordre (DESC); - autres fédérations / imagerie, laboratoire; - filière gériatrique de territoire (admissions directes dans les services de gériatrie hormis critères urgents définis par la filière et les urgentistes); - plan d'action PTS médecine.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Ex-membres du CPU SAMU 29 et 56 Référent gériatre de territoire et autres filières
Ingénierie/étude de financement	T2A, conseils régionaux
Calendrier	Analyse premier trimestre 2013, mise en œuvre courant 2013. Équipe commune d'urgentistes deuxième semestre 2013, filières deuxième semestre 2013
Indicateurs	- nombre d'heures de remplaçants. Âges moyens des médecins. Activités en quantités et indices de gravité. Activités partagées; - proportion admissions directes / depuis les urgences; - suivi du taux d'occupation ponctuel des sites en continu; - coupe aléatoire une journée/trimestre (voir concordance régionale) événements indésirables; - nombre de jours de saturation des sites (critères à voir avec le RRU et ORU), durée moyenne de passage par type de pathologie et gravité; - taux d'admission des personnes âgées de plus de 75 ans; - nombre de réunions et comptes rendus CPU.

**FICHE ACTION N° 2 - AMÉLIORATION DE LA COORDINATION DES SMUR DU TERRITOIRE RÉPONDANT
À DES MISSIONS CLAIREMENT IDENTIFIÉES**

Enjeu(x)	- répartition territoriale des zones d'intervention selon des critères d'efficience ; - identifier les zones les plus reculées à plus de 30 minutes et l'utilisation des secteurs hélicoptérés pour garantir un accès rapide ; - évaluer et mettre en place une coordination ou une complémentarité de tous les moyens (médecins SMUR, médecins SP, IDE SP) ; - faciliter l'analyse des données du territoire par une centralisation et homogénéisation de données d'intervention (VRI/SMUR).
Objectifs/schéma cible	- coordonner les actions des antennes SMUR du territoire avec une co-régulation 29 56 améliorée ; - organiser un SMUR de territoire avec moyens humains et techniques communs ; - avoir des équipes de professionnels de l'urgence formés au pré hospitalier et entretenant leurs compétences ; - répondre aux réelles nécessités de santé du territoire (proportion de SMUR/population équivalente aux zones SAMU) ; - centraliser et répartir les missions d'urgences VLI et SMUR, SMUR saisonnier au sein du territoire de façon coordonnée, complémentaire et non compétitive ; - rendre lisible des missions réalisées par différents acteurs au sein du territoire (entre les deux SAMU-SMUR, les 2 SDISS-VLI) et mettre à disposition et évaluer en temps réel : qui fait quoi comment (déclenchement des missions et type de sorties techniques) ; - permettre les transferts médicalisés intersites et vers les plateaux techniques CHU sans perte de temps et sans dégarner le territoire de santé n° 3 de ses SMUR primaires (SMUR secondaire para médicalisé) ; - mettre en place une démarche qualité continue (revue de dossiers, de cas) ouverte aux autres acteurs (VLI, med SP) ; - informatiser des supports de dossiers médicaux et infirmiers (depuis la souche papier régionale) communs VLI SMUR médecin SP, médecins correspondants SAMU (motifs de recours) ; - développer un programme de formation et mise à niveau avec les particularités du territoire (façade maritime, maternité éloignée, zones blanches) ; - intégration des médecins sapeurs pompiers dans la PDS SMUR-Urgences (après mise à niveau).
Portage de l'action	
Mise en œuvre	Moyens humains Équipe SMUR à définir à partir des équipes actuelles et contours des missions à redéfinir (en particulier SMUR saisonnier). Méthodologie Analyse territoriale des activités par enquête prospective (VLI, médecin sapeur pompiers et SMUR) quantitative et qualitative Analyse des compétences et formation continue Benchmarking régional avec l'aide du RRU Définition des obligations qualitatives et quantitatives par filières identifiées (AVC, IDM...) Staff commun une fois par trimestre / SMUR VLI
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Uniformisation des données SAMU Régionale, mise à plat des moyens de financements de l'antenne estivale et réaffectation pour partie sur la fédération.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	SAMU 29 et 56, SDIS et médecin sapeurs pompiers du territoire de santé
Ingénierie/étude de financement	SAMU 29 et 56, SDIS et médecin sapeurs pompiers du territoire de santé MIG, conseils régionaux
Calendrier	Analyse premier semestre 2013, Mise en œuvre transfert paramédicalisé Mars 2013 Équipe commune deuxième semestre 2013 Staff SMUR dès janvier 2013 le premier jeudi du trimestre mois.
Indicateurs	- nombre de sorties SMUR / population. Indice d'admission /CCMU médicalisés non médicalisé ; - nombre de secondaires et délai de déclenchement ; - Délai de mission (aller et retour) ; - analyse morbidité SMUR/VLI ; - nombre de réunions ou rapports par groupe de pathologie et gravités.

FICHE ACTION N° 3 - LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE

Enjeu(x)	- définir un « tronc commun » de compétences nécessaires aux intervenants urgentistes (en prenant en compte les risques liés aux formations : manque de « motivation » de professionnels à se former) ; - développer un module de formation commun au sein de l'IFPS (mannequin de simulation) ; - développer des formations communes entre médecine hospitalière et médecine de ville ; - définir des procédures et des protocoles communs pour la formalisation des filières de prise en charge d'urgences ;
Objectifs/schéma cible	Harmoniser les prises en charges urgentes sur le territoire de santé entre les différents professionnels impliqués. Entretenir les compétences en continu en optimisant les moyens de formation. Augmenter l'attractivité pour les professionnels. Améliorer les relations sur le terrain entre les différents acteurs par le vecteur de la formation. Harmoniser les protocoles et critères d'admission directe par structure (FN vasculaire, filière cardio... etc.).
Portage de l'action	
Mise en œuvre	Méthodologie Programmes de formations en simulation de situations d'urgence en lien avec l'IFPS. Convention de formation type PHTLS, ACLS, prep... avec les organismes agréés Recensement des compétences acquises entre les centres d'accueil d'urgence et les autres structures du territoire. Élaboration d'une check list des compétences par poste. Calendrier FMC accessible aux médecins des structures autres qu'accueil des urgences/SOS, MMDG. Création d'une association (cf. comme pour le CMS) de siège hospitalier à vocation de fmc d'urgence. Formation d'un noyau de formateurs. Lien et cohérence avec les modules / VLI.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Voir avec les programmes DPC des CH. Articulation et lien avec les facultés de tutelle et DESC. Voir lien avec FMC des médecins généralistes. Articulation avec les travaux en cours de l'ANAP sur les TS1 et TS2.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	IFPS et simulation, organisme de formation SDIS. Facultés de médecine Brest et Rennes. Partenaires pour support matériel, CMUB RRU.
Ingénierie/étude de financement	Listing des acquis et des demandes premier semestre 2013. Poursuite des ateliers de simulation avec internes et médecins urgentiste IFPS.
Calendrier	
Indicateurs	- listing des protocoles émis ; - nombre d'heures de FMC dispensées/ an ; - fiches évaluation de FMC ; - fiche évaluation des internes.

FICHE ACTION N° 4 : SYSTÈME D'INFORMATION ET TÉLÉMÉDECINE

Enjeu(x)	- homogénéiser et centraliser les données issues des systèmes d'informations, d'évaluation des urgences par la mise en place d'une fiche médicale partagée; - développer la concertation pour rendre lisible les actes de l'ensemble des structures du territoire (expérimentation sur le TS3), analyse des activités et flux de patients MMDG, SAS, SOS... au sein d'une entité recréant les ex CPU; - expérimenter un dispositif de télémedecine entre le CHBS et les EHPAD du continent et de l'Île de Groix.
Objectifs/schéma cible	- disposer en temps réel d'indicateurs d'activités qualitatifs et quantitatifs liés à l'urgence; - disposer au sein du territoire de santé de support de communication standardisé pour échanger entre professionnels et bénéficier d'expertise à distance; - visualiser en temps réel des activités dans les structures identifiées et intégrant la prise en charge des urgences et PDS des activités en temps réel (nombre de patients/unité); - améliorer l'utilisation des filières actuelles pour améliorer les flux à l'aide d'outils d'aide à la décision; - définir des critères critiques de prévoyance des dysfonctionnements liés aux flux et vérifier leur validité et permettre aux structures de s'adapter.
Portage de l'action	
Mise en œuvre	Méthodologie - élaboration d'une fiche de pré-admission et d'admission commune aux urgences et aux médecins y orientant des patients, des structures de soins, et des deux régulations de tutelles; - étude de faisabilité d'un serveur sécurisé dédié à l'échange des données entre professionnel (fiche succincte d'accueil d'urgences, phase d'essai d'outils d'aide à l'orientation et au diagnostic des cas « hors urgences vitales » / télémedecine : entre les structures volontaires (urgences, MMG, structure distante/EHPAD) île de Groix ou autre volontaire...).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Informatisation du dossier patient sur la CHT en particulier dossier urgences. Définition de critères de recours locaux cohérents avec la base régionale ORU
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	CPU, RRU ORU SAMU 29 et 56 (outil télémedecine à disposition) Acteurs des réseaux ou filière AVC, IDM, filière gériatrique Identifier les moyens humains pour la formation et l'animation des projets
Ingénierie/étude de financement	Budget Télémedecine pour trois sites de test (deux services urgences, MMDG, île de Groix)
Calendrier	Élaboration fiche admission papier premier semestre 2013 Test et mise en place 2014. Test télémedecine premier semestre 2013 généralisation sur 4 ans aux structures volontaires avec outil KMCA
Indicateurs	- respect du calendrier des projets; - nombre de connexions aux serveurs. Evolution des admissions CCMU 1 et 2 dans les structures d'urgence; - évolution des admissions directes dans les services.

●● THÉMATIQUE 5. LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COLLECTIFS ET COORDONNÉS

EN PRÉAMBULE :

La thématique « développement des modes d'exercices collectifs et coordonnés » s'intègre dans le schéma régional de l'organisation des soins, volet offre de soins ambulatoires du PRS. (Engagement 5).

Elle concerne l'évolution de l'organisation et des conditions d'exercice des professionnels de santé, en développant des organisations propres à chacun des territoires selon la population, les indicateurs de santé, l'offre de soins en présence :

- recherche de conditions d'exercice plus attractives : pratiques coopératives, partage d'information, lutte contre isolement, remplacements facilités... Recherche d'attractivité pour les jeunes professionnels ;
- temps professionnels optimisés grâce à de nouvelles logistiques : locaux, secrétariat, systèmes d'information.

Pour la population, l'objectif consiste à conforter l'accès à des soins de 1er recours de qualité sur le territoire :

- maintien de services souvent regroupés avec une garantie proximité par une distance ou un temps d'accès maximal ;
- accueil et information renforcée, lisibilité de l'offre mieux coordonnée ;
- amélioration de la qualité de la prise en charge ;
- éventuellement une offre élargie avec la possibilité de consultations avancées ;
- des prises en charge globale du patient incluant la prévention et la promotion de la santé.

Les Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires fédèrent, dans un esprit d'équipe, des professionnels de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes...) qui portent un projet de santé commun. Ils sont regroupés sur un même lieu d'exercice (MSP) ou non (PSP) et constituent, avec les Centres de Santé (engagement 12), une modalité privilégiée de ces modes d'exercices collectifs et coordonnés.

Ces modes d'exercice, vecteurs de démarches d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles, peuvent revêtir des structures juridiques diverses déjà plus ou moins développées par la médecine libérale : société civile immobilière (SCI), société civile de moyens (SCM) groupement de moyens, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA... mais dans tous les cas, les MSP et PSP vont au-delà de simples mutualisations de locaux, d'équipements, de personnels, déjà répandues. Les MSP et PSP se caractérisent en effet par l'adoption et la mise en œuvre d'un Projet de Santé commun.

Ce projet de santé répond à deux problématiques :

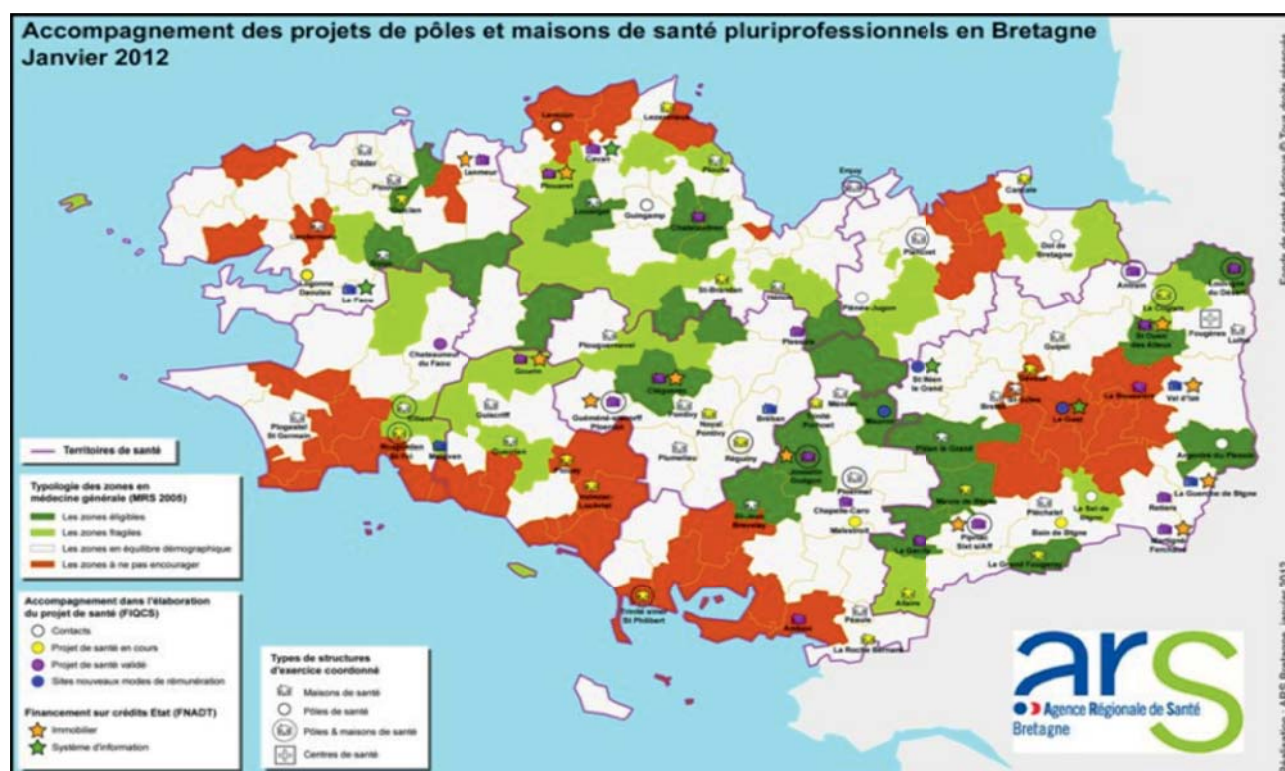
- d'une part les modalités d'organisation des professionnels de santé : management de la structure, organisation de la pluri-professionnalité, évolution des systèmes d'informations, développement professionnel continu, accueil des étudiants ;
- d'autre part les objectifs communs d'amélioration du service aux patients (accès et continuité des soins, actions d'éducation thérapeutiques, coopération et coordination avec les structures hospitalières, médico-sociales, les réseaux...).

Seules les structures pluri-professionnelles ayant élaboré un Projet de Santé peuvent se prévaloir de la dénomination « Maison ou Pôle de Santé ». Une association de professionnels de santé peut bénéficier, sous réserve de contractualisation avec l'ARS, d'un appui méthodologique financé via le FIR (accompagnement pour élaboration du Projet de Santé) puis demander un financement pour investissement (projet immobilier porté par une commune ou association de commune) via le DETR et le FNADT.

Les Maisons Médicales de Garde constituent également une forme d'exercice collectif, mais elles s'inscrivent davantage dans la permanence des soins ambulatoires que dans le développement de nouveaux modes d'exercices pluridisciplinaires et coordonnés de la médecine de premier recours. Elles ne seront donc pas abordées dans le cadre du présent volet thématique.

Le maintien d'une offre de médecine de proximité et de qualité constitue un enjeu essentiel du système de santé puisque le premier recours est la porte d'entrée de droit commun dans ce système qui tend à s'organiser selon le principe de gradation des soins.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE



Localisation des zones prioritaires :

- Gourin ;
- Le Faouët.

Localisation des zones fragiles et à surveiller :

- zones fragiles : île de Groix, Bannalec ;
- zones à surveiller : Hennebont.

Localisation des projets de MSP :

- Gourin ;
- Groix ;
- Languidic ;
- Guiscriff ;
- Kervignac ;
- Plouay Inguiniel.

Localisation des centres de santé : aucun centre de santé dans le territoire mais au moins 3 centres de santé infirmiers : Arzano, Querrien, Ploemeur.

Couverture en réseaux de santé

- CODIAB KALON'IC : maladies cardiovasculaires et diabète ;
- ONCORIENT : cancer ;
- réseau de gériatrie de PORT LOUIS ;

Par ailleurs, depuis plusieurs années les acteurs de l'addictologie du territoire n° 3 interviennent au sein de RELAIS 3.

Offre sanitaire et médico-social :

- hôpitaux avec PASS : 2 (CHBS et EPSM Caudan Charcot) ;
- SSIAD : 2 (Lorient, Hennebont) ;
- HAD : 1 (HAD AVEN) ;
- EHPAD : 61 sites.

Nombre de professionnels :

- médecins généralistes : 295 MG, densité pour 10 000 habitants : 10,2 ;
- IDE : 563 IDE, densité pour 10 000 habitants : 19,5 ;
- pharmacies : 120 ;
- dentistes : 204, densité pour 10 000 habitants : 6,6 ;
- kinésithérapie : 261, densité pour 10 000 habitants : 9,1.

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET DES FAIBLESSES :**Les atouts du territoire :**

- zone côtière qui continue à être attractive pour les professionnels de santé.
- existence de nombreux projets et d'une forte mobilisation des professionnels (Plouay et Inguignel, Kervignac, Languidic).
- présence d'établissements de santé et médico sociaux sur le territoire semi-rural et rural.

Les faiblesses du territoire :

- problème de démographie et de recrutement des professionnels de santé (médecins généralistes...) dans le territoire semi-rural et rural : Gourin, Guiscriff, Scaër, Le Faouët, Ile de Groix (particularité de l'insularité) ;
- le territoire de premiers recours d'Hennebont est également une zone à surveiller ;
- des difficultés commencent aussi à apparaître dans certaines communes péri urbaines : Kervignac (1 médecin pour 6 000 habitants) ;
- absence de projet de MSP, MMG sur certains territoires identifiés comme zones prioritaires ;
- insuffisance de l'intervention de l'HAD, des réseaux et des services en addictologie ;
- seule une partie du territoire est concernée par le CLS du pays COB (cantons de Gourin et du Faouët). Aucun autre CLS n'est en cours sur le territoire ;
- pas de centre de santé sur le territoire ;
- le coût de l'immobilier constitue également un frein à l'arrivée des nouveaux professionnels.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- conforter l'accès aux soins de premiers recours en assurant la sécurité, la qualité, la continuité des soins ;
- maintenir et développer l'offre de soins de premier recours sur le plan démographique ;
- favoriser les prises en charges pluri professionnelles et la fluidité du parcours de santé du patient.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif stratégique 1 : Favoriser la mise en place de modes d'exercice coordonné sur les zones prioritaires

- Action n° 1 (fiche action 1) : le développement des modes d'exercice coordonné sous forme de pôle de santé.

Objectif stratégique 2 : Prévenir l'apparition de zone en difficultés

- Action n° 2 (fiche action 2) : l'accompagnement des professionnels de santé sur des territoires fragilisés pour les aider à mettre en place des modes d'exercice coordonné

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : FAVORISER LA MISE EN PLACE DE MODES D'EXERCICE COORDONNÉ SUR LES ZONES PRIORITAIRES

FICHE ACTION N° 1 : LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COORDONNÉ SOUS FORME DE PÔLE DE SANTÉ	
Enjeu(x)	Inciter au regroupement des projets d'exercice coordonné, notamment sous forme de pôles de santé dans les territoires fragiles, pour optimiser l'offre de soins existante.
Objectifs/schéma cible	Optimisation de la ressource médicale Coordination des professionnels de santé Solidarité entre les territoires Couverture homogène et cohérente du territoire L'objectif, in fine, est de disposer d'un mode d'exercice collectif et coordonné permettant de couvrir l'ensemble des territoires de premier recours en particulier ceux classés comme prioritaires dans le cadre du SROS ambulatoire : Gourin, Guiscriff, Le Faouët, Scaër
Portage de l'action	ARS/URPS : Accompagnement des professionnels de santé dans le cadre la politique de développement des modes d'exercice collectif et coordonné mise en œuvre par l'ARS en lien avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS). Partenariat avec les préfetures et sous-préfetures.
Mise en œuvre	Moyens Humains - ARS ; - URPS ; - les professionnels de santé ; - les élus. Méthodologie - contacter et organiser des réunions associant les professionnels de santé et les élus concernés ; - présenter et mettre en œuvre la politique d'accompagnement de l'Agence.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Mise en œuvre du Pacte territoire-santé du 13 décembre 2012.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- les collectivités (communes, communautés de communes, CG29 et CG56) ; - les acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux ; - les usagers.
Ingénierie/étude de financement	Prise en charge sur le FIR dans le cadre de la politique d'accompagnement des Pôles et Maisons de Santé Pluri-professionnels. Aides conventionnelles (option démographie – option santé solidarité territoriale). Aides préfectorales pour accompagner les investissements immobiliers et/ou les systèmes d'informations.
Calendrier	2013-2015
Indicateurs	Nombre de projets validés et mis en œuvre Nombre de zones du TS3 identifiées : - prioritaires ; - fragiles ; - à surveiller.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : PRÉVENIR L'APPARITION DE ZONE EN DIFFICULTÉS

FICHE ACTION N° 2 : L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR DES TERRITOIRES FRAGILISÉS POUR LES AIDER À METTRE EN PLACE DES MODES D'EXERCICE COORDONNÉ

Enjeu(x)	Éviter que les territoires actuellement avec peu ou sans difficultés ne basculent en zone prioritaire ou fragile.
Objectifs/schéma cible	- recenser l'offre de soins de premiers recours (médecins et autres professionnels de santé); - couverture homogène et cohérente du territoire; - favoriser le regroupement des professionnels de santé (pôle, projet ou MSP).
Portage de l'action	Accompagnement des professionnels de santé dans le cadre la politique de développement des modes d'exercice collectif et coordonné mise en œuvre par l'ARS en lien avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS)
Mise en œuvre	Moyens humains - ARS; - URPS; - les professionnels de santé; - les élus. Méthodologie - identifier les zones ou secteurs du territoire de santé n° 3 potentiellement à risque; - identifier les facteurs de risques (départ à la retraite, non-renouvellement des professionnels de santé); - contacter et organiser des réunions associant les professionnels de santé et les élus concernés; - présenter et mettre en œuvre la politique d'accompagnement de l'Agence.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Les collectivités (communes, communautés de communes, CG29 et CG56) Les acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux Les usagers
Ingénierie/étude de financement	Accompagnement possible de la délégation territoriale Financement d'un accompagnement des projets et de sa mise en œuvre sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressources.
Calendrier	Sur la durée du PTS
Indicateurs	Nombre de zones ou secteurs identifiés Nombre de projets identifiés et suivis par rapport au nombre de territoires identifiés. Nombre de zones du TS3 identifiées : - prioritaires; - fragiles; - à surveiller.

● THÉMATIQUE 6. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE OFFRE DE SOINS TERRITORIALE : MÉDECINE, CHIRURGIE, IMAGERIE, RÉANIMATION ET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

EN PRÉAMBULE :

Il s'agit de décliner au niveau du territoire de santé n° 3 les volets SROS relatifs à la chirurgie et à l'imagerie.

La conférence a souhaité également retenir au sein du PTS les disciplines suivantes : la réanimation et les IRC.

Afin de proposer une cohérence de l'offre de soins sur le territoire n° 3, il a été décidé de les inclure à la thématique relative à la gradation des soins.

L'oncologie n'est pas abordée au sein d'une thématique particulière dans le PTS, cependant il faut noter que la prise en charge du cancer sur le TS3 s'inscrit dans une démarche coordonnée des acteurs, qui facilite la fluidité et la continuité dans la prise en charge des personnes.

La conférence souhaite également inscrire au sein de ce document l'importance de :

- la prise en charge territoriale des malades en surpoids et de formuler, sur la durée du PTS, des propositions concernant les lieux et modalités de prise en charge ;
- l'importance de l'amélioration de l'activité de prélèvement d'organes sur le TS3.

Suite à la présentation des Indicateurs de Pilotage d'Activité (IPA) de SSR lors de la conférence de territoire n° 3 du 18 octobre 2012, il a été décidé de réunir les acteurs de SSR du territoire de santé n° 3 afin de se saisir de ces IPA et de les travailler à un niveau établissement et de réfléchir à des explications du taux de recours aux SSR élevé des habitants du TS3 constaté lors de l'élaboration des IPA.

Cette réunion s'est tenue le 22 novembre 2012 en présence des représentants des établissements SSR du territoire : CH Quimperlé, Maison St Joseph, CHBS, CH de Port Louis, CH Le Faouët, CRF Kerpape, Keraliguen, centre de post-cure Le Phare, le Divit. L'ARS était également représentée.

