



# Programme Territorial de Santé N° 5

RENNES / FOGÈRES / VITRÉ / REDON



Années 2013-2016



## ÉDITORIAL

La conférence de territoire et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont travaillé ensemble à l'élaboration du Programme Territorial de Santé (PTS) pour notre territoire Rennes, Fougères, Vitré, Redon (Territoire 5).

Ce programme est le résultat de la déclinaison du Programme Régional de Santé (PRS) sur le territoire et de propositions émanant des acteurs locaux de santé.

Plus de 350 acteurs œuvrant dans les domaines de la prévention, du médico-social, du social et du sanitaire (membres de la conférence, experts, usagers...) se sont fortement mobilisés dans une volonté constante d'écoute et de dialogue.

Ces acteurs de terrain ont approfondi le diagnostic et fait remonter des préoccupations locales. L'ensemble des échanges a permis de déboucher sur des contributions essentielles pour l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Les représentants des usagers se sont pleinement associés à ces travaux. Par la mise en place de réunions préalables, ils se sont appropriés le PTS et ont ainsi pu en débattre et être force de propositions.

Avec la mise en œuvre du PTS, des avancées importantes seront notamment mises en œuvre dans l'organisation des soins aux personnes âgées (filiales gériatriques) et l'accompagnement des personnes

handicapées, notamment des enfants et adultes autistes. Les politiques de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide seront encouragées ainsi que l'installation des professionnels de santé dans les zones prioritaires. L'hôpital local s'en trouvera également renforcé ainsi que les coopérations hospitalières à l'échelle du territoire. La promotion de la politique vaccinale sera un enjeu fort et une dynamique transversale de promotion de la santé, de prévention sera soutenue.

La feuille de route de la politique de santé du territoire 5 intègre désormais plus de proximité, plus de transversalité et plus de lisibilité.

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble des personnes qui se sont pleinement investies dans ce travail.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Alain Gautron

Le Président de la Conférence de Territoire 5

Louis Feuvrier

# PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ DU TERRITOIRE N° 5 RENNES, FOUGÈRES, VITRÉ, REDON

## SOMMAIRE

PRÉAMBULE .....	1042
I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS À L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DE SANTÉ .....	1056
Thématique n°1. La prévention et la prise en charge des conduites addictives .....	1056
Thématique n°2. L'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées dans les filières gériatriques et gérontologiques.....	1072
Thématique n°3. La place de l'hôpital local dans l'offre de soins et le parcours de vie des usagers .....	1087
Thématique n°4. La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale en chirurgie, en obstétrique et en imagerie.....	1095
Thématique n°5. L'organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé.....	1102
Thématique n°6. Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés .....	1108
Thématique n°7. Le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé.....	1117
II. LES AXES DE TRAVAIL RETENUS PAR LE TERRITOIRE.....	1120
Thématique n°8. La promotion de la santé mentale et la prise en charge du suicide .....	1122
Thématique n°9. L'accompagnement du handicap et parcours de vie .....	1136
Thématique n°10. Les soins de suite et de réadaptation.....	1155
Thématique n°11. Les troubles du comportement alimentaire.....	1167
Thématique n°12. Promotion, prévention de la santé (Nutrition et activité physique – vaccination – vie affective et sexuelle)....	1172
III. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PTS.....	1178
ANNEXES.....	1180



# 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 programmes territoriaux de santé viennent donc décliner le projet régional de santé 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° 5 pour les cinq années à venir.

## LES OBJECTIFS D'UN PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTÉ

Les programmes territoriaux de santé (PTS) sont un élément de programmation de la mise en œuvre du projet régional de santé 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 projet régional de santé.

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 programmes territoriaux de santé (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 ;
- 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 projet régional de santé (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



## LE TERRITOIRE DE SANTÉ 5

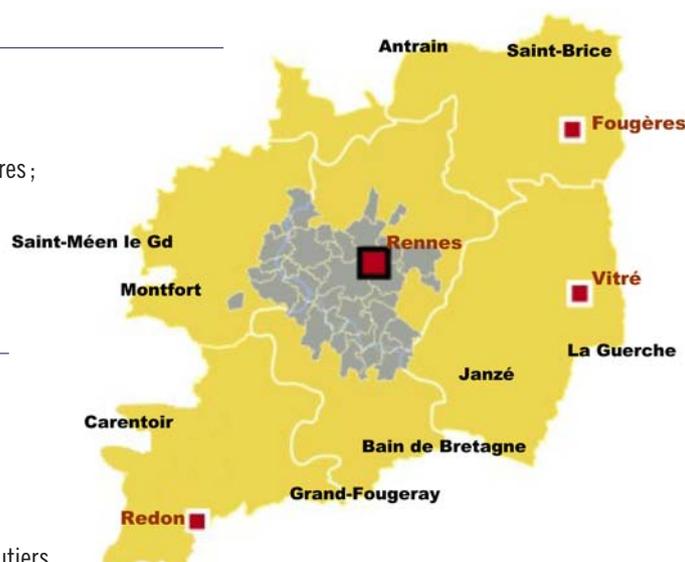
Le territoire de santé est le périmètre de référence pour :

- l'organisation de l'offre de services de santé ;
- l'organisation de la démocratie locale incarnée par les conférences de territoires ;
- la mise en œuvre d'actions, notamment aux travers des territoires de proximité, sur tous les champs de compétence de l'ARS.

## PARTICULARITÉS DU TERRITOIRE 5

- présence de structures sanitaires à vocation régionale dont le CHU ;
- présence d'un pôle universitaire fort avec attractivité des 15-25 ans ;
- situation limitrophe du secteur 5 favorisant un recrutement péri-régional.

Au centre du territoire se trouve Rennes, la capitale régionale, et les réseaux routiers desservent « en étoile » et dans de bonnes conditions (majorité de 4 voies) les autres pôles urbains que sont Vitré, Fougères ou Redon.



### Données démographiques

En 2009, la population du territoire 5 représentait 862 370<sup>(1)</sup> personnes soit 27,1 % de la population bretonne.

En 2016, la projection sera de 930 010 personnes ainsi son poids augmentera sensiblement par rapport à la population bretonne (27,7 %).

Selon les projections démographiques en 2016, le territoire 5 va connaître une hausse de la population des plus de 75 ans, supérieure à la moyenne régionale. Cependant la part des plus de 75 ans reste bien inférieure à la moyenne régionale (En 2009 : 7,4 % contre 9,7 % pour la région. En 2016 : 7,7 % contre 10,2 % pour la région).

### Données épidémiologiques

#### Mortalité générale<sup>(2)</sup> :

la population du territoire 5 présente par ailleurs le meilleur état de santé de la région avec un taux de mortalité (décès toutes causes confondues) inférieur à la moyenne régionale : 769 pour 100 000 habitants pour le territoire 5 contre 853 pour la région.

#### Morbidité :

le territoire 5 présente également une sous-morbidité par rapport à la moyenne régionale.

BRETAGNE	BRETAGNE	TERRITOIRE 5
<b>Psychiatrie :</b> prévalence des personnes (pour 100 000 hts) ayant une affection psychiatrique de longue durée	2 125	2 024
<b>Cancer :</b> prévalence des personnes (pour 100 000 hts) ayant une tumeur maligne	3 821	3 187
<b>Maladies Cardio-vasculaires :</b> prévalence des personnes (pour 100 000 hts) ayant une affection circulatoire	6 584	5 270

Source : DRSM 2009

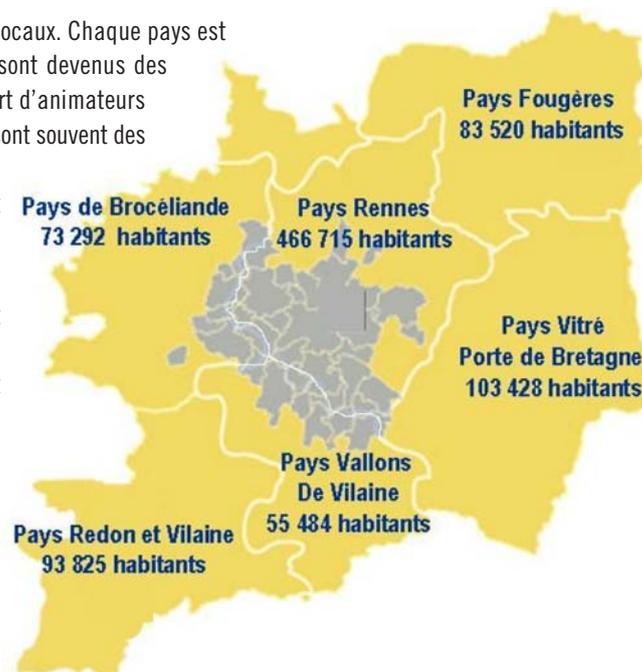
1) Source : INSEE projection de population 2009 et 2016

2) Source : INSERM - INSEE - Exploitation ORSB Bretagne Indicateurs 2008

## ● PRÉSENTATION DES PAYS DU TERRITOIRE...

Le territoire « Pays » correspond à une réalité concrète et portée par les élus locaux. Chaque pays est doté d'un conseil de développement, d'un président et d'un directeur et ils sont devenus des interlocuteurs pour l'ARS car avec leurs chargés de mission, voire avec le renfort d'animateurs territoriaux de santé (cofinancements collectivités – Conseil Régional – ARS) ils sont souvent des relais importants pour mobiliser les acteurs locaux autour des enjeux de santé. C'est un échelon territorial de coordination, de concertation et de développement de stratégies communes aux intercommunalités composant le Pays.

Notre territoire de santé couvre 6 pays : le Pays de Rennes, le Pays de Vitré, le Pays de Fougères, le Pays de Brocéliande, le Pays des Vallons de Vilaine et le Pays de Redon, ce dernier ayant la particularité d'être sur 3 départements : l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan et la Loire Atlantique. Quatre Pays ont d'ores et déjà souhaité s'engager sur une démarche de contractualisation avec l'ARS, en cohérence avec le projet régional de santé et le programme territorial de santé du territoire 5. Cette vitalité des responsables locaux sur les questions de santé est un atout pour l'ARS et un atout pour le territoire de santé.



### 1. PAYS DE BROCÉLIANDE

#### Présentation du territoire

Le pays de Brocéliande est l'un des plus petits pays de la région tant en population (73 789 habitants, INSEE 2012) qu'en superficie (929 km<sup>2</sup>). Le pays comprend 43 communes et sa densité de population est nettement inférieure à la densité régionale. À l'horizon 2030, les projections de population basées sur les tendances observées indiquent un léger vieillissement de la population du pays : les jeunes de moins de 20 ans pourraient être alors aussi nombreux que les personnes de 65 ans et plus, et l'on estime à 6 % la proportion de personnes de plus de 80 ans présentes au sein de ce territoire (source Insee).

#### La santé en Pays de Brocéliande<sup>(3)</sup>

Dans le Pays de Brocéliande, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire. À l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès avant les cancers.

**Sur la période 2000-2006, l'analyse des indicateurs de mortalité montre que le Pays de Brocéliande présente un état de santé favorable par rapport à la moyenne nationale pour les hommes (avec une mortalité générale inférieure de 7 % à la moyenne française), et un état de santé comparable pour les femmes.**

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le Pays de Brocéliande se distingue par une sous-mortalité masculine et féminine, respectivement inférieure de 10 % et de 23 % à la moyenne française.

En termes d'offre de soins, l'ensemble des établissements de santé présents au sein du Pays permet d'assurer des activités de médecine, de soins de suite, de soins de longue durée. À noter également, à partir du Centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR) le secteur de psychiatrie G08, un centre médico-psychologique (CMP) à Montfort et des permanences à Saint-Méen-le-Grand. Les habitants du Pays ont également accès à l'ensemble des soins dans les établissements rennais, relativement proches. Concernant les professionnels de santé libéraux implantés dans le pays (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les densités observées sont plus faibles que les densités régionales.

#### Le projet de santé du Pays de Brocéliande

Le projet de santé vise la mise en œuvre des orientations stratégiques du Pays en matière de santé publique et d'accessibilité à une offre de soins de qualité et efficiente. Il se concrétise par différents axes de travail :

- **établir un état des lieux en élaborant des diagnostics territoriaux de santé sur :**
  - > l'offre de soins ambulatoire ;
  - > l'offre de soins à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

3) Source : la santé dans les pays bretons – ORSB 2010

- **construire et coordonner un programme d'actions adaptées aux priorités du territoire identifiées**
  - > encourager le mode d'exercice collectif et coordonné entre professionnels de santé ;
  - > accompagner les professionnels de santé et les élus pour formaliser des demandes d'aides auprès des différentes instances ;
  - > coordonner des groupes de travail sur les problématiques spécifiques au territoire ;
  - > participer aux instances de travail et de pilotage des projets à l'échelle du territoire de santé n° 5 ;
  - > contribuer à la création d'outils de coordination répondant aux enjeux de santé du territoire.
- **participer à la mise en œuvre d'orientations et actions du Pays en cohérence avec les priorités régionales de santé.**
  - > proposer les axes d'actions pour soutenir et renforcer les actions du Pays en lien avec les instances régionales de santé ;
  - > participer et accompagner des démarches projets portées par les instances régionales de santé sur le territoire.
- **informer et communiquer**
  - > mettre en place des actions de communication et piloter des éléments de communication ;
  - > créer et mettre à disposition des outils d'informations pour les acteurs du territoire.

## Les orientations du projet de contrat local de santé (CLS) avec l'ARS

À l'heure actuelle, le Pays de Brocéliande, s'est inscrit dans une démarche active sur les questions de santé. Le pays de Brocéliande est engagé dans des axes de travail en cohérence avec les priorités régionales de santé :

- encourager et accompagner le mode d'exercice collectif et coordonné entre professionnels de santé à l'échelle du territoire pour proposer une offre de soins accessible à l'ensemble de la population ;
- animer, coordonner et favoriser le travail en réseau dans une approche globale de la santé. Le groupe de travail « Coordination de l'Autonomie, de la Dépendance, du Handicap et de la Médiation/Centre Local d'Information et de Coordination » (CLIC/CAUDHEM) sur la coordination et la fluidité du parcours de vie et de soins pour les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes) ainsi que sur les sorties d'hospitalisation assure une représentativité de tous les champs de la santé ;
- participation avec le pôle de santé et l'hôpital de St Méen-Le-Grand en lien avec l'ARS à l'expérimentation des nouveaux modes de prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ;
- création d'outils de communication et d'informations référençant l'offre de soins médicale, paramédicale, sanitaire et médico-sociale sur le Pays de Brocéliande à destination des professionnels, de la population et des collectivités ;
- mise en place de dispositifs de prévention des conduites addictives et à risque chez les jeunes sur le Pays de Brocéliande.

## 2. PAYS DE FOGÈRES

### Présentation du Territoire

Situé au Nord-est de l'Ille-et-Vilaine, le pays de Fougères est également limitrophe de deux autres régions du grand Ouest (Basse-Normandie et Pays de la Loire). Il comprend 58 communes dont la plus importante est Fougères (19 779 hab. en 2010), qui représente 24 % de l'ensemble de la population du pays. La densité de population du pays est nettement inférieure à la moyenne régionale. À l'horizon 2030, les projections de population du pays de Fougères, basées sur les tendances observées, indiquent un vieillissement de la population du pays : les jeunes de moins de 20 ans pourraient être alors moins nombreux que les personnes de 65 ans et plus et on estime à 9 % la proportion de personnes de 80 ans et plus présentes au sein du Pays (source Insee).

### La santé en Pays de Fougères<sup>(4)</sup>

Dans le pays de Fougères, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire. À l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès avant les cancers. Parmi les décès par cancers, ceux de la trachée, des bronches et des poumons chez les hommes et celui du sein chez les femmes sont les plus nombreux.

**Sur la période 2000-2006, l'analyse des indicateurs de mortalité montre que le Pays de Fougères présente un état de santé défavorable vis-à-vis de la moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes, avec respectivement des indices, concernant la mortalité générale, supérieurs de 4 % et de 6 % à la moyenne française.**

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le pays de Fougères présente un niveau comparable au niveau national pour les populations masculine et féminine.

4) Source : la santé dans les pays bretons – ORSB 2010

En termes d'offre de soins, le Pays compte un centre hospitalier et deux hôpitaux locaux (Antrain et Saint-Brice) assurant l'ensemble des activités de soins et les habitants du Pays ont également accès à l'offre des établissements hospitaliers voisins, notamment ceux du Pays de Rennes situés à environ 35-40 minutes. Concernant les professionnels de santé implantés dans le Pays (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les densités observées sont toutes plus faibles que les densités régionales respectives, notamment en ce qui concerne les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

D'un point de vue démographique et socio-économique, le Pays, dont la population possède une structure d'âge proche de la population bretonne, voit la moitié de ses cantons avoir une proportion de foyers fiscaux non imposés supérieure à la moyenne régionale, elle-même supérieure à la moyenne nationale. Par ailleurs, deux des huit cantons du Pays comptent une proportion de bénéficiaires des principaux minima sociaux supérieure à la proportion régionale, même s'ils restent dans leur ensemble en dessous des chiffres nationaux. Enfin, la proportion de femmes en situation de chômage ainsi que celle concernant les chômeurs de longue durée y sont plus élevées qu'en Bretagne.

### Le projet de santé du Pays de Fougères

Le Pays de Fougères a initié l'élaboration d'un projet territorial de santé, qui portera l'appellation « Projet local de santé » avec pour objectif majeur la mise en place d'actions correspondant aux besoins des professionnels et des habitants. Le projet devra permettre de répondre aux besoins de santé au plus près des populations en définissant les stratégies d'intervention concertées avec les acteurs de proximité. La méthodologie de travail retenue est participative et ascendante, engagée à partir de réunions à l'échelle de chaque canton pour tenir compte des disparités locales.

#### Cette démarche a pour objectifs de :

- améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'accès aux soins et en développant les actions de prévention et de promotion de la santé ;
- développer les relations interprofessionnelles et améliorer les conditions d'exercice ;
- assurer une meilleure cohérence des initiatives en matière de santé sur le territoire ;
- mobiliser des moyens pour la mise en œuvre des actions.

### Les orientations du projet de contrat local de santé (CLS) avec l'ARS du Pays de Fougères

L'ARS a donné un accord de principe à une contractualisation contrat local de santé (CLS) mais le Pays s'est d'abord consacré au recensement des enjeux à l'échelle de chaque canton et au travail de synthèse, préalable à la négociation du futur contrat local de santé (CLS). Dans ce cadre, une attention particulière a été notamment portée par le Pays à l'organisation et au maintien de l'offre de soins sur le Pays.

Pour le Pays de Fougères, il s'agit plus particulièrement de travailler sur :

- la définition d'une structuration de l'offre de soins sur le territoire ;
- le développement des actions en matière de promotion et prévention de la santé, notamment sur les thèmes de la vie affective et sexuelle, la santé au travail, la santé mentale, les conduites addictives et nutrition-activité physique ;
- favoriser les prises en charge coordonnées des patients en intégrant le secteur médico-social ;
- l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

## 3. PAYS DE REDON

### Présentation du territoire

Le Pays de Redon - Bretagne Sud s'étend sur deux régions (Bretagne et Pays de la Loire) et trois départements (Ille-et-Vilaine, Morbihan et Loire-Atlantique).

#### Il se structure autour de 5 communautés de communes :

- la communauté de communes du Pays de Maure-de-Bretagne, composée de 9 communes ;
- la communauté de communes du Pays de la Gacilly, composée de 9 communes ;
- Pipriac Communauté composée de 9 communes ;
- la communauté de communes du Pays de Grand-Fougeray, composée de 4 communes ;
- la communauté de communes du Pays de Redon composé de 24 communes.

La densité de population du Pays est environ 2 fois inférieure à la densité régionale. La population est notamment concentrée dans les communes

de Redon (9 601 habitants) et Guéméné-Penfao (4 876 habitants). Dans ce territoire plutôt rural, Redon constitue le principal pôle de services. À l'horizon 2030, les projections de population du Pays de Redon et Vilaine basées sur les tendances observées indiquent un vieillissement de la population du pays : les jeunes de moins de 20 ans pourraient être alors moins nombreux que les personnes de 65 ans et plus et on estime à 8 % la proportion de personnes de 80 ans et plus présentes au sein du pays (source Insee).

### La santé en Pays de Redon <sup>(5)</sup>

Dans le pays de Redon et Vilaine, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire. À l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès avant les cancers. Parmi les décès par cancers, ceux de la trachée, des bronches et des poumons chez les hommes et celui du sein chez les femmes sont les plus nombreux.

Sur la période 2000-2006, l'analyse des indicateurs de mortalité montre que le Pays de Redon et Vilaine présente un état de santé défavorable vis-à-vis de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes, avec respectivement une mortalité générale supérieure de 23 % et de 20 % à la moyenne française. Le Pays de Redon est une exception de taille au regard du gradient est/ouest qui caractérise la Bretagne : les indicateurs de santé sont nettement plus favorables dans la partie est de la région, notamment sur le territoire 5, sauf pour le Pays de Redon.

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le Pays de Redon et Vilaine se distingue par une surmortalité masculine supérieure de 29 % à la moyenne française et présente un niveau comparable au niveau national pour la population féminine. Le Pays de Redon occupe le 1er rang des 21 pays bretons en termes de surmortalité.

En termes d'offre de soins, le Pays accueille trois établissements hospitaliers assurant l'ensemble des activités médicales (centre hospitalier de Redon, hôpitaux de Carentoir et du Grand-Fougeray) et les habitants du pays ont également accès à l'offre de soins des établissements hospitaliers voisins, notamment ceux du Pays de Rennes. Concernant les professionnels de santé implantés dans le pays (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les densités observées dans le Pays sont plus faibles que les densités régionales respectives.

### Le projet de santé du Pays de Redon

Le Pays de Redon et Vilaine a inscrit dans sa charte de territoire 2006-2012 une orientation forte : « relever le défi santé ». Cet enjeu local s'organise ainsi autour de 3 axes : conforter les activités de l'hôpital, renforcer l'offre de santé et améliorer la coordination des intervenants.

Depuis 2009, une animatrice territoriale de santé (ATS) a permis la réalisation d'un diagnostic local de santé sur la base duquel s'élabore un projet territorial de promotion de la santé. Ses orientations portent sur 3 grandes priorités de santé : les consommations à risque d'alcool et les usages de drogues, la souffrance psychique et le phénomène suicidaire, la nutrition et les maladies associées. Une dernière priorité transversale et grand public a été développée concernant la prévention et l'accès aux droits à la santé et aux soins.

Le Pays de Redon est pour l'ARS un territoire prioritaire de contractualisation au regard des indicateurs de santé et de certaines fragilités de l'offre de santé. Le Pays de Redon ayant formulé le souhait de s'engager dans une démarche contrat local de santé (CLS), le principe en est acté et les travaux vont s'engager dans les semaines qui viennent.

## 4. PAYS DE RENNES

### Présentation du territoire

Le Pays de Rennes recouvre une part importante de l'aire urbaine rennaise. Il comprend 67 communes et sa densité de population est la plus forte de Bretagne avec 392 habitants par km<sup>2</sup>. La densité décroît par contre au fur et à mesure de l'éloignement de l'agglomération rennaise, pour devenir plus faible dans quelques communes plus rurales situées sur le pourtour du Pays.

La population est notamment concentrée dans la commune de Rennes (209 613 habitants) qui compte près de la moitié de l'ensemble de la population du territoire.

Dans le contexte d'une population bretonne sensiblement plus âgée que la population française, le Pays de Rennes présente un profil plus jeune que la population régionale. Les proportions des personnes âgées (60 ans et plus et 75 ans et plus) sont en effet inférieures à celles de la région et les moins de 20 ans y sont mieux représentés.

À l'horizon 2030, les projections de population du Pays de Rennes basées sur les tendances observées indiquent un léger vieillissement de la population du Pays : on estime à 26 % la part des jeunes de moins de 20 ans, à 17 % celle des personnes de 65 ans et plus et à 6 % celle des personnes de 80 ans et plus présentes au sein du pays (source Insee).

## La santé en Pays de Rennes <sup>(6)</sup>

Dans le Pays de Rennes, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire. À l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès avant les cancers.

**Sur la période 2000-2006, l'analyse des indicateurs de mortalité montre que le Pays de Rennes présente un état de santé favorable vis-à-vis de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes, mais qui masque de profondes disparités, notamment sociales.**

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le Pays de Rennes se distingue par une sous-mortalité masculine et féminine, respectivement inférieure de 15 % et de 13 % à la moyenne française.

En termes d'offre de soins, le Pays accueille plusieurs établissements hospitaliers assurant l'ensemble des activités de soins. Concernant les professionnels de santé implantés dans le pays (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), la densité observée concernant les médecins libéraux est élevée en comparaison à la densité bretonne. En revanche, celle des infirmiers libéraux est limitée.

## Le projet de santé de la ville de Rennes

Au regard des compétences prises à ce jour par le « Pays de Rennes », il n'est pas identifié comme un relais actif et visible sur les dynamiques locales de santé. La mobilisation part surtout de Rennes, ville centre, mais bien souvent elle irrigue et implique au-delà de son seul périmètre géographique.

Si le Pays de Rennes dispose d'indicateurs de santé favorables, la ville de Rennes a des indicateurs de santé plus défavorables en raison de ses spécificités urbaines et notamment une portion importante de sa population en situation de vulnérabilité (25 % des rennais habitent dans un quartier prioritaire, 10 % de la population bénéficie de minima sociaux, 30 % de la population est étudiante) En outre, il apparaît de fortes disparités en termes d'indicateurs de santé au sein même du territoire communal.

Ainsi la spécificité de Rennes, notamment du fait de sa centralité, de l'importance de sa population et de l'ancienneté de son engagement dans le projet Ville-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a permis de développer des dispositifs d'animation de la santé sur son territoire : animation territoriale de santé (ATS) et des ateliers santé ville (ASV).

Ces deux dispositifs sont pilotés au sein d'une instance commune : le comité de pilotage de l'animation territoriale de santé dans le cadre du service « promotion santé territoires » de la ville de Rennes. Celui-ci, a orienté à partir de 2009 l'action des différents dispositifs autour d'un certain nombre de priorités concernant notamment :

- la prévention et la réduction des conduites à risque ;
- la prise en compte des souffrances psychosociales et la promotion de la santé mentale ;
- la nutrition et les activités physiques ;
- la vie sexuelle et affective ;
- l'accès aux soins et à la prévention.

## Les orientations du contrat local de santé (CLS) de la ville de Rennes avec l'ARS

L'engagement de la ville dans le cadre de son futur contrat local de santé a vocation à permettre l'élaboration d'un plan d'actions partagé entre les acteurs sur le territoire au regard des besoins et enjeux identifiés collectivement. Le contrat local de santé (CLS) rennais en construction se structure autour de 6 axes :

- savoir pour agir : développer l'information sur la santé des rennais et les actions menées sur le territoire ;
- promouvoir un accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les plus démunis ;
- agir en faveur de la santé des enfants, des jeunes et des étudiants ;
- promouvoir la santé mentale ;
- agir pour la santé des personnes âgées ;
- promouvoir un environnement physique favorable à la santé ;

L'ARS souhaite, à chaque fois que c'est pertinent, que la réflexion puisse associer au-delà du périmètre urbain, d'autres communes de l'agglomération ou du Pays de Rennes. Le contrat local de santé (CLS) Rennais sera finalisé en cours de l'année 2013.

6) Source : la santé dans les pays bretons – ORSB 2010

## 5. PAYS DES VALLONS DE VILAINE

### Présentation du territoire

Un Pays de petite superficie et faiblement peuplé, entre le Pays de Rennes et le Pays de Redon.

Le Pays des Vallons de Vilaine est le plus petit Pays de la région en superficie (620 km<sup>2</sup>) et l'un des plus petits au regard du nombre d'habitants qui y résident (50 671 habitants). Notamment en raison de l'absence de ville importante, la densité de population du pays est inférieure à la densité bretonne (82 habitants par km<sup>2</sup>). Les cinq principales communes du Pays en termes d'habitants sont : Guichen (7 100 habitants), Bain-de-Bretagne (6 890 habitants), Laillé (4 366 habitants), Goven (3 687 habitants) et Guignen (3 041 habitants). Elles représentent à elles seules près de la moitié des habitants du territoire. Guichen et Bain-de-Bretagne représentent les deux pôles de services principaux du Pays.

### La santé en Pays des Vallons de Vilaine <sup>(7)</sup>

Dans le Pays des Vallons de Vilaine, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire. À l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès avant les cancers. Parmi les décès par cancers, ceux de la trachée, des bronches et des poumons chez les hommes et celui du sein chez les femmes sont les plus nombreux.

**Sur la période 2000-2006, l'analyse de la mortalité générale montre que le Pays des Vallons de Vilaine présente un état de santé globalement comparable vis-à-vis de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes.**

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le Pays des Vallons de Vilaine se distingue par une mortalité masculine et féminine comparable au niveau national.

En termes d'offre de soins, le Pays accueille 2 établissements de santé l'hôpital de Bain-de-Bretagne et le centre de convalescence et de repos de Bourg des comptes.

Le centre hospitalier de Bain-de-Bretagne tenant une place dans la filière gériatrique et assure une offre apportée par les antennes des établissements de santé hébergés (centre hospitalier Guillaume Régnier, Hospitalisation à domicile). Les établissements rennais sont aussi susceptibles de participer à la prise en charge hospitalière des habitants du Pays. Concernant les professionnels de santé libéraux implantés dans le Pays (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les densités observées dans le Pays sont nettement plus faibles que les densités régionales, celle des médecins spécialistes étant quasi-inexistante.

### Le projet de santé du Pays des Vallons de Vilaine

Sur le Pays des vallons de Vilaine, 2 démarches significatives ont été engagées ces 2 dernières années :

- la réalisation par le Pays d'un diagnostic des services à la population (2010) et sa prolongation autour de la question de l'offre de santé (2011) ;
- la réalisation d'une étude sur les besoins des jeunes en matière de prévention, par la communauté de communes de Moyenne Vilaine et Semnon (2012).

### À l'échelle du Pays

Le Pays des vallons de Vilaine dans le cadre d'une mission consacrée à la réalisation d'un projet de services à la population, outre les enjeux autour de la continuité des soins (questionnement autour de la démographie médicale), a mis en évidence que le territoire était sous doté pour l'information et la prévention autour de la santé des jeunes.

À l'issue du forum santé organisé en juin 2011 à l'hôpital de Bain-de-Bretagne, en présence de l'ARS, de la Région Bretagne, des élus locaux et des professionnels de la santé du territoire, le Pays des vallons de Vilaine avait retenu 3 pistes d'action principales :

- le soutien à la reconfiguration de l'offre de soins en accompagnant les projets de maisons et de pôles de santé pluri-professionnels ;
- la proposition d'une animation du territoire en matière de prévention et de promotion de la santé, avec le dispositif de l'animation territoriale de santé ;
- la réalisation d'un projet territorial de santé, dans le but de donner lieu à un contrat local de santé établi avec l'ARS.

7) Source : la santé dans les pays bretons – ORSB 2010

## 6. PAYS DE VITRÉ

### Présentation du territoire

Une situation géographique aux portes de la Bretagne

La situation géographique du Pays de Vitré - Porte de Bretagne sur l'axe routier et ferroviaire Rennes - Paris constitue l'un des facteurs de son expansion économique et démographique. Le Pays comprend 64 communes et sa densité de population est nettement inférieure à la densité bretonne. Les 5 communes les plus importantes en termes d'habitants représentent 38 % de l'ensemble de la population du Pays. Avec 16 156 habitants, Vitré est la quatrième ville du département de l'Ille-et-Vilaine, après Rennes, Saint-Malo et Fougères.

### La santé en Pays de Vitré <sup>(8)</sup>

Dans le Pays de Vitré - Porte de Bretagne, comme en Bretagne et en France, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire. À l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire correspondent à la première cause de décès devant les cancers. Parmi les décès par cancers, ceux de la prostate et de la trachée, des bronches et des poumons chez les hommes et ceux du sein et du côlon-rectum chez les femmes sont les plus nombreux.

**Sur la période 2000-2006, l'analyse des indicateurs de mortalité montre que le Pays de Vitré - Porte de Bretagne présente un état de santé favorable vis-à-vis de la moyenne nationale chez les hommes.**

Concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire les décès survenus avant 65 ans, le pays de Vitré - Porte de Bretagne se distingue par une sous-mortalité masculine et féminine, respectivement inférieure de 15 % et de 13 % à la moyenne française.

En termes d'offre de soins, le pays accueille un centre hospitalier et deux hôpitaux locaux (La Guerche et Janzé). L'ensemble des établissements de santé du pays permet d'assurer des activités de court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), de psychiatrie (CMP), de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et de soins de longue durée. Concernant les professionnels de santé implantés dans le pays (médecins généralistes et spécialistes libéraux, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les densités observées dans le pays sont inférieures aux densités régionales.

### Le projet de santé du Pays de Vitré

Mise en place depuis l'année 2004, l'animation territoriale de santé du Pays de Vitré - Porte de Bretagne a contribué, par la prise en compte des spécificités du territoire, à proposer des actions adaptées aux réalités et aux besoins des habitants, notamment en mettant en œuvre initialement un diagnostic partagé avec les élus, les professionnels, les bénévoles et la population du pays dans le cadre d'une démarche participative.

À l'issue de ce diagnostic, un certain nombre d'axes ou d'actions prioritaires ont émergé susceptibles d'être déclinés plus spécifiquement auprès des adolescents et jeunes adultes ou encore auprès des personnes en difficulté sociale. Parmi ceux-ci, on peut souligner :

- la prévention du suicide (formations à destination des acteurs locaux, informations en direction de la population...);
- la prévention de la consommation d'alcool (séminaire de réflexion, actions de prévention, groupe de parole pour enfants...);
- la prévention des violences intrafamiliales (sensibilisation et information du public, des professionnels, des élus et des acteurs locaux, aide à l'orientation...);
- la promotion de l'alimentation équilibrée (participation de Vitré au programme ville - EPODE, promotion d'informations-actions dans le cadre de la lutte contre l'obésité...).

Par ailleurs, un pôle documentaire a été constitué qui met à disposition des outils, de l'information ainsi que des conseils méthodologiques pour la mise en place de démarches - projet. Une information régulière de l'actualité santé est aussi mise en place via la diffusion d'une « lettre d'information santé mail ».

Enfin, le Pays de Vitré - Porte de Bretagne s'engage dans l'amélioration de l'offre de soins libérale, notamment en soutenant la présence de maisons de santé pluridisciplinaires.

8) Source : la santé dans les pays bretons - ORSB 2010

Le projet territorial de santé du Pays de Vitré - Porte de Bretagne, validé en octobre 2009, est structuré autour de 12 programmes d'actions.

### Offre de soins :

- offre de soins de premier recours ;
- offre de soins spécialisés & offre hospitalière ;
- permanence des soins ;
- hospitalisation à domicile ;
- santé mentale ;
- offre médico-sociale ;

### Accès aux soins :

- égal accès aux soins.

### Politique de promotion et prévention de la santé :

- promotion de la santé au travail ;
- prévention du suicide ;
- prévention des conduites addictives ;
- promotion d'une alimentation équilibrée et des activités physiques et sportives ;
- promotion de la santé environnementale.

Le Pays de Vitré a été le premier à solliciter l'ARS pour l'engagement d'une négociation « contrat local de santé » début 2011. Même si le PRS n'était pas encore finalisé, ni a fortiori les PTS, l'ARS a accepté de conduire ce travail pour un premier CLS afin d'expérimenter l'outil, son cadre et ses modalités. Le premier contrat local de santé (CLS) breton a été signé en octobre 2011 à Retiers, avec le Pays de Vitré et en présence du Ministre de la Santé, Xavier Bertrand

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

### Présentation des axes de travail du PTS

Le programme territorial de santé (PTS) n'ayant pas vocation à mettre en œuvre de manière exhaustive l'ensemble des thématiques développées dans le projet régional de santé (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 programmes territoriaux de santé (PTS) sont les suivantes :

- la prévention et la prise en charge des conduites addictives ;
- l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées dans les filières gériatriques et gérontologiques ;
- la place de l'hôpital local dans l'offre de soins et le parcours de vie des usagers ;
- la mise en œuvre d'une offre de soins territoriale en chirurgie, en obstétrique et en imagerie ;
- l'organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé ;
- le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés ;
- le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé.

#### La conférence de territoire n° 5 a retenu les thématiques complémentaires suivantes :

- la promotion de la santé mentale et la prise en charge du suicide ;
- l'accompagnement du handicap et parcours de vie ;
- les soins de suite et de réadaptation ;
- les troubles du comportement alimentaire ;
- la promotion, prévention de la Santé (nutrition et activité physique – vaccination – vie affective et sexuelle).

Dans le projet régional de santé (PRS) publié le 9 mars 2012, seules des trames de programmes territoriaux de santé (PTS) ont été intégrées. Ainsi dans une approche territoriale, la conférence de territoire N° 5 s'est saisie du projet régional de santé (PRS) suite à sa publication pour mener des travaux sur les différentes thématiques dans un cadre méthodologique de co-construction Agence Régionale de Santé (ARS) délégation territoriale (DT) – conférence de territoire et permettre la participation de professionnels, d'usagers et d'acteurs de terrain dans le champ de la prévention, des soins et du médico-social.

### Méthodologie d'élaboration des PTS

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

Il est donc l'expression d'une analyse partagée des enjeux et de projets co-construits avec les acteurs du territoire, et adaptés aux spécificités de ce dernier.

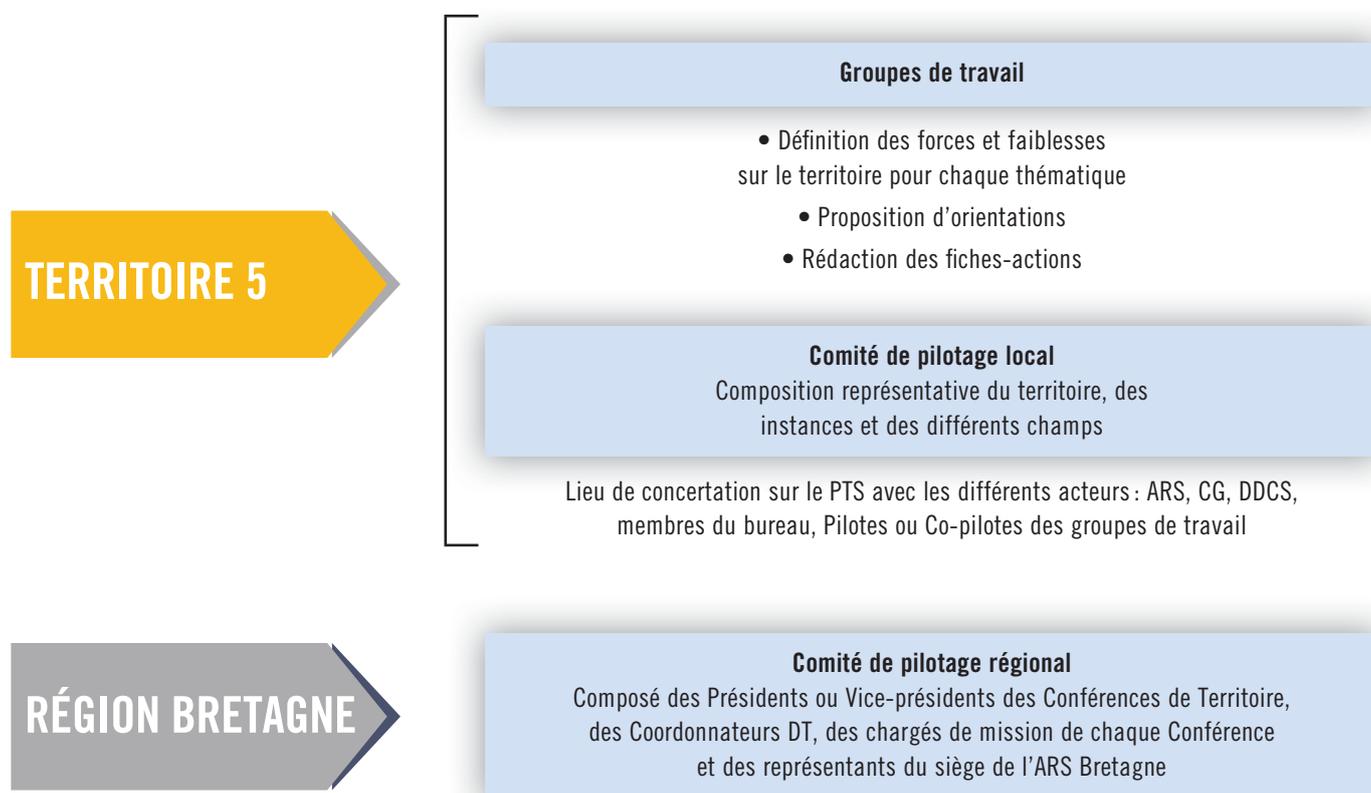
Afin de respecter ce principe, deux grandes orientations ont guidé la méthode de construction des programmes territoriaux de santé (PTS) : une cohérence des PTS avec le PRS ; des PTS qui soient l'expression de projets portés par les territoires et adaptés à leurs spécificités.

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

En effet :

- **la maîtrise d'ouvrage du programme territorial de santé (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 la chargée de mission de la conférence de territoire, Laurence Rongère, et par la coordonnatrice de territoire de la délégation territoriale de l'ARS, Corinne Foucault...

Afin d'accompagner les territoires dans l'élaboration de leur programme, un comité de pilotage régional des programmes territoriaux de santé (PTS) a été mis en place par l'ARS, auquel participent tant les délégations territoriales de l'ARS (1 coordinateur de territoire pour chacun des 8 territoires de santé) que les chargés de mission des conférences de territoire. Ce comité de pilotage local (COFIL) régional a une mission de soutien méthodologique, d'apports d'informations techniques et/ou stratégiques, en lien avec les thématiques travaillées par territoire de santé.



Pour chaque axe thématique composant le programme territorial de santé (PTS) un groupe de travail, a été constitué, dont la composition reflète la volonté de co-construction et de recherche de transversalité.

Une instance intermédiaire, entre les groupes de travail thématiques et la conférence de territoire, a été mise en place pour suivre la construction progressive du programme territorial de santé (PTS) et valider les travaux de ses groupes au fil de l'eau. Elle est co-présidée par le président de la conférence de territoire et la directrice de la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine.

### Comité de pilotage (COPIL) du territoire n° 5

Ce comité est constitué à partir du bureau de la conférence de territoire 5 et a été élargi à d'autres membres, permettant ainsi une composition représentative des pôles géographiques du territoire (Redon – Fougères – Vitré – Rennes) et des différents champs d'intervention (hospitalier, ambulatoire – médico-social – prévention).

#### Cette instance comprend :

- les 10 membres du bureau ;
- les pilotes et/ou copilotes des groupes de travail ;
- des représentants des acteurs de prévention ;
- des représentants techniques des 5 Pays ;
- des représentants de la délégation territoriale (DT) 35 ;
- des représentants des Conseils Généraux (CG) 35 et 56.

### Mission du comité de pilotage PTS pour le territoire n° 5<sup>(9)</sup>

Le comité est un lieu de concertation sur les programmes territoriaux de santé (PTS) avec les différents acteurs. Il a pour mission de suivre l'élaboration des PTS au travers :

- la validation des orientations proposées par les groupes de travail ;
- la validation des actions (au travers une fiche action déclinant les objectifs, les actions, les moyens, les échéanciers et les indicateurs de suivi).

### Mission des groupes de travail<sup>(10)</sup>

Des fiches d'orientations ont permis d'expliquer de quelle manière l'ARS concevait la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) pour les thématiques retenues par territoire de santé. Elles ont servi de support aux discussions lors des réunions des groupes de travail des conférences de territoire.

Les travaux menés par les différents groupes avaient pour objectif, à partir d'une analyse partagée de l'existant et des besoins, de faire émerger :

- les priorités portées pour le territoire ;
- l'expression des besoins et attentes (qui pourront nourrir les appels à projet) ;
- les actions prioritaires et projets concrets attendus par les acteurs.

Les priorités retenues et les actions proposées font l'objet de fiche actions présentées dans ce document. Elles constitueront notre « feuille de route » jusqu'à 2016, date d'échéance du projet régional de santé (PRS).

15 groupes de travail ont été constitués pour répondre à l'examen des 12 thématiques retenues.

Ces groupes de travail ont mobilisé plus de 350 acteurs de santé (membres des conférences ou personnes-ressources).

### Une méthodologie complétée par 3 initiatives spécifiques au territoire

#### - Une participation des usagers organisée

Depuis l'installation de la conférence de territoire de santé n° 5, les représentants des usagers se sont engagés à participer aux différentes rencontres. Force est de constater que certains d'entre eux ont rencontré des difficultés. Il est donc apparu important de faire un bilan sur le fonctionnement de la conférence afin de dégager les conditions favorables pouvant permettre à chaque usager de trouver sa place au sein de cette conférence.

Ainsi, les représentants des usagers du territoire de santé 5 ont travaillé sur les axes d'amélioration possibles pour essentiellement mieux

9) Annexe 1 : liste des membres du COPIL

10) Annexe 2 : liste des participants aux groupes de travail

comprendre l'information et en débattre.

Dans cette perspective il a été proposé de :

- mettre en place un accueil par le biais du parrainage, de la création d'une brochure dont l'objectif sera de répondre à : qui sommes-nous ? pour faire quoi ? Avec l'aide de qui ? ;
- mettre en place des réunions entre les représentants d'usagers pour exprimer des avis partagés et globaux lors des plénières ;
- mettre en place des rencontres entre représentants d'usagers et acteurs dans un objectif de remontée de l'information ;
- participer aux différents groupes de travail, lieu utile pour porter la parole des usagers sur un domaine particulier en termes de propositions et de constats de dysfonctionnement ;
- mettre en place des réunions de retours d'expériences entre usagers des conférences de territoire.

Cette approche a permis d'organiser au mieux la participation des usagers au sein des différents groupes de travail avec notamment un temps fort : la réunion du 1<sup>er</sup> février 2013 entre les représentants d'usagers autour de l'appropriation du programme territorial de santé, afin de pouvoir exprimer un avis argumenté et partagé lors de la plénière consacrée au programme territorial de santé (PTS).

### **Le recours à « EHESP Conseil » pour un recueil de la parole d'usagers lors d'entretiens**

Dans le cadre de la co-construction des programmes territoriaux de santé, les groupes de la conférence plus spécifiquement consacrés aux personnes âgées et en situation de handicap sont entrés en contact avec l'association EHESP Conseil afin de faire réaliser une étude de terrain concernant ce public au moyen d'entretiens individuels.

Le constat d'origine qui a motivé cette demande était que, s'il est relativement aisé d'avoir des retours sur la prise en charge des personnes via les différents professionnels qui travaillent avec eux, il était plus délicat de recueillir l'avis direct des premiers concernés et surtout de connaître le ressenti de ce public particulier vis-à-vis du système de prise en charge.

Plus concrètement pour les deux thématiques, les études de parcours d'usagers ont permis de faire connaître le regard que portent les usagers sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs démarches, de compléter et/ou renforcer les constats des professionnels ainsi que de hiérarchiser les recommandations en tenant compte des priorités exprimées par les usagers.

### **Une réunion finale de l'ensemble des animateurs thématiques**

Toujours dans un souci de décloisonnement, les animateurs des différents groupes ont souhaité mener une réflexion lors d'une réunion mise en place le 19 février 2013 sur les thèmes transversaux et potentiellement abordés dans plusieurs groupes de travail pour pouvoir ensemble proposer des actions partagées.



# 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

### PRÉAMBULE

---

#### Références PRS

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 hospitaliers, 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.

Fiche « prévention des conduites addictives » du schéma régional de prévention (p.74)

Fiche prise en charge transversale Les addictions avec le volet « adapter l'offre médico-sociale » et le volet « les prises en charge sanitaires » (p.191/194/p.199/p.216)

- améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité de parcours du patient ;
- poursuivre la construction de filières de soins en addictologie ;
- permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'avoir une prise en charge globale, graduée, de proximité et qui soit évaluée régulièrement ;
- mieux impliquer les acteurs de santé de ville et le secteur médico-social dans la prévention et le repérage des conduites addictives ;
- s'inscrire sur le territoire en articulant les soins spécialisés en addictologie et les soins de proximité.

#### Référent thématique régional

Dr Florence TUAL (délégation territoriale 56).

#### Référent thématique territorial

Dr Jean-Pierre EPAILLARD (délégation territoriale 35).

#### Référent du groupe de travail conférence de territoire

Romain MOIRAND - CHU Pontchaillou

Laurence PARROT - SSR Escal

Mathieu CHALUMEAU - AIRDDS Bretagne

#### Périmètre de la thématique

Les addictions sont une problématique particulièrement importante dans la région et la qualité de la réponse du système de santé dépend en grande partie de la capacité à proposer un accompagnement pluri-professionnel concerté sur la durée, d'une part entre les professionnels sanitaires du MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et de psychiatrie, d'autre part entre les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social et de la prévention/promotion de la santé.

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. »

#### Orientation de la thématique sur le territoire

Les objectifs stratégiques ont été définis selon une approche transversale du parcours de l'utilisateur et dans toutes ses composantes préventions, sanitaires et médico-sociales.