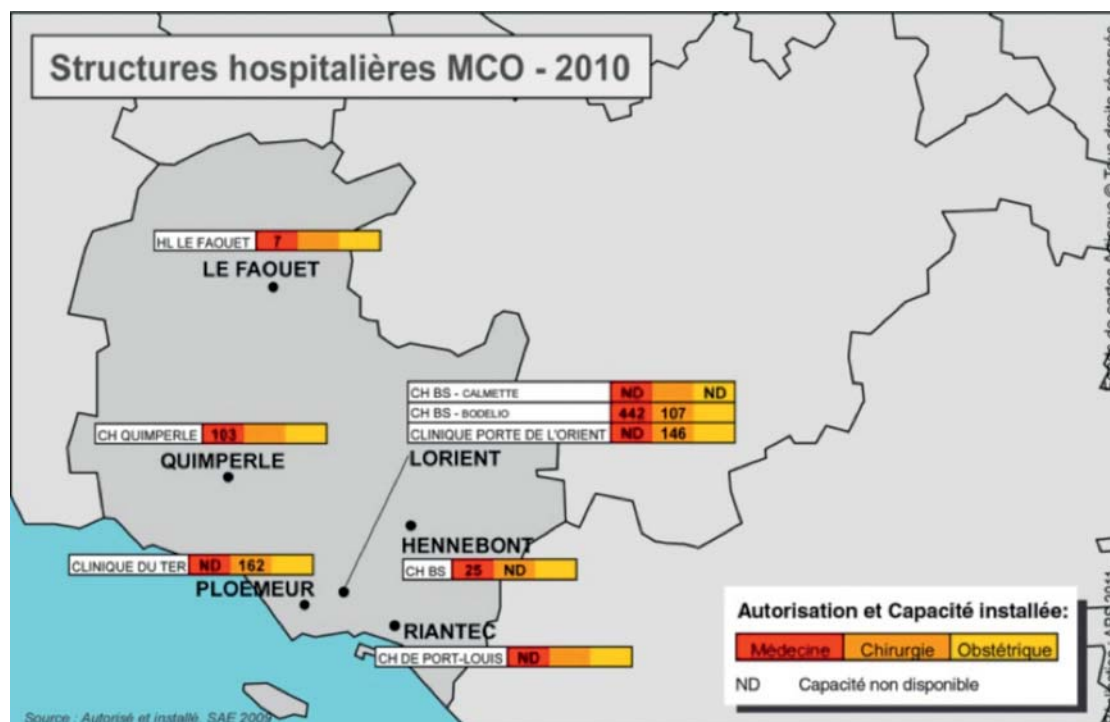
Des pistes pouvant expliquer le taux de recours élevé de SSR (des seuls habitants du territoire de santé, hors taux de fuite et taux d'attractivité), constaté sur le TS3 ont été :

- la prise en charge de soins palliatifs réalisée en SSR plutôt qu'en MCO dans le TS3 (ce qui a un impact sur la durée moyenne de présence (DMP) en SSR) ;
- l'impact d'un fonctionnement optimal de la filière, notamment MCO-SSR (entrée directement des urgences d'un établissement MCO, recours rapide au SSR après une intervention chirurgicale) ;
- le manque de place d'EHPAD et de solutions d'aval au SSR (y compris en chirurgie pour les plaies chroniques), ce qui augmente également la DMP en SSR ;
- la forte précarité des personnes âgées du TS3 (la prise en charge en EHPAD n'est pas toujours souhaitée par la famille car coûteuse) et leur isolement => à corréler à une analyse de la DMP par classe d'âge quinquennale des 75 ans et plus ;
- la diversité de l'offre du TS3 en SSR peut révéler une demande non « identifiée » sur d'autres territoires ou attirer une demande venue d'autres territoires et qui s'installent sur le TS3 (notamment pour Kerpape) ;
- l'impact des prescriptions/recommandations inappropriées ;
- une prise en charge plus longue que sur d'autres territoires permettant la sortie du patient isolé dans un état de santé le plus favorable possible => à corréler à l'analyse du taux de réhospitalisation hypothétiquement faible en SSR et en MCO.

Afin d'objectiver ces constats, il pourra être apporté, dans la mesure du possible, des éléments et indicateurs supplémentaires tels que :

- une étude socio-démographique avec indicateur de l'état de santé : niveau de revenu de la population, indicateur d'isolement, taux de fracture du col du fémur dans le territoire comparé aux autres territoires...
- une revue de pertinence en SSR afin d'objectiver les potentielles mauvaises prescriptions/recommandations ;
- une analyse des taux de réhospitalisation en MCO et SSR ;
- comparer le TS3 et le TS2 qui présentent le même profil de surconsommation en SSR de leurs habitants.

MÉDECINE



I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES

Les atouts du territoire :

- offre de soins complète en matière de spécialités médicales ;
- capacités développées en médecine polyvalente et gériatrique ;
- effectifs médicaux et paramédicaux satisfaisants, mais à surveiller au regard du faible potentiel de renouvellement des médecins ;
- existence de filières de soins (cancérologie, cardiologie, pneumologie, AVC, gériatrie) ;
- plateaux techniques complets, y compris en imagerie et biologie ;
- organisation articulée avec les réseaux.

Les faiblesses du territoire :

- capacités de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) inférieure à la moyenne régionale ;
- gestion des flux difficiles notamment au CHBS (insuffisance de lits d'EHPAD) ;
- articulation urgences-médecine-ville à renforcer ;
- défaut d'évaluation et de pertinence des séjours de médecine ;
- vieillissement important de la population du territoire ;
- difficultés par l'USP de répondre à l'ensemble des missions prévues dans le cahier des charges (notamment du fait de l'absence de reconnaissance tarifaire de l'activité) ;
- difficulté pour le centre de Kerpape d'obtenir un financement adapté aux spécificités de son activité SSR et de consultations.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Maintenir et développer une offre de qualité permettant une fluidité des parcours en adéquation avec les besoins de la population du territoire.

III. OBJECTIFS STRATÉGIQUES :

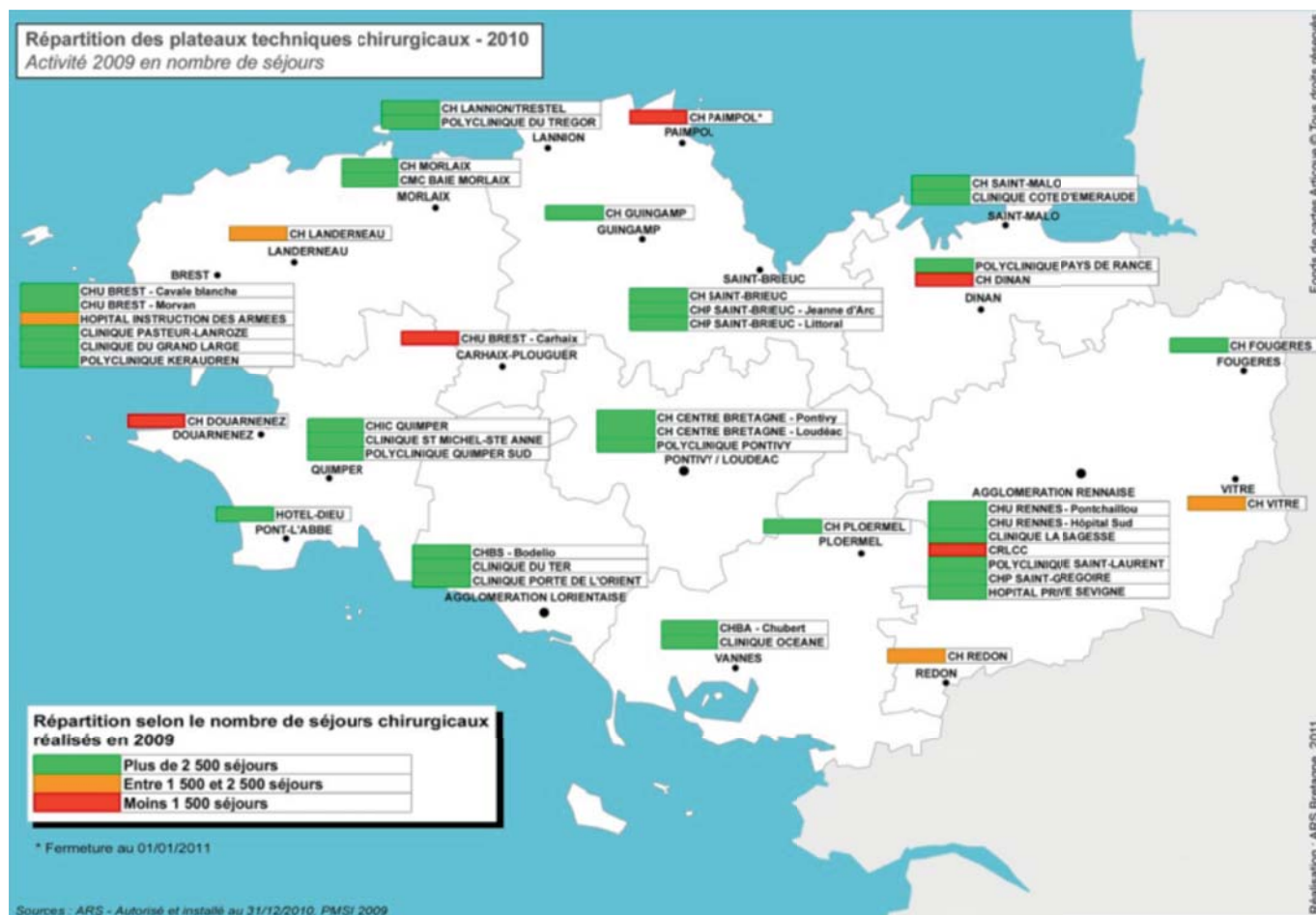
OBJECTIF 1 : ORGANISER LA GRADATION ET LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS

- **Consolider le maillage territorial gradué :**
 - afin d'éviter un passage aux urgences, renforcer le taux d'admission direct dans les services de médecine en développant la coordination entre le médecin traitant, le personnel soignant des EHPAD et le service de médecine du centre hospitalier (hospitalisation programmée).

OBJECTIF 2 : GARANTIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

- **Développer les alternatives à l'hospitalisation complète :**
 - renforcer les liens avec l'HAD ;
 - développer l'hospitalisation de jour et/ou de semaine ;
 - développer les consultations avancées et consultations télémédecine.
- **Améliorer le circuit du patient en fluidifiant la filière médicale par la régulation des admissions et l'anticipation des sorties :**
 - renforcer le rôle du service social (assistante sociale) afin d'améliorer la coordination et la fluidité des parcours de la personne permettant une sortie programmée, diminuant la durée moyenne de séjour ;
 - renforcer l'articulation entre les services de médecine, d'urgence, les SSR (notamment Kerpape et St Joseph), la psychiatrie afin d'améliorer la fluidité des parcours ;
 - développer la coordination avec la fédération des urgences et la FMIH en gériatrie ;
 - formaliser les coopérations inter-établissements : postes partagés, conventions (CHT...) ;
 - développer un outil informatique commun entre CHBS et CH Quimperlé notamment au niveau des urgences ;
 - formaliser et coordonner la prise en charge entre la chirurgie et la médecine sur la filière vasculaire sur le territoire entre la clinique mutualiste et le CH de Quimperlé.
- **Adapter l'offre de soins sur le territoire de santé n° 3 :**
 - au regard du vieillissement de la population sur le TS3, évaluer la pertinence de la spécialisation des lits de médecine : unité de médecine polyvalente/unité de médecine gériatrique ;
 - étudier sur les sites de proximité l'activité médicale et la place des établissements dans l'organisation des soins ;
 - travailler sur la mise en œuvre d'une coopération entre l'AUB santé et le service de cardiologie du CHBS pour l'utilisation de la technique de dialyse péritonéale à destination des patients en insuffisance cardiaque ;
 - une solution sera recherchée, en lien avec les établissements publics de santé, afin d'obtenir un financement adapté aux spécificités de l'activité SSR et de consultations du CRF de Kerpape.

CHIRURGIE



I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

LA RÉPARTITION TERRITORIALE

- CHBS;
- Clinique Porte de L'Orient;
- Clinique du TER.

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE

Les atouts du territoire :

- l'offre en chirurgie est complète et structurée sur le territoire de santé n° 3 ;
- la capacité de chirurgie ambulatoire est supérieure à la moyenne régionale : le territoire de santé n° 3 est le mieux doté de la région ;
- le taux de recours standardisé est supérieur à la moyenne régionale ;
- la démographie médicale est maîtrisée (point de vigilance cependant pour les anesthésistes) ;
- une densité de chirurgiens urologues supérieure à la moyenne régionale (population plus âgée) ;
- il existe une possibilité d'hébergement péri-opératoire des jeunes enfants conforme aux recommandations ;
- l'ouverture de l'hôpital du Scorff va permettre de disposer d'un plateau technique performant ouvert aux équipes du territoire ;
- le territoire dispose d'une PDES en vasculaire inscrite au PRS (voir fiche thématique PDES).

Les faiblesses du territoire :

- il existe une marge de progression sur la chirurgie ambulatoire. Cependant, le retour à domicile n'est pas toujours facile chez une population âgée et isolée ;
- la filière chirurgicale en pédiatrie nécessite d'être organisée et formalisée ;
- le territoire dispose de la PDSes en thoracique inscrite au PRS. Les conditions de l'organisation de la PDSes restent à décrire ;
- la filière vasculaire pour les patients atteints de plaies et relevant ponctuellement d'une prise en charge chirurgicale nécessiterait d'être complétée sur le volet médical.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- conserver/maintenir l'attractivité sur le territoire ;
- développer la chirurgie ambulatoire ;
- garantir une PDSes conforme aux principes comme à l'organisation prévue par le schéma cible (voir fiche thématique sur PDSes) ;
- optimiser le parcours de soins pour les patients polypathologiques relevant de la chirurgie vasculaire ;
- organiser et formaliser la filière des enfants en chirurgie.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

OBJECTIF 1 : ORGANISER LA GRADATION ET LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Distinguer 3 niveaux de soins et encourager la constitution d'équipes médicales de territoire pour garantir l'égal accès des soins à la population.

- Filière pédiatrique :

- adhérer au réseau régional de chirurgie pédiatrique (quand il sera constitué) et formaliser la filière de prise en charge des enfants en chirurgie ;
- positionner le plateau technique du Scorff comme outil ouvert à la prise en charge programmée de la chirurgie pédiatrique, de la chirurgie lourde potentiellement suivie d'une prise en charge en réanimation ;
- organiser l'hébergement péri-opératoire des jeunes enfants sur l'hôpital du Scorff.

- Filière vasculaire :

- développer et formaliser la filière vasculaire pour les patients polypathologiques ou atteints de plaies.

- Ouverture du plateau du Scorff :

- positionner le plateau technique du Scorff comme outil ouvert à la prise en charge programmée de la chirurgie pédiatrique et de la chirurgie lourde potentiellement suivie d'une prise en charge en réanimation ;
- réfléchir à un élargissement de l'ouverture du plateau technique du Scorff aux plages de la PDSes par une optimisation/mutualisation des moyens. Cette ouverture d'un seul plateau technique en période de PDSes nécessitera une réflexion entre le CHBS et les deux cliniques, en lien avec les équipes concernées.

Veiller à la prise en charge des urgences et à la PDSes (voir fiche PDSes)

OBJECTIF 2 : GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ DES SOINS ET L'EFFICACITÉ DES SOINS**- Développer la chirurgie ambulatoire**

Mettre en place une coordination territoriale ville-hôpital autour de la chirurgie ambulatoire, travail notamment avec les professionnels de santé de ville.

Outre cette action, le développement de la chirurgie ambulatoire sera décliné dans les CPOM des établissements.

- Améliorer le parcours de soins du patient**- Mettre en place une action de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale chez l'homme de plus de 65 ans.****FICHE ACTION N° 1 : METTRE EN PLACE UNE ACTION DE DÉPISTAGE DE L'ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE CHEZ L'HOMME DE PLUS DE 65 ANS**

Enjeu(x)	Prévenir la rupture des anévrismes de l'aorte abdominale
Objectifs/schéma cible	Mettre en place une action de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale chez l'homme de plus de 65 ans
Portage de l'action	Clinique mutualiste de la porte de l'Orient
Mise en œuvre	Moyens humains Équipe de la clinique mutualiste de la Porte de l'Orient Méthodologie : - lancer une action de dépistage auprès de 10 % de la population masculine de + de 65 ans résidant dans l'agglomération lorientaise, afin d'identifier la faisabilité d'une action à plus grande échelle ; - mettre en place un comité de pilotage et un comité scientifique présidé par le Dr F. Saudreau, chirurgien vasculaire.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	HAS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Équipe de la clinique mutualiste de la Porte de l'Orient URPS, CPAM 56, ARS, Mutualité française, CHU de Rennes, CHU de Bordeaux, CHBS
Ingénierie/étude de financement	Service Prévention de la Mutualité Française
Calendrier	2013-2014
Indicateurs	- taux de recours ; - nombre de patients dépistés ; - nombre d'anévrismes diagnostiqués.

IMAGERIE

PRÉAMBULE :

Si l'augmentation du nombre des IRM est incontournable, elle doit être « soutenable » en référence au programme GDR. L'augmentation doit s'accompagner d'une diversification des gammes d'appareil avec des IRM plus efficaces.

Les implantations des IRM « dédiées » ou « spécialisées » aux pathologies ostéo-articulaires, seront adossées aux IRM polyvalents.

Des évolutions de la CCAM et des forfaits techniques sont attendues et le schéma de diversification du parc IRM, seront finalisées lorsque l'on disposera d'informations précises sur les classes d'équipement et sur l'évolution tarifaire.

L'autorisation de nouvelles implantations ou le remplacement d'équipement s'inscriront au sein d'un projet médical de territoire, sur la base de co-utilisation des appareils (source PRS).

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

LA RÉPARTITION TERRITORIALE

	SCANNER	IRM (POLYVALENT)	CAMÉRA À SCINTILLATION
CHBS	2	1	
Clinique Mutualiste Porte de L'Orient	1	1	
Clinique du TER	1	1	2

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES

Les atouts du territoire :

- des délais d'attente sur les plateaux de ville encore satisfaisants, mais qui s'allongent ;
- les délais d'accès aux scanners sont corrects.

Les faiblesses du territoire :

- l'accès à un IRM est difficile ;
- évolution démographique défavorable des radiologues dans le secteur public.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Réduire les inégalités d'accès aux soins sur le territoire de santé.

III. OBJECTIFS STRATÉGIQUES

ORGANISER LA GRADATION ET LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS

RENFORCER L'OFFRE EXISTANTE EN IMAGERIE SUR LE TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3 ET METTRE EN ŒUVRE LES ÉQUIPEMENTS CONFORMÉMENT À L'ANNEXE TERRITORIALE DU PRS :

ÉQUIPEMENTS ET MATÉRIELS LOURDS

	IMPLANTATIONS (sites et nombre)	NOMBRE D'APPAREILS
Caméra à scintillation	1 site : Ploëmeur (1), dont actuellement autorisé : 1	2, dont actuellement autorisés : 2
IRM à utilisation clinique	3 sites : Lorient (2), Ploëmeur (1), dont actuellement autorisés : 3	4 dont 1 spécialisé ostéo-articulaire, actuellement autorisés : 3
Scanographe à utilisation médicale	5 sites : Lorient (3), Quimperlé (1), Ploëmeur (1), dont actuellement autorisés : 5	5, dont actuellement autorisés : 5

Au regard de l'activité et des besoins identifiés, il apparaîtrait nécessaire de solliciter une autorisation afin d'obtenir un équipement d'IRM polyvalent supplémentaire au CHBS.

La concertation entre les acteurs publics et privés du territoire sera poursuivie quant à l'évolution du parc des IRM à utilisation clinique spécialisé.

Une réflexion est également en cours autour d'un projet commun en imagerie entre le CHBS et le Centre hospitalier de Quimperlé (dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire avec développement de la télé-imagerie) et d'une organisation territoriale associant les radiologues libéraux.

RÉORGANISER LA PERMANENCE DES SOINS TERRITORIALE EN IMAGERIE

Afin d'assurer la prise en charge en imagerie des patients entrant dans un établissement de santé pour des soins non programmés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, de maintenir une expertise en tenant compte de la démographie médicale ainsi que de maintenir l'attractivité du territoire de santé n° 3, une réflexion territoriale sera engagée sur la réorganisation de la permanence des soins en imagerie qui associera l'ensemble des acteurs du territoire.

Cette réflexion s'inscrira dans le cadre des prescriptions du PRS et du schéma cible de la PDSES.

RÉANIMATION

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

LA RÉPARTITION TERRITORIALE :

L'offre sanitaire en réanimation :

Réanimation au CHBS : 10 lits soit 3,3 lits/100 000 habitants (vs 6,6 lits au niveau national et 4,4 lits au niveau régional)

L'offre sanitaire en USC :

- polyvalente : 6 lits au CHBS.
- chirurgicales :
 - clinique du Ter : 8 lits ;
 - clinique Mutualiste : 8 lits.

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES :

Les atouts du territoire :

- nouvelle structure au CHBS plus adaptée à partir de 2013 ;
- maintien des moyens humains et des compétences spécifiques liées à l'activité de réanimation/USC (CHBS) ;
- plateau technique du CHBS permettant la prise en charge péri-opératoire des patients les plus à risques, en collaboration avec les USC chirurgicales.

Les faiblesses du territoire :

- TS3 sous doté en lits de réanimation (3,3 lits /100 000 habitants) ;
- saturation des lits de réanimation : refus de 76 patients en 2011 faute de places, une quarantaine sur le 1er semestre 2012, principalement issus de notre territoire de santé (dont les patients les plus lourds du CH Quimperlé redirigés vers Quimper faute de places au CHBS) ;
- capacités en USC polyvalente du CHBS insuffisantes pour répondre aux besoins médicaux, mais aussi aux besoins chirurgicaux issus du CHBS.

Le groupe en arrive à la conclusion que l'accroissement des besoins, semble nécessaire pour répondre aux faiblesses actuelles du territoire.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- répondre aux besoins actuels ;
- fluidifier les parcours de soins existants ;
- anticiper l'accroissement des besoins de santé et l'évolution de la démographie.

III. OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Fluidifier le parcours de soins et harmoniser le rapport entre lits d'USC chirurgicale/polyvalente et l'activité chirurgicale de chaque établissement :

- entre USC autonomes et Réa/USC polyvalente : renforcement des échanges médicaux et des protocoles ;
- optimiser le circuit des patients relevant d'une chirurgie urgente non programmée (en particulier pour la chirurgie vasculaire urgente).

Mise en œuvre d'une filière de soins entre USC autonomes et Réa/USC polyvalente : réunions de concertation, mise en place d'un protocole de fonctionnement.

Etre vigilant à l'évolution de l'activité et démographique du territoire afin de proposer une mise en adéquation de l'offre en réa/USC : analyse des refus d'admission par manque de place, du taux de fuite du TS3 (dont Quimperlé vers Quimper), du taux d'attractivité du TS3.

Suivre les marqueurs d'activités et adapter les capacités selon l'évolution des marqueurs d'activités.

Poursuivre le maintien des compétences spécifiques des personnels (paramédicaux : formation initiale et continue, temps d'intégration des nouveaux professionnels) : réflexion régionale dans le cadre des GTR de réanimation.

Appliquer au niveau du territoire de santé n° 3 les recommandations régionales sur le maintien des compétences spécifiques des personnels de réanimation/USC.

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

Démographie : Population vieillissante avec des co-morbidités. Le taux de prévalence augmente avec l'âge.

Épidémiologie (source : REIN Bretagne 2010, REIN National 2010)

- l'incidence en 2010 (taux standardisé selon l'âge et le sexe : dialyse+greffe)

- TS3 : 124.7 patients par million d'habitants (pmh), +5 % en 1 an ;
- Bretagne : 117.3 pmh, +2,5 % en 1 an ;
- France : 149 pmh en 2010.

- la prévalence en 2010 (taux standardisé selon l'âge et le sexe)

- TS3 : 779.7 pmh ;
- Bretagne : 866 pmh
- France : 1 060 pmh en 2008.

- taux de greffés en 2010

- TS3 : 50.8 % ;
- Bretagne : 50.6 %.

Taux de recours (source : REIN Bretagne 2010, REIN National 2010)

- hémodialyse du TS3

- en centre : 75.5 % (Bretagne 66.9 / France : 65 %) ;
- en UDM : 12.3 % (Bretagne : 11.2 % / France : 9,6 %) ;
- autodialyse : 12.22 % (Bretagne : 18.9 % / France : 22,8 %) ;
- à domicile : 0 % (Bretagne : 0,6 % / France : 1 %).

- dialyse Péritonéale 2010 (DP)

- TS3 : 4.5 % ;
- Bretagne : 8.5 % ;
- France : 7 %.

Offre sanitaire pour la prise en charge des IRC sur le TS n° 3

- centres : 2 centres à Lorient

- AUB (14 postes installés sur le site du Scorff) ;
- CHBS (13 postes installés sur le site du Scorff).

- unité de Dialyse Médiacisée (UDM) : 2 unités

- Lorient ;
- Mellac (Visite de conformité et Télésurveillance installée).

- unité d'AutoDialyse (UAD) : 2 unités

- Lorient (Dialyse matin, fin d'après midi et dialyse longue de nuit) ;
- Mellac (matin et après-midi, accueil de vacanciers).

Établissement préleveur : réalisation au CHBS par l'équipe du CHU de Rennes

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES.