Ainsi les orientations de la thématique addiction pour le territoire de santé 5 ont été déclinées suivant les trois axes suivants :

- promotion de la santé ;
- prévention sélective - repérage - réduction des risques ;
- filière de soins addictologie.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE <sup>(11)</sup>

Le diagnostic de l'offre de soins des conduites addictives (sanitaires et médico-sociales) sur le territoire n° 5 positionne clairement une filière de soins « soins de suite et de réadaptation - Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie » (SSR-CSAPA) suffisante en termes de lits et places. Cependant, le développement des missions respectives des structures demeure insuffisant au regard de l'évolution des types de conduites addictives (modes de consommation – addictions avec ou sans substance) et de la difficulté à recruter des médecins ayant une compétence en addiction. La prise en charge des troubles du comportement alimentaire fait l'objet de la création d'une filière de soins qui doit se finaliser en lien avec les différents acteurs des conduites addictives de la santé mentale et de la nutrition (filière de soins ; ville/hôpital). Les conduites addictives en période périnatale sont une préoccupation liée au constat de l'accroissement du nombre de grossesses chez des femmes dépendantes dont les prises en charge sont complexes et spécifiques. En effet, les personnes dépendantes ont d'importantes difficultés à s'inscrire dans une continuité de soins et l'absence de formation et/ou d'information de certains soignants complexifient ces prises en soins. Concernant plus spécifiquement le centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), son déploiement est insuffisant sur le territoire 5, son rayon d'intervention se limitant actuellement à l'agglomération de Rennes. Son rôle central au niveau de la réduction des risques, notamment en direction des jeunes usagers, est primordial.

Le diagnostic de la prévention met en évidence une multitude d'acteurs engagés sur le sujet à différents niveaux.

Cependant, une réflexion sur l'articulation entre soins et prévention doit être menée afin de rendre lisibles et connues les actions de terrain.

### La filière de soins hospitalière est identifiée d'amont en aval avec :

- une prise en charge hospitalière (et notamment psychiatrique), alliant les équipes de liaison hospitalière de soins en addictologie (ELHSA, le plus souvent monothématique), les sevrages simples et complexes ;
- une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) assurant la consolidation du soin et la réadaptation des usagers vers l'autonomie ;
- une prise en charge ambulatoire offrant des consultations pour tous types d'addictions ;
- une prise en charge psychiatrique pour les patients présentant des co-morbidités.

### La filière médico-sociale en addictologie comporte :

- Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
  - le CSAPA de Rennes, généraliste avec hébergement, assure les missions obligatoires diversifiées de prises en charge (accès à la méthadone facilité, accueil de jour, consultations jeunes consommateurs, addiction sans produit...) et possède 3 appartements thérapeutiques. Il apporte un appui aux CSAPA de Fougères et Redon pour le suivi des patients sous traitement de substitution.
  - les CSAPA de Redon et Fougères ont essentiellement une activité d'alcoologie.
  - le CSAPA de Vitré est généraliste, réalise des inductions à la méthadone, et assure une prise en charge des addictions sans produits.
- Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)
  - un CAARUD sur le territoire 5 situé à Rennes et géré par l'association AIDES.

### Quelques repères sur l'offre de prévention sur les actions du département d'Ille-et-Vilaine : au total 26 actions financées par l'ARS en 2011 ont été menées.

#### Actions vers les jeunes :

- 8 actions de prévention des addictions en milieu vers les jeunes sur les comportements face aux différents produits (tabac, alcool, drogues) ;
- 2 actions d'accueil/accompagnement, vers les élèves scolarisés en collèges, lycées, vers les adolescents (11 à 18 ans), jeunes adultes (19-25 ans) ;
- 1 action « La santé, parlons-en vraiment... mais autrement » afin de permettre aux jeunes d'être à l'initiative d'actions de proximité ;
- 1 action de prévention des conduites à risque vers les jeunes accueillis en Maison Familiales et Rurales

11) Annexe 3 : Offre de soins en addictologie du territoire 5

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

- 1 action « Prév' en ville » pour impulser une préoccupation commune aux structures et personnes impliquées dans l'organisation, la gestion et l'usage d'événements festifs de Rennes et son agglomération ;
- 1 action de formation pour développer les compétences des personnels éducatifs et sociaux.

### Actions vers public spécifique ;

- 2 actions de prévention addiction et grossesse ;
- 1 action de prévention addiction et risques professionnels ;
- 2 actions de prévention réduction des inégalités sociales de santé ;
- 1 action Ateliers du bien vieillir – Les conduites addictives 35 vers les personnes de + de 55 ans.

### Actions de soutien :

- 1 action de soutien aux réseaux et interventions directes auprès des publics ;
- 5 actions de soutien des personnes en difficulté avec alcool et de leur entourage ;

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

---

La déclinaison sur le territoire de santé s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS) Bretagne.

- favoriser l'articulation entre les acteurs ;
- favoriser la diffusion des bonnes pratiques ;
- contribuer à diminuer les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

### Cinq enjeux ont été identifiés pour le territoire :

- coordination, décroisement et réduction des inégalités territoriales ;
- promotion de la santé ;
- prévention, repérage et réduction des risques ;
- filière de prise en charge ;
- addiction en période périnatale ;

## III. OBJECTIFS ET ACTIONS

---

### 1. AXE STRATÉGIQUE 1 : COORDINATION, DÉCLOISONNEMENT ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

L'objectif est de soutenir le développement de dynamiques partenariales visant la prévention des conduites à risques et addictives à l'échelle du territoire n° 5, de développer une culture commune, avec les acteurs de la prévention, du médico-social et du sanitaire pour construire une démarche d'accompagnement spécifique aux besoins.

Il conviendra de redéfinir des zones géographiques mal couvertes à l'heure actuelle et de proposer des actions adaptées.

#### Objectif 1 : soutenir les liens entre acteurs, le développement de dynamiques de réseau

- Action n° 1 > Création d'un comité de pilotage territorial en addictologie

#### Objectif 2 : disposer de données pertinentes et actualisées sur le territoire 5 dans le champ des addictions

- Action n° 2 > Préparation de l'édition 2015 du tableau de bord sur les addictions avec un niveau territorial

### 2. AXE STRATÉGIQUE 2 : PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans l'axe promotion de la santé, les orientations prioritaires se sont articulées autour de :

- formation des acteurs ;
- développement d'actions de prévention adaptées au territoire 5.

### Objectif 1 : rendre accessible la formation aux acteurs sur la thématique addiction

- Action n° 3 > Identification de l'offre de formation et communication sur cette offre
- Action n° 4 > Poursuite des séminaires de proximité sur la thématique des addictions.

### Objectif 2 : Contribuer à diminuer les inégalités d'accès à la prévention

- Action n° 5 > Développement d'actions de prévention adaptées au territoire 5

L'articulation de cette fiche action doit se faire avec les animatrices territoriales de santé (ATS) et/ou chargé de projets de santé des territoires en s'inscrivant notamment dans les contrats locaux de santé (CLS) ou les projets de territoire.

## 3. AXE STRATÉGIQUE 3 : PRÉVENTION SÉLECTIVE - REPÉRAGE - RÉDUCTION DES RISQUES

Trois orientations prioritaires ont été retenues dans cet axe de prévention, de repérage et de réduction des risques s'adressant à des personnes ayant déjà une consommation de produits sur le territoire 5.

Pour les personnes en situation de dépendance, assurer une meilleure coordination des soins entre la ville et les structures hospitalières ou médico-sociales en regroupant en un réseau unique d'addiction les organisations existantes, ce qui permettra aussi un désengorgement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ambulatoires par un relais plus rapide de la prise en charge des traitements de substitution aux opiacés par les médecins de ville et les pharmaciens.

Pour les jeunes en situation d'expérimentations, organiser une meilleure accessibilité et lisibilité du dispositif « consultations jeunes consommateurs » afin d'améliorer la prévention, le repérage et l'orientation : état des lieux des consultations existantes, modalités de leur réalisation.

### Objectif 1 : favoriser la concertation et la coordination en addictologie sur l'ensemble du territoire

L'objectif est de favoriser la concertation et la coordination entre les deux organisations existantes (Réseau Alcool 35, Réseau Ville – Hôpital Toxicomanie) tout en créant du lien avec les acteurs impliqués dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires en vue d'améliorer l'accès au soin et le suivi de l'ensemble des patients addictifs sur le territoire 5.

- Action n° 6 > Développement d'un réseau de santé addictologie sur le territoire 5

### Objectif 2 : améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge des jeunes de moins de 25 ans via le dispositif « consultations jeunes consommateurs » (CJC)

- Action n° 7 > Réorganisation des consultations jeunes consommateurs sur le territoire (CJC) à partir de la démarche régionale

## 4. AXE STRATÉGIQUE 4 : FILIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

### Objectif 1 : renforcer les équipes de liaison en addictologie

Si cette thématique sur les équipes de liaison en addictologie (au cœur du repérage en milieu hospitalier) fait l'objet d'un groupe régional il est important de faire un lien avec le territoire. En effet, si l'on prend l'exemple des urgences les problématiques ne sont pas les mêmes selon les territoires bretons.

L'objectif est de permettre depuis le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) du centre hospitalier universitaire (CHU) une évaluation plus précise et une orientation rapide des patients hospitalisés en rapport avec des conduites addictives.

Dans le territoire de santé 5, la problématique particulière du SAU du CHU de Rennes a été pointée : prévalence importante d'alcoolisations aiguës, en particulier de jeunes de 16 à 25 ans, et d'hospitalisations en urgence en rapport avec des conduites addictives dépassant les capacités actuelles de l'équipe de liaison en place, du service d'accueil et de traitement des urgences et des structures d'aval. Le groupe de travail de la précédente conférence sanitaire avait dans un premier temps proposé l'ouverture de lits de crise, puis préconisé le renforcement de l'équipe de liaison sur l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD).

Le nouveau centre urgences et réanimation ouvre ses portes au CHU de Rennes en novembre 2012, avec une augmentation en lits d'UHTCD qui doit permettre l'accueil sur 24 heures des patients hospitalisés pour alcoolisation aiguë.

- Action n° 8 > Déploiement et/ou renforcement des équipes de liaison hospitalières et de soins en addictologie en lien avec les recommandations du groupe régional

### **Objectif 2 : filière de soins addictologie – co-morbidité psychiatrie**

L'objectif est de renforcer la filière de soins addictologiques psychiatriques au niveau du secteur 5 et établir progressivement une filière de soins spécifiques en lien avec les partenaires œuvrant dans le champ de l'addictologie et de la psychiatrie.

- **Action n° 9** > Prise en charge des comorbidités addictives et psychiatriques

### **Objectif 3 : filière de soins addictologie – Soins de suite et de réadaptation (SSR)**

L'objectif est de renforcer la prise en charge en soins de suite addictologie dans leurs différentes missions :

- soins addictologiques intensifs de longue durée ;
- récupération physique, psychologique et cognitive ;
- soins addictologiques et réinsertion des patients.

- **Action n° 10** > Organisation des soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie dans la filière de prise en charge et d'accompagnement

### **Objectif 4 : filière de soins addictologie - Formalisation de la filière hospitalière**

- **Action n° 11** > Structuration de la filière de prise en charge hospitalière

### **Objectif 5 : filière de soins addictologie – prise en charge et accompagnement médico-social spécialisé**

Le territoire 5 dispose de quatre centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui n'offrent pas tous les missions obligatoires d'un CSAPA généraliste, c'est-à-dire en particulier la prise en charge de la dépendance liée à la toxicomanie. D'autre part, des solutions de prises en charge de proximité devraient être développées (antennes, consultations avancées...) pour aboutir à un maillage assurant une couverture adaptée.

- **Action n° 12** > Amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social par un maillage adapté des structures

### **Objectif 6 : développer le soutien de l'entourage**

L'objectif est d'accorder une place à l'entourage des consommateurs à risques ou des personnes dépendantes afin d'accompagner et améliorer le suivi de l'entourage des personnes alcoolo-dépendantes sur le territoire 5.

- **Action n° 13** > Mise en place des rencontres interactives « addiction et souffrance de l'entourage »

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 1 : COORDINATION, DÉCLOISONNEMENT ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES	
ACTION N° 1 : CRÉATION D'UN COMITÉ DE PILOTAGE TERRITORIAL EN ADDICTOLOGIE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Soutenir les liens entre acteurs, le développement de dynamiques de réseau
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un comité de pilotage territorial en addictologie ;</li> <li>• Concertation avec les professionnels afin d'élaborer de pistes d'action sur les thématiques réductions des risques (RDR), offre soins et prévention notamment en direction des zones déficitaires (ces zones déficitaires ou zones blanches sont à définir):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- intérêt de consultations avancées ;</li> <li>- faisabilité d'une expérimentation d'un dispositif de prise en charge ambulatoire (Visite à domicile...);</li> <li>- exploration de la piste télé médecin.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire 5.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Définition de la composition du groupe dans un objectif de représentativité transversale, territoriale et en incluant la participation des usagers.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Identification des partenaires nécessaires à la réalisation de l'action
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Acteurs professionnels ou associatifs de la prévention, du soin, du médico-social et du social.
<b>Calendrier</b>	2013
<b>Indicateurs</b>	Nombre de réunions du comité de pilotage / nombre de réunions prévues.

ACTION N° 2 : PRÉPARATION DE L'ÉDITION 2015 DU TABLEAU DE BORD SUR LES ADDICTIONS AVEC UN NIVEAU TERRITORIAL	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la prévention le repérage, l'accès aux soins, le suivi ambulatoire et l'offre en Réduction des risques dans les zones déficitaires sur le Territoire 5, afin de réduire les inégalités territoriales.</li> <li>• Disposer de données actualisées sur le territoire 5 dans le champ des addictions et notamment pour les différents pays.</li> <li>• Partager ces éléments d'observation avec le groupe de pilotage « addiction » pour prioriser les actions territoriales et les zones déficitaires.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer à l'actualisation du tableau de bord (version 2015 prenant en compte des données par territoire de santé) en identifiant des données pertinentes manquantes sur le territoire.</li> <li>• Analyse des actions de prévention sur le territoire 5 (OSCAR) cf. fiche 6</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	L'observatoire régional de santé de Bretagne (ORSB) et l'association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et sur le Sida (AIRDDS) en lien avec le comité de pilotage addictions du territoire 5.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2013-2014 : Étude des données pertinentes manquantes.</li> <li>• 2015 2016 : Contribution au « tableau de bord addictions régional ».</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Identification des partenaires nécessaires à la réalisation de l'action.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<p>Bénéficiaires: Comité de pilotage addictions territoire 5 - professionnels du champ des addictions et non spécialisés - acteurs publics.</p> <p>Bénéfices attendus : diagnostic partagé; identification des « zones blanches »; soutien à la priorisation des actions; évaluation/suivi des mesures prises pendant la durée du programme territorial de santé.</p>
<b>Calendrier</b>	2015
<b>Indicateurs</b>	Edition tableau de bord addictions régional par territoire.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 2 : PROMOTION DE LA SANTÉ > FORMATION DES ACTEURS	
ACTION N° 3 : IDENTIFICATION DE L'OFFRE DE FORMATION ET COMMUNICATION SUR CETTE OFFRE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Rendre accessible à tous les acteurs de terrain du territoire 5 l'offre de formation sur la thématique addiction, validée par l'ARS Bretagne.
<b>Description de l'action</b>	Développer les compétences des acteurs sur la prévention et la promotion de la santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer les compétences des adultes en contact avec les jeunes ;</li> <li>- mieux repérer les consommations à risque chez les jeunes ;</li> <li>- améliorer la réduction des risques en Bretagne (milieu festif) ;</li> <li>- améliorer l'accompagnement des personnes et de leur entourage ;</li> <li>- améliorer le suivi des familles à dysfonctionnement alcoolique ;</li> <li>- améliorer le repérage des vulnérabilités psychologiques et sociales ; pendant la grossesse, dont la consommation de produits psycho actifs</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Organismes de formations agréées.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier l'offre de formation et la rendre accessible aux acteurs de terrain du territoire 5.</li> <li>• Communiquer sur cette offre : <ul style="list-style-type: none"> <li>- organismes de formation agréés ;</li> <li>- calendriers et lieux des actions de formation ;</li> <li>- modalité d'inscription et de participation.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	À articuler avec l'ensemble de l'offre de sensibilisation et de formation du territoire.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Acteurs de terrain.
<b>Calendrier</b>	2013 / 2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des organismes de formation identifiés.</li> <li>• Nombre de participants par formation réalisée.</li> </ul>

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 2 : PROMOTION DE LA SANTÉ > FORMATION DES ACTEURS	
ACTION N° 4 : POURSUITE DES SÉMINAIRES DE PROXIMITÉ SUR LA THÉMATIQUE DES ADDICTIONS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Soutenir le développement d'une dynamique territoriale de réseau visant la prévention des conduites à risques et addictives des jeunes en concertation avec les acteurs locaux de la prévention, du médico-social et du soin.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquérir une culture commune, faire ressortir les besoins des acteurs de terrain et de constituer un réseau.</li> <li>• Construire avec les acteurs locaux une démarche d'accompagnement spécifique aux besoins du territoire en s'appuyant sur le diagnostic local (lorsque celui-ci existe).</li> <li>• Mettre en œuvre la démarche d'accompagnement choisi.</li> <li>• Conforter la démarche partenariale engagée sur le site.</li> <li>• Dégager des enseignements et recommandations pour l'évolution du dispositif.</li> <li>• Définir les modalités de pérennisation d'une dynamique de réseau.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) – Membres associés au comité de pilotage ARS DT 35 - Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD).
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1<sup>ère</sup> étape : Engagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- définition de l'échelle du territoire ;</li> <li>- ciblage du territoire et mobilisation des acteurs locaux en partenariat avec les ATS du territoire ou à défaut l'échelon de coordination du territoire de santé concerné ;</li> <li>- analyse de la situation existante ;</li> <li>- recueil de données (données épidémiologiques/études/ orientations et priorités du projet santé territorial...);</li> <li>- recensement des ressources existantes sur le territoire (structures/actions menées/dispositifs...);</li> <li>- recensement des attentes des acteurs locaux ;</li> <li>- élaboration d'une proposition d'accompagnement adaptée à la demande des acteurs ;</li> <li>- mobilisation des partenaires pour la mise en place d'un groupe de travail.</li> </ul> </li> <li>• <b>2<sup>ème</sup> étape : dans les 2 mois qui suivent l'engagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- développement d'une culture commune autour de la notion de conduites à risque réunissant les différents acteurs de la prévention, du médico-social et du soin ;</li> <li>- mise en place d'actions de formation spécifiques en fonction des besoins repérés.</li> </ul> </li> <li>• <b>3<sup>ème</sup> étape :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- définition des modalités de fonctionnement du réseau et de sa pérennisation ;</li> <li>- en fonction des besoins, et des moyens mobilisables, mise en œuvre de temps de réflexion, d'appui méthodologique...</li> </ul> </li> <li>• <b>4<sup>ème</sup> étape :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluation du dispositif sur les territoires engagés dans la dynamique ;</li> <li>- mise en œuvre de l'évaluation ;</li> <li>- définition de recommandations pour l'évolution du dispositif ;</li> <li>- présentation de l'évaluation globale du dispositif auprès du comité de pilotage.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Ensemble des acteurs d'un même territoire et professionnel des champs de la promotion de la santé et du soin.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Acteurs de terrain.
<b>Calendrier</b>	2013 / 2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de séminaires réalisés.</li> <li>• Nombre de séminaires ayant abouti à la mise en œuvre d'actions.</li> </ul>

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 2 : PROMOTION DE LA SANTÉ > ACCÈS TERRITORIAL À LA PRÉVENTION	
ACTION N° 5 : DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS DE PRÉVENTION ADAPTÉES AU TERRITOIRE 5	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Contribuer à diminuer les inégalités d'accès à la prévention.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à l'ensemble du territoire 5 de bénéficier d'action de prévention des conduites addictives.</li> <li>• Élaborer des programmes adaptés aux spécificités des publics et aux différents âges de la vie.</li> <li>• Favoriser les actions impliquant le public.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recenser les actions réalisées sur le territoire (faire une synthèse des documents déjà existants, bilan d'action des intervenants du territoire...).</li> <li>• Diffuser largement les ressources d'action (intervenants et ressources dans le champ de la prévention des conduites addictives) en direction des acteurs et lieux concernés, diffusion d'un document synthétique, reprenant le recensement des acteurs ainsi que de rappeler les préconisations en matière d'intervention (s'appuyer sur les guides déjà réalisés par exemple par l'Association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et sur le Sida (AIRDDS)).</li> <li>• Faire le lien avec la fiche 1 (formation des acteurs) lorsqu'il s'agira d'action en direction d'équipes ou de territoires.</li> <li>• Promouvoir les outils et initiatives pertinentes notamment pour s'adapter aux spécificités des publics (milieu professionnel, insertion, fragilités sociales, jeunes...).</li> <li>• Élaboration d'un schéma de développement pour permettre à l'ensemble du territoire 5 de bénéficier d'actions, et notamment des zones moins couvertes.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Animatrices territoriales de santé, chargés de mission santé, inspection académique...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs des zones blanches du territoire 5.</li> <li>• Les zones blanches seront à définir par le comité de pilotage.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013-2016
<b>Indicateurs</b>	Couverture du territoire 5 par type d'actions (outil OSCAR).

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 3 : PRÉVENTION SÉLECTIVE - REPÉRAGE - RÉDUCTION DES RISQUES	
ACTION N° 6 : DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU DE SANTÉ ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE 5	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du réseau « Pas à Pas » (Réseau ville / Hôpital Alcool 35) à l'addictologie sur le territoire 5</li> <li>- regrouper les deux réseaux Réseau alcool 35, Réseau Ville Hôpital Toxicomanie tout en créant du lien avec les acteurs des troubles du comportement alimentaire;</li> <li>- élargir à l'ensemble du territoire 5.</li> </ul> <p><b>Sous réserve d'une réflexion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisationnelle concernant la réflexion régionale sur l'extension thématique des réseaux;</li> <li>- financière concernant l'extension à l'ensemble du territoire.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construire un réseau ville hôpital addictologie qui interviendrait sur l'ensemble des conduites addictives sur le territoire de santé n° 5 dans le but d'améliorer :</li> <li>- l'accès rapide aux soins à partir des demandes des professionnels;</li> <li>- la coordination des parcours de soins en ville et dans les structures;</li> <li>- la prise en charge de l'ensemble des conduites addictives;</li> <li>- la mutualisation de certains moyens, de certaines prises en charge;</li> <li>- la sensibilisation, l'information et la formation de l'ensemble des professionnels.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Association gestionnaire du réseau ville hôpital alcool tabac 35, établissements sanitaires, ARS, délégation territoriale 35.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d'un cahier des charges du réseau (missions, fonctionnement) :</li> <li>- rencontre entre les équipes des organisations existantes (réseau alcool 35, réseau ville hôpital toxicomanie);</li> <li>- interroger les partenaires (soins primaires, structures spécialisées, association de patients sur ce qu'ils attendraient d'un tel rapprochement;</li> <li>- définition d'un éventuel projet.</li> <li>• Identification, coordination et extension des réseaux existants formels et informels du territoire 5.</li> <li>• Dépôt du projet auprès du fonds d'intervention régional (FIR).</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif « Repérage Précoce et à l'Intervention Brève », à destination des médecins généralistes, des pédiatres, des pédopsychiatres, nutritionnistes, psychiatres, kiné, psychologues, pharmaciens, dentistes...</li> <li>• Filière de soin sanitaire, médico sociale et sociale.</li> <li>• AIRDDS / CIRDD.</li> <li>• Structures hospitalières.</li> <li>• Maison Départementale des Personnes Handicapées.</li> <li>• Agence Régionale de la Santé.</li> <li>• Association d'usagers, de familles.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les usagers présentant une addiction.</li> <li>• L'entourage.</li> <li>• Accès plus rapide aux soins.</li> <li>• Cohérence et cohésion dans le parcours de soins.</li> <li>• La lutte contre le nomadisme sanitaire.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges du réseau élaboré.</li> <li>• Pourcentage de professionnels, par catégorie, ayant reçu une formation.</li> <li>• Pourcentage de traitements de substitution aux opiacés induits dans l'année et passés en relais aux médecins.</li> <li>• Pourcentage de traitements de substitution aux opiacés induits dans l'année et passés en relais de délivrance aux pharmaciens.</li> </ul>