Les atouts du territoire :

- greffe rénale : politique volontariste des praticiens du T3 en matière d'activité de greffe.
- dialyse péritonéale (DP) :
 - proposée à tout patient (et non exclusivement aux personnes âgées) au cours de l'ETP dialyse ;
 - prise en charge du CHBS par l'équipe de néphrologie en cas d'hospitalisation en néphrologie ;
 - en journée : bonne organisation grâce à l'équipe mobile de DP de l'AUB ;
 - formation : AUB établissement formateur pour la DP.

- actions de prévention des sténoses vasculaires : Le CHBS et l'AUB sont équipés de Transsonic qui permet le dépistage précoce des sténoses d'abords vasculaires (suivi mensuel ou trimestriel).

Les faiblesses du territoire :

- greffe : manque de chirurgiens préleveurs pour compenser l'activité de greffe soutenue du TS3. (manque des formations des équipes de prélèvement et désorganisation du bloc);
- dialyse péritonéale :
 - développement de la technique freinée par le repli en hospitalisation non organisé lors d'un passage hors service de néphrologie du CHBS (lits médecine, de chirurgie ou service de longs séjours). L'équipe mobile de DP de l'AUB assure actuellement la prise en charge initiale et la formation des personnels infirmiers du service accueillant le patient;
 - fragilité de l'organisation de la DP la nuit et le week-end : manque d'une organisation formelle avec la prise en compte des situations d'urgences en cas de péritonite.
- installation d'un seul lit de repli de dialyse : nécessité d'avoir 3 lits d'hospitalisation pour 120 patients (nécessité réglementaire);
- transports : difficultés d'obtenir l'accord de prise en charge par l'Assurance Maladie des transports pour les patients dialysés en SSR (hémodialyse).

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Développer la dialyse péritonéale sur le TS n° 3 pour rattraper le niveau régional (~10 à 15 %).

Assurer une prise en charge précoce de l'IRC et préventive de la dialyse.

III. OBJECTIFS STRATÉGIQUES

ORGANISER LA GRADATION ET LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Objectif opérationnel : Développer les dialyses hors centre

- atteindre 15 à 20 % des nouveaux patients (incidents) en dialyse traités par DP à terme;
- maintenir l'accès et le recours à la transplantation à un niveau élevé;
- contenir à moins de 10 % le nombre de patients dialysés sur cathéters veineux centraux.

ACTION N° 1 (FICHE ACTION 1): METTRE EN ŒUVRE LES DIFFÉRENTES MESURES DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE LA DIALYSE PÉRITONÉALE

Enjeu(x)	Organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins
Objectifs/schéma cible	Développement de la dialyse péritonéale (DP) : Au sein des EHPAD du territoire 3 (circulaire ministérielle en application) avec possibilité d'intervention d'IDE extérieures libérales pour le suivi de la DP : le décret de 2011 instaure la facturation des actes de DP réalisées par les IDE libérales intervenant pour l'EHPAD. Formation des IDE à la DP pour la mise en place d'un dispositif commun de PDS entre le CHBS et l'AUB : Formation réalisée par l'équipe mobile de DP de l'AUB des IDE du service de médecine polyvalente du CHBS auquel sera intégré l'unité de néphrologie sur le futur site du Scorff. Développement de la Prévention : Développer le dépistage, la prévention et l'ETP du risque cardio-vasculaire en coopération entre le Centre de Santé de l'AUB/le CHBS/Réseau CODIAB-KALON'IC. (convention de coopération).
Portage de l'action	AUB Santé
Mise en œuvre	Moyens humains - nécessité de maintenir un nombre de néphrologues suffisant et anticiper les départs en retraite : Besoins 3 néphrologues à l'AUB (aujourd'hui 2) et 3 au CHBS (aujourd'hui 2) ; - maintenir les effectifs de chirurgiens pouvant assurer la prise en charge des abords vasculaires et péritonéaux. Méthodologie : - développement de la DP : dispositif de formation de l'AUB par l'équipe mobile de DP (4 IDE) à destination : - des EHPAD (directeurs, médecins coordonnateurs, IDE) ; - service de néphrologie du CHBS ; - des établissements sanitaires du territoire ; - des cabinets d'infirmières libérales. - prévention : - réseau Codiab-Kalon'ic : signature d'une convention de coopération (16/10/12) - travail du groupe « prévention des risques cardio-vasculaires » du TS3 avec la mise en place de la plateforme territoriale. - activité d'éducation thérapeutique mise en œuvre à l'AUB et au sein du Réseau. - Journées de dépistage primaire sous l'égide de la FNAIR ; - suivi semestriel des indicateurs par le groupe de travail ; - mise en œuvre de réunions d'orientations thérapeutiques en 2013 (proximité AUB-CHBS sur le site du Scorff) ; - structuration d'une unité de néphrologie-dialyse autonome au CHBS : prise en charge des cas néphrologiques lourds (diagnostique et traitement) et des possibilités de replis (hémodialyse et DP) ; - organisation de synergies entre le service du CHBS et l'unité de l'AUB, installées dans des locaux communs ; - formaliser une procédure de prise en charge des situations d'urgence en cas de péritonite.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	SR0S-H et PRS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Equipes du TS3 : - l'AUB ; - service de néphrologie du CHBS ; - établissements sanitaires ; - professionnels des EHPAD ; - cabinet d'infirmières libérales.
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	Téléconsultation sur UDM de Mellac opérationnelle. Groupe de suivi « Abords vasculaires » opérationnel. Signature de la convention AUB-Réseau en octobre 2012. Structuration de l'unité de néphrologie au CHBS : 2013 (Scorff) Formalisation de synergies entre les deux services de l'AUB et du CHBS
Indicateurs	- indicateurs du registre REIN : incidence et prévalence IRCT, ainsi que : - proportion des patients en DP / hémodialyse ; - proportion en centre / hors centre (UDM, AutoD, Domicile) ; - proportion de patients sur cathéter d'hémodialyse / FAV.

THÉMATIQUE N° 7. LE DÉVELOPPEMENT D'OUTILS DE COORDINATION ET DE DÉCLOISONNEMENT DES ACTEURS DE LA SANTÉ

EN PRÉAMBULE :

Cette thématique est par définition transversale et a donc irrigué toutes les réflexions conduites dans les différents champs traités par le programme territorial.

De nombreuses fiches actions élaborées par les groupes de travail des conférences portent soit sur la mise en place d'instance destinée à améliorer la coordination des acteurs, soit sur la mise en place d'outils favorisant le décroisement des interventions des professionnels de santé.

Le tableau ci-après recense les outils et les instances projetés dans le programme d'actions du PTS :

TYPES D'INSTANCE OU D'OUTILS FAVORISANT LA COORDINATION OU LE DÉCLOISONNEMENT	OBJECTIFS	VOLET THÉMATIQUE DU PTS	RENOI VERS FICHE ACTION
Coordination des acteurs	- encourager la coopération et les liens entre les acteurs de la prévention et les acteurs de la cité (travail avec la moyenne distribution sur l'espace festif nocturne) et du soin ; - mettre en place une coordination entre les acteurs de la prévention du territoire 3 ; - développer les liens entre les acteurs de la prévention et du soin ; - travailler le lien avec les associations néphalistes dans le cadre de la prévention et de l'accompagnement des usagers en articulation avec les différents acteurs du soin.	Prévention et prise en charge des conduites addictives	Fiche action n° 1 Soutien des actions de prévention en direction des publics cibles.
Comité de coordination territoriale entre les acteurs institutionnels	- coordonner l'action des acteurs institutionnels sur le TS3 pour : - faciliter et fluidifier les parcours de la personne âgée sur un territoire de santé ; - mener une gouvernance collégiale des acteurs et des institutions ; - définir collégialement les propositions d'actions à mettre en œuvre.	Personnes âgées	Fiche action n° 1 Mise en œuvre d'un comité de coordination territoriale.
Formaliser de multiples groupes thématiques, centré sur une action concrète et de durée limitée dans le temps	- trouver des solutions à des difficultés communes - favoriser les relations personnelles et inter-structures ; - se familiariser avec les difficultés et richesses des partenaires ; - développer les apprentissages en commun par la co-construction ; - et donc favoriser le portage collectif des solutions par les professionnels du terrain.	Personnes âgées	Fiche action n° 2 Développement et décroisement des partenariats notamment par la mise en œuvre de micro-chantier.
Mettre en place une fédération des urgences	Articuler la fédération d'urgence avec les autres instances identifiées de la PDS (SOS, Médecins de Garde, Maison médicale de garde, SAS).	Urgences et PDSES	Fiche action n° 1 Accueil des urgences sur le territoire n° 3

TYPES D'INSTANCE OU D'OUTILS FAVORISANT LA COORDINATION OU LE DÉCLOISONNEMENT	OBJECTIFS	VOLET THÉMATIQUE DU PTS	RENOI VERS FICHE ACTION
Organisation d'un SMUR de territoire aux missions clairement identifiées.	- évaluer et mettre en place une coordination ou une complémentarité de tous les moyens (médecins SMUR, médecins SP, IDE SP); - coordonner les actions des antennes SMUR du territoire avec une co-régulation 29 56 améliorée; - organiser un SMUR de territoire avec moyens humains et techniques communs.	Urgences et PDSES	Fiche action n° 2 Organisation d'un SMUR de territoire aux missions clairement identifiées
Définir un « tronc commun » de compétences nécessaires aux intervenants urgentistes (en prenant en compte les risques liés aux formations : manque de « motivation » de professionnels à se former), Développer un module de formation commun au sein de l'IFPS (mannequin de simulation). Développer des formations communes entre médecine hospitalière et médecine de ville. Définir des procédures et des protocoles communs pour la formalisation des filières de prise en charge d'urgences.	- harmoniser les prises en charge urgentes sur le territoire de santé entre les différents professionnels impliqués; - entretenir les compétences en continu en optimisant les moyens de formation. - améliorer les relations sur le terrain entre les différents acteurs par le vecteur de la formation; - harmoniser les protocoles et critères d'admission directe par structure (FN vasculaire, filière cardio... etc.).	Urgences et PDSES	Fiche action n° 3 Formation des professionnels de l'urgence
Réunir les acteurs pour organiser l'accès aux structures de la petite enfance Développer au niveau du territoire une instance départementale de suivi (CAMSP, CMPEA, SESSAD, ARS, CG, CMPP)	- améliorer la fluidité des parcours, les priorisations d'admission, l'examen des listes d'attente d'entrée et de sortie - assurer une meilleure articulation entre les acteurs du dépistage et de la prise en charge ainsi que de l'accompagnement.	Handicap	Fiche action n° 1 Dépistage et prise en charge précoce du handicap sur le TS3
Mettre en place un groupe de réflexion territorial	- identifier et mettre en lien les lieux d'accueil et d'accompagnement; - assurer la déclinaison territoriale des préconisations nationales (HAS et ANESM) et régionales.	Handicap	Fiche action n° 2 Amélioration de l'accompagnement à tous les âges de la vie des personnes porteuses d'autisme et TED.
Coordonner le suivi médical de la personne handicapée entre les différents acteurs (sanitaires, médico-sociaux, libéraux) quels que soient le handicap et le type de prise en charge de la personne	Faciliter l'accès aux soins et améliorer le suivi du parcours médical des personnes handicapées qu'elles soient à domicile ou en établissement	Handicap	Fiche action n° 3 Accès aux soins des personnes handicapées
Contribution de la conférence de territoire 3 à la réflexion régionale dans la mise en place d'un dispositif de coordination des acteurs en santé mentale	- proposer la création d'un conseil départemental de santé mentale - proposer une déclinaison territoriale par la création d'un comité de coordination territoriale - renforcer l'intégration de la clinique de l'humeur dans l'offre de soins territoriale	Santé mentale et handicap psychique	Fiche action n° 1 Contribution de la conférence de territoire 3 à la réflexion régionale dans la mise en place d'un dispositif de coordination des acteurs en santé mentale

TYPES D'INSTANCE OU D'OUTILS FAVORISANT LA COORDINATION OU LE DÉCLOISONNEMENT	OBJECTIFS	VOLET THÉMATIQUE DU PTS	RENOI VERS FICHE ACTION
Développement du partenariat avec les acteurs de l'hébergement, du logement et de l'insertion professionnelle	Formaliser les modalités de coopérations (protocoles, conventions, réunions...) entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social : par exemple entre la psychiatrie (hospitalisation, équipe de liaison...) et les acteurs de l'hébergement et du logement (adapté et ordinaire) afin de préparer les sorties de psychiatrie, d'éviter des ré hospitalisations en urgence, les ruptures de parcours, les expulsions, les situations de crise	Santé mentale et handicap psychique	Fiche action n° 3 Développement du partenariat avec les acteurs de l'hébergement, du logement et de l'insertion professionnelle.
Mise en place d'un conseil de secteur associant les partenaires agissant auprès des enfants et des adolescents du territoire de santé ou du département	Améliorer et formaliser la coordination territoriale existante entre les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux.	Santé mentale et handicap psychique	Fiche action n° 4 Amélioration de la prise en charge des situations de crise chez l'enfant et modalités de recours à l'hospitalisation et les alternatives.
Structurer la filière de soins gérontopsychiatriques par un dispositif territorial intersectoriel	Rencontres des acteurs institutionnels et du territoire au sein d'un groupe de travail pour élaborer un schéma gérontopsychiatrique du territoire en y associant la médecine de ville. Définir les modalités d'intervention permettant d'éviter les discontinuités dans les parcours. Formalisation des partenariats et des coopérations transversales en privilégiant l'intercommunalité.	Santé mentale et handicap psychique	Fiche action n° 7 Amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques liés au vieillissement.
Mise en place d'un groupe de travail constitué par les acteurs concernés sur le territoire 3 (Reconstitution de la Fédération intersectorielle psychiatrique Crise Urgence).	Identifier et renforcer le réseau d'acteurs de prévention	Santé mentale et handicap psychique	Fiche action n° 8 Prévention du risque suicidaire et renforcement des modalités organisationnelles adaptées à la prise en charge des tentatives de suicide et l'organisation de la prise en charge en aval de la crise suicidaire.
Création d'une plateforme de coordination de l'ETP / risque cardio-vasculaire	- avoir une meilleure lisibilité et faire connaître les actions éducatives pour les usagers et les professionnels ; - formaliser un parcours d'éducation coordonné et cohérent pour les patients en fonction de leur profil ; - dépister et sensibiliser les populations restant hors circuit de prise en charge ; - développer une dynamique et un maillage du territoire par la mise en place d'une coordination des actions d'ETP et des acteurs du premier recours et des établissements.	ETP	Fiche action 1 Création d'une plateforme de coordination de l'ETP / risque cardio-vasculaire
Optimisation d'une organisation territoriale d'orientation des patients.	- améliorer la coordination existante ; - intégrer les nouveaux acteurs dans le réseau de soins palliatif du territoire ; - connaissance par un large public des solutions du territoire.	Soins palliatifs	Fiche action 3 Amélioration de la coordination entre les acteurs du soin palliatif.

II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3

THÉMATIQUE N° 8. LE HANDICAP

L'élaboration des PTS répond à deux enjeux importants pour le SRO-MS :

- la prévention et la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins et à l'accompagnement (ex : difficultés de déplacement des personnes, intérêt des consultations avancées ou groupées de spécialistes...);
- la coordination des acteurs pour favoriser la fluidité des parcours et privilégier le maintien de l'autonomie dans des dispositifs de droit commun.

Articulation des travaux des conférences de territoire de santé pour l'élaboration des programmes territoriaux de santé (PTS)

Le Programme Régional de Santé de l'ARS Bretagne comporte plusieurs thématiques concernant la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées adultes (santé mentale et handicap psychique, fluidité des parcours des personnes handicapées, devenir des personnes handicapées vieillissantes, observation partagée...).

La déclinaison du Programme Régional de Santé de l'ARS Bretagne en Programme Territoriaux de Santé à mettre en œuvre au niveau de chacune des conférences de territoire implique de devoir trouver les modalités idoines pour éviter de constituer des groupes de travail redondants et surtout favoriser les translations entre l'ARS et les conseils généraux du Morbihan et du Finistère qui engagent respectivement les travaux du 4^{ème} schéma départemental des personnes handicapées (2013-2017).

Correspondance des travaux sur le handicap entre 4^{ème} schéma CG 29 /schéma du CG56 et PTS

Le traitement de la thématique de l'accompagnement des personnes handicapées est renvoyé en grande partie à la publication par les conseils généraux du Finistère et du Morbihan de leur schéma respectif en faveur des personnes en situation de handicap en 2013.

Le département du Morbihan a retenu les thématiques suivantes :

- qualité, bientraitance ;
- vie sociale (tourisme, loisirs, culture et sport/transport et logement) ;
- dépistage et prise en charge précoce ;
- inclusion sociale et scolaire des enfants en situation de handicap ;
- accompagnement des personnes handicapées ;
- vieillissement des personnes handicapées ;
- handicap psychique ;
- autisme.

Le département du Finistère a retenu les thématiques suivantes :

- orientation et admission ;
- prospective, adaptation et optimisation de l'offre ;
- projet de vie ;
- loisirs, culture, sport et citoyenneté ;
- information, formation et communication.

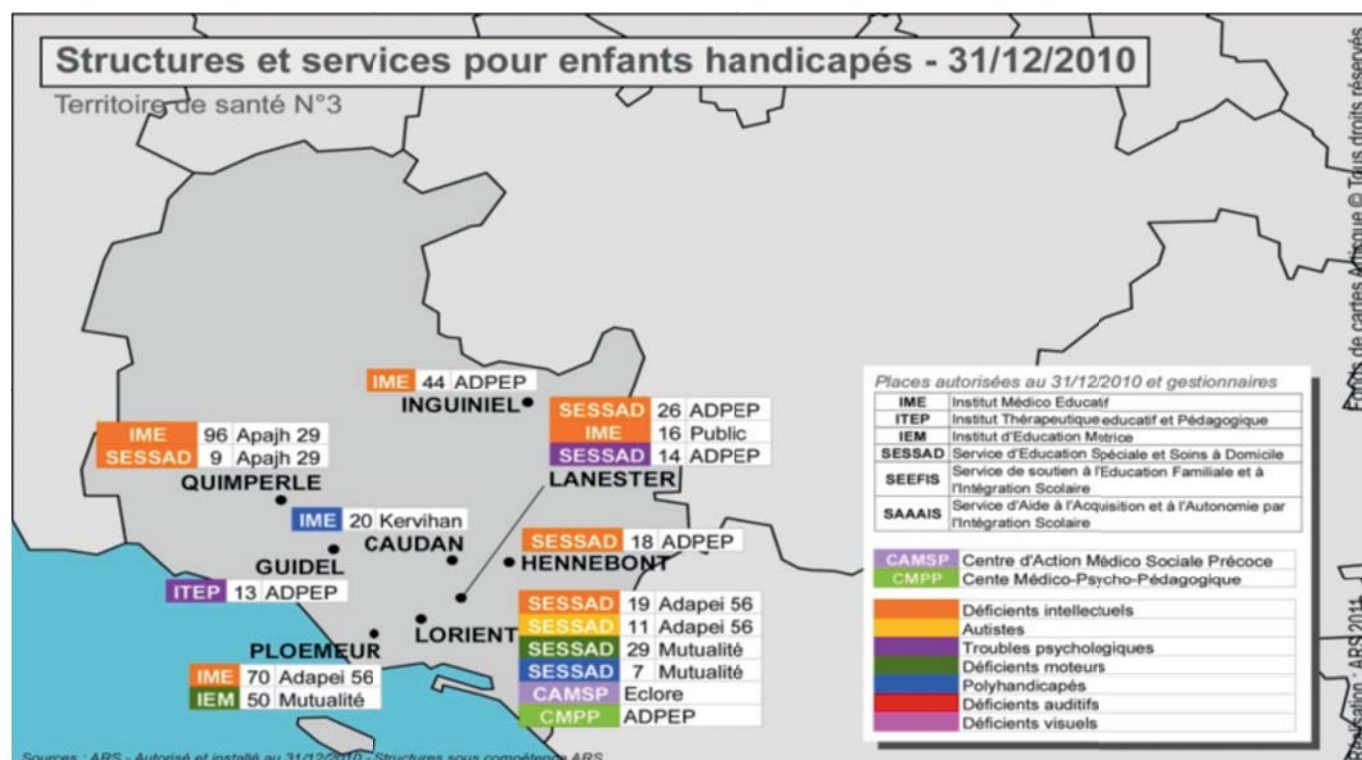
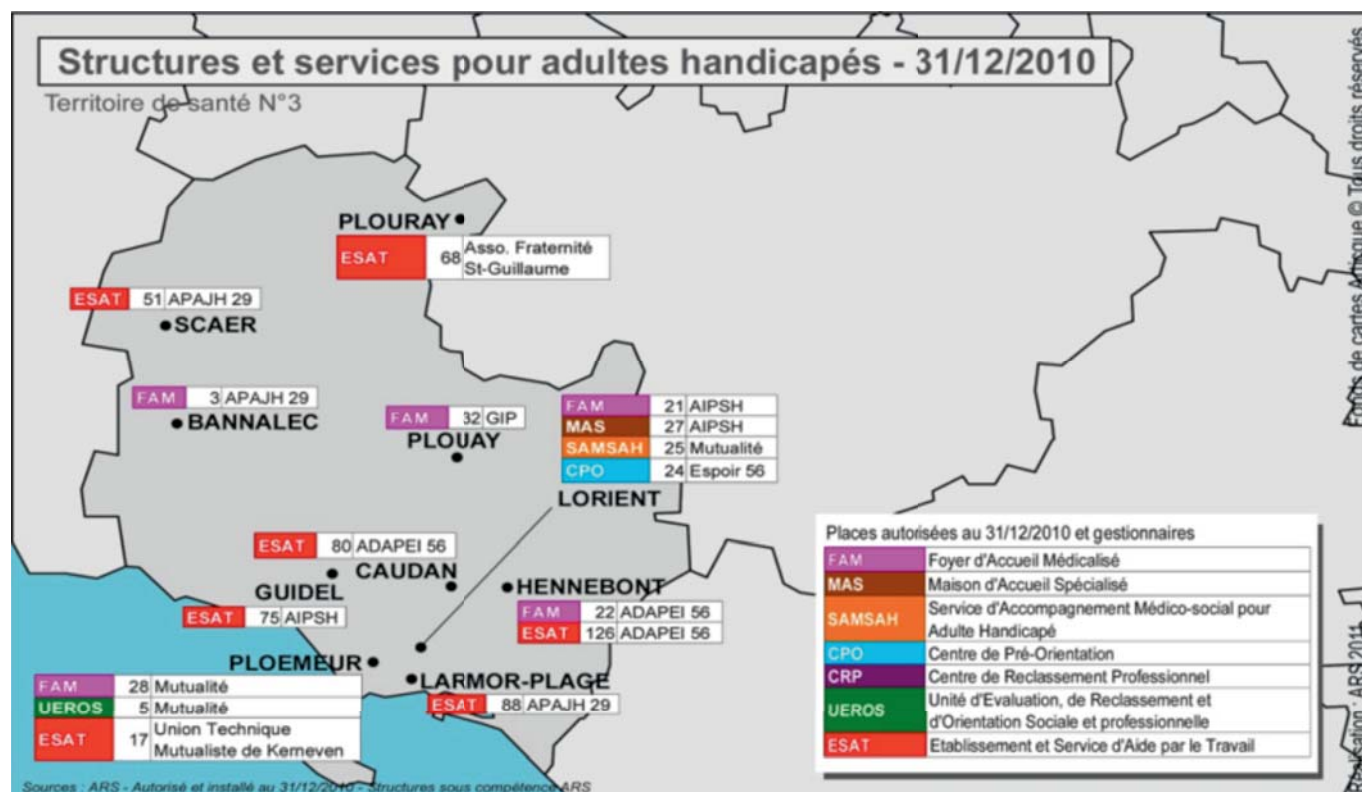
Mise en place de travaux spécifiques pour les PTS

Le groupe de travail constitué dans le cadre des travaux du PTS a souhaité accentuer sa réflexion, à partir du diagnostic territorial réalisé des axes retenus dans le PRS et le SROS-MS :

- la prévention du handicap et la prise en charge précoce ;
- l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées ;
- les jeunes adultes handicapés maintenus en institution.

De plus, il a également souhaité traiter l'axe de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

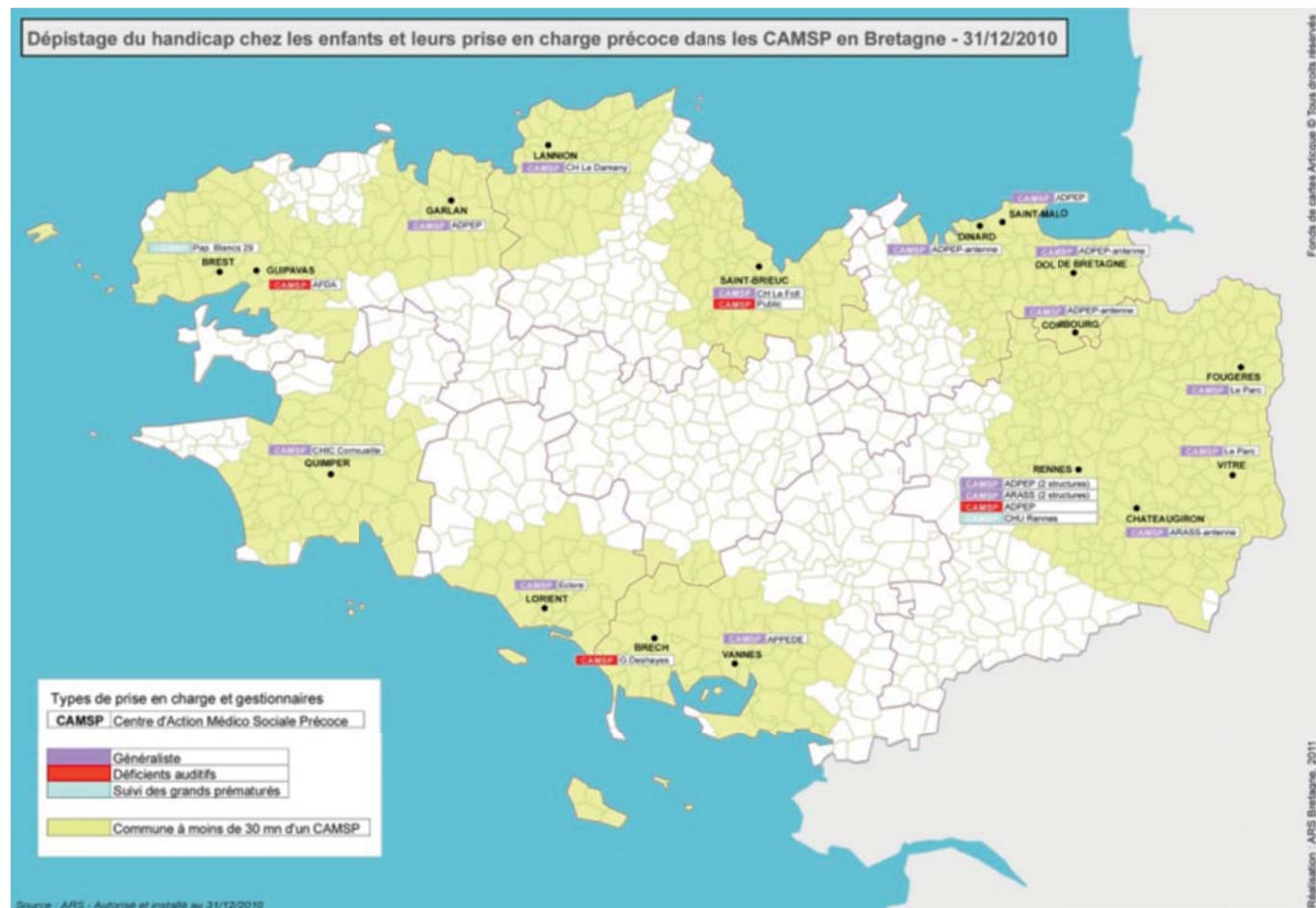


II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE DE SANTE N°3

Jeunes adultes handicapés maintenus en établissements pour enfants – Creton



Dépistage et Prise en charge précoce du handicap : CAMSP (zones blanches à 30 minutes)



Dépistage et Prise en charge précoce du handicap : CMPP (zones blanches à 30 minutes)



SYNTHÈSE DES ATOUTS ET DES FAIBLESSES

Les atouts du territoire :

- offre développée sur l'enfance et à tous les âges de vie, tant en établissements qu'en services permettant un maintien au domicile ;
- la prise en charge du handicap chez l'enfant :
 - maillage satisfaisant du territoire ;
- la prise en charge du handicap chez l'adulte :
 - bon maillage du territoire en structures et service quel que soit le type de handicap ;
 - présence sur le territoire d'hébergement temporaire/structure de répit et accueil de jour : le territoire bénéficie de 15 places d'accueil de jour en FAM sur les 23 places financées sur le département du Morbihan ;
 - mise en place récente d'une équipe mobile de médecine physique et de réadaptation sur le territoire.
- l'autisme :
 - maillage satisfaisant des structures et services dédiés à l'autisme tant dans le champ des adultes que des enfants (1 MAS, 1 FAM, des places d'ESAT dédiées, 1 SAMSAH pluri handicap, 1 SESSAD intervenant en CLIS autiste, 2 IME accueillant des enfants avec TED) ;
 - réelle expertise des acteurs du territoire (avec notamment présence de formateurs de formateurs et accent mis au sein des plans de formation des gestionnaires du territoire sur l'accompagnement des TED).
- la déficience motrice :
 - expertise des acteurs sur bassin lorientais (Centre de Kerpape, l'UEROS, 2 FAM et 1 MAS, 2 ESAT dédiés, 1 SAMSAH pluri handicap, l'HAD, l'IEM du département, 1 SESSAD A Denn Askell pour DM et polyhandicaps, 1 CAMPS) ;
- la prise en charge des jeunes adultes handicapés maintenus en institutions pour enfants (Creton) :
 - Le TS3 se démarque par le faible nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton ;

II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE DE SANTE N°3

- partenariat et coopération : Il existe non seulement une culture de travailler ensemble entre les acteurs du médico-social entre eux mais également avec le sanitaire (CAMPS avec gestionnaire multi-partenarial, SAMSAH 56).

Les faiblesses du territoire :

- l'autisme :
 - marge de progression dans l'harmonisation des pratiques et l'élaboration d'outils et moyens communs de communication (entre structures pour enfants et adultes notamment) ;
 - articulation à développer avec les acteurs du dépistage de l'EPSM ;
 - offre insuffisante en IMPRO pour autistes (notamment en cas de facultés cognitives préservées).
- le dépistage et la prise en charge précoce du handicap :
 - peu de prise en charge des tous petits, manque de solution de prise en charge en aval du dépistage en CAMPS ;
 - difficultés d'orientation pour les enfants et adolescents dont les besoins en soins sont stabilisés, relevant de dispositifs médico-sociaux, présentant une déficience motrice et troubles associés cognitifs, psychiques ou sensoriels ;
 - suractivité du CAMPS de 50 places, qui ne permet pas de faire face aux besoins du territoire ;
 - non mise en œuvre du plan d'action interministériel relatif au TSA dans son volet départemental ;
 - absence de structure de type pouponnière sanitaire pour les jeunes enfants avec forte instabilité clinique, risques de décompensation (métabolique, neurologique, respiratoire) relevant de lieux de vie médicalisés et adaptés aux besoins de tout-petit.
- la prise en charge du handicap chez l'enfant :
 - la capacité de l'ITEP répond essentiellement à une prise en charge des enfants au détriment des grands ados ;
- concernant la prise en charge des jeunes adultes handicapés maintenus en institution pour enfants (CRETON) :
 - une faible capacité en établissement pour les jeunes adultes (notamment places de MAS pour polyhandicapés) ;
 - saturation des services et établissements d'aval.
- concernant les personnes handicapées vieillissantes :
 - pas de données précises sur le territoire (uniquement un diagnostic régional) ;
 - peu de places de foyers d'hébergement pour travailleurs d'ESAT d'où une forte proportion de travailleurs qui vivent chez leurs parents âgés.
- concernant l'accès aux soins des personnes handicapées :
 - accès aux soins très insuffisant tant pour les soins ambulatoires (dentaires, OPH, gynécologiques et campagne de dépistage) qu'en établissements de santé ;
 - la dépendance fonctionnelle et sensorielle est insuffisamment prise en compte lors des séjours en MCO.

L'absence de lisibilité de la coordination des acteurs institutionnels (ARS / CG / collectivités) pointée par les acteurs de terrain.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- améliorer et renforcer la fluidité des parcours ;
- développer la coordination des acteurs et harmonisation des pratiques ;
- favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de handicap ;
- garantir à la personne en situation de handicap le choix de son projet de vie.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif stratégique 1 : Garantir la diversité et la complémentarité des parcours

- action n° 1 (fiche action 1) : le dépistage et la prise en charge précoce du handicap sur le TS3 ;
- action n° 2 (fiche action 2) : Amélioration de l'accompagnement à tous les âges de la vie des personnes porteuses autistes et TED (référence nationale HAS et ANESM).

Objectif stratégique 2 : Garantir à la personne en situation de handicap le choix de son projet de vie

- action n° 3 (fiche action 3) : l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- action n° 4 (fiche action 4) : l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : GARANTIR LA DIVERSITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES PARCOURS

FICHE ACTION N° 1 - LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DU HANDICAP SUR LE TS3

Enjeu(x)	Garantir à tous les enfants du territoire, handicapés ou non, de 0 à 6 ans, un accès aux dépistages et diagnostics, le plus précocement. Améliorer la prise en charge précoce et la fluidité des parcours des jeunes enfants handicapés.
Objectifs/schéma cible	- améliorer la lisibilité, la couverture territoriale et l'accès aux différents dispositifs de dépistage du territoire de santé N° 3 ; - assurer une meilleure articulation entre les acteurs du dépistage et de la prise en charge ainsi que de l'accompagnement.
Portage de l'action	Mise en œuvre ARS/CG et CAMSP
Mise en œuvre	Méthodologie : - identifier l'origine géographique des bénéficiaires du CAMSP ; - accompagner le CAMSP de Lorient dans l'identification des professionnels libéraux du territoire pour la prise en charge des jeunes diagnostiqués en relais du CAMSP (notamment pour les soins de kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie) ; - améliorer les liaisons nécessaires à la fluidité du parcours de soins avec : • les CAMSP existants : futur CAMSP polyvalent de Pontivy, antenne du CAMSP de Carhaix (COB) et CAMSP spécialisé pour déficients auditifs d'Auray ; • les CMPEA/CMPI du territoire ; • les CMPP du territoire ; • les SESSAD ; • CHBS (service périnatalité). - réunir les acteurs pour organiser l'accès aux structures de la petite enfance (crèches et haltes garderies du territoire, PMI, CAF et Communes concernées ou volontaires) ; - développer au niveau du territoire une instance de suivi et de concertation (CAMSP, CMPEA, SESSAD, CMPP et instituts médico-sociaux) pour améliorer la fluidité des parcours des jeunes enfants, les priorisations d'admission le cas échéant et favoriser l'information réciproque des acteurs (cf. cadre du schéma handicap 56 et orientations du PRS Bretagne).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ex : ASV, ATS, etc.)	- réseau périnatalité 56 - réseau TSA - équipe hospitalière associée pour les enfants avec autisme et TED - autres CAMSP dont ceux de Pontivy en projet, et de Carhaix (antenne) communes / CAF / PMI et gestionnaires de crèches et haltes garderies
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- CAMSP du territoire et en proximité - CHBS (service périnatalité). - CMPEA/I, CMPP, SESSAD, libéraux - ARS, CG/PMI, communes, CAF
Ingénierie/étude de financement	Cadre du PRIAC pour les moyens supplémentaires.
Calendrier	2013/2016
Indicateurs	Ceux prévus par le référentiel annexé au rapport d'activité des CAMSP. Nombre de réunions de l'instance territoriale de suivi.

FICHE ACTION N° 2 - AMÉLIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT À TOUS LES ÂGES DE LA VIE DES PERSONNES PORTEUSES AUTISMES ET TED (RÉFÉRENCE NATIONALE HAS ET ANESM)

Cette fiche doit être analysée comme une contribution à la réflexion régionale impliquant les différents schémas du PRS.
Cette réflexion sera précisée dans le cadre des recommandations nationales à paraître.

Enjeu(x)	Favoriser le développement des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et ANESM
Objectifs/schéma cible	Coordonner sur le territoire les actions mises en œuvre par les acteurs pour mettre en commun et harmoniser leurs bonnes pratiques.
Portage de l'action	ARS et conférence de territoire
Mise en œuvre	Méthodologie - identifier et mettre en lien les lieux d'accueils et d'accompagnement sur le territoire au sein d'un groupe de réflexion, qui s'assurait d'une déclinaison territoriale des préconisations nationales et régionales ; - s'assurer de la formation et du soutien des professionnels : interne aux établissements, transversale sur le territoire par notamment l'échange de pratiques entre professionnels exerçant au sein de divers organismes gestionnaires ; - faire converger les outils et méthodes (dont les moyens de communication) mis en œuvre au sein des ESMS.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- thématique santé mentale : voir fiche action Autisme ; - travaux du CTRA, dont réflexion sur fiche de liaison médicale pour l'accès aux soins ; - schémas départementaux handicap (56 et 29).
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- les spécialistes de l'accompagnement de l'autisme ; - les acteurs généralistes qui suivent ou accueillent ce public : éducation nationale, accueils péri scolaires et crèche ; - les représentants des usagers ; - les CG 29 et 56.
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	Sur la durée du PTS
Indicateurs	- nombre de formations conjointes réalisées ; - création d'outils communs dont base de données pictogramme, fiche de liaison ; - nombre de réunions du groupe de réflexion par an.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : GARANTIR À LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP LE CHOIX DE SON PROJET DE VIE

FICHE ACTION N° 3 : L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Enjeu(x)	Faciliter l'accès aux soins et améliorer le suivi du parcours médical des personnes handicapées qu'elles soient à domicile ou en établissement.
Objectifs/schéma cible	- coordonner le suivi médical de la personne handicapée entre les différents acteurs (sanitaires, médico-sociaux, libéraux) quels que soit le handicap et le type de prise en charge de la personne ; - améliorer et articuler la prise en charge des personnes handicapées au sein des établissements de santé (urgences, hospitalisation complète) ; - sensibiliser les professionnels libéraux à la prise en charge des personnes handicapées ; - former les professionnels de santé aux différents handicaps afin de faciliter l'accueil et faciliter le diagnostic.
Portage de l'action	ARS avec copilotage du chargé de mission de la conférence de territoire
Mise en œuvre	Moyens humains - nommer un référent handicap au sein des établissements de santé ; - nommer des représentants des établissements et services médico-sociaux pour participation au groupe de travail ; - identifier des professionnels libéraux du territoire déjà sensibilisés à la prise en charge des personnes handicapées. Méthodologie - évaluer les conventionnements et protocoles à formaliser entre les établissements de santé, les services et établissements médico-sociaux ; - identifier et recenser les besoins de formation des professionnels de santé en matière de handicap ; - développer des outils pour améliorer la communication avec la personne handicapée et la continuité de l'information médicale ; - constituer un groupe territorial, qui aura la double mission de : • décloisonner et acculturer les acteurs du territoire ; • de mettre en œuvre les orientations et les outils (nationaux et régionaux).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- articulation avec les travaux en cours au niveau régional : sur l'autisme expérimentation d'une fiche de liaison ; - déclinaison des travaux régionaux sur le sujet ; - articulation avec travaux du schéma des CG 29 et 56.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- les professionnels de santé (sanitaires, libéraux) - des représentants d'établissements et de services médico-sociaux - l'équipe mobile de médecine physique et de réadaptation du territoire. - L'ARS - les CG 29 et 56
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- nombre de conventions et/ou protocoles formalisés ; - nombre de formations dispensées ; - nombre de réunions tenues par le groupe.

FICHE ACTION N° 4 : L'ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES

Enjeu(x)	Améliorer la prise en charge décloisonnée du vieillissement des personnes handicapées
Objectifs/schéma cible	- disposer sur le territoire d'une diversité de réponses permettant la prise en charge tant à domicile qu'en établissements ; - coordonner sur le territoire les actions mises en œuvre par les institutions et inscrites dans les différents schémas : schémas des CG 29 et 56, SROMS de l'ARS.
Portage de l'action	ARS et CG
Mise en œuvre	- encourager les solutions de répit et l'aide aux aidants (accueils de jour et temporaires...); - développer la coordination des acteurs à domicile et notamment autour de la problématique du soin (notamment pour les travailleurs handicapés retraités): développement de l'offre de SAMSAH à destination des PHV; - Développer la formation des professionnels en établissement au vieillissement des personnes handicapées : bientraitance – adaptation des rythmes de vie – activités à proposer ; - développer les interventions de l'HAD en établissement pour notamment les situations en fin de vie.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- PRS/SROMS ; - schéma du CG du Finistère ; - schéma du CG du Morbihan.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- les acteurs des services et établissements sociaux et médico-sociaux ; - les représentants légaux (mandataires et/ou tuteurs familiaux) ; - les CG 29 et 56.
Ingénierie/étude de financement	Financement sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressources.
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- nombre de conventions et/ou protocoles formalisés entre acteurs ; - nombre de formations et contenu dispensés en interne aux établissements.

THÉMATIQUE N° 9. LA SANTÉ MENTALE ET LE HANDICAP PSYCHIQUE

EN PRÉAMBULE :

Lors des travaux réalisés dans le cadre du PTS, deux groupes distincts ont été réunis afin de différencier les problématiques de la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant.

LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE A DES MISSIONS DE PRÉVENTION ET DE SOINS

L'offre de soins spécialisée en psychiatrie infanto-juvénile s'organise sur la base de principes généraux fondant la politique de secteur que sont l'accessibilité, la continuité, la qualité des soins, le soutien et l'implication des familles. Il s'agit non plus d'appréhender l'organisation de la pédopsychiatrie en termes de structure, mais de concevoir des modalités de prise en charge centrées sur les enfants et les adolescents, tenant compte de leur environnement et de la diversité des troubles et pathologies rencontrés dans le champ de la santé mentale. L'offre de soins psychiatriques doit proposer une réponse graduée, diversifiée et coordonnée assurant une réelle prise en charge de proximité.

Dans le cadre des territoires de santé, il convient d'organiser prioritairement, au regard des besoins localement identifiés, les réponses suivantes :

- la réponse aux besoins des enfants et adolescents en matière de soins programmés de courte ou de longue durée en pédopsychiatrie ;
- la réponse aux besoins des enfants et adolescents en situation de crise et d'urgence (tentatives de suicide notamment) et à ceux de leur famille, que ce soit à l'hôpital général ou dans la communauté ;
- la réponse aux besoins des enfants et adolescents nécessitant une intervention coordonnée de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie générale (en périnatalité, en pédiatrie, pour la prise en charge des adolescents ou pour la gestion du passage à l'âge adulte des jeunes suivis en pédopsychiatrie...) ;
- la réponse aux besoins des enfants et des adolescents en matière de soins, de scolarisation et d'études, que ce soit en milieu ordinaire, en milieu hospitalier ou en institution spécialisée (articulation avec l'Education Nationale, les universités) ; c'est dans ce cadre que pourra être traitée la question de la formalisation de la coordination indispensable entre le dispositif sectoriel et les centres référents des troubles des apprentissages du langage ;
- la réponse aux besoins des enfants et adolescents handicapés et notamment ceux souffrant des formes les plus lourdes de leur pathologie (troubles envahissants du développement, autisme...), en étroite collaboration avec le secteur médico-social compétent en particulier pour l'adaptation des structures d'accueil et d'hébergement ;
- la réponse aux besoins des enfants et des adolescents relevant des dispositifs de protection de l'enfance (protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse...) ;
- la réponse aux besoins des familles en matière d'accueil, d'information et de soutien et le dialogue avec les associations de parents ;
- la réponse aux besoins de la population en matière de prévention et le développement des actions partenariales en direction des professionnels et de la collectivité, notamment en lien avec les services de santé de l'éducation nationale, la protection maternelle et infantile... ;
- la réponse aux besoins des professionnels et des institutions de soins ainsi que ceux relevant des secteurs sociaux, médico-social, éducatif et judiciaire (travail de liaison, actions de formation et d'information...).

Il importe que ces réponses s'organisent dans le cadre d'un véritable fonctionnement en réseau. Pour ce faire, le temps d'élaboration et de coordination nécessaire pour promouvoir ou intégrer ce mode de fonctionnement devra être pris en compte. Ce n'est, en effet, qu'au travers de la mise en synergie des compétences de l'ensemble des acteurs concernés (publics, privés, libéraux quel que soit leur domaine d'intervention) que la prise en charge des enfants et des adolescents pourra être optimisée.

Le groupe de travail du TS3 relatif à la psychiatrie infanto juvénile a retenu les sujets prioritaires suivants :

- sur le champ sanitaire :
 - accès aux consultations ambulatoires ;
 - dispositifs de prévention et de gestion des situations de crise ;
 - saturation des lits de Psychiatrie ;
 - identification des besoins prioritaires pour les PEC spécifiques de certaines populations ;
 - articulation des PEC des adolescents et du passage.
- sur le champ médico-social :
 - connaissance de l'offre et des besoins pour le handicap psychique ;
 - accès aux services d'accompagnement médico-sociaux ;
 - clarification des rôles et des complémentarités des différents acteurs intervenant en proximité : équipe de secteur, mobiles, camps, Sessad, CMPP.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

PSYCHIATRIE ADULTES

Offre sanitaire

Taux d'équipement pour 10 000 habitants	TERRITOIRE 3	RÉGION
Lits	15,3	15,2
Places	6,3	5,6
Part des lits du secteur privé (hors ESPIC)	0,196	0,203
Part des places du secteur privé (hors ESPIC)	0,0	0,049
Nombre de CMP pour 100 000 habitants	4,8	4
Nombre de CATTP pour 100 000 habitants	5,7	4,3

Offre Médico-Sociale - Tous types de handicaps

Attention, l'offre médico-sociale n'est pas limitée aux handicaps psychiques

Taux d'équipement Places pour 1 000 habitants	TERRITOIRE 3	RÉGION
Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	3,5	3,9
Foyers d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM)	0,7	0,9
Maison d'accueil spécialisé (MAS)	0,2	0,7
Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	0,3	0,3
CPO	0,2	0,1
CRP	0,0	0,2
UEROS	0,0	0,0

PSYCHIATRIE ENFANTS

Offre sanitaire

Taux d'équipement pour 10 000 habitants	TERRITOIRE 3	RÉGION	FRANCE
Lits	1,4	2,2	3,9
Places	12,1	9,3	7,3
Nombre de CMP pour 100 000 habitants	12,5	10,8	
Nombre de CATTP pour 100 000 habitants	5,7	4,3	

Offre Médico-Sociale - Tous types de handicaps

Attention, l'offre médico-sociale n'est pas limitée aux handicaps psychiques

Taux d'équipement pour 10 000 habitants	TERRITOIRE 3	RÉGION
Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	0,7	0,7
Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)	0,0	0,2
Instituts médico-éducatifs (IME)	3,4	4,1
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	0,2	0,7
Établissements pour déficients moteurs (IEM)	0,7	0,3
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	2,1	3,2

DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants	TERRITOIRE 3	RÉGION	SOURCE
Psychiatres ayant au moins une activité libérale	7,6	7,9	RPPS au 1 ^{er} janvier 2012 - Effectif de médecins actifs spécialisés en psychiatrie, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Psychiatres ayant au moins une activité salariale	11,8	13,2	RPPS au 1 ^{er} janvier 2012 - Effectif de médecins actifs spécialisés en psychiatrie, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Psychologues ayant au moins une activité libérale	10,4	12,0	ADELI - Traitement ARS au 31/12/2011
Médecins généralistes ayant au moins une activité libérale	105,5	98,3	RPPS au 1 ^{er} janvier 2012 - Effectif de médecins actifs - Médecine générale

LITS ET PLACES

EPSM Charcot

Adulte

Lits	209
Hôpital de jour	115
Hôpital de nuit	3

Enfants

Lits	8
Hôpital de jour	68
Hôpital de nuit	0
Accueil familial thérapeutique	3

CH Quimperlé

Adulte

Lits	50
Hôpital de jour	30
Hôpital de nuit	2

Clinique Saint Vincent

Adulte

Lits	69
Hôpital de jour	0
Hôpital de nuit	0



- l'EPSM Charcot ;
- le CH de Quimperlé ;
- la Clinique Saint-Vincent ;
- le CH de Port-Louis ;
- le CH du Faouët ;
- le CHBS ;
- le CRF de Kerpape ;
- les SSR addictologie (les post-cure Le Phare et Kerdudo) ;
- les médecins généralistes et les spécialités libérales.

- la Sauvegarde 56 ;
- l'ADAPEI « les papillons blancs » ;
- les établissements médico-sociaux de la Mutualité 29-56 ;
- l'AIPSH (fusion absorption avec la mutualité 29-56 à compter du 01/01/2013) ;
- l'APAJH (association départementale dans le Finistère et la fédération nationale dans le 56) ;
- une antenne de l'IMPro public de Treléau de Pontivy sur Lanester ;
- l'ADPEP 56 (CMPP Lorient et SESSAD DI et ITEP à Hennebont / Lanester) ;
- un IME de Kervihan à Caudan ;
- les CSAPA de (Quimperlé, Douar Nevez Lorient) et le CAARUD ;
- les EPHAD ;
- ATLAS CAP emploi ;
- la MDA du Morbihan ;
- la MDPH du Finistère.

Les élus et représentants des usagers

- conseil général 56 ;
- conseil général 29 ;
- communauté d'agglomération de Lorient ;
- ville de Quimperlé ;
- le GEM de Lorient ;
- l'UNAFAM ;
- les associations néphalistes ;
- les CCAS ;
- les bailleurs sociaux ;
- le service de médecine préventive de la ville de Lorient

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE

Les atouts de la psychiatrie enfant :

- collaboration des partenaires sanitaires et médico-sociaux : discussions en cours sur la promotion de structures et d'articulation des dispositifs sanitaires et médico-sociaux ;
- couverture du territoire de santé par les CMP ;
- bonne collaboration entre le CMPP et les CPEA qui n'accueillent pas les mêmes populations en termes d'âges ;
- équipe mobile petite enfance : PMI, pédopsychiatrie de liaison avec la néonatalité et étroite collaboration avec le CAMSP « Éclore » ;
- équipe mobile adolescent : va au-devant des adolescents éloignés du grand Lorient et assure une liaison auprès des partenaires sociaux et médico-sociaux ;
- fonctionnement décloisonné de la maison des adolescents ;
- fonctionnement en complémentarité entre le CPEA, le CMPP et le CAMSP ;
- coordination des enseignants des équipes soignantes des CPEA ;
- très bonne participation de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison à :
 - la prise en charge des adolescents hospitalisés en pédiatrie ;
 - l'organisation de la prise en charge de l'aval de l'hospitalisation : délais de consultations courts à la Maison des Ados ;
- réelle capacité d'adaptation de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison en fonction de la charge de travail en pédiatrie : présence parfois de 2 IDE de liaison.