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 3 : PRÉVENTION SÉLECTIVE - REPÉRAGE - RÉDUCTION DES RISQUES	
ACTION N° 7 : RÉORGANISATION DES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS SUR LE TERRITOIRE (CJC) À PARTIR DE LA DÉMARCHÉ RÉGIONALE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux repérer les consommations à risques chez les jeunes.</li> <li>• Améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser un état des lieux des consultations jeunes consommateurs (CJC) de produits psychotropes sur le territoire 5 et plus largement des dispositifs disponibles à l'attention de ce public.</li> <li>• Veiller à une couverture territoriale adaptée aux besoins des jeunes.</li> <li>• Améliorer la visibilité et l'accès à ces dispositifs (« portes d'entrées ») en s'appuyant sur les principaux adultes de première ligne en contact avec ces publics : communauté scolaire, médecins généralistes, maisons de santé, urgences hospitalières, acteurs de prévention, réseaux addiction, justice, PAEJ, missions locales, établissements scolaires, autres dispositifs.</li> <li>• Améliorer les modalités d'intervention : pertinence du lieu d'implantation, consultations individuelles vs travail de groupe, orientation de l'approche (médicale, psycho sociale, familiale...).</li> <li>• Élaborer de prises en charge adaptées pour le public relevant de la spécialisation (pédopsychiatrie, psychiatrie, addictologie...).</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Comité de pilotage (cf. fiche n° 1).
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<p>Procédure régionale de labellisation des consultations jeunes consommateurs (ARS) Projet d'établissement des Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Procédure d'allocation de ressource (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) Des articulations seront recherchées avec le séminaire régional sur les CJC qui se tiendra au printemps 2013 : organisation ARS et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), sous l'impulsion de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGS) et de la Fédération addiction</p> <p>Annuaire des acteurs de l'addictologie : <a href="http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/annuaire/?no_cache=1">http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/annuaire/?no_cache=1</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Consultations cannabis » et groupe de parole Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ).</li> <li>• « Stages de sensibilisation à l'usage de produits psychotropes » (mesures justice).</li> <li>• CJC-CSAPA, protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ), communauté scolaire, réseaux addiction, justice, autres dispositifs en contact des jeunes, maison de l'adolescent (MDA), centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes (CASSAJA).</li> </ul> <p>Équipe mobile adolescents (Bain de Bretagne) ; Équipe mobile psychiatrie des urgences pédiatriques (hôpital sud) ; dispositif mobile pour adolescents de Châteaubourg, Fougères et Vitré (secteur psychiatrique)</p>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Jeunes consommateurs de produits psychotropes, en situation d'expérimentation.
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2013 : état des lieux en cours de réalisation par les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).</li> <li>• 2013-15 : amélioration visibilité, modalités d'accueil et de prise en charge.</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État des lieux réalisé sur le territoire 5.</li> <li>• Evolution annuelle du nombre de jeunes pris en charge dans les CJC.</li> <li>• Nombre de CJC labélisées sur le territoire 5.</li> </ul>

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 4 : FILIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE	
ACTION N° 8 : DÉPLOIEMENT ET/OU RENFORCEMENT DES EQUIPES DE LIAISON HOSPITALIÈRES ET DE SOIN EN ADDICTOLOGIE EN LIEN AVEC LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE RÉGIONAL	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre les recommandations régionales relatives aux Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).</li> <li>• Renforcer l'équipe de liaison sur le Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes dans l'optique de répondre à la problématique de l'alcoolisation aiguë des jeunes.</li> <li>• Renforcer l'intervention des EHLSA sur les services d'hospitalisation non couvert sur le territoire.</li> <li>• Déployer les missions des ELHSA dans les services de psychiatrie.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire évoluer les ELSA vers des équipes compétentes sur l'ensemble du champ de l'addictologie dans son ensemble, regrouper certaines ELSA pour améliorer la liaison en lien avec les recommandations régionales.</li> <li>• Renforcer l'ELSA du CHU en liens avec les recommandations régionales sur les ELSA et les urgences et l'organisation mise en place au SAU (protocole).</li> <li>• Définir les besoins sur les établissements non couverts du territoire.</li> <li>• Élaboration de protocoles spécifiques, formation complémentaire spécifique des ELHSA pour intervenir en psychiatrie.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	CHU / autres hôpitaux et cliniques.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	S'appuyer sur l'enquête régionale ELSA, les recommandations régionales ELSA et les recommandations régionales sur la prise en charge aux urgences des jeunes présentant une intoxication éthylique aiguë, puis le rapport d'activité annuel des ELSA.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe région ELHSA - acteurs de la filière – groupe de réflexion régional « alcoolisation aiguë de jeunes ».</li> <li>• Comité de pilotage.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers;</li> <li>• Meilleure prise en charge et orientation au niveau des urgences. Meilleure prise en charge des comorbidités addictives dans les services de psychiatrie.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'ELSA sur le territoire 5.</li> <li>• % d'ELSA compétentes sur l'ensemble des conduites addictives.</li> <li>• Rapport d'activité des ELSA.</li> </ul>

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 4 : FILIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE	
ACTION N° 9 : PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS ADDICTIVES ET PSYCHIATRIQUES	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser une prise en charge dans les structures d'addictologie des patients présentant une comorbidité addictive et psychiatrique.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les lieux de prise en charge actuels, les obstacles à la prise en compte de la comorbidité addictive et psychiatrique.</li> <li>Développer les possibilités de prise en charge spécifique de ces patients :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- en hospitalisation ;</li> <li>- en ambulatoire ;</li> <li>- en liaison.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Établissements sanitaires et médicosociaux (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) du T5.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontre entre les partenaires.</li> <li>Formalisation de projet.</li> <li>Renforcement des moyens humains si besoin.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Partenaires de la filière de soin addictologie et psychiatrie.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Personnes présentant des conduites addictives (pris en charge par les structures d'addictologie) avec troubles psychiatriques.
<b>Calendrier</b>	2013
<b>Indicateurs</b>	Protocoles de prise en charge.

ACTION N° 10 : ORGANISATION DES SSR SPÉCIALISÉS EN ADDICTOLOGIE DANS LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mieux structurer la prise en charge en Soins de Suite Addictologie en identifiant les différentes missions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins addictologiques de longue durée.</li> <li>- Récupération physique, psychologique.</li> <li>- Soins addictologiques et réinsertion des patients.</li> <li>- Soins addictologiques des patients présentant des troubles cognitifs associés.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Visualiser et affiner les orientations des soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés et polyvalent intervenant dans le champ de l'addictologie.
<b>Portage de l'action</b>	Établissements soins de suite et de réadaptation du territoire 5.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements soins de suite et de réadaptation.</li> <li>Faire le lien avec l'organisation de la filière soins de suite et de réadaptation générale.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenaires de la filière addictologie.</li> <li>Partenaires intervenants en aval de la filière.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	
<b>Calendrier</b>	2013
<b>Indicateurs</b>	Parcours bien identifié des patients en direction des SSR spécialisés.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 4 : FILIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE	
ACTION N° 11 : STRUCTURATION DE LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux structurer la filière de prise en charge hospitalière.</li> <li>• Améliorer la lisibilité de la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs associés aux addictions.</li> <li>• Améliorer le repérage, l'accueil et la prise en charge somato-psychique des femmes enceintes dépendantes.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour l'état des lieux de la filière.</li> <li>• Faire évoluer le dispositif de consultations : les CST « alcool » vers des consultations en addictologie, réfléchir à la réorganisation des CST nombreuses mais dispersées.</li> <li>• Définir le nombre de personnes présentant des troubles cognitifs associés au x addictions et le poids de leur prise en charge.</li> <li>- Développer la prise en charge des addictions sans produits dans les services de soins hospitaliers.</li> <li>• Développer des actions spécifiques pour les femmes enceintes dépendantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- mettre en place une consultation contraception au sein du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Envol (prévoir également une action sur cette thématique au sein du Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD)) et d'un espace de prévention et d'accompagnement à la parentalité ;</li> <li>- renforcer la coordination des prises en charge des personnes enceintes souffrant d'addiction en proposant l'expertise du CSAPA en matière d'accompagnement des personnes dépendantes ;</li> <li>- sensibiliser et former les soignants (ex : ceux de la filière addictologie, ceux de la filière périnatalité, les médecins généralistes..) à ces prises en charges ;</li> <li>- soutenir et valoriser la notion de parentalité dans l'accompagnement soignant dès le début de la grossesse (à regrouper avec la formation sensibilisation).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Comité de pilotage, les établissements de santé.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Étude auprès des établissements du territoire 5.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Partenaires de la filière addictologie et structures recevant des personnes avec des troubles cognitifs.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients pris en charge en milieu hospitalier.</li> <li>• Patients présentant des troubles des fonctions cognitives d'origine toxique.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de personnes présentant des troubles cognitifs associés aux addictions.</li> <li>• Répartition des consultations hospitalières en addictologie.</li> </ul>

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	
AXE STRATÉGIQUE 4 : FILIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE	
ACTION N° 12 : AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL PAR UN MAILLAGE ADAPTÉ DES STRUCTURES	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer la prise en charge dans le dispositif médico-social spécialisé
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude sur la faisabilité de la mise en place d'un dispositif ambulatoire expérimental :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- couverture des zones « blanches » ;</li> <li>- VAD</li> </ul> </li> <li>• Évaluer la pertinence de la création d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) hébergement.</li> <li>• Développer la prise en charge de toutes les addictions dans les CSAPA y compris des addictions sans produit.</li> <li>• Développer des solutions alternatives pour améliorer la proximité des prises en charge et d'accompagnement (par exemple suivi alterné avec médecins généralistes, consultations de proximité ou antenne de CSAPA, CJC...).</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Comité de pilotage (cf. fiche action n° 1).
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier l'offre des CSAPA et les manques sur le territoire 5.</li> <li>• Expérimenter un nouveau dispositif ambulatoire en lien avec le groupe régional addiction.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Articuler avec l'ensemble des partenaires du champ de la prévention, du sanitaire et du médico-social.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers
<b>Calendrier</b>	2013 / 2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif ambulatoire mis en place avec procédure d'évaluation.</li> <li>• Nombre de CSAPA offrant la prise en charge de toutes les addictions.</li> </ul>

## PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

### AXE STRATÉGIQUE 4 : FILIÈRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

#### ACTION N° 13 : MISE EN PLACE DES RENCONTRES INTERACTIVES « ADDICTION ET SOUFFRANCE DE L'ENTOURAGE

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Accorder une place à l'entourage des personnes dépendantes et/ou des personnes à risque.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux personnes de l'entourage d'exprimer leur souffrance et difficultés.</li> <li>• Faire connaître les ressources possibles sur le territoire.</li> <li>• Faire le lien entre les différents acteurs : professionnels et bénévoles.</li> <li>• Permettre un partage d'expérience de l'entourage.</li> <li>• Adapter les compétences des bénévoles aux besoins.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Acteurs de la filière addictologie et les associations
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens humains : <ul style="list-style-type: none"> <li>- acteurs du territoire d'intervention;</li> <li>- bénévole des associations.</li> </ul> </li> <li>• Méthodologie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse des besoins;</li> <li>- rencontre préalable des acteurs du territoire définis;</li> <li>- définition du projet et du calendrier;</li> <li>- définition du budget;</li> <li>- formations;</li> <li>- rencontres bénévoles – professionnels.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Articulation à partir des projets de santé de territoire et des démarches de réseaux et des contrats locaux de santé, Conseil Général (Commission Départementale d'Aide Sociale (CDAS)), Pays et/ ou communes, médecin généraliste, médecin addictologue, réseau alcool, éducation nationale, associations, centre médico-psychologique (CMP), PAEJ, filière de soin sanitaire et médico-social
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Entourage des usagers.
<b>Calendrier</b>	2013 /2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhésion des partenaires.</li> <li>• Qualité des échanges.</li> <li>• Nombre de personnes « touchées ».</li> <li>• Nombre de contacts pris dans les structures et associations suite à la rencontre.</li> </ul>

## ● THÉMATIQUE N°2. L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

### PRÉAMBULE

---

#### Documents Références

Projet régional de santé (PRS) > Fiche prise en charge transversale au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et au Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) : les pathologies du vieillissement et la prise en charge des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie

Cette fiche thématique constitue le document de référence précisant le périmètre de la thématique, le diagnostic régional, le schéma cible et le plan d'action P. 160

Schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine (2005-2010), sur les coordinations des interventions en faveur des personnes âgées prorogé jusqu'en 2014 (2010-2014).

#### Référent thématique régional

Dr Anne Lecoq

#### Référent thématique territorial

Dr Sophie Le Bris - ARS délégation territoriale 35

Magali Colléaux - ARS délégation territoriale 35

#### Référent du groupe de travail conférence de territoire

M. Michel Barbe

M. Daniel Erhel

#### Périmètre de la thématique

L'accompagnement des personnes âgées et leur prise en charge s'entend à partir du moment où s'installent les pathologies liées au vieillissement qui conduisent les personnes à une perte d'autonomie significative et à des besoins de soins accrus. La personne est considérée de manière globale (dimensions physique, psychique, psychologique, sociale et environnementale).

Ce parcours s'inscrit donc dans une démarche globale de prise en charge, en établissant des liens fonctionnels étroits entre les structures sanitaires et médico-sociales du territoire, mais aussi les intervenants à domicile, les réseaux, et tous les acteurs de ce secteur pour concourir à l'amélioration de son fonctionnement.

#### Orientation de la thématique sur le territoire

Avec l'accroissement du nombre de personnes âgées, le nombre de personnes dépendantes va lui aussi augmenter entraînant des conséquences sur les prises en charge en institution et à domicile, sans oublier la question des aidants familiaux.

Les travaux conduits par le groupe de travail prennent leur source dans les orientations définies par le PRS. Il s'est attaché à identifier les problématiques sur le territoire de santé n° 5 afin d'améliorer la fluidité du parcours et donc de répondre aux enjeux ci après :

- enjeux de coordination, d'amélioration de la lisibilité des filières gériatriques et des services ;
- enjeu d'amélioration du parcours (orientation, passage en centre hospitalier...);
- enjeu de communication.

La complexité du parcours de la personne âgée en situation de fragilité tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés, au cloisonnement de leurs interventions, à l'empilement des dispositifs et à la faible lisibilité de certains acronymes, d'où un ensemble de réponses insuffisamment coordonnées et mal repérées par les personnes âgées et leurs aidants. Le paradoxe auquel nous sommes confrontés est le suivant : la diversité de l'offre devrait être une richesse au service de réponses plus individualisées et graduées selon les besoins de la personne mais en réalité elle peut constituer un frein, un facteur de rupture et de complexité aggravée.

Par conséquent l'axe de travail privilégié par le groupe est de travailler autour des notions de filières : « filières gériatriques » pour que notre système de santé prenne mieux en considération les besoins spécifiques de la personne âgée (la gériatrie est une spécialité médicale à part entière) et « filière gérontologique » car la personne âgée doit être considérée par dans la globalité des ses besoins quotidiens, humains, sociaux, etc. d'où l'enjeu de positionner la personne âgée au centre des réflexions.

## Une thématique qui engage conjointement le Conseil Général et l'ARS

Du fait de la double compétence Conseil Général (CG) / Agence régionale de santé (ARS) sur ce secteur, les travaux du groupe ont été menés avec la participation du Conseil Général.

Pour les deux institutions, les échéances ou les découpages territoriaux ne sont pas les mêmes mais elles ont une volonté commune de coordonner leur action au service des populations dont elles ont ensemble la responsabilité. Une convention cadre de partenariat entre les quatre conseils généraux et l'ARS Bretagne a été finalisée et sera prochainement présentée dans les assemblées délibérantes. Les collaborations principales s'articulent autour de trois grands axes : le partage des données et l'observation partagée, l'articulation des schémas départementaux et du projet régional de santé (PRS) et la territorialisation des politiques.

Le Conseil Général 35 a lancé le 7 janvier 2013 l'élaboration de son « schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap », schéma unique dont les travaux s'étaleront sur les années 2013 et 2014 pour une mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

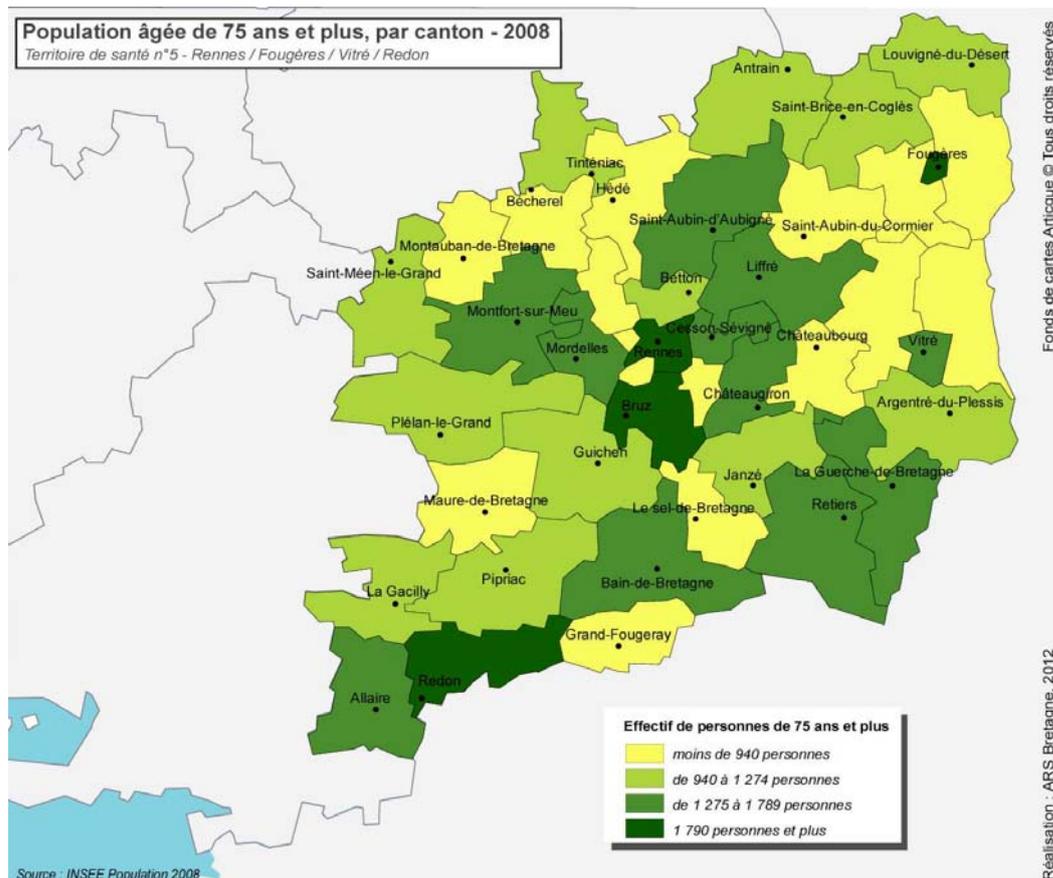
### 1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES : LA POPULATION ÂGÉE SUR LE TERRITOIRE 5

La population âgée est inégalement répartie sur la région. Le nombre de personnes de 75 ans et plus est particulièrement élevé sur les zones côtières et ce sont les cantons de Rennes et Brest qui accueillent le plus grand nombre de personnes âgées : plus de 15 300 personnes sur le canton de Rennes et plus de 12 000 sur le canton de Brest.

Sur le territoire de santé n° 5 (Rennes, Fougères, Vitré, Redon), la population âgée de 75 ans et plus représente 21 % de l'ensemble de la population âgée bretonne. Les cantons accueillant le plus grand nombre de personnes âgées sont ceux de :

- Rennes : 15 300 personnes (et près de 2 500 personnes sur les cantons de Rennes Sud-ouest, Rennes Sud-est et Rennes Nord-Ouest) ;
- Fougères : 2 600 personnes ;
- Bruz : 1 900 personnes ;
- Redon : 1 800 personnes.

### Zoom sur le territoire 5

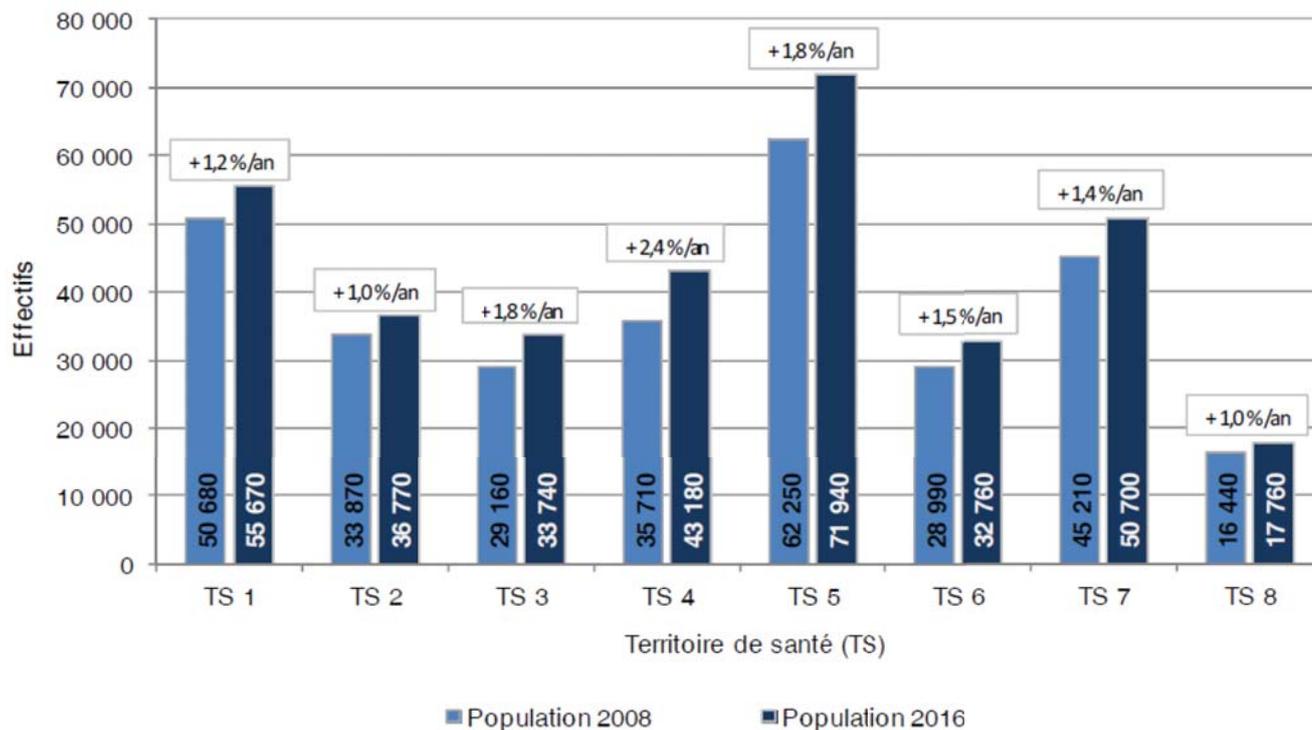


## I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS À L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

En 2008, la Bretagne compte plus de 300 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce sont les territoires de santé 5 (62 250 personnes) et 1 (50 680 personnes) qui accueillent le plus grand nombre de personnes âgées.

Par ailleurs la projection de la population en 2016 met en évidence une augmentation de la part des personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire en moyenne de 1,8 % par an contre 1,6 % au niveau régional (Source INSEE-projections de populations 2008 et 2016 - modèle Omphale 2010).

### Effectifs de la population âgée de 75 ans et plus en 2008 et 2016 et taux de croissance annuel moyen, dans chaque territoire de santé



## 2. ENQUÊTE LOCALE ET ÉTUDE DE PARCOURS AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES DU TERRITOIRE

Dans le cadre du programme territorial de santé de la conférence de territoire, le groupe consacré à la thématique des « personnes âgées » a sollicité l'association « EHESP conseil » afin de réaliser une étude de parcours au moyen d'entretiens individuels.

Avec l'appui des Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et des établissements, cinquante entretiens à domicile ou en établissements ont été réalisés afin de répondre à la problématique suivante : quel est le regard porté par les personnes âgées sur leur parcours, sur la lisibilité de l'offre, l'accès à l'information et la coordination des acteurs ?

Les résultats des informations recueillies lors de ces entretiens comportent à la fois des données chiffrées et des éléments qualitatifs et permettant de mettre en exergue les attentes suivantes :

- une demande généralisée de simplification des démarches administratives ;
- un suivi personnalisé et adapté à la « dégradation » progressive de l'état de santé (physique et psychique) tant pour la personne dépendante que pour l'aidant ;
- une meilleure lisibilité du dispositif (prestations, acteurs, référent professionnel unique).

### 3. LES DONNÉES CLÉS DE L'ÉTAT DES LIEUX

L'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées doivent être pluri-professionnelles et interdisciplinaires, organisée dans le cadre « d'un réseau de soins de proximité multi-partenarial et d'une filière hospitalière » intégrant, en étroite coordination avec les professionnels de soins de ville et les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques.

#### L'offre de soins ambulatoire

La médecine de ville et les professionnels paramédicaux libéraux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) participent à la prise en charge des personnes âgées. (Se reporter à la thématique « Modes d'exercices collectifs »).

#### Un réseau gérontologique sur la partie nord du territoire de santé

Le réseau Partâge est destiné aux personnes de plus de 60 ans, souffrant de maladies chroniques ou aiguës et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Il est compétent sur le secteur des cantons d'Antrain, Saint-Brice-en-Coglès, Pleine-Fougères, de la communauté de commune de la Bretagne Romantique, des communes de Becherel, Romazy, Sens de Bretagne, Vieux Vy-sur-Couesnon, centré autour du centre hospitalier des Marches de Bretagne, du CLH St Joseph de Combourg. Ce réseau intervient également sur le territoire de santé 6 (Saint-Malo – Dinan) et au vu de son niveau d'activité il devra engager avec l'ARS une réflexion sur son évolution dans le cadre des instructions nationales de septembre 2012.