Les atouts de la psychiatrie adulte :

- dispositif psychiatrique d'appui aux travailleurs sociaux ;
- travail en réseau dans l'approche des populations spécifiques sur les champs de la prévention, du soin et de la réinsertion ;
- diversité des dispositifs d'accompagnement ;
- qualité de la coopération dans l'accueil des patients entre public et privé ;
- présence des équipes de l'EPSM Charcot au sein du CHBS (urgence 24h/24 et liaison) et travail sur les comorbidités ;
- centre d'expertise Troubles Bipolaires au CH de Quimperlé (Clinique de l'Humeur) développé depuis 7 ans ;
- unités identifiées de gériopsychiatrie ;
- centre de jour intersectoriel de gériopsychiatrie ;
- unité d'hospitalisation spécifique intersectorielle dédiée aux primoaccédants en psychiatrie (PAIS).
- dispositif d'évaluation de l'incidence du handicap psychique dans le parcours d'insertion ;
- volonté des acteurs de renforcer les coopérations interhospitalières (FMIH, CHT) et entre sanitaire et médico-social (conventions de liaison psychiatrique médico-sociale) ;
- dynamisme des associations d'usagers ;
- sur le champ socio professionnel, le T3 dispose du seul CPO départemental ;
- ouverture de places de résidences d'accueil en 2012.

Les faiblesses de la psychiatrie de l'enfant :

- saturation des places de SESSAD ;
- saturation de l'UHEA avec une file d'attente concernant les premières consultations ainsi que les prises en charge en HJ, en ATTP, en ambulatoire. Ce qui a pour conséquence le maintien de jeunes adultes hospitalisés dans les services de psychiatrie générale. Le manque de lits en UHEA a été identifié par le groupe ;
- manque de places en CAMSP et de fluidité (surtout au niveau des CAMSP SESSAD) ;
- manque de place d'ITEP PRO pour adolescents sur le TS3 ;
- manque de pédopsychiatres et difficultés à en trouver pour assurer les vacations dans les IME et SESSAD ;
- Délai d'attente important concernant les premières consultations en CMPP et les prises en charge en aval.

Les faiblesses de la psychiatrie de l'adulte :

- manque de structures sociales et médico-sociales sur le territoire de santé n° 3 (pas de FAM et ni d'EHPAD spécialisé personne handicapée vieillissante) ;
- manque de dispositifs d'hébergement et d'accompagnement adapté à l'importance du handicap psychique : accueil familial social, famille gouvernante, maison relai, foyer d'accueil, foyer de réadaptation ;
- saturation récurrente des lits de psychiatrie par manque de services et de structures d'aval sanitaires et médico-sociales : FAM-MAS pour personnes handicapées psychiques, SAVS, SAMSAH ;
- équipes ambulatoires dont la mobilité et la réactivité sont limitées dans leurs missions de liaison de la psychiatrie vers les structures médico-sociales ;
- absence d'équipe mobile psychiatrique d'intervention de crise sur le territoire ;
- difficultés pour structurer les réponses hospitalières et associatives à celles de la prévention des conduites suicidaires ;
- maintien au long cours de personnes handicapées dans des structures inadaptées ;
- augmentation du nombre de patients accueillis en EHPAD avec des antécédents psychiatriques cohabitant difficilement avec les patients souffrant de démence sévère ;
- absence d'adaptation de la prise en charge au vieillissement des publics accueillis et notamment déficit de place d'EHPAD polyvalents et dédiés ;
- déficit de lisibilité et de reconnaissance de l'addictologie en psychiatrie ;
- absence d'établissement de type post-cure psychiatrique ;
- difficultés dans la prise en charge en psychiatrie des conduites addictives chez le jeune adulte ;
- absence de labellisation régionale de la Clinique de l'Humeur ;
- difficulté de mise en place de prise en charge au long cours en santé mentale au CRF de Kerpape ;
- déficit d'accompagnement sanitaire, médico-social et socio-professionnel ;
- parcours de vie encore trop marqué par les ruptures ;
- présence d'un seul GEM sur le territoire 3 ;
- carence en programme de réhabilitation psycho-sociale sur le territoire ;
- Manque de financement des programmes d'éducation thérapeutique ;
- absence de logement adapté anticipant l'aggravation des handicaps et les situations de rupture dans l'environnement des personnes concernées ;
- grande disparité des réponses selon le département (Morbihan et Finistère) et absence de lisibilité de la coordination des acteurs institutionnels pointée par les acteurs de terrain ;
- démarche de convergence tarifaire des structures d'hébergement des personnes sans abri ou mal logée, qui prennent en charge des populations atteintes de handicap psychique.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- renforcer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs ;
- améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le social et médico-social ;
- mettre en place les modalités permettant de réaliser une évaluation du handicap psychique afin de proposer une prise en charge adaptée ;
- améliorer la prise en charge des situations de crise chez l'enfant et modalités de recours à l'hospitalisation et les alternatives ;
- prioriser le développement des prises en charge de populations spécifiques : personnes avec autisme et TED, la gérontopsychiatrie ;
- prévenir les risques suicidaires.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

a) Objectif stratégique 1 : Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs

- Action n° 1 (fiche action 1) : Contribution de la conférence de territoire 3 à la réflexion régionale dans la mise en place d'un dispositif de coordination des acteurs en santé mentale

b) Objectif stratégique 2 : Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social

- Action n° 2 (fiche action 2) : Renforcement de la psychiatrie de liaison médico-sociale (enfant /adulte)
- Action n° 3 (fiche action 3) : Développement du partenariat avec les acteurs de l'hébergement, du logement et de l'insertion professionnelle
- Action n° 4 (fiche action 4) : Amélioration de la prise en charge des situations de crise chez l'enfant et modalités de recours à l'hospitalisation et les alternatives.

c) Objectif stratégique 3 : Mettre en place les modalités permettant de réaliser une évaluation du handicap psychique afin de proposer une prise en charge adaptée

- Action n° 5 (fiche action 5) : Développement de l'activité de la cellule d'évaluation, et d'orientation du handicap psychique du Morbihan

d) Objectif stratégique n° 4 : Prioriser la prise en charge des populations spécifiques

- Action n° 6 (fiche action 6) : Amélioration du fonctionnement de l'équipe hospitalière associée et extension de son rayon d'intervention à l'ensemble du département
- Action n° 7 (fiche action 7) : Amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques liés au vieillissement.

e) Objectif stratégique n° 5 : Améliorer la prise en charge du suicide

- Action n° 8 (fiche action 8) – Prévention du risque suicidaire et renforcement des modalités organisationnelles adaptées à la prise en charge des tentatives de suicide et l'organisation de la prise en charge en aval de la crise suicidaire.

OBJECTIF N° 1 : RENFORCER LES MODALITÉS DE COORDINATION ET DE COOPÉRATION ENTRE ACTEURS

FICHE ACTION N° 1 : CONTRIBUTION DE LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE 3 À LA RÉFLEXION RÉGIONALE DANS LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE COORDINATION DES ACTEURS EN SANTÉ MENTALE	
Enjeu(x)	Renforcer et structurer les coordinations entre les acteurs de la santé mentale : - améliorer la connaissance mutuelle et l'acquisition d'une culture commune de santé mentale ; - élaborer des circuits de communication lisibles et opérationnels ; - favoriser les échanges de pratiques et la résolution de problèmes ; - renforcer les partenariats interinstitutionnels.
Objectifs/schéma cible	- proposer la création d'un conseil départemental de santé mentale - proposer une déclinaison territoriale par la création d'un comité de coordination territoriale - renforcer l'intégration de la clinique de l'humeur dans l'offre de soins territoriale.
Portage de l'action	Communauté Hospitalière de Territoire en psychiatrie (EPSM/CHARCOT). Les structures psychiatriques du TS3.
Mise en œuvre	Les modalités de mise en œuvre seront à envisager en tenant compte des propositions issues de la réflexion régionale sur la coordination des acteurs en santé mentale. Moyens humains Acteurs de la santé mentale (sanitaire, médico-social, social, usagers) des territoires 3, 4, et 8 Partenaires institutionnels concernés (ARS, Conseil Général, DDSC, MDPH) Méthodologie - concernant la proposition de création d'un conseil départemental de santé mentale : identifier les membres du conseil, définir les modalités de fonctionnement, et définir les missions de ce comité ; - concernant la proposition de coordination de proximité : assurer le suivi de la mise en œuvre de coordinations de proximité Conventionner entre les hôpitaux psychiatriques et la clinique de l'humeur.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Travaux régionaux menés par « Convergence » sur le développement d'un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs de la santé mentale des territoires T3, T4, T8 Institutions : ARS, conseil général, DDSC Collectivités locales Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	Nombre de réunions du conseil départemental

OBJECTIF N° 2 : AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE ET LA FLUIDITÉ DES PARCOURS ENTRE LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

FICHE ACTION N° 2 : RENFORCEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON MÉDICO-SOCIALE (ENFANT /ADULTE)	
Enjeu(x)	- améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes accueillies en établissement médico-social (enfant/adulte); - faciliter les sorties d'hospitalisation ; - prévenir les situations de crises.
Objectifs/schéma cible	- promouvoir des politiques d'établissements volontaristes en la matière avec élaboration de conventions écrites précisant le cadre d'action - renforcer la psychiatrie de liaison en direction des établissements pour handicapés
Portage de l'action	EPSM Charcot à Caudan
Mise en œuvre	Moyens humains Secteur de psychiatrie Établissements médico-sociaux Méthodologie - concertation large des acteurs pour un bilan de l'existant (politique sectorielle); - exploration des voies d'amélioration en termes d'organisation (politique intersectorielle); - définition des missions de chacun autour des situations de crise et élaboration d'un cahier des charges partagées; - à partir des moyens existants, élaborer une palette de réponse en optimisant le fonctionnement des équipes (sectorielles, HAD psy, d'intervention de crise...); - plan continu d'évaluation et démarche qualité intégrant des stages de comparaison; - plan de formation ouvert à tous.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ex : ASV, ATS, etc.)	CPOM des établissements de psychiatrie Schéma handicap du conseil général
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- équipes de psychiatrie intervenant ou amenées à intervenir dans ces structures - équipes concernées dans les établissements médico-sociaux
Ingénierie/étude de financement	Sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressource
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	Nombre de conventions signées entre l'EPSM et les EMS

FICHE ACTION N° 3 – DÉVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES ACTEURS DE L'HÉBERGEMENT, DU LOGEMENT ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Enjeu(x)	- favoriser l'insertion par le logement et l'insertion socio professionnelle des personnes en situation de handicap psychique - éviter la fragilisation et la rupture des parcours de la personne, notamment lors des périodes de crise. - formaliser des partenariats entre la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux.
Objectifs/schéma cible	- à partir des problématiques rencontrées par les acteurs du territoire autour du public souffrant de pathologies et en rupture, formaliser les modalités de coopérations (protocoles, conventions, réunions...) entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social : par exemple entre la psychiatrie (hospitalisation, équipe de liaison...) et les acteurs de l'hébergement et du logement (adapté et ordinaire) afin de préparer les sorties de psychiatrie, d'éviter des ré hospitalisations en urgence, les ruptures de parcours, les expulsions, les situations de crise. - à partir de l'état des lieux des structures d'alternatives à l'hospitalisation complète, d'hébergement et de logement adapté (CHRS, logements ALT, pension de familles, résidences d'accueil, appartements thérapeutiques, familles gouvernantes...), optimiser les places déjà existantes et évaluer les besoins et proposer des solutions alternatives (au regard des priorités de chaque financeurs : ARS/DDCS/CG). - développer et formaliser la coordination et l'accompagnement des équipes mobiles dans le cadre des missions de secteur avec les acteurs du social et médico-social. - mettre en œuvre les actions communes au PDAHI, PDALPD et au PTI en direction de ce public et renforcer la coordination des acteurs institutionnels : ARS, DDSC, Unité territoriale de la DIRECCTE, DGISS (Département Insertion et emploi).
Portage de l'action	ARS avec copilotage DDSC et CG
Mise en œuvre	Moyens humains Représentants des différentes instances Méthodologie Rencontre des acteurs institutionnels et du territoire au sein de groupe de travail pour élaborer des protocoles afin d'éviter les discontinuités dans les parcours et préparer les sorties + évaluation de solutions alternatives. Formalisation du partenariat (conventions)
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ex : ASV, ATS, etc.)	- plan départemental d'accueil d'hébergement et d'insertion des personnes sans abri et/ou mal logées (PDAHI) - plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) - plan territorial d'insertion (PTI)
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	EPSM Charcot, CH de Quimperlé, DDSC, CG56 et CG29, sauvegarde 56, SAMSAH, SAVS, GEM, SPIP
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	À partir de 2013 et sur la durée du PTS
Indicateurs	- nombre de réunions tenues par les acteurs et les institutionnels du territoire ; - nombre de protocoles, conventions, coopérations réalisées, validés et mis en œuvre.

II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE DE SANTE N°3

FICHE ACTION N° 4 : AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE CHEZ L'ENFANT ET MODALITÉS DE RECOURS À L'HOSPITALISATION ET À SES ALTERNATIVES

Enjeu(x)	Assurer la prise en charge des enfants et adolescents en situation de crise sur le territoire de santé n° 3
Objectifs/schéma cible	- améliorer et formaliser la coordination territoriale existante entre les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ; - fluidifier les parcours et favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire ; - compléter le maillage de l'offre en alternative à l'hospitalisation ; - engager une réflexion entre le territoire de santé n° 2 et le territoire de santé n° 3 pour fluidifier la prise en charge des enfants et adolescents du secteur de Quimperlé.
Portage de l'action	
Mise en œuvre	- mise en place d'un conseil de secteur associant les partenaires agissant auprès des enfants et des adolescents du territoire de santé ou du département, Education Nationale, ASE, APJJ, IME, CAMPS, CMPP, Service de Pédiatrie, CRF de Kerpape Secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Vannes et de Quimperlé : articulation des prises en charge, parcours patient, prise en charge conjointe, réponse aux problématiques spécifiques. Deux niveaux de réunion sont à formaliser : une synthèse clinique à propos d'un patient ainsi qu'une articulation institutionnelle (élaboration des protocoles, amélioration des pratiques). Ce conseil de secteur prendra en considération les résultats de la réflexion régionale sur la coordination des acteurs. - développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein en dotant le territoire d'un hôpital de jour pour adolescents. - évaluer le découpage sectoriel actuel des prises en charge des enfants et adolescents du secteur de Quimperlé entre le TS2 et le TS3.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ex : ASV, ATS, etc.)	CPOM Réflexion régionale sur la coordination en santé mentale
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	- les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire - l'Education nationale - la conférence du TS2
Ingénierie/étude de financement	ARS (Sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressource et des priorités régionales).
Calendrier	Sur la durée du PTS
Indicateurs	Nombre de réunions tenues, de protocoles élaborés par le conseil de secteur

OBJECTIF N° 3 : METTRE EN PLACE LES MODALITÉS PERMETTANT DE REALISER UNE ÉVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE AFIN DE PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

FICHE ACTION N° 5 - DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ DE LA CELLULE D'ÉVALUATION, ET D'ORIENTATION DU HANDICAP PSYCHIQUE DU MORBIHAN

Enjeu(x)	Proposer une évaluation des personnes avec handicap psychique permettant de repérer leurs difficultés et leurs besoins d'accompagnement en s'appuyant sur la dynamique de réseau existante afin de favoriser un parcours de soins coordonné
Objectifs/schéma cible	Pérenniser le dispositif et en développer l'activité pour porter le nombre annuel de bénéficiaires à 40 et ouvrir la cellule aux demandes d'évaluation provenant du secteur hospitalier (notamment pour les patients hospitalisés au long cours) et du secteur extra-hospitalier (professionnels des services sociaux, professionnels du secteur libéral).
Portage de l'action	GCS de santé mentale du Golfe du Morbihan
Mise en œuvre	Moyens humains Organisation du travail de la cellule : 1 temps de coordonnateur + 1 temps de secrétariat Mise en œuvre des évaluations : temps de travail du binôme psychiatre/assistante sociale Méthodologie Phase 1 : expérimentation (2010-2012) Le dispositif d'évaluation et d'orientation du handicap psychique est expérimenté depuis mars 2010. Fonctionnement 1. sollicitation de la cellule par la MDA pour certains dossiers d'évaluation et/ou d'orientation de handicap psychique 2. évaluation des besoins par un binôme travailleur social/psychiatre : étude des demandes par l'équipe technique de la cellule en entretien 3. si nécessaire, préconisation d'orientation par le comité de pilotage vers : • des soins ou des soins de réadaptation appropriés qui sont de la compétence du champ sanitaire (hôpital, centres de postcures) • des évaluations complémentaires dans le cadre de projets d'insertion sociale et/ou professionnelle (en lien ou non avec la MDA, avec les secteurs : sanitaire, social et médico-social) 4. « stages d'évaluation » : Les évaluations sont réalisées par des mises en situation pratiques spécifiques dans les établissements appropriés du réseau morbihannais 5. élaboration d'un projet de vie réaliste et adapté d'après le bilan personnalisé remis à l'usager, aux professionnels et aux organismes demandeurs. Moyens humains - organisation du travail de la cellule : 1 temps de coordonnateur + 1 temps de secrétariat - entretiens de la cellule : 1 binôme psychiatre/travailleur social (AS) Échelle départementale et infra territorial Le dispositif bénéficie à l'ensemble du département : TS n° 4, TS n° 3 (pour sa partie morbihannaise) et TS n° 8 (pour sa partie morbihannaise). Évaluation de l'expérimentation Entre octobre 2010 et décembre 2011, 20 personnes ont pu être évaluées et orientées par la cellule qui s'est réunie 5 fois. Aucune des 20 préconisations n'a fait l'objet d'un recours de la part des usagers auprès de la MDA. La cellule d'évaluation et d'orientation n'est à ce jour pas financée par un budget propre mais s'appuie sur les ressources des acteurs et des partenaires qui la composent. Phase 2 : pérennisation et développement (2013-2016) Lors de la phase expérimentale, les demandes émanaient exclusivement de la MDA. L'objectif est d'ouvrir la cellule aux demandes émanant du secteur hospitalier et du secteur extra-hospitalier. La cellule devra notamment bénéficier aux patients hospitalisés au long cours pour lesquels une évaluation est nécessaire. Il s'agit aujourd'hui de pérenniser le dispositif et d'en développer l'activité pour porter le nombre annuel de bénéficiaires à 40, sur la base des principes suivants : - 2 réunions de la cellule/mois (sur 10 mois); - la cellule est composée de 2 binômes; - Chaque binôme étudie 1 dossier par réunion. L'objectif est donc un doublement du nombre de personnes évaluées et orientées chaque année. L'accompagnement de la personne orientée se fera ensuite par les assistantes sociales qui assureront le lien avec l'entourage de la personne.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Schéma handicap du conseil général
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	EPSM Saint Avé, EPSM Charcot, CPR de Billiers, Centre de Post-Cure le Moulin Vert, Sauvegarde 56 (pôle professionnel), ESAT de Saint Marcel et d'Arzon, Foyers de vie de Ploërmel et du Roc Saint André, La maison de l'autonomie du Morbihan, Groupe d'entraide Mutuelle Vannes Horizons.
Ingénierie/étude de financement	Cofinancement conseil général du Morbihan/ARS (sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressource).
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- nombre de dossiers traités par la cellule; - nombre de diagnostics et d'orientations réalisés; - évolution de la liste d'attente annuelle.

OBJECTIF N°4 : PRIORISER LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES.

FICHE ACTION N° 6 - AUTISME : AMÉLIORATION DU FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE HOSPITALIÈRE ASSOCIÉE ET EXTENSION DE SON RAYON D'INTERVENTION À L'ENSEMBLE DU DÉPARTEMENT	
Enjeu(x)	Améliorer l'efficacité et la lisibilité des dispositifs d'évaluation, de diagnostic et d'accompagnement d'enfants et d'adolescents présentant une problématique autistique ou un TED.
Objectifs/schéma cible	- extension de la zone d'intervention de l'équipe associée entre les deux EPSM à la totalité du Morbihan ; - mise en œuvre par le dispositif existant d'actions de dépistage, de diagnostic et d'évaluation pour les jeunes enfants ; - renforcement du dispositif d'accompagnement de proximité des familles tant à l'annonce du diagnostic qu'au cours de la démarche d'orientation vers des structures ou dispositifs adaptés ; - renforcement des liens de partenariat et de la continuité des prises en charges (sanitaires, médico-sociales...) entre l'équipe associée départementale et les équipes de proximité ; - mise en œuvre des actions d'informations et de formation à destination des partenaires des institutions sanitaires, médico-sociales, médecins généralistes, PMI ; - clarification des complémentarités entre les interventions sanitaires et les prises en charges médico-sociale afin d'améliorer la cohérence, la continuité et la fluidité du parcours du jeune autiste.
Portage de l'action	CHT de psychiatrie EPSM Saint Avé, EPSM Charcot (directions EPSM Morbihan et EPSM Charcot de Caudan, chefs de pôle de pédopsychiatrie des deux établissements, assistés des deux cadres supérieurs desdits pôles).
Mise en œuvre	Moyens humains Personnel de l'EHA, professionnels en charge des TED de l'EPSM Saint Avé et Charcot. Méthodologie Dans le cadre de la CHT créée entre l'EPSM Morbihan de Saint Avé et l'EPSM Charcot de Caudan, les pôles de pédopsychiatrie des deux établissements : 1. constituent une équipe associée unique et identifiée par les caractéristiques suivantes : • sa zone d'intervention étendue au département du Morbihan ; • son lieu d'implantation : Vannes ; • son plateau technique avec mise en commun des ressources humaines qui restent néanmoins rattachées à leur établissement d'origine (EPSM Morbihan, EPSM Charcot). 2. formalisent le dispositif et les procédures de dépistage, d'évaluation et de diagnostic pour les jeunes enfants (inférieur ou égal à 4 ans) ; 3. intensifient la démarche de recherche et de partenariat entreprise d'ores et déjà avec le CRA de Brest et les équipes associées du CH Guillaume Rénier de Rennes (téléconférence, formation...).
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- CPOM Saint Avé et Caudan - déclinaison régionale du nouveau plan autisme attendu pour 2013 - schéma départemental du handicap
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Directions et professionnels des établissements de psychiatrie, médecins généralistes et spécialistes des secteurs libéraux concernés, établissements médico-sociaux, familles, MDA, ARS.
Ingénierie/étude de financement	Sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressource
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- nombre annuel d'évaluation dont nombre d'évaluations pour les enfants de moins de 4 ans ; - Délai d'attente pour le diagnostic - relevé des communes de résidences des enfants évalués - nombre d'actions d'accompagnement des parents en post diagnostic et d'actions d'informations ou de formation auprès des professionnels du réseau

FICHE ACTION N° 7 - AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Enjeu(x)	Participer à la réponse territoriale sur les pathologies liées au vieillissement par un dispositif de gérontopsychiatrie intégré et spécifique
Objectifs/schéma cible	- prioriser la prise en charge des aspects psychoaffectifs de la personne âgée dans le souci du « bien vieillir » ; - structurer la filière de soins gérontopsychiatriques par un dispositif territorial intersectoriel.
Portage de l'action	EPSM Charcot et CH Quimperlé
Mise en œuvre	Moyens humains : secteurs de psychiatrie 29 (TS1) et 56 (TS3) Méthodologie : - rencontres des acteurs institutionnels et du territoire au sein d'un groupe de travail pour élaborer un schéma gérontopsychiatrique du territoire en y associant la médecine de ville ; - définir les modalités d'intervention permettant d'éviter les discontinuités dans les parcours. - formalisation des partenariats et des coopérations transversales en privilégiant l'intercommunalité. - évaluer la pertinence de la constitution d'un binôme de coordination gérontopsychiatre-cadre de santé positionné sur des missions nouvelles de prévention et de lisibilité du dispositif pour le public concerné.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- articulation avec d'autres démarches existantes : le schéma gérontologique du département, la plateforme territoriale d'information et de coordination gériatrique, la fédération gérontologie du territoire 3, la coordination territoriale autour de la personne âgée (fiche thématique n° 2 du PTS) ; - groupe de travail associant les acteurs de gériatrie et de psychiatrie pour définir les principes régionaux des réponses à apporter aux problèmes de santé mentale des personnes âgées.
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs et partenaires à mobiliser : intersecteur de gérontopsychiatrie de l'EPSM Charcot ; secteur de psychiatrie du CH de Quimperlé ; professionnels de santé libéraux ; services des urgences du CHBS et de Quimperlé ; CPAM et MSA ; MAIA du territoire 3, FMIGH, coordination territoriale.
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	À partir de 2013 et sur la durée du PTS
Indicateurs	- nombre de réunions tenues par les acteurs et les institutionnels du territoire ; - nombre de protocoles, de conventions, de coopérations réalisées, validées et mises en œuvre ; - nombre de réunions publiques autour de la thématique ciblée (le « bien vieillir », la prévention du suicide chez la personne âgée...).