#### L'offre médico-sociale concerne (outre les équipes médico-sociales du Conseil général) :

##### Les foyers logements

##### Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :

- l'hébergement permanent (365 jours / 365) ;
- l'accueil temporaire (accueil de jour ou hébergement temporaire), mode de prise en charge alternatif à l'hébergement permanent ;
- les Pôles d'activités et de Soins Adaptés (PASA), pour les résidents ayant des troubles du comportement modérés et les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sont des dispositifs prévus par le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et mis en place au sein des EHPAD afin d'adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

##### Les dispositifs de maintien à domicile :

- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- les Service d'Aide à Domicile (SAAD) ;
- les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ayant vocation à assurer la prise en charge à domicile de malades d'Alzheimer. Ces équipes sont rattachées à des services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) ;
- les plateformes de répit : initiées également par le plan Alzheimer, elles ont pour rôle de proposer une offre diversifiée et coordonnée de répit et d'accompagnement aux aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

##### Des dispositifs médico-sociaux complémentaires :

- les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sous compétence des Conseils Généraux, ont une mission d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation pour les personnes âgées et/ou leur entourage. Les CLIC s'adressent aussi aux professionnels du secteur social et de la santé ;
- les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) : expérimentées dans le cadre du plan Alzheimer depuis 2009, sont un mode de travail et d'organisation associant le secteur sanitaire et médico-social pour renforcer l'articulation des intervenants autour des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants, pour simplifier les parcours et éviter les ruptures de continuité et à simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné.

#### Quelques repères sur l'offre médico-sociale qui intègre la mise en œuvre du plan Alzheimer du territoire 5 au 31 12 2012

Le déploiement du plan national Alzheimer (2008-2012) a permis de renforcer et adapter l'offre existante par le financement de dispositifs supplémentaires : Pôles d'Activité et de soins Adaptés (PASA), Unité d'Hébergement Renforcé (UHR), équipes spécialisées, plateformes de répit, capacités supplémentaires d'accueil de jour et hébergement temporaire, Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA). Le coût de ces mesures financées par l'assurance maladie s'élève à 3 041 438 € (hors accueil de jour/hébergement temporaire).

OFFRE		TERRITOIRE 5 DÉPT 35	TERRITOIRE 5 DÉPT 56	TERRITOIRE 5
EHPAD	Nombre de sites d'hébergement permanent	105	4	109
	Nombre de sites d'hébergement temporaire	47	2	49
	Nombre de site d'accueil de jour rattaché à un EHPAD autorisés conjointement avec CG	36	1 (7 places)	37
	Unités dédiées d'Alzheimer HP	ND*	ND*	ND*
	PASA Pôle d'Activité et de Soins Adaptés	16	2	18
	UHR (médico-sociale) - Unités d'Hébergement Renforcées en EHPAD Montauban de Bretagne - CH Vitré	2 UHR	0	2
	Nombre de sites d'accueil de jour autonome autorisés conjointe avec CG	5	0	5
Foyer logement		11	1	12
SSIAD Services de soins infirmiers à domicile		26	1	27
Équipe spécialisée Alzheimer (ESA)	ESA dans les SSIAD de Montgermont – Rennes - Mordelles Bain de Bretagne – Fougères - Vitré	6	0	6
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer	Rennes	1		
Plateforme de répit	EHPAD - ST Cyr à Rennes - AJ autonome les coquelicots à Redon	2	0	2
CLIC Centre Local d'Information et de Coordination		11		11
SAAD Service d'Aide à Domicile		ND	ND	ND

ND : données non disponibles

Au-delà des dispositifs recensés ci-dessous, 15 formations aux aidants ont été financées sur le territoire 5 (Rennes) dans le cadre du plan Alzheimer. Ce point mérite d'être souligné car il est signe de la vitalité des acteurs du territoire, ce dispositif ayant été assez peu sollicité à l'échelle régionale.

#### Annexe 4 – 5 – 6 : liste des CLICS CDAS PASA – UHR Médico sociale

### L'offre hospitalière

#### Des dispositifs sanitaires dédiés : les filières gériatriques

Selon la circulaire du 28 mars 2007, les filières constituent la base d'une prise en charge hospitalière coordonnée de la personne âgée. Elles comportent différentes unités fonctionnelles organisées en filières de soins, qui doivent permettre d'optimiser les séjours hospitaliers, en lien avec les acteurs d'amont et d'aval.

Rappel des composantes d'une filière gériatrique tel que stipulé par la circulaire du 28 mars 2007 :

- Unité de court séjour gériatrique (CSG) ;
- soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes (SSR PAPD) ;
- Unité de soins de longue durée (USLD) ;
- équipe Mobile Gériatrique (EMG) ;
- pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultations gériatriques et/ou hôpital de jour (HJ).

Sur le territoire de santé, il demeurait depuis plusieurs années une imprécision sur les contours et composantes des filières existantes. Dans le cadre du programme territorial de santé (PTS), des rencontres ont été initiées avec chacun des établissements de santé pressentis pour être support de filière sur son territoire de référence. Ce travail reste à poursuivre, sous l'égide de l'ARS et en lien avec le Conseil Général. Sur les secteurs de Vitré, Fougères et Redon, les centres hospitaliers de proximité sont d'emblée identifiés comme porteurs naturels de la filière gériatrique. Sur le secteur de Rennes, au regard de son étendue et des acteurs déjà engagés, la filière gériatrique devrait s'organiser entre le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes, le centre régional de gériatrie (CRG) et l'hôpital de Bain de Bretagne et reste à formaliser. En tant qu'établissement de référence, le CHU de Rennes aura un rôle particulier à jouer en soutien des 4 filières gériatriques du territoire de santé.

## Territoire de filière : Rennes

ÉTABLISSEMENTS TERRITOIRE DE FILIÈRE : RENNES					
COMPOSANTES HOSPITALIÈRES	CHU	CRG PIERRE BLANCHE	BAIN DE BRETAGNE	JANZÉ	MONTFORT
Consultations et/ou hôpital de jour gériatrique	> 1: Service neurologie > 1: Site hôtel-Dieu	X	X		
Unité de court séjour gériatrique	x	x			
EMG Équipe mobile de gériatrie	x				
Soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes	x	x	x		
Soins de longue durée	x	x			x

## Territoire de filière : Vitré

ÉTABLISSEMENTS TERRITOIRE DE FILIÈRE : VITRÉ		
COMPOSANTES HOSPITALIÈRES	VITRÉ	LA GUERCHE
Consultations et/ou hôpital de jour gériatrique	X	
Unité de court séjour gériatrique	En cours identification	
EMG (Équipe mobile de gériatrie)	X	
Soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes	X	
Soins de longue durée	X	

## Territoire de filière : Redon

ÉTABLISSEMENTS TERRITOIRE DE FILIÈRE : REDON			
COMPOSANTES HOSPITALIÈRES	REDON	GRAND FOUGERAY	CARENTOIR
Consultations et/ou hôpital de jour gériatrique	Consultation gériatrique et mémoire		
Unité de court séjour gériatrique	X		
EMG (Équipe mobile de gériatrie)	X		
Soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes	X		
Soins de longue durée	X		

## Territoire de filière : Fougères

ÉTABLISSEMENTS TERRITOIRE DE FILIÈRE : REDON		
COMPOSANTES HOSPITALIÈRES	FOUGÈRES	LES MARCHES
Consultations et/ou hôpital de jour gériatrique	X	
Unité de court séjour gériatrique	X	
EMG (Équipe mobile de gériatrie)	X	
Soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes		
Soins de longue durée	X	

Le fonctionnement des filières gériatriques s'appuie également sur d'autres types de réponses sanitaires que sont notamment :

- l'hospitalisation à domicile (HAD) : elle assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. C'est une alternative à l'hospitalisation pour une période donnée. Le territoire n° 5 comprend une structure HAD 35 qui comprend 5 antennes : Rennes – Bain de Bretagne – Montauban de Bretagne – Vitré et Fougères. La question de l'articulation hospitalisation à domicile (HAD) / Services de soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) est un sujet prioritaire pour la qualité de prise en charge des personnes âgées en aval des hospitalisations ;
- deux unités d'hébergement renforcées installées en établissements sanitaires (UHR) pour les personnes âgées souffrant de troubles sévères du comportement : centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes et le centre régional de gériatrie de Chantepie ;
- une unité cognitivo-comportementale (UCC) prévue au sein des services de soins de suite et de réadaptation polyvalents ou gériatriques (CHU de Rennes) ;
- la prise en charge gérontopsychiatrique (centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) – centre hospitalier de Redon).

D'autres acteurs clés sont engagés dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées :

- les 7 agences départementales, correspondants aux pays, ouvertes depuis janvier 2010 et les équipes médico-sociales des 17 Commissions Départementales d'Aide Sociale (CDAS) ;
- le Comité Départemental des Retraités et des Personnes âgées et de l'action gérontologique (CODERPAG) qui regroupe 64 membres sous l'autorité du Président du Conseil Général ;
- les Comités d'Observation de la Dépendance et de la Médiation (CODEM) mis en place sur les 16 secteurs gérontologiques du département et adossés aux Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Pour pouvoir réellement « améliorer la fluidité du parcours des personnes âgées », il faut préalablement répondre aux enjeux ci après :

### **Enjeu d'une meilleure connaissance mutuelle entre acteurs gériatriques (soins) et acteurs gérontologiques (accompagnement) et de la lisibilité des filières gériatriques et des services :**

En effet le constat unanime d'un manque de lisibilité a été dressé et nécessite une identification des interlocuteurs par niveau de territoire et une analyse de l'existant par rapport aux besoins afin d'évaluer les atouts et faiblesse du territoire.

### **Enjeu d'amélioration du parcours (orientation, passage en centre hospitalier...) par une meilleure coordination des acteurs :**

Afin de faciliter le parcours de la personne âgée, il est nécessaire de développer une meilleure coordination, de nouveaux outils de concertation et davantage de formalisation des procédures.

### **Enjeu de communication au service d'une meilleure information des usagers :**

Le manque de connaissance par les usagers et par les professionnels eux-mêmes (notamment les médecins généralistes) des différents dispositifs nécessite de développer la communication vers les usagers et les professionnels.

## III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Sur la base des enjeux identifiés, 3 orientations de cette thématique pour le territoire de santé 5 ont été fixées :

- organisation des filières gériatriques et gérontologiques ;
- amélioration du parcours de santé et de vie de la personne âgée ;
- information et communication vers les usagers (personnes âgées et aidants) et les professionnels.

### 1. AXE STRATÉGIQUE 1 : ORGANISATION DES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

Selon les orientations du projet régional de santé (PRS) et du schéma départemental des personnes âgées, la filière doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge « médico-psycho-sociale » graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Le « parcours » de la personne âgée doit pouvoir être pensé et mis en œuvre pour que la personne se trouve au « bon endroit » au « bon moment » avec « la bonne personne », permettant ainsi de répondre au mieux à ses besoins.

Il convient donc de finaliser une organisation territoriale et coordonnée de l'offre de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. À ce titre, le territoire n° 5 doit travailler à améliorer la répartition de l'offre par secteur géographique en rapport avec les filières gériatriques en place afin d'optimiser l'offre de soins dans le cadre d'un partenariat entre les structures référentes du territoire.

Cette organisation de l'offre doit également permettre de répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées pour :

- les personnes âgées avec des troubles émergents ;
- les personnes âgées vieillissantes présentant des troubles psychiatriques.

### Objectif 1 : accompagner la structuration des filières

L'objectif étant d'accompagner la structuration des filières avec un enjeu d'animation de territoires de filières pour développer le partage d'expériences et une dynamique sur l'ensemble du territoire 5.

- Action n° 1 > Mise en place d'un comité de pilotage des filières

### Objectif 2 : Rendre lisible les filières pour faciliter l'action des acteurs

Une démarche de clarification doit être entreprise au niveau du territoire de santé 5 afin d'identifier les filières gériatriques mais aussi les filières gérontologiques, dans une démarche globale de prise en charge, afin d'assurer un parcours organisé de la personne âgée entre le domicile et l'établissement d'hébergement ou l'hôpital.

Des rencontres organisées avec chaque établissement de santé support des filières permettront de compléter l'état des lieux des filières gériatriques du territoire de santé n° 5. La démarche s'inscrit dans le cadre des travaux du groupe de travail « personnes âgées » de la conférence de territoire (CT) 5 (un des trois axes de travail) et est déjà une priorité de travail pour l'ARS. L'enjeu est que les filières soient complètes, et couvrent l'ensemble de la population du territoire n° 5 dans le cadre d'organisations par infra-territoire. Le maillage des ex-hôpitaux locaux représente un atout pour le territoire car dans la prise en charge des personnes âgées, ils constituent autant de relais pour les services aigus des établissements de santé de Rennes, Vitré, Fougères et Redon.

Dans le cadre d'une approche par cercles concentriques, il est nécessaire de structurer en premier lieu le secteur hospitalier pour s'articuler ensuite avec le champ médico-social et les acteurs du domicile, afin d'aboutir à de véritables filières gérontologiques.

- Action n° 2 > Identification et structuration des filières gériatriques et gérontologiques

## 2. AXE STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

En préambule de cet axe stratégique et au regard des échanges les membres du groupe de travail ont pointé la nécessité de soutenir les réflexions en vue d'une nouvelle politique de prévention de la dépendance des personnes âgées en référence au rapport André TRILLARD (Juin 2011).

### Extrait du rapport

Le rapport de la mission Trillard propose de définir une nouvelle politique de prévention de la dépendance des personnes âgées fondée sur des principes et des actions partagés par l'ensemble des personnes auditionnées : mieux dépister les premiers signes de fragilité en amont de la perte d'autonomie ; promouvoir l'activité des séniors ; cibler des consultations de prévention vers les populations les plus vulnérables ; lutter efficacement contre les dépendances évitables, encourager le maintien dans le milieu de vie ordinaire. La meilleure gestion de son capital santé concerne toute la population par l'action d'une prévention tout au long de la vie. Les politiques publiques doivent permettre prioritairement d'améliorer l'accès de tous à cette prévention afin de réduire les fortes disparités et inégalités rencontrées.

Ainsi la prévention de la dépendance doit s'inscrire plus globalement dans des actions de prévention telle que la mise en place d'un projet Individuel de santé permettant :

- la réalisation d'un bilan complet médicosocial systématique à 75 ans ;
- la construction d'un programme de santé avec la personne âgée (nutrition, activité physique, vaccinations, aménagement de logement, prévention de la solitude et du suicide...).

### Objectif 1 : Optimiser le repérage des personnes en situation de fragilité

L'objectif du repérage des personnes en situation de fragilité (au domicile et/ou en institution) est de permettre une prise en charge adaptée des personnes et d'avoir entre autres un impact sur le passage aux urgences.

- Action n° 3 > Formalisation des modalités de recours aux structures d'évaluation

### Objectif 2 : faire connaître les leviers d'actions identifiés dans le cadre de l'expérimentation en cours au titre de l'article 70 à St Méen Le Grand

- Action n° 4 > Transposition et adaptation des modes d'organisation évalués comme pertinents pour l'expérimentation en cours au titre de l'article 70 à Saint-Méen

### Objectif 3 : Optimiser le retour à domicile après hospitalisation à travers la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- Action n° 5 > Élaboration d'une fiche de liaison pour le retour à domicile

### Objectif 4 : Structurer, articuler et évaluer les mesures du plan Alzheimer mises en œuvre sur le territoire 5

- Action n° 6 > Mise en synergie des dispositifs du plan Alzheimer

## 3. AXE STRATÉGIQUE 3 : INFORMATION ET COMMUNICATION VERS LES USAGERS (PERSONNES ÂGÉES ET AIDANTS) ET LES PROFESSIONNELS.

Si le sujet est bien identifié comme un enjeu pour le territoire, il n'a pas fait, à ce stade, l'objet de fiche action spécifique. Le Conseil Général 35 a souligné sa volonté de développer certaines actions d'information dans le cadre du schéma départemental des services de maintien à domicile. Les membres du groupe de travail ont souhaité attirer l'attention des membres de la conférence de territoire et des autorités compétentes sur un certain nombre de points de vigilance :

- rendre accessible les informations aux personnes âgées, aux aidants et aux intervenants, notamment en faisant mieux connaître la « porte d'entrée » que constitue le CLIC
  - faire en sorte que les acteurs de proximité (mairie, médecin, pharmaciens, maisons médicales, IDE) connaissent et orientent mieux vers le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ;
  - choisir des mots simples pour informer les usagers ;
  - étudier la possibilité de modifier la terminologie « CLIC », difficile à identifier pour les usagers.
- faciliter l'accès et le partage de l'information entre les professionnels, les aidants et les usagers
  - afin d'améliorer la connaissance mutuelle des acteurs : Mettre en place un annuaire ou un répertoire opérationnel des ressources permettant à la fois aux usagers, aux aidants, aux professionnels et établissements de trouver le service ou la personne nécessaire à chaque instant du parcours. Cet annuaire pourrait être disponible depuis internet avec un accès différencié selon les types d'utilisateurs ;
  - document explicatif sur la procédure APA (contacts, possibilités d'aide... apportant une information claire sur les institutions, les financeurs, les démarches, les conditions d'attributions concernant les demandes de services ménagers, APA, aide sociale prise en charge des frais d'hébergement).

## ● L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

### ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

#### AXE STRATÉGIQUE 1 : ORGANISATION DES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

#### ACTION N° 1 : MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE PILOTAGE DES FILIÈRES

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Accompagner la structuration des filières gérontologiques sur le territoire 5 conformément aux objectifs poursuivis par le projet régional de santé (PRS) et en lien avec l'élaboration du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation d'handicap.
<b>Description de l'action</b>	Mise en place d'un comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire 5 piloté par la délégation territoriale (DT) 35, en collaboration avec les conseils généraux 35 et 56.
<b>Portage de l'action</b>	ADT 35 en collaboration avec les conseils généraux 35 et 56.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Comité de pilotage des filières gérontologiques est chargé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de suivre les travaux engagés sur les territoires de filières et de veiller à la mise en place des comités opérationnels de filière, à la formalisation des coopérations entre les établissements de santé, membres de la filière et des articulations avec les acteurs médico-sociaux, de l'aide à domicile et de santé libéraux ;</li> <li>• de faire connaître les leviers d'actions identifiés dans le cadre de l'expérimentation en cours sur St-Méen au titre de l'article 70 ;</li> <li>• de s'assurer d'un développement optimal des dispositifs liés au plan Alzheimer sur le territoire 5.</li> </ul> <p>Le comité de pilotage se réunira selon une fréquence à déterminer. Ses travaux seront articulés avec ceux relatifs à l'élaboration du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et également ceux du groupe régional « pathologies du vieillissement et prise en charge des personnes dépendantes et en perte d'autonomie ».</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Représentants de la conférence de territoire, les établissements supports de filière, hôpitaux locaux, centre hospitalier Guillaume Régnier, fédérations, unions régionales professionnelles, représentants des collectivités locales et pays, représentants de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SSAD), représentants d'Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	L'amélioration du parcours de santé et de vie des personnes âgées sur le territoire des filières.
<b>Calendrier</b>	Durée du projet régional de santé (PRS).
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions du comité de pilotage.</li> <li>• Nombre de charte de fonctionnement signées entre les établissements de santé sur la filière gérontologique de référence/ nombre de filières identifiées.</li> <li>• Nombre de conventions signées avec les EPHAD par filière / nombre EHPAD identifiés par filière.</li> </ul>

ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES	
AXE STRATÉGIQUE 1 : ORGANISATION DES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES	
ACTION N° 2 : IDENTIFICATION ET STRUCTURATION DES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<p><b>Rendre lisible les filières pour faciliter l'action des acteurs</b></p> <p>Accompagner les établissements supports dans la formalisation de la filière gérontologique sur les territoires de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rennes : Centre hospitalier universitaire (CHU) Rennes – Centre Régional de Gériatrie Chantepie - Hôpital local Bain de Bretagne ;</li> <li>- Fougères : centre hospitalier ;</li> <li>- Redon : centre hospitalier ;</li> <li>- Vitré : centre hospitalier.</li> </ul> <p>Ces travaux devront intégrer l'approche gérontopsychiatrique.</p>
<b>Description de l'action</b>	<p><b>À l'échelle du territoire de santé</b></p> <p>Quatre territoires de filières gériatriques sont en cours d'identification à partir des principaux pôles de Rennes, Vitré, Fougères et Redon.</p> <p>Il s'agira d'accompagner les établissements supports de ces quatre filières dans leur formalisation et leur intégration dans une organisation en filière gérontologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identification du coordinateur de filière ;</li> <li>- élaboration d'une charte de fonctionnement formalisant l'organisation et les obligations des établissements de santé, membres de la filière et les articulations avec les acteurs médico-sociaux, de l'aide à domicile et de santé libéraux ;</li> <li>- mise en place d'un comité opérationnel de coordination et instances de concertation propres à chaque territoire de filière.</li> </ul> <p>Une fiche d'identité de la filière gérontologique permettra de rendre compte de cette formalisation et de préciser les acteurs de chacune des filières.</p> <p>Les CPOM en cours de formalisation intégreront, autant que faire se peut, le rôle et les missions dévolus aux établissements de santé impliqués dans les filières.</p>
<b>Portage de l'action</b>	Délégation territoriale 5 (DT) 35 en collaboration avec les conseils généraux 35 et 56.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les coordinateurs sur les territoires considérés réuniront dans un premier temps les établissements de santé dont les ex-hôpitaux locaux et les acteurs de la psychiatrie afin de déterminer : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le territoire d'implantation de la filière gériatrique ;</li> <li>- les établissements de santé membres de la filière et les partenaires médico-sociaux et de l'aide à domicile ;</li> <li>- le dimensionnement de la filière gériatrique : missions, activités développées dans chacune des unités fonctionnelles définies par la circulaire de 2007 ;</li> <li>- les modalités de coordination retenues.</li> </ul> </li> <li>• Ils réuniront dans un deuxième temps les établissements et services médico-sociaux, les services d'aide à domicile et les acteurs libéraux de premier recours partenaires afin de préciser : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les acteurs concernés par la filière et les modalités d'articulation ;</li> <li>- les points de rupture ville/établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)/hôpital ;</li> <li>- le plan d'action de la filière : coopérations à développer, procédures à mettre en place ou à formaliser pour faciliter l'orientation de la personne âgée dans la filière et éviter les points de blocage.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<p>Un comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire 5 piloté par la DT 35, en collaboration avec les conseils généraux 35 et 56, permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de mutualiser les réflexions engagées dans le cadre de cette formalisation ;</li> <li>- et de garantir leur cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) en matière de prise en charge des pathologies du vieillissement et des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie.</li> </ul> <p>Ses travaux seront articulés avec ceux du groupe de travail régional.</p>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	L'amélioration du parcours de santé et de vie des personnes âgées sur le territoire des filières.
<b>Calendrier</b>	Durée du projet régional de santé (PRS).
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de chartes de fonctionnement signées entre les établissements de santé sur la filière gérontologique de référence/ nombre de filières identifiées.</li> <li>• Nombre de conventions signées avec les EPHAD par filière / nombre d'EHPAD identifiés par filière.</li> <li>• % des entrées après passage par les urgences, % des admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR), en médecine.</li> <li>• Durée moyenne de séjour (DMS) en court séjour gériatrique et en soins de suite et de réadaptation (SSR).</li> </ul>

**ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES**
**AXE STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE**
**ACTION N° 3 : FORMALISATION DES MODALITÉS DE RECOURS AUX STRUCTURES D'ÉVALUATION**

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<p><b>Optimiser le repérage des personnes en situation de fragilité</b></p> <p>Accompagner les établissements supports des filières gérontologiques dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formalisation de l'accès et de l'utilisation par les acteurs de premier recours des structures pratiquant l'évaluation gérontologique standardisée ;</li> <li>- la promotion par ces structures des outils développés par l'évaluation gérontologique standardisée auprès des acteurs de premier recours.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Il sera mis l'accent sur les modalités de mise en œuvre de l'évaluation gérontologique médico-psycho-sociale dans le cadre des travaux engagés pour la constitution des filières gérontologiques.
<b>Portage de l'action</b>	Les établissements supports des filières gériatriques...
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Les coordinateurs de filière conduiront un travail spécifique avec les acteurs de l'évaluation gérontologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réseau gérontologique ;</li> <li>- équipe mobile gériatrique ;</li> <li>- Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique ;</li> <li>- court séjour gériatrique.</li> </ul> <p>Afin de formaliser les modalités de recours aux structures d'évaluation par les adresseurs et les relations d'échanges.</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les différents partenaires de soins, médico-sociaux et libéraux de la filière.</li> <li>• Un comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire n° 5 piloté par la délégation territoriale 35 et le Conseil Général 35.</li> <li>• Ses travaux seront articulés avec ceux du groupe de travail régional.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de premiers recours.</li> <li>• Les personnes de plus de 75 ans fragiles et relevant d'une évaluation gériatrique.</li> <li>• Bénéfices attendus :</li> </ul> <p>Améliorer le parcours de santé et de vie de la personne âgée par une évaluation gérontologique partagée.</p>
<b>Calendrier</b>	Durée du projet régional de santé (PRS).
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de chartes de fonctionnement signées entre les établissements de santé sur la filière gérontologique de référence / nombre de filières identifiées.</li> <li>• Actions développées pour faciliter l'accès aux dispositifs d'évaluation gérontologique.</li> </ul>

ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES	
AXE STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE	
ACTION N° 4 : TRANSPOSITION ET ADAPTATION DES MODES D'ORGANISATION ÉVALUÉS COMME PERTINENTS DANS LE CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION EN COURS AU TITRE DE L'ARTICLE 70 À SAINT-MEEN	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<p>Faire connaître à chaque territoire de filière les leviers d'actions IDENTIFIÉS dans le cadre de l'expérimentation en cours au titre de l'article 70 à Saint-Méen</p> <p>L'expérimentation a pour objectif de favoriser la continuité du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, de définir des actions visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- éviter le recours indu à l'hospitalisation par les urgences existantes ;</li> <li>- organiser les modalités de sorties d'hospitalisation en lien avec les acteurs du médico-social et du social.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Le projet porté par le pôle de santé pluridisciplinaire regroupe des médecins et professionnels paramédicaux libéraux en lien avec le centre hospitalier de Saint-Méen.</p> <p>Il est prévu de lancer l'expérimentation en septembre 2013 une fois le diagnostic territorial validé, les organisations à mettre en place définies et mises en œuvre entre les acteurs de terrain, les parcours de soins expérimentés et validés.</p> <p>Il sera tiré des enseignements de cette expérimentation qui alimenteront les travaux de structuration des filières gérontologiques.</p>
<b>Portage de l'action</b>	ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Dans le cadre de l'expérimentation : mise en place d'un comité de pilotage stratégique et opérationnel afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'établir un diagnostic territorial ;</li> <li>- de définir le programme de l'expérimentation en priorisant les actions à mettre en place et en ciblant les parcours de santé qui seront expérimentés et évalués.</li> </ul> <p>Ce programme est en cours d'élaboration et envisage dès à présent entre autre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en place d'un temps de concertation informelle des intervenants en amont de l'hospitalisation ;</li> <li>- la mise en œuvre d'une plateforme gériatrique ;</li> <li>- la mise en place d'un projet de sortie.</li> </ul> <p>Le comité de pilotage des filières gérontologiques (cf. fiche n° 1) recueillera les enseignements de cette expérimentation, afin de définir les modalités d'une possible transposition et adaptation des modes d'organisation évalués comme pertinents pour le territoire de santé n° 5.</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Comité de pilotage de l'expérimentation - groupe régional « Pathologies du vieillissement et perte d'autonomie ».
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants.
<b>Calendrier</b>	Durée du projet régional de santé (PRS).
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions du comité de pilotage sur l'expérimentation de Saint-Méen et de ses enseignements.</li> <li>• Modes d'organisation mis en place au sein des filières.</li> </ul>

**ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES**
**AXE STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE**
**ACTION N° 5 : ÉLABORATION D'UNE FICHE DE LIAISON POUR LE RETOUR À DOMICILE**

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Optimiser le retour à domicile après hospitalisation en permettant la circulation de l'information entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et de l'aide à domicile en lien avec l'expérimentation en cours à Saint-Méen.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un état des lieux des différentes expériences locales existantes de partage des informations utilisées dans le cadre du retour à domicile en s'appuyant sur l'expérimentation en cours à Saint-Méen.</li> <li>• Recenser les conditions nécessaires à la mise en place d'interventions sécurisées, de qualité pour un accompagnement et/ou une prise en charge à domicile (délai de prévenance, informations nécessaires...).</li> <li>• Élaborer une fiche de liaison commune à l'ensemble du territoire à partir des outils existants et en lien avec les réflexions régionales en cours.</li> <li>• Candidater pour être territoire pilote au niveau régional pour l'expérimentation d'une informatisation de la fiche.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire en lien avec la délégation territoriale 35.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Mise en place d'un groupe de travail réunissant notamment des établissements sanitaires, médico-sociaux, aide à domicile réseaux Maison pour l'Autonomie et l'Intégration pour les malades d'Alzheimer (MAIA), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), des professionnels de soins libéraux, Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), réseau gérontologique.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Comité de pilotage des filières gérontologiques – Hospitalisation A Domicile (HAD) – Fédérations de Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)- Pays de Brocéliande (Art 70), CODEM, Établissements sanitaires – Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	L'amélioration du parcours de santé et de vie des personnes âgées sur le territoire des filières.
<b>Calendrier</b>	Durée du projet régional de santé (PRS).
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation du document de synthèse répertoriant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- les différentes expériences locales et nationales de partages d'informations au retour à domicile du patient ;</li> <li>- les conditions nécessaires à la mise en place d'interventions sécurisées, de qualité par les SAAD et SSIAD et HAD.</li> </ul> </li> <li>• Réalisation d'une fiche de liaison sur le territoire 5.</li> <li>• Taux d'utilisation de la fiche.</li> <li>• Enquête de satisfaction des patients et des familles et audit sur les taux de ré- hospitalisation à court terme et les retards de sorties.</li> </ul>

ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES

AXE STRATÉGIQUE 2 : AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

ACTION N° 6 : MISE EN SYNERGIE DES DISPOSITIFS DU PLAN ALZHEIMER

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structurer, articuler et évaluer les mesures de plan Alzheimer mises en œuvre sur le territoire n° 5.</li> <li>• Dynamiser l'offre en structures de répit et de soutien aux aidants.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>La mise en œuvre a conduit à créer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une palette diversifiée de structures de répit (Accueil de Jour (AJ), Appartement Thérapeutique ou Accident du Travail (AT) plate-forme de répit);</li> <li>- des formations aux aidants;</li> <li>- des équipes spécialisées Alzheimer;</li> <li>- des consultations mémoire;</li> <li>- des unités adaptées pour la prise en charge de patients souffrant de maladies d'Alzheimer ou apparentées ayant des troubles du comportement modérés (PASA en EHPAD) ou sévères (UHR en USLD EHPAD);</li> <li>- une UCC dans les SSR polyvalents ou gériatriques;</li> <li>- une MAIA.</li> </ul> <p>Pour compléter ce dispositif il est prévu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En 2013:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un appel à projet en Ile-et-Vilaine pour la création de 32 places d'accueil de jour.</li> <li>- cinq labellisations de PASA en Ile-et-Vilaine.</li> </ul> </li> <li>• <b>En 2016:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'atteindre l'objectif de 95 places d'AJ et 43 places HT en Ile-et – Vilaine.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il s'agira de déterminer en quoi la mise en place de ces dispositifs améliore :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la couverture territoriale;</li> <li>- les modalités de coordination;</li> <li>- le développement de l'aide aux aidants.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS en lien avec les Conseils généraux.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Le comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire n° 5 piloté par la délégation territoriale 35 et le CG 35 permettra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'étudier les modalités d'un développement et d'une inscription optimale de ces dispositifs sur le territoire 5 notamment en ce qui concerne les structures de répit et les actions de soutien aux aidants;</li> <li>- de garantir leur cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) en matière de prise en charge des pathologies du vieillissement et des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie.</li> </ul> <p>Ses travaux seront articulés avec ceux du groupe de travail régional.</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Organismes de formations des aidants.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées ainsi que leurs aidants.
<b>Calendrier</b>	Durée du projet régional de santé (PRS).
<b>Indicateurs</b>	Nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées accompagnées et prises en charge dans ces dispositifs et structures.

## ● THÉMATIQUE N°3. LA PLACE DE L'HÔPITAL LOCAL DANS L'OFFRE DE SOINS ET LE PARCOURS DE VIE DES USAGERS

### PRÉAMBULE

#### Références projet régional de santé (PRS)

Le schéma cible à 5 ans en médecine (p.273) préconise la consolidation du maillage territorial gradué et indique que les hôpitaux locaux assurent :

- un rôle de premier niveau dans la prise en charge tant sur le plan sanitaire (médecine, soins de suite et de réadaptation (SSR)) que médico-social (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)), au service le plus souvent d'une population âgée ;
- le lien avec les professionnels de santé libéraux afin, d'une part de mieux articuler médecine de ville et hôpital et, d'autre part, de favoriser l'installation de nouveaux médecins en s'appuyant sur l'hôpital local pour la création de maisons de santé, voire de cabinets libéraux.

Ils constituent une offre de service de proximité, alliant autorisations de médecine, soins de suite et de réadaptation (SSR) et Unité de Soins de Longue Durée (USLD), complétée par une offre de places en EHPAD dans le secteur médico-social. Ils accueillent, le plus souvent de façon programmée des patients souvent âgés venant de leur domicile, les liens et la complémentarité entre ces établissements de 1<sup>ère</sup> proximité et les établissements de référence doit être renforcé.

#### Référent thématique régional

Dr Christine Guérin ARS Bretagne

#### Référent thématique territorial

Dr Sophie Le Bris et Anne-Marie Keromnes ARS Délégation territoriale 35

#### Référent du groupe de travail conférence de territoire

Mme Josiane Bettler, directrice centre hospitalier des Marches de Bretagne

#### Périmètre de la thématique et orientation

La thématique définie par l'ARS en tant que thématique commune aux 8 territoires bretons était

« La mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre la ville et l'hôpital »

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires et ses modalités de financement concernant les astreintes et les forfaits de la régulation libérale ne font pas partie du PRS mais relèvent d'un cahier des charges régional arrêté par le DG ARS. À compter du 1<sup>er</sup> juin 2012, le nouveau cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est entré en vigueur, fixant les principes généraux d'organisation et de rémunération de la permanence des soins ambulatoire dans les départements. La PDSA est une mission de service public assurée par des médecins volontaires, après régulation téléphonique (SOS médecins, centre 15) pour apporter des réponses aux besoins de soin non programmés de la population, aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et centres de santé :

- en semaine : la nuit de 20h à 8h ;
- le samedi de midi à 20h et la nuit ;
- les dimanches et les jours fériés : de 8 h à 20h et la nuit.

Au regard du caractère récent de la mise en œuvre de cette nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), les membres de la conférence de territoire ont souhaité que le groupe de travail aborde plus largement, et au-delà de la seule PDSA, la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins du territoire, notamment comme acteur d'une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. C'est ainsi que les axes de travail du groupe ont été définis selon une approche transversale du parcours de l'utilisateur entre les acteurs de l'ambulatoire (médicaux – para médicaux) du médico-social et les établissements sanitaires basés sur les notions de proximité et de premiers recours.

Les réflexions menées sur cette thématique dans le cadre du présent programme territorial de santé (PTS) ont permis de proposer une nouvelle orientation de la thématique du fait de la singularité de notre territoire doté de 8 hôpitaux locaux :

- la place de l'hôpital local dans l'offre de soins et le parcours de vie des usagers ;
- la déclinaison de cette thématique sur le territoire de santé 5 s'inscrit dans les orientations du projet régional de santé (PRS) :
  - prendre en charge le patient au plus proche de son domicile ;
  - structurer une réponse aux urgences adaptée et de proximité ;
  - mieux structurer l'offre sanitaire (ambulatoire et établissements) et médico-sociale pour accompagner le vieillissement de la population.

### I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

La loi HPST qui a fait disparaître du code de la santé publique l'hôpital local comme catégorie juridique peut constituer paradoxalement une chance pour ces établissements de santé puisque, parallèlement, elle privilégie une approche territoriale et reconnaît la médecine de premier recours. Les hôpitaux locaux peuvent constituer dans le nouveau paysage qui se dessine un outil précieux pour maintenir et consolider une offre de santé de proximité. Ils le peuvent d'autant mieux qu'ils disposent d'une palette de services sur laquelle peut se constituer une offre globale de santé. Parallèlement à cette vocation sanitaire, ces établissements ont comme particularité une forte composante médico-sociale.

#### Les hôpitaux locaux : Une offre de soins de qualité, de proximité

L'hospitalisation y est coordonnée par le médecin traitant et s'inscrit dans un continuum avec la prise en compte de l'histoire et des conditions de vie du patient, au-delà des seules considérations pathologiques. L'organisation de la sortie, après hospitalisation, est également concernée par ce lien particulier.

Ainsi, c'est l'organisation de l'offre de soins des territoires de premier recours qui se trouve renforcée par le lien avec les médecins généralistes, intervenant à la fois en ville comme à l'hôpital.

Dans le contexte des débats sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, le statut de centre hospitalier doit être confirmé en renforçant leur rôle spécifique dans des notions de soins primaires, ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux.

#### Les secteurs d'activité de l'hôpital local : Il comporte essentiellement trois secteurs :

- **le court séjour** avec des lits de médecine, de soins palliatifs, d'addiction (liste non exhaustive) ;
- **les soins de suite (SSR)**, le plus souvent polyvalents, après hospitalisation pour une pathologie aiguë (cardio-vasculaire, pneumologique, neurologique avec les AVC, les Alzheimer pour ne citer que les plus fréquentes) ou après interventions chirurgicales orthopédiques ;
- **le long séjour (USLD)** prend en charge les personnes âgées dépendantes ayant besoin d'une surveillance médicale et IDE continue. C'est à la fois un lieu de soins et un lieu de vie ;
- tous les hôpitaux locaux disposent également d'un secteur d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (**EHPAD**) ;
- **le SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)** assure sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Le territoire de santé 5 comprend 8 hôpitaux locaux avec un fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur la médecine de ville. Ils constituent un premier niveau de prise en charge renforçant sa mission de soins de premier recours et de proximité :

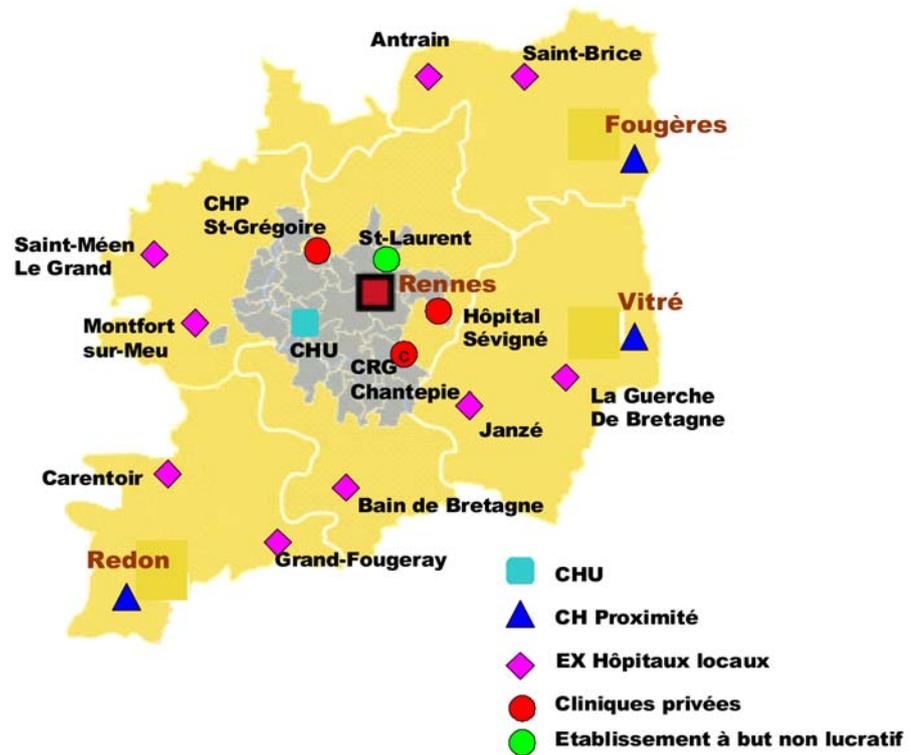
- en dispensant des soins à une population vivant dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation de soins de longue durée, d'aide ou de soutien à domicile (S.S.I.A.D., H.A.D., etc.) ;
- en accueillant une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité dans des services adaptés (constituant un lieu de vie).

#### Un maillage dans l'organisation du territoire

Les hôpitaux locaux constituent un apport dans le renforcement d'une offre de proximité.

La carte du territoire montre comment les hôpitaux locaux viennent compléter le maillage des hôpitaux publics et des cliniques privées, autour de bassins de quotidienneté contenant une population suffisamment dense (sous réserve des coopérations et des conventions entre établissements indispensables).

## Carte du territoire 5



## Quelques repères sur l'offre

HÔPITAUX LOCAUX TERRITOIRE 5								
Établissement	Médecine		SSR		USLD	EHPAD	ETP	SSIAD
	Médecine	Identifiés LITSP	Spécialisé	Polyvalent				
CH Janzé	12	3		25		149 places dont 4 Hébergements Temporaires (HT)		
CH Le Grand Fougeray				21 DONT 5 lits coma végétatif		95 dont 3 HT + 22 lits EPA		
CH La Guerche de Bretagne	20			20 DONT 3 lits coma végétatif		270 places SANS HT RECONNU		
CH Montfort-sur-Meu	11			31 DONT 6 lits coma végétatif	30	138 dont 5 HT 25 lits Unité Alzheimer		42
CH Saint Méen le Grand	20			40 DONT 6 SEP avec 2 séquentielles		175 places SANS HT RECONNU		57
CH Carentoir				20 DONT 2 lits SP non reconnus		71 dont 15 lits Unité Alzheimer		62 + 10 ESA
CH Bain de Bretagne Saint Thomas de Villeneuve	38		24 PAPD	40		252 places		
CH Les Marches de Bretagne Antrain St Brice en Coglès	12 DONT 2 SP		35 locomoteur + 5 HJ Séquentiel	25		292 places dont 20 lits unité Alzheimer 19 HT ET 1 AJ	2 programmes : ETP diabète type 2 et ETP cardio en convention avec MSA	27

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Le groupe de travail a mené une réflexion sur la déclinaison opérationnelle pour le territoire dans le but d'orienter le patient au bon endroit, au bon moment, par le bon prescripteur.

Le véritable enjeu est de faire de ces hôpitaux locaux des acteurs territoriaux car :

- il contribue à apporter une réponse au plus près des besoins de la population ;
- le vieillissement raccourcit les périmètres de déplacement ;
- l'évolution des thérapeutiques induira un transfert vers l'ambulatoire, l'hôpital général et les centres hospitaliers universitaires (CHU) n'intervenant que pour des séjours de plus en plus courts sur des compétences de plus en plus pointues.

Ainsi, pour consolider et développer leurs missions spécifiques basées sur un parcours de proximité du patient qui soit gradué, des évolutions sont nécessaires. À ce sujet, le groupe de travail exprime le souhait de renommer (et cela relève du niveau national) les hôpitaux locaux : « centres hospitaliers locaux » de manière à affirmer leur identité.

L'hôpital local doit remplir le rôle de proximité qu'une partie de la population. Dans ce cadre le groupe de travail a mis en évidence deux enjeux :

- conforter les missions et la place de l'hôpital local : acteurs de soins et médico-social de la filière gérontologique ;
  - en tant que maillon de la coordination et des coopérations entre le sanitaire, l'ambulatoire et le médico social ;
  - en tant que structure attractive pour le développement des modes d'exercices collectifs, Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) / Pôle de Santé Pluridisciplinaire (PSP).
- communiquer sur les différents dispositifs de l'offre de l'hôpital local vers les usagers, les établissements sanitaires, médico sociaux, les professionnels de l'ambulatoire.

## III. OBJECTIFS ET ACTIONS

### 1. AXE STRATÉGIQUE 1 : CONFORTER LES MISSIONS ET LA PLACE DES HÔPITAUX LOCAUX

Compte tenu de leur position particulière dans l'offre de soins hospitalière rénovée, leurs liens avec les professionnels de ville et leur fonctionnement médical original, ces établissements doivent concourir au développement de coopérations (consultations avancées, mutualisations de compétences et de ressources médicales, développement de projets communs avec les centres hospitaliers de référence), de coordinations et de nouveaux modes de prise en charge au plus près des besoins de la population (exemple : télé médecine).

Ces évolutions nécessitent de conforter les missions de l'hôpital local en tant qu'acteur de soins dans la proximité sur le territoire 5 selon les préconisations non exhaustives suivantes :

- **L'hôpital local de par sa dimension de proximité renforce ses liens avec les soins de premier recours notamment la médecine générale**

Avec la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), l'intervention des médecins généralistes devient « légalement » possible dans tous les hôpitaux, même si cet accès reste exceptionnel en dehors des hôpitaux locaux. Si ces établissements accueillent des patients relevant d'une prise en charge hospitalière ou médico-sociale, ils font partie intégrante de l'offre de soins de premier recours sur ces territoires, contribuent à favoriser l'installation des professionnels de premier recours et constituent un support d'exercice pour ceux-ci (Organisation de la permanence de soins, maison médicale de garde, pôle ou maison de santé pluridisciplinaire, possibilité d'exercice mixte pour les professionnels de ville, accueil de services de maintien au domicile, fonctions logistiques...).

- **L'hôpital local s'inscrit dans les filières gérontologiques et est maillon d'une coordination de prise en charge médicale et médico-sociale des patients dont il a la charge.**

Maillon important du réseau sanitaire et médico-social, il doit assurer un premier niveau de prise en charge d'une population vivant à proximité et favoriser le maintien ou le retour à domicile des patients. L'hôpital local peut ainsi piloter et coordonner le parcours de soins et de vie des patients qu'il prend en charge en tant que relai adresseur et établissement d'aval.

- **L'hôpital local est une ressource structurante**

Dans le cadre de son projet médical, l'hôpital local peut développer la télé médecine et devenir une plateforme de services pour tous les professionnels libéraux en mettant à leur disposition des locaux pour des consultations et offrir des services médicaux, paramédicaux et techniques.

- **L'hôpital Lieu de stage et de formation**

Il doit renforcer son rôle comme lieu privilégié pour des formations faisant se rencontrer des professionnels libéraux avec des professionnels de l'hôpital local, ou encore des formations à plusieurs étages : par métier ou pluridisciplinaires.

- **L'hôpital local : acteur local en santé publique dans sa dimension prévention et éducation thérapeutique du patient**

Il développera des actions d'éducation thérapeutique auprès des patients dans le cadre des soins de support (diabète, addictologie, asthme, responsabilisation du patient dans la gestion de ses soins).

**Objectif 1 : identifier et formaliser le rôle des hôpitaux locaux**

- **Action n° 1** > mise en place d'un comité territorial des hôpitaux locaux

**Objectif 2 : mieux faire connaître les missions de l'hôpital local en tant que structure attractive pour le développement des modes d'exercice collectifs, Maison de santé pluridisciplinaire (MSP), Pôle de Santé Pluridisciplinaire (PSP)**

- **Action n° 2** > Participation des hôpitaux locaux aux démarches engagées pour le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés

**Objectif 3 : objectiver les typologies de patients dans les services de médecine des hôpitaux locaux**

- **Action n° 3** > Réalisation d'un état des lieux des modalités d'admission en service de médecine des hôpitaux locaux

Lors de la conférence il a été souligné l'importance des hôpitaux locaux et en particulier des services de médecine dans la palette de l'offre. Le nécessaire maintien des lits de médecine dans ces hôpitaux avec notamment la possibilité d'admission directe est une des solutions pour éviter le passage par les services d'urgences. Actuellement le processus de filière n'est pas assez maîtrisé du fait des limites liées à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les admissions la nuit, les week-ends et les jours fériés.