OBJECTIF N°5 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

FICHE ACTION N° 8 – PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE ET RENFORCEMENT DES MODALITÉS ORGANISATIONNELLES ADAPTÉES À LA PRISE EN CHARGE DES TENTATIVES DE SUICIDE ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN AVAL DE LA CRISE SUICIDAIRE	
Enjeu(x)	- identifier et renforcer le réseau d'acteurs de prévention; - développer la formation au repérage et évaluation de la crise suicidaire; - optimiser la prise en charge et l'accompagnement de la personne et de son entourage.
Objectifs/schéma cible	- améliorer l'accès et la visibilité des dispositifs de prévention et de soin; - améliorer l'évaluation et la prise en charge de la crise suicidaire et des états dépressifs; - améliorer le suivi du patient et de son entourage proche.
Portage de l'action	Chargé de mission de la conférence de territoire EPSM Charcot, CH Quimperlé, Clinique St Vincent.
Mise en œuvre	Moyens humains Mise en place d'un groupe de travail constitué par les acteurs concernés sur le territoire 3 (Reconstitution de la Fédération intersectorielle psychiatrique Crise Urgence). Liaison autour des équipes de UMP, CUMP, Famille Endeuillées, CCA-CCCF (centre d'accueil et de crise, centre de thérapie familiale), liaison CHBS, liaison Kerpape, PAIS. Méthodologie - identification des ressources disponibles sur le territoire en matière de prévention, et de postvention et mettre en place une stratégie de communication sur le suicide et les dispositifs de prévention en faveur à la fois du grand public et des professionnels. Amélioration du fonctionnement des dispositifs et promotion d'audits cliniques selon la méthodologie proposée par l'HAS; - développement des formations au repérage de la dépression et de la crise suicidaire en identifiant un ou des porteurs de projet (formations à intensifier dans le milieu du travail et auprès des professionnels en charge des personnes âgées); - amélioration des coopérations entre les différents intervenants concernés par la prise en charge de la crise suicidaire et notamment avec les associations.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	- CPOM des établissements sanitaires et de psychiatrie; - bilan des formations au repérage de la crise suicidaire confié à l'IREPS; - déclinaison départementale du plan national des formations TERRA : formation de formateurs au repérage de la crise suicidaire; - dispositif de la médecine et de la psychiatrie pénitentiaire pour la prévention du suicide en prison; - programme de recherche (PHRC) appliqué à l'étude des conduites suicidaires; - congrès interrégional de psychiatrie de liaison au CHU de Rennes tous les deux ans organisé par l'association LIAMM (thématique centrée sur les urgences et la psychiatrie de liaison).
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	EPSM Caudan, centre Hospitalier de Quimperlé, service des urgences du CHBS et Quimperlé, clinique Saint Vincent, médecine libérale, formateurs, associations de prévention (LAMM, GEPS, MISACO, UNAFAM...)
Ingénierie/étude de financement	Financement des formations sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressources au titre des crédits de la PPS.
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- nombre de formations réalisées; - nombre d'audits cliniques réalisés; - convention de coopérations portant sur la prise en charge de la crise suicidaire signée.

● THÉMATIQUE N° 10. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

EN PRÉAMBULE :

Selon la définition de l'OMS, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie. L'ETP fait donc partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

L'éducation thérapeutique s'adresse à toute personne vivant avec une maladie chronique quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Elle s'adresse également aux personnes vivant avec une maladie faisant l'objet d'un plan national telle que l'obésité, le cancer, le VIH, les maladies rares de santé.

L'éducation thérapeutique du patient, intégrée dans le parcours de soins et la prise en charge des pathologies chroniques, constitue un enjeu majeur de santé publique en même temps qu'une démarche de prévention, mais également curative et d'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage.

L'éducation inscrites dans le PRS, les orientations de développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient sont affichées dans le SRP avec pour grands principes : l'accessibilité, la proximité, la qualité des programmes, la continuité ville/hôpital.

L'Agence Régionale de Santé Bretagne a pour objectif de favoriser le développement de l'ETP dans le cadre d'une démarche d'organisation de l'offre accessible, lisible et cohérente sur chaque territoire de santé et à garantir sa qualité, en favorisant la mise en œuvre d'un dispositif d'appui et de coordination territoriale de l'ETP.

Les acteurs du territoire 3 se mobilisent pour animer une plateforme de coordination qui s'inscrira dans les définitions de l'ETP telles que précitées. Cette plateforme s'appuiera sur les principes de la promotion de la santé (Charte d'Ottawa) et en cohérence avec les approches écologiques de la santé.

Concrètement, ce dispositif sera un lieu d'information, d'orientation, d'accompagnement des patients, des professionnels et de coordination des acteurs en matière d'ETP sur le territoire, dont les objectifs seront de :

- informer les patients et les acteurs sur l'offre existante en matière d'ETP ;
- structurer l'activité d'ETP par territoire de santé ;
- équilibrer l'offre en développant l'offre en ambulatoire et en s'appuyant sur les nouveaux modes d'organisation (MSP...);
- répondre aux besoins des patients en optimisant l'offre d'ETP en développant de nouvelles modalités de coopérations entre les acteurs de la cité ;
- définir et partager une démarche qualité ETP sur le TS3 afin d'améliorer l'offre de service ;
- faire du lien avec les programmes d'éducation à la santé.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

En Bretagne le taux d'admission en ALD s'élève à 21,7 pour 1000, contre 20,8 pour 1000 au niveau national. Ce taux augmente avec l'âge. Les hommes présentent une surmortalité générale de +10 %, les femmes de +7 %. Parmi les premières causes de mortalité on relève les pathologies cardiovasculaires et les cancers.

La population bretonne doit s'accroître, les plus de 60 ans devraient représenter près d'un breton sur 3 en 2030.

Les projections de population pour 2016 prévoient un vieillissement proportionnellement plus important du territoire de santé n° 3 (+13 %) par rapport celui de la région Bretagne (+10 %), avec un taux de variation annuel moyen de 1.7 % contre 1.5 % en région entre 2009 et 2016.

Selon les projections démographiques en 2016, le TS3 va connaître également une hausse plus importante des plus de 75 ans (+13 %) par rapport à l'évolution de la moyenne régionale (+10 %).

Le diagnostic sur l'offre de l'ETP en Bretagne montre une offre hétérogène, mal répartie sur le territoire régional et donc fortement déséquilibrée entre la ville et l'hôpital.

II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE DE SANTE N°3

Ce constat est similaire sur le territoire de santé n° 3 : sur les 17 programmes d'ETP recensés sur le territoire, 14 soit 82.35 % d'entre eux sont portés par un établissement hospitalier.

Les constats du territoire :

- un manque de concertation entre des différents acteurs intervenant dans le parcours de soins du patient, notamment dans le parcours éducatif ;
- besoins d'échanges et de mutualisation des outils et des compétences existantes sur le territoire pour éviter les redondances et optimiser le parcours des patients ;
- un manque de visibilité pour les patients, les professionnels sur l'offre en actions d'ETP ;
- le nombre de patients restant hors circuit de la prise en charge en particulier dans les zones dites de « précarité ».

Programme ETP sur le territoire de santé n°3 au 31 décembre 2012.

DPT	TS	STRUCTURE	NOM DE L'OPÉRATEUR	VILLE	THÉMATIQUE	PUBLIC	INTITULÉ PROGRAMME
29	3	CH	Centre Hospitalier	29300 Quimperlé	Autres	Adultes	Programme d'aide nutritionnelle aux adultes hospitalisés dénutris (PANAHD)
29	3	CH	Centre Hospitalier	29300 Quimperlé	BPCO	Adultes	ET dans le cadre de la réhabilitation des patients respiratoires chroniques sévères
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Asthme	Enfants	ET des enfants asthmatiques et de leur famille
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Asthme	Adultes	Education du patient asthmatique
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Autres	Enfants	ET pour les enfants ayant des allergies alimentaires
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Autres	Enfants	ET pour l'obésité de l'enfant
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	BPCO	Adultes	Education du patient BPCO
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Diabète	Enfants	ET de l'enfant (et sa famille) ayant un diabète de type 1
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Diabète	Adultes	ET pour le diabète type 1 insulinothérapie fonctionnelle
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Diabète	Adultes	ET pour le diabète de type 2 multi compliqué à hauts risques cardiovasculaires
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Diabète	Adultes	ET pour le diabète gestationnel
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	Maladies cardio-vasculaires	Adultes	Prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaire et respiratoire
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	VIH/SIDA	Adultes	ET des patients vivants avec le VIH-Sida
56	3	CH	Centre Hospitalier Bretagne Sud	56100 Lorient	VIH/SIDA	Adultes	prise en charge des patients atteints de l'hépatite C
56	3	Réseau	Réseau Codiab	56100 Lorient	Diabète	Adultes	Diabète de type 2
56	3	Réseau	Réseau Kalonic	56100 Lorient	Maladies cardio-vasculaires	Adultes	l'insuffisance cardiaque : prévention des poussées de décompensation, connaissance et gestion de la maladie chronique
56	3	Réseau	Réseau Onc'orient	56100 Lorient	Cancers	Adultes	Education thérapeutique et soins de support en cancérologie : les bienfaits de l'activité physique adaptée et de la nutrition

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- permettre à terme que chaque patient malade à risque cardio-vasculaires ait accès à une ETP de qualité adaptée à sa situation et de ce fait s'inscrit dans une stratégie de réduction des inégalités territoriales de santé en :

- repérant plus précocement les populations à risque ;
- associant les professionnels de premiers recours à chaque étape du parcours.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif stratégique : Favoriser le développement de l'ETP dans le cadre d'une démarche d'organisation de l'offre accessible, lisible et cohérente sur territoire de santé et à garantir sa qualité

Dans le cadre de la conférence de territoire n° 3, la thématique prévention des risques cardio-vasculaires a été retenue comme axe de travail au titre d'une thématique complémentaire. Le groupe de travail au sein de la conférence est animé par le représentant du réseau CODIAB/KALONIC et est composé des acteurs de l'ETP œuvrant en milieu hospitalier et des acteurs de ville.

Le travail du groupe a pour principal objectif de développer, dans un premier temps, la coordination de l'ETP des risques cardio-vasculaires au sein d'une plateforme. Cette expérimentation servira de base à une extension à terme vers une plateforme plus généraliste.

Objectif opérationnel : Mettre en place un dispositif d'appui et coordination territoriale de l'éducation thérapeutique du patient et de la prévention des risques cardio-vasculaire

FICHE ACTION N° 1 - CRÉATION D'UNE PLATEFORME DE COORDINATION DE L'ETP / RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Enjeu(x)	- repérer plus précocement les populations à risque ; - mieux coordonner la prévention du risque cardiovasculaire et le parcours d'ETP .
Objectifs/schéma cible	- avoir une meilleure lisibilité et faire connaître les actions éducatives pour les usagers et les professionnels ; - formaliser un parcours d'éducation coordonné et cohérent pour les patients en fonction de leur profil ; - dépister et sensibiliser les populations restant hors circuit de prise en charge ; - développer une dynamique et un maillage du territoire par la mise en place d'une coordination des actions d'ETP et des acteurs du premier recours et des établissements.
Portage de l'action	Réseau Codiab/Kalonic, animateur du groupe composé de représentants du CHBS, du CH de Quimperlé, de la Mutualité Française Bretagne, de CRRF Mutualiste de Kerpape, de l'IREPS, l'AUB, des représentants des usagers (association Transhepate), d'un médecin libéral et d'un pharmacien.
Mise en œuvre	Méthodologie - repérage des acteurs d'ETP en milieu hospitalier et de la ville ; - repérage des publics identifiés à risque mais non pris en charge ; - définition de modèles de parcours éducatif du patient (accueil - évaluation des besoins – définition d'objectifs concertés – projet personnalisé du patient - la prise en charge éducative du patient – évaluation du projet...) avec définition et place des acteurs concernés notamment du médecin traitant ; - création d'un dispositif de type plate forme de coordination de l'ETP voir le cahier des charges formalisé lors des travaux de groupe et travaillé avec l'ARS : Définition et élaboration et formalisation du cahier des charges d'un dispositif de type plate-forme de coordination : • les principes et le fonctionnement (CA comité de pilotage) ; • les missions (améliorer la visibilité de l'offre, accompagnement des équipes, harmonisation des pratiques, assurer une orientation adaptée aux besoins du patient, développer les compétences) ; • les moyens et les financements nécessaires.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	Ce projet s'inscrit dans les objectifs du PRS et les orientations de la priorité « maladies chroniques et ETP ». Dispositifs PRAPS Groupe qualité des professionnels libéraux Collectivités territoriales
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Réseau Codiab/Kalonic ; Mutualité Française Bretagne ; centre médico sportif de Bretagne ; URPSML ; les pharmaciens, les médecins du travail, collectivités territoriales et caisse d'assurance maladie, IREPS ; AUB ; CISS Bretagne ; CARSAT ; ARS. Les centres hospitaliers : le CHBS ; CH de Quimperlé, le CH de Port louis et le CH du Faouët
Ingénierie/étude de financement	Financement sous réserve des moyens financiers disponibles dans le cadre de l'allocation de ressources
Calendrier	2013-2015.
Indicateurs	Création de la plateforme : validation du plan d'action, nombre de réunions du comité de pilotage, recrutement de professionnel.

THÉMATIQUE N° 11. LES SOINS PALLIATIFS

EN PRÉAMBULE :

Les objectifs de cette thématique présentés dans le SROS 4 en lien avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) sont déclinés sur le territoire, à savoir :

- Développer une offre de soins équilibrée territoriale et de proximité, graduée et coordonnée ;
- Assurer une prise en charge de qualité et un accompagnement de la fin de vie.

I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

LES ACTEURS (LISTE NON EXHAUSTIVE) :

Les acteurs sanitaires du territoire N° 3 :

- CHBS ;
- CH Le Faouët ;
- CH Port Louis/Riantec ;
- CH de Quimperlé ;
- Établissement de santé Le Divit ;
- HAD Aven à Etel.

Les acteurs du médico-social du territoire N° 3 :

- Les établissements médico-sociaux (EHPAD) ayant signé une convention avec l'EMSP du territoire.

Les élus et représentants des usagers :

- ASP 56 ;
- JAMALV.

Offre sanitaire du territoire N° 3 en matière de prise en charge de soins palliatifs :

- 1 Unité de Soins Palliatifs (USP) à Ploemeur (le Divit) ;
- 1 Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) à Lorient (CHBS) ;
- Lits Identifiés Soins Palliatifs : 20 lits ;
 - Quimperlé : 3 lits ;
 - Riantec : 2 lits ;
 - Le Faouët : 3 lits ;
 - CHBS : 12 lits : 2 en médecine générale gériatrique, 2 en gastro-entérologie, 2 en hématologie, 2 en oncologie, 2 en médecine polyvalente, 2 en pneumologie. À compter d'avril 2013, ces lits seront rassemblés sur le site du Scorff.
- 1 HAD : assure des prises en charge de patients en soins palliatifs mais n'a pas pour vocation de faire du soin palliatifs.

L'Accompagnement : 2 associations de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs :

- ASP 56 ;
- JAMALV.

Le Partenariat du T3 :

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) soins palliatifs : réunit une fois par semaine les professionnels du service oncologie, du réseau Onc'Orient, de l'HAD, de l'USP du Divit, de l'EMSP et Riantec.

Staffs de soins palliatifs : CHBS

- Dans chaque service du CHBS disposant de LISP ;
- Participation de l'EMSP au staff hebdomadaire de soins palliatifs.

Conventions entre :

- L'USP Divit et l'EMSP : concerne les modalités de transferts de patients entre le CHBS et le Divit ;
- LISP de Riantec et l'EMSP : concerne les modalités de transferts de patients entre le CHBS et Riantec et une éventuelle intervention si

- besoin en renfort ;
- L'HAD et l'EMSP : précise la place d'intervention de chacun (coordination, expertise, accompagnement, formations, etc.) ;
- Le CHQ et l'EMSP : décrit les possibilités d'interaction et notamment au niveau de la formation ;
- L'USP Divit et l'HAD ;
- L'EMSP et plus de trente EHPAD.

La Coordination Bretonne de Soins Palliatifs : adhésion individuelle ou associative de chaque structure.

- 3 réunions annuelles des membres du secteur : travail de connaissance, rédaction de protocoles avec mises en commun, etc. ;
- 2 journées de formation :
 - Juin : pour les adhérents (tout le monde pouvant être adhérent)
 - Novembre : tout public

SYNTHÈSE DES ATOUTS ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE

Les atouts du territoire :

Les soins palliatifs sont bien développés sur le T3 avec une bonne dynamique et des rencontres régulières entre les acteurs ; favorisées notamment par la Coordination Bretonne de Soins Palliatifs.

Il existe une coordination entre les structures avec un partenariat des différents acteurs, au travers :

- RCP soins palliatifs : réunions hebdomadaires des professionnels ;
- Staffs de soins palliatifs au sein du CHBS entre EMSP et les LISP (dont 12 des 20 lits identifiés sur le territoire se situent au CHBS).

Les faiblesses du territoire :

- Répartition inégale de l'offre sanitaire avec une concentration au sud du territoire ;
- Difficultés par l'USP de répondre à l'ensemble des missions prévues dans le cahier des charges (notamment du fait de l'absence de reconnaissance tarifaire de l'activité) ;
- Absence de réseau formalisé de soins palliatifs (entité juridique) : l'EMSP réalise en partie le travail de réseau par le biais de formations des acteurs ;
- Inadaptation des structures de soins pour la prise en charge des patients atteints de pathologie neuro-dégénérative chronique (Sclérose Latérale Amyotrophique notamment) ;
- Manque de formation en soins palliatifs des professionnels libéraux ;
- Réponse du bénévolat à faire évoluer : aujourd'hui, il est uniquement inscrit dans l'écoute alors qu'il y aurait des besoins en termes de services à rendre au patient (faire des courses...) ;
- Malgré un renfort en moyens, le dimensionnement de l'équipe mobile en soins palliatifs est encore insuffisant pour répondre à l'ensemble des demandes du médico-social.

II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

- Développer une offre de soins équilibrée territoriale et de proximité, graduée et coordonnée ;
- Informer sur l'offre de soins palliatifs ;
- Développer un bénévolat de service.

III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Objectif stratégique 1 : Développer une offre de soins équilibrée territoriale et de proximité, graduée et coordonnée

- Action n° 1 (fiche action 1) : Amélioration de l'offre de soins palliatifs dans le nord du territoire 3
- Action n° 2 (fiche action 2) : Renforcement du positionnement de l'USP du territoire
- Action n° 3 (fiche action 3) : Amélioration de la coordination entre les acteurs du soin palliatif

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 1 - DÉVELOPPER UNE OFFRE DE SOINS ÉQUILIBRÉE TERRITORIALE ET DE PROXIMITÉ, GRADUÉE ET COORDONNÉE

FICHE ACTION N° 1 : AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS DANS LE NORD DU TERRITOIRE 3

Enjeu(x)	Répondre aux besoins de la population, des acteurs médico-sociaux et libéraux du nord du territoire
Objectifs/schéma cible	- Identifier et reconnaître des LISP au CH du Faouët; - Former et accompagner les acteurs du nord du territoire.
Portage de l'action	CH Le Faouët USP EMSP HAD CH de Quimperlé
Mise en œuvre	Moyens humains - Acteurs de la santé (sanitaire, médico-social, usagers) du territoire 3; - Partenaire institutionnel concerné (ARS) Méthodologie - Préparer et présenter la reconnaissance de LISP au CH du Faouët; - Coordonner la prise en charge avec l'USP du territoire; - Coordonner la prise en charge avec les LISP du CH de Quimperlé; - Mettre en place des programmes de formation avec une formation théorique par EMSP, l'HAD et une formation pratique par USP; - Conventionner entre les acteurs, l'USP, l'HAD et l'EMSP pour des interventions sur le secteur.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ex : ASV, ATS, etc.)	SRQS-H et PRS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs de la santé du territoire 3 Institution : ARS Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	Reconnaissance des lits de soins palliatifs du CH du Faouët

FICHE ACTION N° 2 : RENFORCEMENT DU POSITIONNEMENT DE L'USP DU TERRITOIRE

Enjeu(x)	Répondre aux exigences du cahier des charges de l'USP
Objectifs/schéma cible	- Positionner l'USP afin de développer la formation et la recherche sur le territoire ; - Accueillir les patients dont les prises en charges sont complexes (patients souffrant de pathologies neurodégénératives en phase palliative).
Portage de l'action	USP
Mise en œuvre	Moyens humains - Établissement de santé le Divit ; - Partenaire institutionnel concerné (ARS). Méthodologie - Coordonner la prise en charge des soins palliatifs pour les patients présentant des pathologies neurodégénératives entre l'USP et les acteurs du territoire ; - Évaluer l'organisation de l'USP au regard des moyens alloués actuellement dans le cadre d'une démarche régionale ; - Autofinancement de la partie architecturale de l'USP pour une mise en adéquation des locaux à la prise en charge de l'USP ; - Mise en place de programmes de formation sur le territoire avec une formation théorique par EMSP, l'HAD et une formation pratique par USP ; - Mise en place d'une formation de proximité par les établissements ayant des LISP vers les EHPAD et les professionnels libéraux ; - Participation des bénévoles aux formations ; - Conventionner entre les acteurs du territoire l'HAD et l'EMSP.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes (ex : ASV, ATS, etc.)	SROS-H et PRS
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Acteurs de la santé du territoire 3 Institution : ARS Associations d'usagers
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- Reconnaissance de la nouvelle unité (respect du cahier des charges dans les nouveaux locaux) ; - Conventions signées.

FICHE ACTION N° 3 : AMÉLIORATION DE LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS DU SOIN PALLIATIF

Enjeu(x)	- Renforcer la coordination entre les acteurs du soin palliatif ; - Intégrer les nouveaux acteurs dans le réseau de soins palliatifs du territoire.
Objectifs/schéma cible	- Améliorer la coordination existante ; - Intégrer les nouveaux acteurs dans le réseau de soins palliatifs du territoire ; - Connaissance par un large public des solutions du territoire ; - Faire appel aux acteurs des soins palliatifs au bon moment.
Portage de l'action	CH Le Faouët USP EMSP HAD CHBS CH Port Louis/Riantec CH Quimperlé
Mise en œuvre	Moyens humains - Tous les acteurs impliqués dans la prise en charge ; - Partenaire institutionnel concerné (ARS). Méthodologie - Élaboration d'une liste des patients en attente d'admission ; - Optimisation d'une organisation territoriale d'orientation des patients ; - Évaluer les besoins du territoire sur la nécessité de mettre en place une permanence des soins et/ou une permanence téléphonique des soins palliatifs en phase nocturne ; - Réunions d'information grand public ; - Élaboration d'un document type « flyer » répertoriant les différents acteurs de soins palliatifs avec leurs missions et leurs coordonnées, à destination des médecins libéraux, mais également du grand public ; - Lien avec la CAREPS (cellule régionale d'animation aux soins palliatifs) en charge du développement d'initiatives similaires dans les autres territoires de la région ; - Développer le bénévolat de service.
Articulation avec d'autres démarches préexistantes	
Acteurs et/ou partenaires à mobiliser	Établissements ayant des LISP USP HAD EMSP Institution : ARS
Ingénierie/étude de financement	
Calendrier	2013-2016
Indicateurs	- Nombre de réunions du groupe de travail ; - Nombre de réunions d'information du grand public ; - Édition de Flyers.



III. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PTS

Afin d'assurer le suivi des actions du PTS, il est proposé une réunion des membres du COPIL deux fois par an.

Un bilan annuel du suivi des actions sera présenté à la conférence de territoire.