**2. AXE STRATÉGIQUE 2 : COMMUNIQUER SUR LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE L'OFFRE DE L'HÔPITAL LOCAL VERS LES USAGERS, LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, MÉDICO SOCIAUX, LES PROFESSIONNELS DE L'AMBULATOIRE**

**Objectif 1 : Communiquer sur les différents dispositifs de l'offre de l'hôpital local**

- **Action n° 4** > Réalisation de fiches d'identité par établissement

LA PLACE DE L'HÔPITAL LOCAL DANS L'OFFRE DE SOINS ET LE PARCOURS DE VIE DES USAGERS	
AXE STRATÉGIQUE 1 : CONFORTER LES MISSIONS ET LA PLACE DES HÔPITAUX LOCAUX	
ACTION N° 1 : MISE EN PLACE D'UN COMITÉ TERRITORIAL DES HÔPITAUX LOCAUX	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<p>Identifier et formaliser le rôle des ex-hôpitaux locaux dans le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de leur place dans les filières gériatriques et gérontologiques;</li> <li>- de la pérennité de leurs activités de médecine et soins de suite et de réadaptation (SSR) (atouts – forces – contraintes – limites telles que la continuité des soins);</li> <li>- du développement de nouvelles activités (télémédecine, consultations avancées...).</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p><b>Constitution d'un Comité de réflexion composé notamment de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des présidents de commission médicale d'établissement (CME) et directeurs d'hôpitaux locaux auxquels pourront s'associer des représentants d'hôpital de proximité avec services d'urgences et également des professionnels de se santé libérale;</li> <li>- animé par la conférence de territoire en lien avec la délégation territoriale 35.</li> </ul> <p>Pour conduire des travaux spécifiques autour de ces objectifs et contribuer à la formalisation des filières.</p>
<b>Portage de l'action</b>	ARS - Conférence de territoire
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Il s'agira d'élaborer dans le cadre de ce comité de réflexion un document cadre qui identifie et précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les atouts, forces, opportunités et limites des hôpitaux locaux, les modalités optimum de collaborations entre hôpital local et les différents acteurs de la prise en charge des patients accueillis en hôpital local;</li> <li>- un cahier des charges du service réciproque entre hôpital local, hôpital de proximité avec service d'urgence et centre hospitalier universitaire qui pourra prendre la forme d'une charte de fonctionnement type.</li> </ul> <p>En effet, à l'échelle du territoire de santé : quatre territoires de filières gériatriques sont en cours d'identification à partir des principaux pôles de Rennes, Vitré, Fougères et Redon.</p> <p>Dans le cadre des travaux engagés pour la constitution des filières gérontologiques sur les 4 points d'ancrage du territoire 5 Rennes, Redon, Vitré, Fougères et des réunions des instances mis en place au sein des chacune des filières, il sera mis l'accent sur le rôle de l'hôpital local en tant que maillon de la chaîne de l'offre et la formalisation de ses liens avec l'hôpital de proximité et la médecine libérale pour une orientation adaptée du patient âgé fragile au sein des différentes structures partie prenante de la filière.</p> <p>Les CPOM en cours de formalisation intégreront autant que faire se peut le rôle et les missions des Ex – hôpitaux locaux dans les filières gérontologiques.</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<p>Le comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire 5 piloté par la délégation territoriale 35 en lien avec le CG 35 et le Conseil Général 56, l'association régionale des hôpitaux locaux.</p> <p>Le cahier des charges initié sur le territoire 5 a vocation à être proposé aux autres territoires comme le prévoit le volet médecine du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) hospitalier.</p>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<p>Hôpitaux locaux - usagers et également hôpitaux de proximité avec services d'urgences.</p> <p>Amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement de proximité.</p> <p>Faire bénéficier aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie, de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, au bon moment par les bons professionnels, ayant la bonne information.</p>
<b>Calendrier</b>	À partir deuxième semestre 2013.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation du document cadre.</li> <li>• Charte de fonctionnement type.</li> <li>• Convention de fonctionnement signée entre hôpitaux locaux et hôpitaux de références convention signées entre hôpitaux locaux et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EPHAD).</li> </ul>

## LA PLACE DE L'HÔPITAL LOCAL DANS L'OFFRE DE SOINS ET LE PARCOURS DE VIE DES USAGERS

### AXE STRATÉGIQUE 1 : CONFORTER LES MISSIONS ET LA PLACE DES HÔPITAUX LOCAUX

#### ACTION N° 2 : PARTICIPATION DES HÔPITAUX LOCAUX AUX DÉMARCHES ENGAGÉES POUR LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COLLECTIFS ET COORDONNÉS

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux faire connaître les missions de l'hôpital local en tant que structure attractive pour le développement des modes d'exercices collectifs (MSP/PSP).</li> <li>• Participation des hôpitaux locaux aux démarches engagées pour le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Participation des hôpitaux locaux à la mise en place des rencontres interprofessionnelles organisés dans le cadre des différents pays sur les modes d'exercices collectifs et au groupe de travail de suivi des nouveaux modes d'exercice coordonnés (voir fiche n° 1 organisation de rencontres interprofessionnelles dans différents pays du volet) le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés.
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire et ARS (cf. fiches n° 1 et n° 2 de la thématique 6).
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Contribution des représentants des hôpitaux locaux dans le cadre du groupe de suivi sur les nouveaux modes d'exercice coordonné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à la mise en place d'un dispositif d'appui aux promoteurs de ces structures ;</li> <li>- à la création d'outils permettant de soutenir les modes d'exercice collectifs.</li> </ul> <p>Participation des hôpitaux locaux aux rencontres interprofessionnelles dans le cadre des différents pays avec mise en valeur du rôle des Ex hôpitaux locaux dans le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés (Appui possible aux acteurs libéraux souhaitant s'inscrire dans un exercice collectif).</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	ARS-URPS-Référents santé des pays, conférence de territoire.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Professionnels de santé, Collectivités territoriales, Usagers.
<b>Calendrier</b>	Lancement de la démarche Mi 2013.
<b>Indicateurs</b>	Maisons de santé pluridisciplinaires installée en lien avec un ex-hôpital local.

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

THÈME DU GROUPE LA PLACE DE L'HÔPITAL LOCAL DANS L'OFFRE DE SOINS ET LE PARCOURS DE VIE DES USAGERS	
AXE STRATÉGIQUE 1 : CONFORTER LES MISSIONS ET LA PLACE DES HÔPITAUX LOCAUX	
ACTION N° 3 : RÉALISATION D'UN ÉTAT DES LIEUX DES MODALITÉS D'ADMISSION EN SERVICE DE MÉDECINE DES HÔPITAUX LOCAUX	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Objectiver les typologies de patients dans les services de médecine des hôpitaux locaux.
<b>Description de l'action</b>	Réalisation d'un état des lieux et critères d'admission en service de médecine des hôpitaux locaux par les établissements adresseurs (notamment aval des urgences) afin d'alimenter les travaux du comité de réflexion Hôpitaux locaux (cf. axe stratégique Mission hôpitaux locaux fiche 1). Cet état des lieux sera établi dans le cadre de la mise en place d'un groupe de travail réunissant notamment hôpitaux locaux et services des urgences des établissements adresseurs. Il sera articulé avec le travail en cours sur les critères d'admissions en SSR (cf. fiche Axe stratégique Admission Fiche 1). Cet état des lieux alimentera les travaux du groupe régional mis en place dans le cadre de la déclinaison du SROS médecine.
<b>Portage de l'action</b>	ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Mettre en place un groupe de travail notamment avec les services d'urgences et les hôpitaux locaux de tout le territoire 5 piloté par la DT 35 en lien avec le référent thématique régional médecine : - formaliser un questionnaire d'enquête sur les critères et modalités d'admission des patients en service de médecine ; - diffuser ce questionnaire auprès des hôpitaux locaux pour recueil de leurs pratiques ; - analyser le questionnaire afin d'établir les profils des patients des hôpitaux locaux.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Le comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire 5. Ses travaux seront articulés avec ceux menés dans le cadre de la déclinaison SROS médecine.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers. <b>Bénéfices attendus</b> - adéquation des prises en charge - apporter une réponse à l'isolement
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	Réalisation de l'enquête et production d'un document de synthèse.

THÈME DU GROUPE LA PLACE DE L'HÔPITAL LOCAL DANS L'OFFRE DE SOINS ET LE PARCOURS DE VIE DES USAGERS	
AXE STRATÉGIQUE 2 : COMMUNIQUER SUR LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE L'OFFRE DE L'HÔPITAL LOCAL VERS LES USAGERS, LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, MÉDICO SOCIAUX, LES PROFESSIONNELS DE L'AMBULATOIRE.	
ACTION N° 4 : RÉALISATION DE FICHES D'IDENTITÉ PAR ÉTABLISSEMENT	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	• Communiquer sur les différents dispositifs de l'offre de l'hôpital local : Faire connaître les activités, le fonctionnement des hôpitaux locaux aux établissements adresseurs
<b>Description de l'action</b>	Réalisation de fiches d'identité par établissement.
<b>Portage de l'action</b>	Hôpitaux locaux.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	• Organisation de deux rencontres d'un groupe de travail réunissant des hôpitaux locaux. • Définition d'une trame commune, support, modalités de diffusion.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Association hôpitaux locaux - Comité de pilotage des filières gérontologiques sur le territoire 5.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Établissements adresseurs.
<b>Calendrier</b>	Année 2013
<b>Indicateurs</b>	Nombre de fiches par rapport au nombre d'établissements.

## ● THÉMATIQUE N°4. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE OFFRE DE SOINS TERRITORIALE EN CHIRURGIE, EN OBSTÉTRIQUE ET EN IMAGERIE

### PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

Cette thématique de gradation de l'offre territoriale concerne les volets suivants du SROS :

- médecine ;
- chirurgie ;
- obstétrique ;
- imagerie (TEP, gamma caméras, scanner et IRM) ;
- soins de suite et de réadaptation (cf. thématique n° 10).

Il ne s'agit ici que de l'offre hospitalière et non du premier recours.

### PRÉAMBULE

Les principes de territorialisation et de gradation de l'offre de soins hospitalière ont été largement déclinés dans le cadre du SROS 3 mais restent d'actualité dans le PRS 2012-2016 qui recense pour chaque discipline un schéma cible d'organisation des soins autour de 2 axes prioritaires :

- organiser la gradation et la territorialisation de l'offre de soins ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficience ;

À cet égard, le PRS breton décline largement les orientations nationales issues de la loi HPST et du guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS en date du 1<sup>er</sup> août 2011, en insistant particulièrement sur le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, l'articulation entre la ville et les urgences, la PDES, plus de transversalité pour améliorer le parcours de soins, notamment autour des pathologies du vieillissement, des maladies chroniques, etc.

Après la publication du PRS, l'ARS a identifié un certain nombre d'orientations régionales à décliner par territoire de santé et à inscrire dans le PTS à l'issue d'une réflexion partagée avec les établissements de santé pour bien prendre en compte le contexte de chacun des 8 territoires de santé notamment en chirurgie, obstétrique et imagerie.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

### 1. État des lieux de l'offre de soins : le territoire de santé n° 5 compte

#### 13 établissements publics de santé :

- 1 centre hospitalier Universitaire – Rennes ;
- 1 centre régional de lutte contre le cancer « Eugène Marquis » – Rennes ;
- 3 centres hospitaliers de proximité.
  - CH Fougères
  - CH Redon
  - CH Vitré

#### 1 établissement public de santé mentale :

- CH Guillaume Régnier – Rennes.

### 8 centres hospitaliers (hôpitaux locaux) :

- CH Antrain ;
  - CH Saint-Brice ;
  - CH Saint Méen le Grand ;
  - CH Montfort sur Meu ;
  - CH Janzé ;
  - CH La Guerche de Bretagne ;
  - CH Carentoir ;
  - CH Le Grand Fougeray.
- Le CH Marches de Bretagne étant la fusion de ces deux établissements*

### 13 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) :

- Clinique mutualiste de La Sagesse, Rennes ;
- Polyclinique Saint Laurent (HSTV) Rennes ;
- Hôpital de Bain de Bretagne (HSTV) ;
- Centre Régional de Gériatrie (UGECAM) Chantepie ;
- Centre de convalescence « La pierre blanche » (UGECAM) Bourg des Comptes ;
- Pôle médecine physique et de réadaptation Saint Hélier – Rennes ;
- Centre médical et Pédagogique « Beaulieu » – Rennes ;
- Clinique St Yves – Rennes ;
- Centre médical Rey Leroux- La Bouéxière ;
- Centre de post-cure « L'Escale » (UGECAM) – Rennes ;
- Centre de réadaptation « La Thébaudais » (UGECAM) - Rennes ;
- Centre de réadaptation « Le Patis Fraux » - Vern sur Seiche ;
- Hôpital de jour « Maison Bleue » – Fougères.

### 6 cliniques privées à but lucratif (dont 1 en psychiatrie)

- Centre hospitalier privé Saint Grégoire ;
- Hôpital privé - Cesson Sévigné ;
- Clinique « L'Espérance » – Rennes ;
- Clinique du Moulin – Bruz ;
- Clinique Philaë - Pont Péan ;
- Hospitalisation à domicile (HAD) - Chartres de Bretagne.

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS

### Des enjeux liés à l'organisation de l'offre de soins entre établissements

Les enjeux sont multiples mais au regard de la politique régionale de santé 2012-2016 et du contexte économique général, les questions sont les suivantes :

- comment maintenir un maillage territorial équilibré sur le territoire de santé ;
- comment renforcer l'attractivité des centres hospitaliers de proximité pour leur garantir demain le maintien de compétences médicales dans les disciplines autorisées ?

Ces enjeux du service public hospitalier dans le territoire de santé notamment dans les établissements de proximité, font l'objet de réflexion et d'échanges entre l'ARS, les responsables hospitaliers et les élus locaux, afin de trouver les solutions pertinentes et efficaces pour faire face aux défis de la démographie médicale, de l'accès aux soins et de la qualité des soins.

### III. OBJECTIFS ET ACTIONS

Les questions hospitalières ont été abordées par plusieurs groupes de travail thématiques constitués autour de la PDESE, de la place des hôpitaux locaux, des filières gériatriques et du SSR notamment. Leurs membres ont formulé différentes orientations et propositions d'actions reprises dans le PTS. Dans le cadre de la thématique « gradation de l'offre de soins territoriale en médecine, chirurgie et obstétrique, imagerie », et au regard de la structuration de l'offre sur le territoire, il n'y aura pas dans le PTS de fiches actions particulières pour la chirurgie et la médecine mais l'affirmation d'une volonté commune de promouvoir et renforcer ensemble des coopérations territoriales durables entre établissements de santé. Ce choix d'une méthode volontairement souple a été défini en accord avec le bureau de la conférence de territoire, afin que le PTS se déploie vers d'autres thématiques de santé plus transversales. En médecine et en chirurgie, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et la structuration des filières médicales seront évoqués et déclinés dans le cadre du CPOM de chaque établissement de santé concerné.

En périnatalité et en imagerie, les établissements de santé ont été réunis sous l'égide de l'ARS avec comme objectif d'une part, de favoriser le partage d'informations et les échanges autour des enjeux communs. Ils font donc l'objet de développements spécifiques ci après.

## 4. LA PÉRINATALITÉ

### La périnatalité : vers un projet territorial de périnatalité ?

**La réflexion du territoire s'inscrit dans le cadre des 3 orientations régionales :**

- conforter le réseau périnatalité ;
- améliorer le positionnement des acteurs des prises en charge de la grossesse et du post-partum ;
- maintenir l'offre graduée et le maillage territorial existant entre les différents sites de naissance ;

**Deux réunions ont eu lieu pendant la période d'élaboration du PTS :**

- une première réunion entre l'ARS et les responsables du Réseau périnatalité (20 décembre 2012) ;
- une réunion de l'ensemble des établissements autorisés (8 février 2013) pour évoquer les orientations régionales du SROS volet périnatalité et leur mise en œuvre sur le territoire de santé.

Le programme territorial de santé ne comportera pas de fiche action mais il semble important de mettre ici en perspective, d'une part les enjeux liés à la structuration de l'offre existante et d'autre part, une approche assez nouvelle visant à favoriser une meilleure prise en compte des questions environnementales pendant la période de grossesse.

L'ARS souhaite que le PTS soit l'occasion pour les établissements de santé d'amorcer ensemble la formalisation d'un « projet territorial de périnatalité » qui donnerait plus de visibilité à l'engagement de chacun, constituerait un socle commun de priorités partagées et une opportunité pour promouvoir de nouvelles solidarités et de nouvelles initiatives en promotion de la santé.

## 1. DES ENJEUX LIÉS À LA STRUCTURATION DE L'OFFRE EXISTANTE

### Les caractéristiques de l'offre sur le territoire 5 :

- 3 sites à plus de 2 500 accouchements (CHU de Rennes, CHP St Grégoire, clinique mutualiste de la Sagesse) ;
- un site (Fougères) à 1 025 accouchements en 2011 ;
- deux sites à moins de 1 000 accouchements.

### Des enjeux à souligner

Le volet périnatalité du SROS, dans son schéma cible pour l'organisation de la gradation et de la territorialisation de l'offre de soins s'est donné pour objectif de consolider les sites de maternité disposant d'une activité inférieure à 1 000.

Par ailleurs, afin de garantir la sécurité et la qualité des soins et leur efficacité, le volet périnatalité du SROS souhaite également améliorer :

- la prise en charge de la grossesse en développant le rôle des professionnels libéraux dans le suivi des grossesses à bas risques ;
- le repérage des vulnérabilités psychologiques et sociales pendant la grossesse ;

- le suivi des mères et des enfants dans le post-partum notamment grâce à un dispositif organisé de suivi des nouveaux nés vulnérables et de suivi des enfants et des mères post-partum répondant à un cahier des charges régional.

En présence des différents établissements pratiquant une activité de gynéco-obstétrique, il a été fait état des projets engagés par les établissements pour améliorer la prise en charge de la grossesse et notamment son individualisation. Ils se réfèrent en particulier à des démarches de type « Hôpital, amis des bébés » et autres, des programmes de sortie modulables à domicile et le développement de liens étroits avec les professionnels de santé libéraux dans le cadre du suivi des grossesses à bas risques.

En ce qui concerne l'organisation de la gradation de l'offre des soins, deux situations ont été plus particulièrement identifiées :

- **Le centre hospitalier de Redon** est confronté à des difficultés de recrutement de gynéco-obstétriciens et de pédiatres. Au-delà des coopérations médicales, existantes et à consolider, les travaux qui s'engagent pour l'élaboration d'un contrat local de santé entre l'ARS et le Pays de Redon pourraient permettre d'inscrire cette problématique dans un diagnostic et un plan d'action plus global à l'échelle de ce territoire.

Le maintien de l'offre de santé dans le Pays de Redon est en effet un enjeu de santé publique qui doit nous conduire à rechercher tous ensemble de nouvelles modalités solidaires pour l'organisation des soins et de l'accompagnement des femmes enceintes (réseau périnatalité, établissements de santé du territoire, acteurs locaux de santé...). Il existe des difficultés de maillage de l'offre qui tiennent aussi à un manque de relais stables et suffisants en dehors de l'hôpital (dans le champ ambulatoire, de la PMI, des psychologues scolaires...). Les possibilités offertes par le cadre juridique de la délégation de tâches pourraient peut-être aider à promouvoir de nouveaux métiers de proximité ?

- **Le centre hospitalier de Vitré** souhaite renforcer son offre de soins en périnatalité et a sollicité auprès de l'ARS une évolution de l'autorisation de son établissement vers une maternité de niveau 2A. D'ores et déjà, il a renforcé sa coopération avec le CHU qui a pris la forme à l'été 2012 d'une fédération inter-hospitalière (FMIH) périnatalité pédiatrie et plus largement d'une convention cadre de coopération.

La demande de l'établissement est en cours d'instruction par l'ARS au regard des besoins - il existe 3 maternités de niveau 2A sur le territoire de santé - et des impacts mais dans un contexte qui a cependant évolué récemment puisque le CHU a augmenté ses propres capacités de prise en charge des situations avec complication. Le centre hospitalier de Vitré et l'ARS sont attachés à la cohérence du cadre juridique avec la réalité des activités réalisées. De manière structurelle, la montée en charge de la fédération inter-hospitalière périnatalité pédiatrie est une évolution soutenue par l'ARS qui encourage les établissements à approfondir encore leurs liens et mutualisations possibles.

**La conférence demande que la question de l'évolution de l'autorisation du centre hospitalier de Vitré vers une maternité de niveau 2A soit instruite dans le cadre de la révision du SROS et a adopté en sa séance plénière du 19 mars une mention de soutien au centre hospitalier de Vitré.**

## 2. LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX PENDANT LA GROSSESSE

Le programme régional santé environnement (PRSE 2011-2015) promeut une approche environnementale de la promotion de la santé pour la femme enceinte. Il s'agit de favoriser une meilleure intégration des impacts de l'environnement sur la santé, notamment pendant la période sensible de la grossesse.

Contrairement à d'autres pays, il n'existe pas en France de recommandations nationales en la matière mais une enquête a été initiée en Bretagne dans le cadre d'un travail confié à une élève sage-femme. Cette étude reste modeste dans son envergure mais elle a permis d'engager une réflexion sur l'information de la femme enceinte et d'identifier des pistes d'amélioration. Le sujet mérite d'être évoqué dans le PTS du territoire de santé n° 5 car la clinique de la Sagesse a accepté de s'inscrire dans cette démarche, notamment par l'organisation d'ateliers sur les questions environnementales dans le cadre de l'accompagnement des femmes enceintes mais aussi dans le cadre de l'EPP.

## 4. L'IMAGERIE

### PRÉAMBULE

#### • Références PRS

SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS [Imagerie médicale page 361](#)

#### • Référent thématique régional

Madame Béatrice Goffre ARS Bretagne

#### • Périmètre de la thématique imagerie

L'imagerie médicale recouvre les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation en référence au décret du 26 novembre 2004 :

- les scanographes à utilisation médicale (scanner) ;
- les appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM) ;
- les caméras à scintillation munies ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographes à émissions de positons (TEP), caméras à positons.

### I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

#### • État des lieux de l'existant pour le territoire 5

LA MISE EN ŒUVRE D'UNE OFFRE DE SOINS TERRITORIALE (GRADATION DE L'OFFRE) VOLET IMAGERIE				
Structure	Scanner Scanographes à utilisation médicale	IRM Appareils imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique	TEP Tomographes à émissions de positons	Caméras à scintillation
CHU Pontchaillou Rennes	3 Scanners installés	1 IRM Clinique 1 IRM activé de 100 % Recherche en 2013		
Hôpital Sud Rennes	1	1		
Clinique La Sagesse Rennes	1	1 Polyvalent		
CRLCC Eugène Marquis Rennes	1 + 1 de repérage libre d'autorisation Ne fonctionnent pas la nuit ni week-end		1	4
Hôpital Privé Sévigné	1	1		
CHP St Grégoire	1	1	1	3
Saint Laurent Rennes	1 équipement en cours installation pour activité Cardiologie (Juin 2013)			
CH Redon	1 Fonctionne 24/24 avec Interim fidélisé			
CH Vitré	1			
CH Fougères	1			

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

---

Le programme territorial imagerie graduant l'offre doit :

- décliner une vision partagée des enjeux liés aux grandes problématiques de santé publique : cancérologie, AVC, Alzheimer en veillant à une égalité d'accès entre les territoires ;
- favoriser les mutualisations des ressources, la continuité des soins, l'organisation de la permanence de soins territoriale nuit, week-ends et jours fériés vers une PDS centralisée ;
- fonder la planification des nouveaux équipements (Identification du lieu d'implantation dans le temps à échéance 2016) :
  - 6 IRM supplémentaires (3 IRM Spécialisé ostéo-articulaires – 3 IRM polyvalents)
  - 2 scanners supplémentaires
  - 1 TEP (Tomographie par émission de positrons)

## III. PROPOSITION DE PLANIFICATION DES ÉQUIPEMENTS LOURDS D'IMAGERIE (EML)

---

Si la situation à l'échelle nationale s'améliore, les inégalités territoriales en termes d'offre IRM continuent à être très importantes avec des variations allant du simple au double selon les régions. Quatre régions se caractérisent par des taux d'équipement régionaux très faibles (inférieurs à 7 IRM par million d'habitants) au lieu du 12 définis dans le plan cancer : la Bourgogne, la Bretagne, la Corse et les Pays de Loire. Afin de répondre au mieux aux besoins de la population, la reconnaissance de ces besoins se traduit par l'implantation supplémentaire pour le territoire 5 de 6 IRM (3 IRM spécialisé ostéo-articulaires – 3 IRM polyvalents) et 2 scanners

**La proposition de planification 2012 2016 du Territoire 5 s'inscrit dans un objectif de :**

- de mieux organiser l'offre de soins en collaboration public/privé afin d'offrir un meilleur service à la population ;
- de favoriser le regroupement des compétences ;
- de diversifier les gammes d'appareil avec des IRM plus efficaces ;
- de développer l'offre dans toutes les urgences neurologiques non traumatiques (AVC (priorité nationale), épilepsie, infectieux, céphalées...) en substitution du scanner, mais aussi dans certaines urgences cardiologiques, ostéo articulaires et abdominales ;
- de réduire l'irradiation de la population (EURATOM 97-43), dont la principale cause en France est générée par les examens d'imagerie (scanner, radio standard, radio dentaire) ;
- de répondre à la mise en œuvre des plans nationaux (AVC, cancer).

Les bases des futures implantations des équipements lourds et la déclinaison du calendrier d'installation intégrant l'année 2012 – 2013 ont été organisées sur proposition des établissements publics et privés. Les acteurs ont préconisé une planification en deux étapes pour les équipements IRM avec une première phase d'installation de 4 équipements entre 2013 et 2014 et une deuxième phase pour les 2 équipements restants.

### 1. PLANIFICATION VALIDÉE 2013-2016

Ci après la planification préconisée et validée par les acteurs du territoire 5 pour 4 IRM sur les 6 implantations prévues au PRS Bretagne et pour les deux scanners.