ANNEXES

ANNEXE I :

Les Instances

ANNEXE II :

ARRÊTE MODIFICATIF fixant la composition nominative de la conférence du territoire de santé « Lorient/Quimperlé »

ANNEXE III :

GROUPES DE TRAVAIL

ANNEXE IV :

OFFRE de SOINS et d'ACCOMPAGNEMENT en ADDICTOLOGIE du Territoire de Santé n° 3 janvier 2013

ANNEXE V :

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3

ANNEXE I : LES INSTANCES

INSTANCE	ANIMATION	COMPOSITION	RÔLE
Conférence de territoire	M. Norbert MÉTAIRIE (Président de la CT)	Voir arrêté de composition	Élaboration des PTS Délibération des PTS
Cellule du bureau	M. Dominique BURONFOSSE (Vice-président de la CT)	M. Dominique BURONFOSSE M. Thierry GAMOND-RIUS M. Lionel BARJONET M. Yann ZENATTI DT56	Préparation des instances
Bureau Bureau élu + membres supplémentaires désignés par la CT3	M. Norbert MÉTAIRIE (Président de la CT)	Président M. Norbert MÉTAIRIE (président de la CT) Vice-président M. Dominique BURONFOSSE (vice-président de la CT) Membres élus du bureau Mme Lysiane GREGORI M. Onésime LE BRUCHEC M. Alain JACQUOT M. Thierry GAMOND-RIUS M. Jean SPALAIKOVITCH M. Hervé CAUWIN M. Yann ZENATTI Mme Anne EVENOU Membres supplémentaires désignés par la CT3 M. Michael QUERNEZ M. Lionel BARJONET M. Marc De BEAULIEU M. Étienne MOREL M. Alain CARRIE Mme Catherine LEGERON M. Régis CONDON M. Rémy PELERIN M. Loïc LE MOIGNE M. Denis MARTIN M. Philippe SIMONET	Préparation de la séance plénière de la conférence de territoire
Comité de pilotage (COPI) local PTS	M. Norbert MÉTAIRIE (Président de la CT)	- Bureau élargi de la CT3 - Animateurs des groupes de travail CT3 - Conseil général 56 et 29 - DT 56 et 29 - Ville Lorient - Pays Centre Ouest Bretagne	Suivi d'élaboration du PTS Validation des orientations et actions du PTS

ANNEXE II : ARRÊTE MODIFICATIF FIXANT LA COMPOSITION NOMINATIVE DE LA CONFÉRENCE DU TERRITOIRE DE SANTÉ « LORIENT/QUIMPERLÉ »

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Bretagne Vu le code de la santé publique,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire,

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé,

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne en date du 8 septembre 2010 définissant les territoires de santé de la région Bretagne,

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne en date du 9 novembre 2012 fixant la composition nominative de la conférence du territoire de santé « Lorient/Quimperlé »,

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne en date du 12 novembre 2012 portant délégation de signature au directeur de la délégation territoriale du Morbihan,

Considérant la désignation par la Fédération Hospitalière de France en date du 28 novembre 2012, de Madame le docteur Gaëlle MENARD, vice-présidente de la CME du centre hospitalier de Quimperlé, en qualité de suppléante, en remplacement de Monsieur le docteur Jean-Marc LE GAC, au collège des représentants des établissements de santé,

Considérant la désignation de Monsieur Michaël PEYRAZAT, association AIDES, en date du 29 novembre 2012, en qualité de suppléant, en remplacement de Madame Solen RAOUL, au collège des représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité,

Sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé Bretagne ;

ARRÊTE

Article 1 : La conférence du territoire de santé « Lorient-Quimperlé » (n° 3) comprend 50 membres ayant voix délibérative. Sa composition nominative par collège est la suivante :

Représentants des établissements de santé

Monsieur Régis CONDON, FEHAP.....	Titulaire
Monsieur Michel TROST, FEHAP.....	Suppléant
Monsieur Alain CARRIE, FHP.....	Titulaire
Madame Nadine THOBIE, FHP.....	Suppléante
Monsieur Thierry GAMOND-RIUS, FHF.....	Titulaire

ARS Bretagne

CS 14253 — 35042 RENNES Cedex

Standard : 02.90.08.80.00 - www.ars.bretagne.sante.fr

Monsieur Philippe SIMONET, FHF.....	Suppléant
Monsieur Étienne MOREL, FHF.....	Titulaire
Monsieur Raphaël LAGARDE, FHF.....	Suppléant
Monsieur Denis MARTIN, FHF.....	Titulaire
Monsieur Philippe CONDOMINAS, FHF.....	Suppléant
Monsieur Alain JACQUOT, FEHAP.....	Titulaire
Monsieur Jean-François VIALLE, FEHAP.....	Suppléant
Monsieur Didier LEGRAND, FEHAP.....	Titulaire
Monsieur Philippe LANGLOIS, FEHAP.....	Suppléant
Monsieur Bertrand RABUT, FHP.....	Titulaire
FHP à désigner.....	Suppléant
Monsieur Rémy PELERIN, FHF.....	Titulaire
Madame Gaëlle MENARD, FHF.....	Suppléante
Monsieur Laïc LE MOIGNE, FHF.....	Titulaire
Madame Danielle LE MEUT, FHF.....	Suppléante

Représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico sociaux**Personnes âgées**

Monsieur Jean-Yves CROGUENNEC, FNADEPA	Titulaire
Madame Martine PADET, OMEGA.....	Suppléante
Madame Made-Madeleine BERGOT, UNA-URCCAS-ADMR	Titulaire
Madame Laurence GERNIGON, SYNERPA.....	Suppléante
Monsieur Marc DE BEAULIEU, URIOPSS.....	Titulaire
Madame Christine BLIN, FEHAP	Suppléante
Monsieur Dominique BURONFOSSE, FHF.....	Titulaire
Madame Nathalie LE FRIEC, FHF.....	Suppléante

Personnes handicapées

Monsieur Olivier BONAVENTUR, FEHAP	Titulaire
Madame Nathalie LE CAM, FEHAP.....	Suppléante
Monsieur Yann ZENATTI, FEGAPEI-URAPEI.....	Titulaire
Monsieur Gildas BOURIC, FEGAPEI-URAPEI	Suppléant
Monsieur Sébastien MAILLARD, URIOPSS	Titulaire
Monsieur Loïc GUILCHER, URIOPSS	Suppléant
Madame Valérie LAYMET-CARRIERE, GEPSO-URPEP	Titulaire
Madame Pascale GUEGAN, GEPSO-URPEP	Suppléante

Représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité

Madame Joëlle LE LAN, CODES.....	Titulaire
Monsieur Michaël PEYRAZAT, AIDES.....	Suppléant
Madame Catherine LEGERON, Eaux et Rivières de Bretagne	Titulaire
Madame Jacqueline KERJEAN, ANPAA	Suppléante
Monsieur Jean LAVOUE, FNARS	Titulaire
Monsieur Jean-Claude THIMEUR, FNARS	Suppléant

Représentants des professionnels de santé libéraux

Monsieur Jean-Charles ROUSSEAUX, médecin généraliste	Titulaire
Monsieur Alain BERTHIER, médecin généraliste.....	Suppléant
Monsieur Jean-François LE PODER, cardiologue.....	Titulaire
Monsieur Sylvain DAUGUET, médecin généraliste.....	Suppléant
Monsieur Jean-Louis SAMZUN, médecin généraliste.....	Titulaire
Madame KERBELLEC-EVEN Marie-Charlotte, médecin généraliste	Suppléante
Monsieur Jean-Pierre MESSAGER, pharmacien	Titulaire
Madame Anne CORVEC, pharmacienne.....	Suppléante
Monsieur Hubert LE TOULLEC, chirurgien-dentiste.....	Titulaire
Monsieur Christophe LAMOUREUX, infirmier.....	Suppléant
Madame Marie-Morgane ROBIC, orthophoniste	Titulaire
Madame Gwénaëlle COURTIN, orthophoniste.....	Suppléante

Représentants des internes en médecine

À désigner	Titulaire
À désigner	Suppléant

Représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé

Madame Annie TOULLEC, Mutualité Française	Titulaire
Madame Marie BRISHOUAL, Centre de santé infirmier Arzano	Suppléante
Monsieur Lionel BARJONET, Réseau Codiab-Kalon'IC	Titulaire
Monsieur Philippe DANION, Réseau de santé canton de Port-Louis	Suppléant

Représentants des établissements assurant des activités de soins à domicile

Monsieur Jean SPALAIKOVITCH, FNEHAD.....	Titulaire
Madame Estelle LEGALLOUDEC, FNEHAD.....	Suppléante

Représentants des services de santé au travail

À désigner	Titulaire
À désigner	Suppléant

Représentants des usagers**Associations agréées (article L. 1114-1)**

Madame Marie-Hélène LE VAGUERESSE, Croix d'Or.....	Titulaire
Madame Sylvie HARLEZ, AIR Bretagne	Suppléante
Madame Anne EVENOU, UFC Que Choisir	Titulaire
Madame Marie-Agnès BESNARD, UDAF	Suppléante
Madame Marie-Noëlle MARECHAL, JALMALV.....	Titulaire
Madame Christiane TREMEAUD, Ligue contre le cancer	Suppléante
Monsieur Guy PIERRON, UNAFAM	Titulaire
Monsieur Jean-François COURTAY, UNAFAM.....	Suppléante
Monsieur Onésime LE BRUCHEC, Confédération Syndicale des Familles (CSF).....	Titulaire
Madame Michèle KERDUDO, Confédération Syndicale des Familles (CSF)	Suppléante

Associations des personnes handicapées et des associations de retraités et personnes âgées

Madame Lysiane GREGORI, CODERPA	Titulaire
Monsieur Roger CROSSIN, CODERPA	Suppléant
Madame Nathalie MEDINGER, CDCPH	Titulaire
Monsieur Jean-Pierre MAHE, CDCPH.....	Suppléant
Monsieur Hervé CAUVIN, CDCPH.....	Titulaire
Monsieur Jean MOUTEL, CDCPH	Suppléant

Représentants des collectivités territoriales**Conseil Régional**

Monsieur Pierre POULIQUEN, Conseil Régional	Titulaire
Monsieur Daniel GILLES, Conseil Régional	Suppléant

Groupements de communes

Monsieur Nicolas MORVAN, Communauté de communes de Quimperlé	Titulaire
Monsieur Jacques LE BIHAN, Communauté de communes de Quimperlé	Suppléant
Monsieur Norbert METAIRIE, Communauté d'agglomérations Cap Lorient	Titulaire
Monsieur Gérard PERRON, Communauté d'agglomérations Cap Lorient.....	Suppléant

Communes

Monsieur Yann SIZ, Mairie de Lorient.....	Titulaire
Madame Dominique CANY, Mairie de Lorient	Suppléante
Monsieur Alain KERHERVE, Mairie de Quimperlé	Titulaire
Monsieur Stéphane GUILLEVIN, Mairie de Quimperlé.....	Suppléant

Conseils généraux

Monsieur Mickaël QUERNEZ, Conseil Général du Finistère	Titulaire
Madame Marie-Isabelle DOUSSAL, Conseil Général du Finistère	Suppléante
Monsieur Jean-Rémy KERVAREC, Conseil Général du Morbihan	Titulaire
Monsieur Pierrick NEVANNEN, Conseil Général du Morbihan	Suppléant

Représentants de l'Ordre des Médecins

Monsieur Jean-François BLAZEIX, Conseil régional de l'ordre des médecins	Titulaire
Monsieur Gérard DE MATTEIS, Conseil régional de l'ordre des médecins	Suppléant

Personnalités qualifiées

Monsieur Alain LE GUEN, Président Association Douar Nevez Monsieur Didier LE PIMPEC, Administrateur MSA

Article 2 : Nul ne peut siéger au sein de la conférence de territoire à plus d'un titre.

Article 3 : La durée des fonctions des membres de la conférence du territoire de santé « Lorient/Quimperlé » est fixée à quatre ans, renouvelable une fois, sous réserve des dispositions particulières prévues à l'article D. 1434-5 du code de la santé publique. La durée de ces mandats

prend effet à compter du 10 décembre 2010, date de publication de l'arrêté fixant la composition nominative de la conférence du territoire de santé « LorientQuimperlé ».

Article 4 : Le secrétariat de la conférence du territoire de santé « Lorient/Quimperlé » est assuré par l'agence régionale de santé Bretagne (cf. art. D. 1434.20).

Article 5 : l'arrêté du 9 novembre 2012 est abrogé.

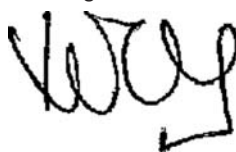
Article 6 : Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Bretagne est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Vannes, le 04 DEC. 2012

Pour le Directeur Général de l'Agence

Régionale de Santé Bretagne,

Le Directeur de la délégation territoriale du Morbihan



Pierre LE RAY

ANNEXE III : GROUPES DE TRAVAIL

GROUPES THÉMATIQUES	MEMBRES DU GROUPE	COMMENTAIRES
Addictions	Animateur : Mme KERJEAN Jacqueline, addictologue, CHBS Référents ARS : Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme TUAL Florence Membres : Mme BESNARD Marie-Agnès, représentant des usagers Mme COURCHAY Marie-Cécile, ANPAA 5+ M. GOUEREC Ronan, EPSM Charcot M. HOUANG-THO Jean-Marc, directeur, centre Kerdudo M. LABORY, praticien hospitalier, CHBS Mme LATIMIER Christine, Douar Nevez Mme LE BIHAN Sandrine, Douar Nevez Mme LELAN Joëlle, IREPS 56 M. LE MOIGNE Loïc, psychiatre, EPSM Charcot Mme LE PORHO Marie-Anne, ANPAA 56 Mme MASCHELEIN Florence, directrice, Le Phare, Lorient Mme MIGONNEZ Marianne, addictologue, CSAPA Quimperlé M. POMMEREUIL Laurent, coordinateur, Relais 3 M. SYZ Yann, maire-adjoint, Lorient Mme THOBIE Nadine, directrice, clinique Saint-Vincent	
Chirurgie	Animateur : M. CONDON Régis, directeur, clinique Mutualiste Référents ARS : Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme RABAULT Isabelle, Mme GERARD Stéphanie Membres : M. BURONFOSSE Dominique, gériatre, président CME, CH Quimperlé M. CARRIE Alain, directeur, clinique du Ter M. DEMANT Jean-Pierre, chirurgien, clinique Mutualiste M. GAMOND-RIUS Thierry, directeur CHBS Mme KOREICHI Nathalie, IDE coordonatrice HAD M. LANGLOIS Philippe, chirurgien, clinique Mutualiste M. LAUDREN Xavier, anesthésiste, clinique Mutualiste M. LEMOULEC, médecin HAD Mme MARECHAL Marie-Noëlle, représentant des usagers M. PELERIN Rémy, président CME, CHBS M. RABUT, président CME, clinique du Ter M. REIGNER Bruno, chirurgien, clinique Mutualiste M. SAUTY Louis, chirurgien, clinique Mutualiste Mme TREMEAUD Christiane, représentant des usagers	
Handicap	Animateur : M. ZENATTI Yann, directeur adjoint, ADAPEI 56 Référents ARS : Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme CORBE Gwénaëlle, Mme LE GALL Audrey Membres : M. ANDRIANOMANA Tsilefy, psychiatre, EPSM Charcot M. BONAVENTUR Olivier, directeur, Mutualité 29/56 M. BRUNEL Olivier, secrétaire Sauvegarde 56 M. CAUWIN Hervé, représentant des usagers M. GUILCHER Loïc, directeur, Maison Arc en Ciel M. KERVARREC Jean-Rémy, Conseil Général 56 M. LAVOUE Jean, directeur Sauvegarde 56 Mme LAYMET-CARRIERE Valérie, directrice, Les Pep 56 Mme LE PARC Dominique, représentant des usagers M. MAILLARD Sébastien, directeur, association Kervihan Mme MEDINGER Nathalie, représentant des usagers M. MOUTEL Jean, représentant des usagers Mme TSIMBA Véronique, médecin, Kerpape Mme VINCENT Marie, Conseil Général 29	

Insuffisance rénale chronique	Animateur: M. LEGRAND Didier, néphrologue, AUB Santé Lorient Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme RABAULT Isabelle, Mme GERARD Stéphanie Membres: Groupe IRC: M. SAWADOGO Théophile, Néphrologue, CHBS Mme BALEYNAUD Juliette, Néphrologue, AUB Sante Lorient Mme CHAMONTIN Christine, Néphrologue CHBS Mme GUEDON Catherine, Néphrologue AUB Sante Lorient M. CHATAIN Thierry, généraliste DUTER, AUB Sante Lorient Sous-groupe « abords Vasculaires » (mis en place par les travaux du groupe : réunions trimestrielles) Mêmes néphrologues + radiologues : M. MATHON Gregory, CHBS M. HOULARD Vincent, Liberal M. CUVILLIERS Daniel, Liberal Chirurgiens vasculaires de la Clinique Mutualiste de Lorient : M. REGNIER Bruno, M. BOCQUEL Jean Baptiste, M. PINEL Guillaume, M. GERARD François Réunion Dialyse Péritonéale: Même néphrologues + Mme LE DAMANY Andrea, CHBS + cadres de santé concernés au CHBS [dialyse, médecine polyvalente] Réunion DP cardiologique: M. BALEYNAUD Serge, M. HACOT Jean-Philippe, cardiologie CHBS + néphrologues cités ci-avant	
Médecine	Animateur: M. MOREL Étienne, directeur CH Quimperlé Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme GERARD Stéphanie Membres: M. COUNY Serge, directeur par intérim, CH Quimperlé M. LE BORGNE Gildas, directeur adjoint CHBS M. LE BRUCHEC Onésime, représentant des usagers Mme LE FRIEC Nathalie, directrice par intérim, CH Port Louis M. PAYSANT Yannick, chef de pôle CHBS M. RENAUD Christophe, praticien hospitalier CH Quimperlé M. SIMONET Philippe, directeur adjoint, CHBS	
Personnes âgées	Animateur: M. BURONFOSSE Dominique, gériatre, président CME, CH Quimperlé Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, M. LABBAY Cédric Membres: M. BARDOU Dominique, Kerpape M. BENETEAU Guillaume, Kerpape Mme BERGOT Marie-Madeleine, maire-adjoint, Quimperlé Mme BESNARD Marie-Agnès, représentant des usagers M. BLAZEIX Jean-François, ordre des médecins M. BOSCHER Michel, Maison Saint-Joseph M. BOUGEARD Hervé, Conseil Général 56 Mme BRISHOUAL Marie-Pierre, centre de santé infirmier 29 Mme CLORENNEC Véronique, Conseil Général 29 M. CROGUENNEC Jean-Yves, EHPAD Arzano M. DAUMER Jean, chef de pôle, EPSM Charcot M. DE BEAULIEU Marc, association Perrine Samson Mme EVEN Muriel, Conseil Général 56 Mme GOANVIC Rozenn, praticien hospitalier, CH Port Louis M. GOURAUD Philippe, SSR, CHBS M. GRANGE Raphaël, CH Port Louis Mme GREGORI Lysiane, représentant des usagers M. GUILLOUARD David, ADMR 29 Mme LAGAHUZERE Lauriane, Conseil Général 29 M. LAGARDE Raphaël, directeur CH Le Faouët M. LE BRUCHEC Onésime, représentant des usagers	

	Mme LE FRIEC Nathalie, directrice par intérim, CH Port Louis Mme LEGUIL-THURIERE, directrice, Kéraliguen Mme LE HEIN Claire, Le Divit Mme LE ROUX, ADMR 29 Mme MARECHAL Marie-Noëlle, représentant des usagers M. MARTIN Denis, directeur EPSM Charcot Mme MASCHELIN Florence, Le Phare, Lorient M. MOREL Étienne, directeur CH Quimperlé Mme MORVAN Stéphanie, EHPAD de Scaër M. POULIQUEN Pierre, Conseil Régional Mme RIOU Catherine, DGISS, Conseil Général 56 Mme ROBIC Marie-Morgane, orthophoniste libérale M. SALESSY Pierre, gérontologue, CHBS M. SIMONET Philippe, directeur adjoint, CHBS Mme SORIN Fabienne, ADMR 56 M. SPALAIKOVITCH Jean, médecin directeur, HAD Lorient M. TANGUY Erwan, Conseil Général 29 Mme TREMEAUD Christiane, représentant des usagers M. TROST Michel, Le Divit M. VIALLE Jean-François, Le Divit	
ETP – Prévention du risque cardio-vasculaire	Animateur: M. BARJONET Lionel, réseau Codiab/Kalon'Ic Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme GERARD Stéphanie, Mme GUILLERMIC Brigitte, Mme HELLIER Jacqueline Membres: M. AZUELOS Charles, CH Quimperlé M. BALEYNAUD Serge, cardiologue, CHBS Mme BARO Marie-Christine, centre médico-sportif de Bretagne Sud M. BONVALOT Thierry, psychiatre, CH Quimperlé Mme BOURHIS Cathy, IREPS Bretagne M. DAUGUET Sylvain, médecin libéral M. DEBONADONA J.F., CH Quimperlé Mme GETIN-BOUYER, endocrinologue, CHBS et Réseau Codiab Kalon'Ic Mme KERYHUEL Valérie, CH Quimperlé M. LEGRAND Didier, néphrologue, AUB Santé M. LE GUERNEVE N., CH Quimperlé Mme LELAN Joëlle, IREPS 56 Mme LE PENHER Diana, endocrinologue, CHBS Mme LEYRISSOUX Catherine, pharmacienne libérale M. LE TUTOUR André, représentant des usagers Mme MABEAU Béatrice, cadre de santé, Kerpape Mme PERSONNIC Marylise, cadre supérieur de santé, CHBS M. RAMAHAFADRAHONA Davidson, CH Quimperlé M. RIGUIDEL Nicolas, Mutualité Française Bretagne M. RIVALLAN A., cadre supérieur de santé, CH Quimperlé M. SIMONET Philippe, directeur adjoint CHBS M. STRILKA Hervé, directeur IREPS 56/22 M. TANGUY Alain, médecin, Kerpape Mme TREGUIER Marie-Paule, Réseau Codiab Kalon'Ic	
Réanimation	Animateur: M. GUENE Benoît, praticien hospitalier, CHBS Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme RABAULT Isabelle Membres: M. ARGO Vincent, réanimateur, CHBS M. QUINIOU Christophe, anesthésiste, clinique Mutualiste M. LOHEAC Stéphane, anesthésiste, clinique du Ter	

Santé Mentale	Groupe « adultes » : Animateur: M. LE MOIGNE Loïc, psychiatre, EPSM Charcot Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme CORBE Gwénaëlle Membres : M. ANDRIANOMANANA Tsilefy, chef de pôle, EPSM Charcot M. BARRIQUAND Loïck, directeur adjoint, ADAPEI, Foyer d'Hennebont M. BONVALOT Thierry, psychiatre, CH Quimperlé M. BOURIC Gildas, directeur adjoint ADAPEI, ESAT de Caudan M. BURONFOSSE Dominique, gériatre, président CME, CH Quimperlé Mme CANY, maire-adjoint, Lorient Mme CAPART Cécile, directrice adjointe, Sauvegarde 56 Mme COHIC Gwénaëlle, vice-présidente CCAS Hennebont Mme COURTOIS, médecin CPEA , EPSM Charcot M. DAUMER, chef de pôle, EPSM Charcot Mme DESCHAMPS Olivia, directrice adjointe, CH Quimperlé Mme ELIOT Michelle, directrice, CCAS Hennebont Mme EVANO, direction santé ville de Lorient M. FATSEAS, président CME, clinique Saint-Vincent Mme FLEXOR, médecin CPEA, EPSM Charcot M.FROGER Y., psychiatre, Lorient M. FUMOUX, GEM M. GERARD, président CME, CH Le Faouët M. GRANGE Raphaël, président CME, CH Port Louis M. HOUANG Philippe, chef de pôle CPEA, EPSM Charcot M. JACQUOT, président CME, Kerpape Mme KERJEAN Jacqueline, addictologue, CHBS M. KERVAREC Jean-Rémy, Conseil Général 56 M. LAGARDE Raphaël, directeur CH Le Faouët M. LAVOUE Jean, directeur Sauvegarde 56 M. LEANNEC Patrice, GEM Mme LE BERRE Emmanuelle, addictologue, CHBS Mme LECOLLE, médecin CPEA, EPSM Charcot Mme LE FRIEC Nathalie, directrice par intérim, CH Port Louis M. LE GAL Bruno, directeur du SAMSAH M. LE GOFF Roland, directeur des soins, EPSM Charcot Mme LE MEUT, vice-présidente CME, EPSM Charcot Mme LE SCOUARNEC, médecin CPEA, EPSM Charcot M. LESTREZ Laurent, chef de pôle, EPSM Charcot M. MARTIN Denis, directeur EPSM Charcot Mme MAUPAS, médecin CPEA, EPSM Charcot M. MORCET Pierre-Yves, directeur des soins, Kerpape M. MOREL Étienne, directeur, CH Quimperlé Mme NICOLAS Béatrice, directrice adjointe, EPSM Charcot Mme PAGE, praticien hospitalier, EPSM Charcot M. PAYSANT, médecin urgentiste, CHBS M. PELERIN Rémy, président CME, CHBS M. PENNEC Alain, maire de Quimperlé M. PIERRON Guy, UNAFAM M. POMMEREUIL Laurent, coordinateur, Relais 3 M. QUERNEZ Michael, conseil général 29 Mme QUEVIN-BONNET, médecin CPEA, EPSM Charcot Mme RACHET Lucile, directrice adjointe, ADAPEI, ESAT d'Hennebont Mme RASTOIN, médecin CPEA, EPSM Charcot M. RIVALLAN, cadre supérieur de santé, CH Quimperlé M. SALESSY Pierre, gérontologue, CHBS M. SIMONET Philippe, directeur adjoint, CHBS Mme STEPHANT, addictologue, CHBS M. SYZ Yann, maire-adjoint, Lorient	
---------------	---	--

	Mme TEXIER, médecin urgentiste, CHBS Mme THIERY, maire de Lanester Mme THOBIE Nadine, directrice, clinique St Vincent M. VARIGNON, directeur du centre pénitentiaire de Ploemeur Mme YAN Marie-Christine, directrice adjointe, EPSM Charcot M. ZENATTI Yann, directeur adjoint, ADAPEI, Les Papillons Blancs Groupe « enfants et adolescents » : Animateurs : M. LE MOIGNE Loïc, psychiatre, EPSM Charcot M. HOUANG Philippe, chef de pôle CPEA, EPSM Charcot Référents ARS : Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme CORBE Gwénaëlle Membres : M. AMIC, médecin, PEP 56 Mme BORNE, directrice adjoint PMI, DGISS Mme BRIFFAULT, pédiatre CHBS Dr CAMUS, médecin libéral Dr CLEUET, médecin libéral M. le directeur, Aide sociale à l'enfance M. le directeur, APJJ Mme la directrice, Douar Nevez, Lorient Direction du dispositif d'accueil familial – Sauvegarde 56 M. FOUILLEN, directeur ITEP PEP 56 M. GAUDICHEAU Laurent, directeur adjoint IME Kerdiret-Ploemeur M. GAUTIER, cadre supérieur de santé CPEA, EPSM Charcot M. HARSCHOET, directeur SESSAD ADAPEI M. HEMONO, directeur pôle enfants et adultes Mme HOUZE-FOUILLAT, directrice CMPP Lorient Mme JACQUEMIN Martine, médecin conseiller technique, Educ. Nationale M. JACQUOT Alain, président CME, Kerpape Dr. JAY, médecin libéral Mme LATIMER, médecin, Douar Nevez, Lorient Mme LE GALL, pédiatre, CHBS Mme LE GOFF, directeur des soins, EPSM Charcot Mme LE MARCHAND, CAMSP Éclaire M. LE TOUX, directeur, MDA, Vannes M. MAILLARD, directeur IME Caudan M. MARTIN, directeur EPSM Charcot Mme NICOLAS, directrice adjointe, EPSM Charcot M. PIHAN, médecin, CMPP Lorient Dr RIUNE, médecin libéral M. SIMONET Philippe, directeur adjoint CHBS M. TREGUER G, pédiatre CHBS M. VIGNERON, pédiatre CHBS Mme YAN, directrice adjointe, EPSM Charcot M. ZENATTI Yann, directeur adjoint, ADAPEI, Les Papillons Blancs	
Soins palliatifs	Animateur : Mme MINIAC Véronique, praticien hospitalier, CHBS Référents ARS : Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme GERARD Stéphanie Membres : Mme BOULOUARD Christine, USP Le Divit M. FALQUERHO Arnaud, CH Quimperlé Mme FORTUNE Christelle, CH Le Faouët M. FOSSIER Eric, HAD M. FOURNIER Christophe, CH Le Faouët M. GRANGE Raphaël, CH Port Louis M. LE DIMEET Joël, ASP 56 Mme MARECHAL Marie-Noël, représentant des usagers Mme SOREL Christine, CH Port Louis	

Urgences et permanence des soins	Animateur: M. LE GAC Jean-Marc, médecin urgentiste, CHBS et CH Quimperlé Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire, Mme RABAULT Isabelle Membres : Mme BALZAC Dominique, SAMU 56 M. BLAZEIX Jean-François, ordre des médecins M. BOEDIC Rémy, médecin radiologue libéral M. BURONFOSSE Dominique, gériatre, président CME, CH Quimperlé M. CARRIE Alain, directeur, clinique du Ter M. CONDON Régis, directeur, clinique Mutualiste M. ELIOT Patrick, médecin radiologue libéral Mme EVENOU Anne, représentant des usagers M. FORESTIER Denis, médecin radiologue libéral M. GAMOND-RIUS Thierry, directeur CHBS M. GUILLOUX Gilles, SDIS 29 Mme KERBELLEC-EVEN Charlotte, médecin libéral M. KERHERVE Alain, maire adjoint, Quimperlé M. LE BORGNE Gildas, directeur adjoint, CHBS M. LE BRUCHEC Onésime, représentant des usagers M. LECUYER Hugues, SOS médecins M. LE PIMPEC Didier, personne qualifiée MSA M. LE TOULLEC Hubert, médecin libéral M. MASSOULLIE Philippe, médecin libéral M. MOREL Étienne, directeur CH Quimperlé Mme PADET Martine, directrice EHPAD Locmiquélic M. PAYSANT Yannick, chef de pôle CHBS M. PELERIN Rémy, président CME, CHBS M. RENAUD Christophe, médecin urgentiste, CH Quimperlé Mme SAMZUN Jean-Louis, médecin maison médicale de garde M. TREGUIER Olivier, EPSM Charcot Mme TREMEAUD Christiane, représentant des usagers M. VILMIN Claude, SDIS 56	
IPA SSR	Animateur: M. BURONFOSSE Dominique, gériatre, président de CME, CH Quimperlé Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire Membres : Mme AUFFRET Joëlle, CH Quimperlé M. BARDOU Dominique, Kerpape M. BOSCHER Michel, Maison St Joseph, Quimperlé M. BURONFOSSE Dominique, gériatre, président CME, CH Quimperlé M. COLLET Jean-Yves, Kerpape M. DE BONADONA Jean-François, CH Quimperlé Mme GOANVIC Rozenn, praticien hospitalier, CH Port Louis M. GOURAUD Philippe, SSR, CHBS M. GRANGE Raphaël, CH Port Louis M. GUENNEC Eric, CH Le Faouët M. HOUANG-THO Jean-Marc, directeur, centre Kerdudo M. JACQUOT Alain, Kerpape M. LAGARDE Raphaël, directeur, EPSM Charcot Mme LE FRIEC Nathalie, directrice par intérim CH Quimperlé Mme LE GOUIL-THURIERE, directrice, Kéraliguen M. LE GUERNEVEN, CH Quimperlé M. LE MEUR Samuel, Maison St Joseph, Quimperlé Mme MASCHELIN Florence, Le Phare, Lorient M. MOREL Étienne, directeur CH Quimperlé M. SIMONET Philippe, directeur adjoint CHBS M. TROST Michel, Le Divit M. VIALLE Jean-François, Le Divit	Ce groupe ne s'est réuni qu'une seule fois, suite à la présentation des IPA en conférence.

Imagerie	Animateur: M. Grégory MATHON, praticien hospitalier, CHBS Référents ARS: Mme MUZELLEC-KABOUCHE Claire Membres : Centre hospitalier Bretagne Sud à Lorient: Dr LEVEQUE M. LE BORGNE M. KERROUX Centre hospitalier de Quimperlé: Dr IOJA Mme DESCHAMPS Mme KERYHUEL Cabinets libéraux: M. ELIOT M. AUBAUD M. LE BRUCHEC, représentant des usagers Dr FORESTIER	
-----------------	--	--

ANNEXE IV : OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE DU TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3 JANVIER 2013

1 - PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

1.1 - Consultations hospitalières

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	DISCIPLINE MCO/PSY	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION HORAIRES D'OUVERTURE	ADDICTIONS PRISES EN CHARGE (*)
Service d'addictologie 02 97 64 90 95 Site Internet: www.chbs.fr/	MCO	CHBS	LORIENT Du lundi au vendredi de 9 H à 18 H, Le samedi de 9 H à 12 H	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux Réflexion en cours

1.2 - Consultations en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.), secteur médico-social

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	STRUCTURE DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION HORAIRES D'OUVERTURE	ADDICTIONS PRISES EN CHARGE (*)
CSAPA de Quimperlé 02 98 96 63 18 Site Internet: ch-quimperle.fr Rubrique: consultation puis offre de soins	CHQ	QUIMPERLÉ, site de la Villeneuve du lundi au vendredi de 9 H à 12 H 30 et de 13 H 30 à 17 H	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres:
CSAPA de Lorient 02 97 21 47 71 Site Internet: ND	Association Douar Nevez	LORIENT, 39 rue de la Villeneuve, immeuble Fastnet Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi de 8 H 30 à 18 H Mercredi de 8 H 30 à 17 H 30 Consultations Jeunes Consommateurs « CJC » à la Maison des Adolescents, bd de la République, LORIENT tous les mercredis de 13 h à 17 H	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres:

(*) À cocher

1.3 - Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.), secteur médico-social

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	STRUCTURE DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION HORAIRE D'OUVERTURE	ADDITIONS PRISES EN CHARGE (*)
Appartements de Coordination Thérapeutique 02 97 21 47 71 Site Internet: ND	Association Douar Nevez	4 places d'appartement de coordination thérapeutique réparties dans 4 sites dans des immeubles collectifs lorientais	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres:

1.4 - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.),
secteur médico-social

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	STRUCTURE DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION HORAIRE D'OUVERTURE	ADDITIONS PRISES EN CHARGE (*)
Le Pare-A-Chutes 02 97 21 35 20 06 33 60 77 70 Site Internet: ND	Association Douar Nevez	LORIENT, 10 rue Louis Le Meur Lundi de 15 H à 18 H et Vendredi de 11 H à 15 H + possibilité permanences sur demande, via l'utilisation du camping-car	Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres:
Antenne Caarud du Finistère 02 98 96 63 18 ou 02 98 43 18 72	Association Aides	QUIMPERLÉ, site de la Villeneuve dans les locaux du CSAPA, Le 1er mercredi de chaque mois, de 14 H à 17 H	Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres:

2 - PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION

2.1 - Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (E.L.S.A.)

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	SITES OU ÉTABLISSEMENTS DESSERVIS	HORAIRE DE FONCTIONNEMENT	ADDITIONS PRISES EN CHARGE (*)
ELSA, équipe basée à Lorient Pôle A ND Site Internet: www.chbs.fr	CHBS	CHBS EPSM « Charcot »	Du lundi au vendredi: de 8 H 30 à 16 H 30 Samedi matin: Urgences CHBS	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres:
ESLA, Quimperlé 02 98 96 63 18 mutualisation de la ligne téléphonique du CSAPA téléphone portable spécifique pour chaque collaborateur Site Internet: ch-quimperle.fr	Centre Hospitalier de Quimperlé	Centre Hospitalier de Quimperlé	Du lundi au vendredi: 9 H à 17 H	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres:

2.2 - Hospitalisation de jour

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	DISCIPLINE MCO/PSY OU SSR	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION CAPACITÉ / HORAIRE D'OUVERTURE	ADDITIONS PRISES EN CHARGE (*)
Hospitalisation de jour en addictologie ND Site Internet: www.chbs.fr	MCO	CHBS	LORIENT 10 places 2 journées par semaine	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres:

(*) À cocher

2.3 - Hospitalisation complète

2.3.1 - Court séjour en addictologie

NOM DE LA STRUCTURE CONTACT	DISCIPLINE MCO/PSY OU SSR	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION CAPACITÉ / HORAIRES D'OUVERTURE	ADDICTIONS PRISES EN CHARGE (*)	
Service médical d'addictologie ND Site Internet : www.chbs.fr	MCO	MCO	LORIENT 11 lits de sevrage complexe	Alcool Tabac Produits illicites Addictions aux jeux Autres :	X X X X
Centre de Post-Cure Kerdudo (pour femmes) 02 97 02 95 30 Site Internet : centredekerdudo.com	SSR-A	CPC Kerdudo	GUIDEL, Les 5 chemins 40 lits	Alcool Tabac Produits illicites Addictions aux jeux Autres :	X X X 0
Centre de Post-Cure Le Phare (pour hommes) 02 97 88 01 22 Site Internet : ND	SSR-A	CPC Le Phare	LORIENT 25 lits	Alcool Tabac Produits illicites Addictions aux jeux Autres :	X X X 0

3 - RÉSEAU

IDENTITÉ DU RÉSEAU CONTACT / SITE INTERNET	NATURE DE L'ACTIVITÉ	MEMBRES DU RÉSEAU	ZONE(S) OU TERRITOIRE(S) DESSERVI(S)	ADDICTIONS PRISES EN CHARGE (*)	
RELAIS 3 02 97 02 95 30 Site : ND	Gestion de la permanence téléphonique Établir un parcours de soins pour les patients Participer à l'offre de formation continue	EPSM « Charcot », CH Quimperlé, CHBS (addictologie), CPC Kerdudo et le Phare, Clinique Saint-Vincent, Douar Nevez, Point Santé Lorient, EFAIT, Espoirs Amitiés, Vie Libre, Mouvement Alcooliques Anonymes, Alcool Assistance, AMAFE, Croix-Bleue, des médecins généralistes et pharmaciens	TS 3	Alcool Tabac Produits illicites Addictions aux jeux Autres :	0 0 X 0

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SELON LEUR NIVEAU EN ADDICTOLOGIE

STRUCTURE DE NIVEAU 1 (SEVRAGES SIMPLÉS)	STRUCTURE DE NIVEAU 2 (SEVRAGES COMPLEXES)	STRUCTURE DE NIVEAU 3 (RECHERCHE ET FORMATION)
Centre Hospitalier de Quimperlé	Centre Hospitalier Bretagne Sud - Lorient	

(*) À cocher

RÉCAPITULATIF, PAR ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, DES PRISES EN CHARGE PROPOSÉES PAR NIVEAU**NIVEAU 1 (sevrages simples)**

Nom de l'établissement : Centre Hospitalier de Quimperlé

NOM DE LA STRUCTURE ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU NIVEAU 1	LIEU D'IMPLANTATION CAPACITÉ / HORAIRES D'OUVERTURE	ADDITIONS PRISES EN CHARGE (*)
CONSULTATIONS	Centre Hospitalier Bretagne Sud - Lorient	Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :
ESLA, Quimperlé 02 98 96 63 18 mutualisation de la ligne téléphonique du CSAPA téléphone portable spécifique pour chaque collaborateur Site Internet : ch-quimperle.fr	Centre Hospitalier de Quimperlé Du lundi au vendredi de 9 H à 17 H	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres :
HOSPITALISATION COMPLÈTE (sevrages simples) Pas de lits dédiés		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :
AUTRE		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :

NIVEAU 2 (sevrages complexes)

Nom de l'établissement : CHBS - LORIENT

NOM DE LA STRUCTURE ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU NIVEAU 2	LIEU D'IMPLANTATION CAPACITÉ / HORAIRES D'OUVERTURE	ADDITIONS PRISES EN CHARGE (*)
CONSULTATIONS Service d'addictologie 02 97 64 90 95 Site Internet : www.chbs.fr	LORIENT Du lundi au vendredi de 9 H à 18 H, Le samedi de 9 H à 12 H	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Réflexion en cours
ELSA Pôle A ND Site Internet : www.chbs.fr	Équipe basée à Lorient intervenant à l'EPSM « Charcot » ; au CH de Quimperlé Du lundi au vendredi : de 8 H 30 à 16 H 30	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres :
Équipe basée à Lorient intervenant à l'EPSM « Charcot » ; au CH de Quimperlé Du lundi au vendredi : de 8 H 30 à 16 H 30	LORIENT, 11 lits de sevrage complexe	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres :
HOSPITALISATIONS de JOUR en addictologie ND Site Internet : www.chbs.fr	LORIENT, 12 places, 2 journées par semaine	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux X Autres :

(*) À cocher

NIVEAU 2 - SSR

Nom de l'établissement : Centre de Post-Cure Kerdudo - GUIDEL

NOM DE LA STRUCTURE	LIEU D'IMPLANTATION CAPACITÉ / HORAIRES D'OUVERTURE	ADDICTIONS PRISES EN CHARGE (*)
CONSULTATIONS		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Réflexion en cours
HOSPITALISATION COMPLÈTE CPC Kerdudo 02 97 02 95 30 Site Internet : centredekerdudo.com	GUIDEL, Les 5 chemins 40 lits pour femmes	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres :
HOSPITALISATIONS de JOUR		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :
Autre :		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :

NIVEAU 2 - SSR

Nom de l'établissement : Centre de Post-Cure Le Phare - LORIENT

NOM DE LA STRUCTURE	LIEU D'IMPLANTATION CAPACITÉ / HORAIRES D'OUVERTURE	ADDICTIONS PRISES EN CHARGE (*)
CONSULTATIONS		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Réflexion en cours
HOSPITALISATION COMPLÈTE CPC Le Phare 02 97 88 01 22	LORIENT, 25 lits pour hommes	Alcool X Tabac X Produits illicites X Addictions aux jeux 0 Autres :
HOSPITALISATIONS de JOUR		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :
Autre :		Alcool 0 Tabac 0 Produits illicites 0 Addictions aux jeux 0 Autres :

(*) À cocher

ANNEXE V : ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE DE SANTÉ N° 3

SPÉCIALITÉS	SITUATION ACTUELLE ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES						SCHEMA CIBLE	
	CHBS	CH QUIMPERLÉ	CLINIQUE MUTUALISTE	CLINIQUE DU TER	CRRF KERPAPE	COOPÉRATION MUTUALISATION	ORGANISATION	COMMENTAIRE
Gynécologie Obstétrique	1 GSP + 1 AO					Convention de partenariat CHBS-CHQ en matière de périnatalité depuis 2008	CHBS = maternité niveau 2B : 1 gynécologue de garde + 1 chirurgien d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale + 1 anesthésiste de garde dédiée + 1 pédiatre de garde	CHBS seul établissement du territoire ayant une maternité Pédiatrie : pas de reconnaissance de l'AS contrairement à l'existant. 1 GSP réglementée en anesthésie au pôle FME
Pédiatrie	1 GSP + 1 AS les WE et jours fériés							
Anesthésie activité réglementée Gynéco obstétrique et pédiatrique	1 GSP							
Réanimation Adulte	1 GSP					Convention avec les USC de la clinique Mutualiste et de la clinique du Ter	1 garde réglementée	
Unité de surveillance continue*	1 AO les w-e en journée		1 AO tous les jours	1 AO tous les jours			Continuité des soins Ne fait pas l'objet d'un financement PDES spécifique	*La garde est assurée par la réanimation.
Unité de soins intensifs cardiologiques	1 GSP					Participation des médecins libéraux à la GSP	1 garde réglementée	
Unité Neurovasculaire circulaire	1 AO						1 astreinte de neurologue réglementée	
Cardiologie interventionnelle	1 AO						1 astreinte de cardiologue interventionnel réglementée	
Dialyse	1 AO						1 néphrologue Réglementée.	

GSP : garde sur place

AO : astreinte opérationnelle

AS : astreinte de sécurité (non réglementée)

SPÉCIALITÉS	SITUATION ACTUELLE ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES						SCHEMA CIBLE	
	CHBS	CH QUIMPERLÉ	CLINIQUE MUTUALISTE	CLINIQUE DU TER	CRRF KERPAPE	COOPÉRATION MUTUALISATION	ORGANISATION	COMMENTAIRE
Chirurgie viscérale et digestive	1 AO						1 astreinte non réglementée	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 AO la nuit + 1 GSP WE et jours fériés						1 astreinte non réglementée	
Urologie			1 AO			convention de fonctionnement en cours de signature	1 astreinte non réglementée	Les urologues de la clinique du Ter assurent la continuité des soins sur dans leur clinique
Chirurgie vasculaire et thoracique			Vasculaire 1 AO			Convention avec le CHBS	1 Astreinte non réglementée commune aux 2 spécialités, concrètement aujourd'hui c'est la Mut qui perçoit le financement. les urgences thoraciques ; Elles sont prises en charge au CHBS par le chirurgien thoracique de la clinique du TER.	Quelles en sont les modalités ? 1 seul chirurgien (urgences rares : aucune depuis la mise en place de cette organisation)
				Thoracique 1 AO				
ORL	1 AO					Participation des praticiens libéraux	1 astreinte non réglementée	
Ophtalmologie	1 AO						1 astreinte non réglementée	
Anesthésie liée aux activités non réglementées des blocs	1 GSP						Chaque clinique (Mut et Ter) a mis en place 1 AO	
Médecine polyvalente	1 AO						1 AO par structure autorisée en médecine polyvalente disposant d'un site de médecine d'urgence	

GSP : garde sur place

AO : astreinte opérationnelle

AS : astreinte de sécurité (non réglementée)

SPÉCIALITÉS	SITUATION ACTUELLE ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES						SCHEMA CIBLE	
	CHBS	CH QUIMPERLÉ	CLINIQUE MUTUALISTE	CLINIQUE DU TER	CRRF KERPAPE	COOPÉRATION MUTUALISATION	ORGANISATION	COMMENTAIRE
Endoscopie digestive	1 AO						1 Astreinte par site disposant d'une unité de réanimation	
Pneumologie	1 AO						Astreinte inscrite en lien avec l'activité réglementée de réanimation	

GSP : garde sur place

AO : astreinte opérationnelle

AS : astreinte de sécurité (non réglementée)

SPÉCIALITÉS	SITUATION ACTUELLE ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES						SCHEMA CIBLE	
	CHBS	CH QUIMPERLÉ	CLINIQUE MUTUALISTE	CLINIQUE DU TER	CRRF KERPAPE	COOPÉRATION MUTUALISATION	ORGANISATION	COMMENTAIRE
Imagerie médicale	1 AO nuit + 1 GSP le jour les WE et jours fériés	1 AO					Rémunération d'1 GSP mutualisée par territoire. Cette mutualisation intègre les médecins libéraux	Dans le cadre de la continuité des soins les radiologues libéraux assurent une permanence de 20H à 8H, W.E et jours fériés.
Biologie médicale	1 AS					Mutualisation entre les 2 établissements (CHBS et CH Quimperlé)	1 permanence pour l'établissement réfèrent du territoire	

GSP : garde sur place

AO : astreinte opérationnelle

AS : astreinte de sécurité (non réglementée)

REMERCIEMENTS

LA DÉLÉGATION TERRITORIALE DU MORBIHAN DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE BRETAGNE ET LA CONFÉRENCE DE TERRITOIRE N° 3

Pour la Présidence de la Conférence de Territoire n° 3 : Norbert METAIRIE, Maire de Lorient

Pour la direction de la Délégation Territoriale du Morbihan : Pierre LE RAY

Pour la coordination du territoire de santé n° 3 : Claire MUZELLEC-KABOUCHE

Pour le chargé de mission de la conférence de territoire n° 3 : Aurélien MOUSSET

Pour les autres membres de la Délégation Territoriale du Morbihan : Dr Gwénaëlle CORBE, médecin inspecteur ; Stéphanie GERARD, chargée de mission secteur hospitalier ; Madeleine GOURMELON, inspecteur de l'action sanitaire et sociale ; Brigitte GUILLERMIC, infirmière en santé publique ; Cédric LABBAY, chargé de mission secteur médico-social ; Audrey LE GALL, inspecteur de l'action sanitaire et sociale ; Dr René NIVELET, médecin inspecteur ; Dr Isabelle RABAULT, médecin inspecteur ; Dr Florence TUAL, médecin inspecteur

Pour le secrétariat de la conférence : Florence VENON-BLANDIN

adressent leurs plus vifs remerciements aux membres des groupes de travail thématiques...

Groupe de travail « La prévention et prise en charge des conduites addictives » : Dr Jacqueline KERJEAN, addictologue au centre hospitalier Bretagne Sud à Lorient, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « La prise en charge des personnes âgées » : Dr Dominique BURONFOSSE, gériatre, président de CME au centre hospitalier de Quimperlé, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale en médecine, en chirurgie, en imagerie, en réanimation et en insuffisance rénale chronique » :

Groupe de travail « Médecine » : Étienne MOREL, directeur du centre hospitalier de Quimperlé, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Chirurgie » : Régis CONDON, directeur de la clinique Mutualiste, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Imagerie » : Dr Grégory MATHON, praticien hospitalier, centre hospitalier Bretagne Sud à Lorient, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Réanimation » : Dr Benoît GUENE, praticien hospitalier, centre hospitalier Bretagne Sud à Lorient, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Insuffisance rénale chronique » : Dr Didier LEGRAND, néphrologue, AUB Santé, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « L'organisation des urgences, des gardes et des astreintes en établissement de santé » : Dr Jean-Marc LE GAC, médecin urgentiste au centre hospitalier Bretagne Sud à Lorient, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Handicap » : Yann ZENATTI, directeur adjoint, ADAPEI 56, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « ETP prévention du risque cardio-vasculaire » : Dr Lionel BARJONET, Réseau Codiab/kalon'ic, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Santé mentale » :

Groupe « adultes » : Dr Loïc LE MOIGNE, psychiatre, président de CME à l'EPSM Charcot, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe « enfants » : Dr Philippe HOUANG, pédopsychiatre à l'EPSM Charcot, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail.

Groupe de travail « Soins palliatifs » : Dr Véronique MINAC, praticien hospitalier au centre hospitalier Bretagne Sud à Lorient, animateur, ainsi qu'à l'ensemble des membres du groupe de travail...

...ainsi qu'aux directeurs de schéma, aux coordonnateurs thématiques, au Pôle Observation Statistiques et Évaluation et à la Direction adjointe en charge de la Démocratie Sanitaire et de la Communication du siège de l'ARS :

Pour la coordination générale : Pierre BERTRAND, directeur général adjoint ARS Bretagne ; Thierry DE LABURTHE, directeur adjoint en charge de la démocratie sanitaire et de la communication ; Chloé BATEAU, chargée de mission au pôle « Projet Régional de Santé et animation territoriale » ; Katia CANNESAN, assistante de Thierry DE LABURTHE ; Elodie LE POUPON, assistante de coordination du Pôle « Projet Régional de Santé et animation territoriale ».

Pour la coordination du volet hospitalier du schéma régional de l'offre sanitaire (SROS) : Hervé GOBY, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement ; Dominique PENHOUE, directeur adjoint à la direction de l'offre de soins et de l'accompagnement en charge du département de l'offre de soins hospitalière ; Docteur Christine BRUNET, médecin inspecteur de santé publique.

Pour la coordination du volet ambulatoire du SROS : Hervé GOBY, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement ; Marine CHAUVET, directrice adjointe à la direction de l'offre de soins et de l'accompagnement en charge du département de l'offre de soins ambulatoire et de la coordination des acteurs.

Pour la coordination du schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) : Hervé GOBY, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement ; Anne-Yvonne EVEN, directrice adjointe à la direction de l'offre de soins et de l'accompagnement en charge du département de l'offre médico-sociale ; Docteur Sylvie DUGAS, conseillère technique médicale du département de l'offre médico-sociale ; Anne DELUCQ, responsable du pôle « programmation et organisation des établissements et services médico-sociaux ».

Pour la coordination du schéma régional de prévention (SRP) : Jean-Michel DOKI-THONON, directeur de la santé publique ; Stéphanie FARGE, directrice adjointe à la direction de la santé publique en charge de la prévention et promotion de la santé.

Pour les statistiques, les indicateurs et la cartographie : Valérie MOLINA, responsable du pôle « Observation, statistiques et évaluation », Samantha DODARD, son adjointe et l'ensemble des agents du pôle.

Pour les coordonnateurs thématiques :

- Le Dr Florence TUAL, pour la thématique « addictions » ;
- Le Dr Anne LECOQ pour la thématique « prise en charge des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie » ;
- Julie LONGY et le Dr Patrick AIRAUD pour la thématique « permanence des soins articulée entre la ville et l'hôpital » ;
- Le Dr Patrick AIRAUD et Séverine BAUBINNEC CARADEC pour les thématiques « médecine d'urgence » et « permanence des soins en établissement de santé » ;
- Magalie PRIGENT pour la thématique « modes d'exercices collectifs et coordonnés » ;
- Le Dr Sylvie DUGAS pour la thématique « santé mentale » ;
- Anne DELUCQ pour la thématique « handicap » ;
- Jacqueline HELLIER pour la thématique « éducation thérapeutique du patient » ;
- Le Docteur Christine BRUNET pour la thématique « soins palliatifs ».