## Récapitulatif de la planification territoire 5 pour les 4 premiers équipements

VILLE	LOCALISATION	TYPE DE MACHINE	DATE D'INSTALLATION*	
Rennes	CHU	Polyvalente	Début 2013	IRM Onco CHU-CRLCC
Rennes	CIM Laennec site de Cesson	Spécialisée ostéo-articulaire	Sept 2013	Diversification.
Rennes	CHU dans le SAU	Polyvalente	Juillet 2013	100 % non programmée – AVC
Rennes	CIM Laennec Site de St Grégoire	Spécialisée ostéo-articulaire	Sept 2014	Diversification. Oncologie, urgences, rachis

\* Date donnée à titre indicatif

## Planification des 2 Scanners

VILLE	LOCALISATION	DATE D'INSTALLATION*	
Rennes	CIM Laennec St Grégoire	Début 2016	Orientation urgences
Rennes	CHU	2015 ?	Interventionnel

\* Date donnée à titre indicatif

## 2. PLANIFICATION SOUMISE À CONCERTATION 2015- 2016

Les acteurs du territoire préconisent d'évaluer l'apport des 4 premiers équipements et de réaliser une analyse des besoins à mi-parcours du SROS (2014) afin de mettre en relief la cohérence entre les éléments du bilan et les propositions de planification de deux derniers équipements.

### Planification envisagée pour les 2 équipements restants

VILLE	LOCALISATION	TYPE DE MACHINE	DATE D'INSTALLATION*	
Rennes	CHU ou CIM Laennec	Polyvalente ou ostéo-articulaire: bilan et concertation 2014	2015	Oncologie, Pédiatrie, SAU pédiatrique...
Rennes	CHU ou CIM Laennec	Polyvalente ou ostéo-articulaire: bilan et concertation 2014	2016	Diversification. Activité cardiaque

\* Date donnée à titre indicatif

Dans le cadre du bilan intermédiaire la réflexion de répartition entre l'hôpital sud et Pontchaillou s'intégrera pour valider les orientations.

L'analyse permettra - de valider ou non les propositions faites pour l'installation des deux derniers IRM laissant ainsi la discussion ouverte pour une installation possible d'un équipement sur la clinique St Laurent Rennes (IRM polyvalente) ou à la clinique de la Sagesse (IRM OA compte tenu de l'activité orthopédique).

L'évaluation des besoins pour les hôpitaux de proximité Fougères – Redon – Vitré pourra être intégrée dans le cadre de ce bilan intermédiaire sachant qu'il est d'abord nécessaire d'assurer les équipes avant de réfléchir aux équipements.

## IV. TRAVAUX VOLET IMAGERIE A POURSUIVRE

Au regard des échanges une réflexion devra s'engager avec l'ensemble des acteurs concernés sur :

- la localisation d'implantation du projet de troisième tomographie par émission de positrons (TEP) sur Rennes ;
- la nécessité de disposer de ressources médicales suffisantes ;
- l'évolution défavorable de la démographie médicale sur Fougères, Redon ;
- l'évaluation des besoins pour les hôpitaux de proximité de Fougères – Redon – Vitré ;
- le développement de la télé imagerie en référence au projet régional de télé imagerie.

## ● THÉMATIQUE N°5. L'ORGANISATION DES GARDES ET DES ASTREINTES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

### PRÉAMBULE

---

#### Références PRS

Annexe 3.1 du PRS relative au schéma de permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)

#### Référent thématique régional

Dr Patrick Airaud ARS Bretagne

#### Champ et périmètre de la PDSSES

La loi du 21 juillet 2009 HPST qualifie la permanence des soins de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L 6112-1 du code de santé publique) et donne compétence au directeur général de l'ARS, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS), pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est l'outil juridique pour contractualiser sur l'organisation de la PDSSES avec les établissements attributaires de cette mission pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales, dans le cadre de la région ou d'un territoire de santé.

#### Définition

La Permanence des soins (PDSSES) consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h jusqu'à 8h, le samedi après midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. La PDSSES concerne le seul champ médecine – chirurgie – obstétrique (MCO).

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques.

Elle se distingue de la continuité des soins, qui peut se définir comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins (nuit, le samedi après-midi, le dimanche ainsi que les jours fériés).

#### Financement

Dans le cadre d'une politique d'harmonisation des dispositifs applicables au secteur public et secteur privé, les ARS financent la PDSSES en « missions d'intérêt général », dotation arrêtée par le niveau national qui regroupe donc les financements pour les établissements publics et ESPIC et l'enveloppe allouée aux praticiens libéraux participant à la permanence des soins des établissements privés.

#### Pour le territoire de santé 5, 8 sites sont concernés par la PDSSES :

- CHU Rennes ;
- Centre hospitalier Fougères ;
- Centre hospitalier Redon ;
- Centre hospitalier Vitré ;
- Polyclinique Saint-Laurent Rennes ;
- Clinique mutualiste de La Sagesse Rennes ;
- Centre hospitalier Privé Saint-Grégoire ;
- Hôpital privé Sévigné Cesson Sévigné.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

### Activités réglementées

Organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé Projection du Schéma cible sur le Territoire 5			
SPECIALITES	Lignes de gardes et astreintes prévues par le Schéma cible du PRS		
Gynéco obstétrique et pédiatrie	<p><b>Les maternités de niveau 1 et 2A</b>            &lt; à 1 500 naissances : 1 Astreinte Gynéco dédiée - 1 Astreinte anesthésiste et 1 Astreinte pédiatre            &gt; à 2000 naissances : 1 Garde Gyneco - 1 Garde Anesthésie dédiée - 1 Astreinte pédiatre</p> <p><b>Les maternités de niveau 2B et 3</b>            &gt; 2000 naissances : 1 Garde Gyneco - 1 Garde Anesthésie dédiée - 1 garde pédiatre</p> <p><b>Remarque : Dans tous les cas un chirurgien est d'astreinte si le gynéco n'a pas la compétence chirurgicale</b></p>	<p><b>Niveau 1</b>            CH Redon et CH Vitré</p> <p><b>Niveau 2A &lt; à 1 500</b>            C Fougères</p> <p><b>Niveau 2A &gt; à 2000</b>            CHP St Grégoire Rennes, Clinique la Sagesse Rennes</p> <p><b>Niveau 3 &gt; à 2000</b> CHU Rennes *</p>	
Gynécologie obstétrique pédiatrie et Réanimation pédiatrique	2 gardes de gynéco-obstétrique 2 gardes d'anesthésie réanimation 2 gardes de pédiatrie	CHU RENNES	
Réanimation	Réanimation adulte	<p><b>T5 : 3 gardes sur Rennes</b>            Une garde médicale            Une garde Chirurgicale            Une garde Chirurgie Thoracique et vasculaire (CTCV )</p>	CHU RENNES
	Unité de surveillance continue	<p>Activité liée à la continuité des soins            Elle est mutualisée en interne au sein des établissements.            Ne fait pas l'objet d'un financement PDSSES spécifique</p>	
	Unité de soins intensifs	<p><b>T5 : 3 gardes sur Rennes</b>            Une garde gastroentérologie            Une garde chirurgie cardiaque            Une garde neurochirurgie</p>	CHU RENNES
	Unité de soins intensifs cardiologiques (USIC)	T5 : 2 gardes Cardio sur Rennes	CHU RENNES Clinique ST LAURENT
Unité Neurovasculaire circulaire	Une garde pour les CHU en raison de leur rôle de référence	CHU RENNES	
Cardiologie interventionnelle	T5 : 2 astreintes sur Rennes	CHU RENNES Clinique ST LAURENT	
Chirurgie cardiaque	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES	
Neurochirurgie	T5 : 2 astreintes sur Rennes Une astreinte Adulte Une astreinte pédiatrie	CHU RENNES	
Neuroradiologie interventionnelle	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES	

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

Organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé Projection du Schéma cible sur le Territoire 5			
SPECIALITES		Lignes de gardes et astreintes prévues par le Schéma cible du PRS	
Activités chirurgicales	La chirurgie viscérale et digestive	Le schéma de PDSES intègre la recommandation du Conseil National de Chirurgie d'une ligne de PDSES pour 400 000 à 600 000 habitants. Une astreinte inscrite par site disposant d'une maternité avec structure d'urgence. <b>T5 : Rennes : 2 + Rennes (*), Fougères 1, Vitré 1, Redon 1</b> <i>(*) astreinte début de nuit - samedi PM, dimanche et jours fériés de 08h à 20h</i>	Une astreinte => CH FOUGERES Une astreinte => CH VITRE Une astreinte => CH REDON Une astreinte => CHU RENNES Une astreinte + 1 astreinte début de nuit - samedi PM - dimanche et jours fériés => CHP St Gregoire - Hôpital privé Sévigné
	La chirurgie orthopédique et traumatologique	Une seule ligne d'astreinte territoriale mutualisée avec une pondération selon des critères populationnels, d'accessibilité géographique et de distances entre centres. A cet effet, inscription au schéma d'une astreinte avec la notion de permanence de début de nuit, WE et JF jours fériés de 08h à 20h pour certains sites. <b>T5 : Rennes : 2 + Rennes*, Fougères – Vitré*, Redon 1</b> <i>(*) astreinte début de nuit - samedi PM, dimanche et jours fériés de 08h à 20h</i>	Une astreinte => CH REDON Une astreinte => CHU RENNES Une astreinte + 1 astreinte début de nuit - samedi PM - dimanche et jours fériés => CHP St Gregoire - Hôpital privé Sévigné Une astreinte début de nuit - samedi PM, dimanche et jours fériés de 08h à 20h commune à Fougères – Vitré
Anesthésie liée aux activités non réglementées		Permanence des soins liée aux activités non réglementées des blocs opératoires Une garde par établissement référent et Une demi-garde + demi-astreinte pour les établissements de proximité disposant d'urgences, de bloc opératoire avec maternité < 1 500 accouchements et d'une USC polyvalente. <b>T5 : Rennes 1G + 1 A + 1A (*), Fougères ½ G + ½ A, Vitré ½ G + ½ A, Redon ½ G + ½ A</b>	Une garde => CHU RENNES Une ½ Garde + ½ Astreinte => CH FOUGERES Une ½ Garde + ½ Astreinte => CH VITRE Une ½ Garde + ½ Astreinte => CH REDON Une astreinte + Une astreinte début de nuit ainsi que samedi après midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h
Activités chirurgicales Chirurgie de spécialité	Urologie	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES
	Chirurgie vasculaire et thoracique	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES
	ORL	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES
	Ophthalmologie	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES
	Chirurgie SOS main	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES ? CHP ST GREGOIRE ?
	Chirurgie infantile	<b>T5 : 2 astreintes sur Rennes</b> Une astreinte ortho Une astreinte visceral	CHU RENNES
Spécialités médicales	Médecine polyvalente	T5 : 4 astreintes	Une astreinte => CH FOUGERES Une astreinte => CH VITRE Une astreinte => CH REDON Une astreinte => CHU RENNES
	Endoscopie digestive	Une astreinte par site disposant d'une unité de réanimation, pondéré pour raison d'accessibilité géographique T5 : Situation spécifique, cette permanence est considérée comme mutualisée avec l'USI de gastroentérologie	CHU RENNES
	Cardiologie horsUSIC	Permanence est mutualisée avec la garde de l'USIC pour les centres de référence Une astreinte dans les centres de proximité selon activité, disponibilité médicale et accessibilité géographique <b>T5 : 1 Astreinte</b>	CH FOUGERES
	Hématologie clinique	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES
	Pneumologie	T5 : 1 astreinte sur Rennes	CHU RENNES

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS

Le schéma cible de PDSSES figurant en annexe 3.1 du Projet Régional de Santé (PRS) décrit l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements Bretons, aux horaires de permanence des soins, en lien avec les urgences.

L'enjeu est de décliner le schéma cible de PDSSES pour définir :

- une organisation adaptée pour le territoire de santé ;
- une organisation cohérente avec la gradation des soins ;
- une organisation efficiente, optimisant les ressources, favorisant les mutualisations et évitant les doublons.

Le projet territorial de permanence des soins en établissements de santé pourra s'étaler sur la durée du PRS. L'indemnisation des établissements au titre de la PDSSES sera également inscrite dans leur contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) sur la base du schéma de PDSSES régional.

## III. LES CONSÉQUENCES DE L'APPLICATION DU SCHÉMA-CIBLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU TERRITOIRE

Sur la base du tableau projetant l'organisation des gardes et astreintes par discipline, les discussions au sein du groupe de travail se sont structurées autour des points suivants :

### • La question du niveau d'activité

Pour éclairer les projections régionales et l'approche par territoire de santé, l'ARS a exploité les données issues d'un benchmark des blocs opératoires réalisé en mai 2011. S'il est discuté par certains sur son degré d'exhaustivité, il constitue cependant une photographie de l'existant qui contribue à éclairer la décision publique.

Un désaccord a été exprimé avec cet indicateur en considérant qu'il reflète l'activité opératoire non programmée en horaire de PDSSES mais ne prend pas en compte les avis requis par les médecins urgentistes, ni les interventions reportées au lendemain.

Pour autant, les données disponibles ont bien été recueillies selon une méthodologie connue et dans des conditions identiques pour tous les sites concernés. Il reste possible de travailler par ailleurs avec les urgentistes sur la problématique des avis de spécialistes.

### • La question d'attractivité et du maillage territorial

La suppression de certaines activités médicales la nuit risque de conduire à une perte d'attractivité de certains services d'accueil des urgences et par conséquent de certains établissements et amène le public à se diriger prioritairement vers les structures disposant de toutes les activités. Ceci conduirait à emboliser leurs services d'accueil des urgences.

Les choix dans le cadre de la PDSSES impactent notamment l'attractivité médicale de centres hospitaliers de proximité comme Vitré, Fougères, Redon. De plus, la transformation de certaines gardes en astreintes peut cristalliser également les relations avec le corps médical des établissements publics autour des niveaux de rémunération.

Pour la chirurgie orthopédique et traumatologique, la proposition d'organisation conduirait à centraliser au CHU de Rennes les interventions aux heures de la PDSSES, ce qui suscite plusieurs interrogations et réactions des établissements concernés :

- inquiétude du CHU sur un risque d'engorgement ;
- inquiétude sur le risque d'incompréhension de ces évolutions par la population locale : veut-on réorienter l'activité chirurgicale des CH de proximité vers de l'activité programmée ? Quel impact sur le recours aux soins en général pour les 3 CH de proximité ?

Cette réorganisation qui pourrait diminuer l'activité des hôpitaux périphériques au-delà des horaires de la PDSSES rejoint le débat plus politique sur l'aménagement du territoire et le maillage territorial de l'accès aux soins. Dans le cadre des réflexions, il faut veiller à préserver le maillage territorial du territoire de santé car il est une force.

Il existe un équilibre territorial à préserver pour répondre aux demandes de soins non programmés sur tout le territoire.

### Les contraintes de démographie médicale

La démographie médicale dans certaines disciplines constitue un obstacle important.

Cette situation doit conduire à une réflexion sur la démographie médicale, afin d'engager notamment une concertation sur l'augmentation du nombre d'internes dans la filière radiologique en fonction des besoins de la région. En effet, la télé imagerie médicale peut accompagner une réorganisation de l'offre de soins mais ne peut être considérée comme apportant la solution unique.

### Impact sur la sécurité, la qualité de la permanence des soins

Les urgentistes présents font part de leur inquiétude à l'égard de la nouvelle organisation de la PDSSES basée sur le schéma cible. La diminution du nombre de sites assurant la permanence des soins sur le territoire de santé au-delà du risque d'engorgement du CHU, ne risque t'elle pas de générer des retards de prise en charge et de mettre en difficultés les urgentistes dans leur exercice.

À ce stade, la souplesse envisagée par l'idée de ½ garde + ½ astreinte ne semble pas suffisante, notamment si les médecins n'habitent pas sur place.

Au regard de ces questionnements, la Conférence du territoire de santé n° 5 Rennes - Redon - Fougères - Vitré, soutenue par les établissements public et privés, en sa séance du 06 février 2013, sous la présidence de Monsieur Louis Feuvrier, a fait part de son désaccord sur le schéma cible de la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) inscrit dans le PRS.

## IV. SPÉCIALITÉS OU LA PDSSES EST DÉJÀ MISE EN ŒUVRE DANS LES CONDITIONS PRÉVUES

### 1. ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

- Gynéco obstétrique et pédiatrie.
- Gynécologie obstétrique pédiatrie et réanimation pédiatrique.
- Réanimation :
  - réanimation adulte ;
  - Unité de surveillance continue ;
  - Unité de soins intensifs ;
  - Unité de soins intensifs cardiologiques (USIC).
- Unité neurovasculaire circulaire.
- Cardiologie interventionnelle.
- Chirurgie cardiaque.
- Neurochirurgie.
- Neuroradiologie interventionnelle.

### 2. ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

- Activités chirurgicales Chirurgie de spécialité :
  - urologie ;
  - chirurgie vasculaire et thoracique ;
  - ORL ;
  - chirurgie infantile.
- Spécialités médicales :
  - médecine polyvalente ;
  - cardiologie hors USIC ;
  - hématologie clinique ;
  - pneumologie.

## V. SPÉCIALITÉS OU LA PDSE S APPELLE DES REMARQUES ET QUESTIONNEMENTS

### 1. ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

- Activités chirurgicales ;
  - la chirurgie viscérale et digestive ;
  - la chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Anesthésie liée aux activités non réglementées ;
- Ophtalmologie ;
- Chirurgie SOS main ;
- Endoscopie digestive ;
- Activités médicotechniques ;
  - la biologie médicale.

Ces spécialités nécessiteront des discussions en lien avec le groupe thématique régional et des arbitrages ultérieurs en vue d'une optimisation de l'organisation de la PDSES.

Des réflexions ont été menées par les acteurs du territoire accompagnées de propositions.

Ainsi concernant l'imagerie médicale, l'ARS a réuni les établissements publics du territoire (CHU, centre hospitalier de Vitré, centre hospitalier de Fougères, centre hospitalier de Redon) afin de dégager une proposition conjointe relative à l'organisation de la PDSES.

Compte-tenu de la présence d'un CHU sur le territoire 5, de l'éloignement du Centre Hospitalier de Redon des autres établissements et du CHU et en prenant en considération les exigences de sécurité des soins, les propositions suivantes ont été formulées :

#### **CHU de Rennes**

Trois astreintes sont proposées sur les sites de Pontchaillou et hôpital Sud :

#### **Établissements de Fougères et Vitré**

La proposition pour ces établissements est de scinder les astreintes en semaines, week-ends et jours fériés.

- Semaines : 2 astreintes ;
- Week-ends et jours fériés : Une astreinte mutualisée pour les deux sites.

Pour les examens de scanner utilisation de la téléimagerie.

#### **Établissement de Redon**

Le CHU de Rennes propose de créer un poste d'assistant partagé entre le CHU et le centre hospitalier de Redon (un intérimaire et un assistant partagé). Les modalités de financement de ce poste ne sont pas arrêtées.

L'ARS est favorable à la mise en place de l'organisation proposée, dérogatoire par rapport au schéma cible du PRS qui prévoit une garde par territoire. Cette organisation sera soumise à évaluation.

## ● THÉMATIQUE N°6. LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COLLECTIFS ET COORDONNÉS

### PRÉAMBULE

---

#### Références PRS

SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS « L'offre de soins ambulatoire » Page 230

Référent thématique régional > Mr Arnaud Ganne ARS Bretagne

Référent thématique territorial > Mme Michelle Dolou ARS Délégation Territoriale 35

Référent du groupe de travail conférence de territoire > Dr Benedict Delamare

#### Périmètre de la thématique

Le volet ambulatoire du SROS est concentré sur les évolutions organisationnelles de la médecine libérale et développe le schéma cible de manière assez détaillée. Concernant les modalités des prises en charge, l'objectif est de s'appuyer sur les modes d'exercice coordonnés pour conforter ou développer la prise en charge des patients.

L'évolution des missions dévolues à l'offre de soins ambulatoire mais également la multiplication des intervenants, le refus des jeunes médecins des conditions de travail actuelles, l'évolution de la démographie médicale, le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, le développement des droits des usagers, les facilités de déplacement des patients ou encore la nécessité de s'inscrire dans des priorités régionales et des exigences de qualité et de maîtrise des dépenses font que le cadre de l'exercice professionnel a changé et nécessitent une évolution indispensable dans les organisations des professions de santé libérales.

Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires qui fédèrent, dans un esprit d'équipe, des professionnels de santé variés (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...) autour d'un projet de santé commun, regroupés sur un même lieu d'exercice (MSP) ou non (PSP), constituent une modalité privilégiée de ces modes d'exercice collectifs et coordonnés.

La démarche d'accompagnement des professions libérales dans leurs organisations est amorcée en Bretagne depuis 2005 avec comme pierre angulaire l'élaboration de projets de santé entre les professionnels d'un territoire pour prendre en charge la population correspondante. Le projet de santé doit développer deux axes, les modalités de travail collectif entre les professionnels et les modalités de prise en charge des patients, en lien avec les autres acteurs de santé concernés.

#### Quelques définitions

**Les maisons et pôles de santé :** les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires regroupent des professionnels de santé de premier recours qui exercent dans différentes disciplines et partagent un projet de santé territorial. Le regroupement peut s'organiser de différentes manières.

**Maisons de santé :** regroupement physique de professionnels de santé, principalement de premier recours (au sens de la loi : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), mais aussi d'autres professionnels de santé médicaux ou paramédicaux (podologues, diététiciens, ergothérapeutes, sages-femmes...)

**Pôle de santé :** mise en relation des différents professionnels d'un même territoire (professionnels de santé de premier recours, mais aussi de second recours, et, le cas échéant, d'autres acteurs ou structures de santé du territoire...), chacun conservant son lieu d'exercice, dans le cadre d'un réseau local structuré sur des éléments partagés, tels que les dossiers médicaux, le secrétariat, le système d'information, les réunions de concertations pluri-professionnelles...

#### Orientation de la thématique sur le territoire

La thématique « développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés » concerne donc l'adaptation de l'organisation et des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux afin de conforter l'accès à des soins de 1er recours de qualité sur le territoire.

Le territoire de santé 5 présente une très bonne dynamique concernant les projets de modes d'exercice collectifs et coordonnés avec d'ores et déjà un certain nombre de projets mis en place ou en cours.

Dans le cadre du programme territorial de santé de la conférence de territoire 5 (Rennes Redon - Vitré - Fougères), les propositions d'actions ont pour objectif de faciliter l'émergence de projets permettant d'assurer une offre de premier recours homogène à l'échelle du territoire.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

### État des lieux de l'offre de soins de premier recours sur le territoire de santé

	Territoire observé	Région
Nombre de communes	318	1 270
<b>Démographie</b>		
Recensement 1999	758 834	2 907 178
Population légale 2008	852 018	3 149 701
Taux d'évolution annuel moyen 2008 / 1999 (en %)	1,30	0,89
Dont moins de 15 ans (en %)	19,5	18,2
Dont 75 ans et plus (en %)	7,3	9,6
Projection de population en 2025	1 007 592	3 564 671
Dont moins de 15 ans (en %)	19,0	17,4
Dont 75 ans et plus (en %)	8,6	11,5
<b>Bénéficiaires de soins</b>		
Nombre de bénéficiaires ALD 2010	108 105	489 699
Part des bénéficiaires ALD parmi la population 2008 (en %)	12,7	15,5
Consommation intra 2010 (en %)	94,8	n.d.
Part de la population sans généraliste en activité sur leur commune (en %)	16,4	n.d.
<b>Offre de soins libérale au 01/01/2011</b>		
<u>Médecins généralistes (cabinets primaires)</u>	<u>803</u>	<u>3 077</u>
Densité pour 10 000 habitants	9,4	9,8
Dont médecins âgés de 60 ans et plus (en %)	24,8	26,5
Dont médecins âgés de moins de 40 ans (en %)	12,0	10,2
Taux de féminisation (en %)	33,9	30,3
Solde (installations - départs)	4	1
Activité moyenne annuelle 2010	4 577	4 667
<u>Médecins spécialistes (cabinets primaires)</u>		
Gynécologues (option médicale et / ou obstétrique)	58	200
Ophthalmologues	59	212
Psychiatres (dont spécialisés enfants et adolescents)	85	239
Oto-rhino-laryngologistes	21	88
Dermatologues	39	140
Pédiatres	37	107
<u>Infirmiers libéraux (cabinets primaires)</u>	<u>586</u>	<u>4 109</u>
Densité pour 10 000 habitants	6,9	13,0
<u>Pharmacies</u>	<u>274</u>	<u>1 156</u>
<u>Masseurs-kinésithérapeutes (cabinets primaires)</u>	<u>700</u>	<u>2 737</u>
Densité pour 10 000 habitants	8,2	8,7
<u>Chirurgiens-dentistes (cabinets primaires)</u>	<u>506</u>	<u>1 868</u>
Densité pour 10 000 habitants	5,9	5,9

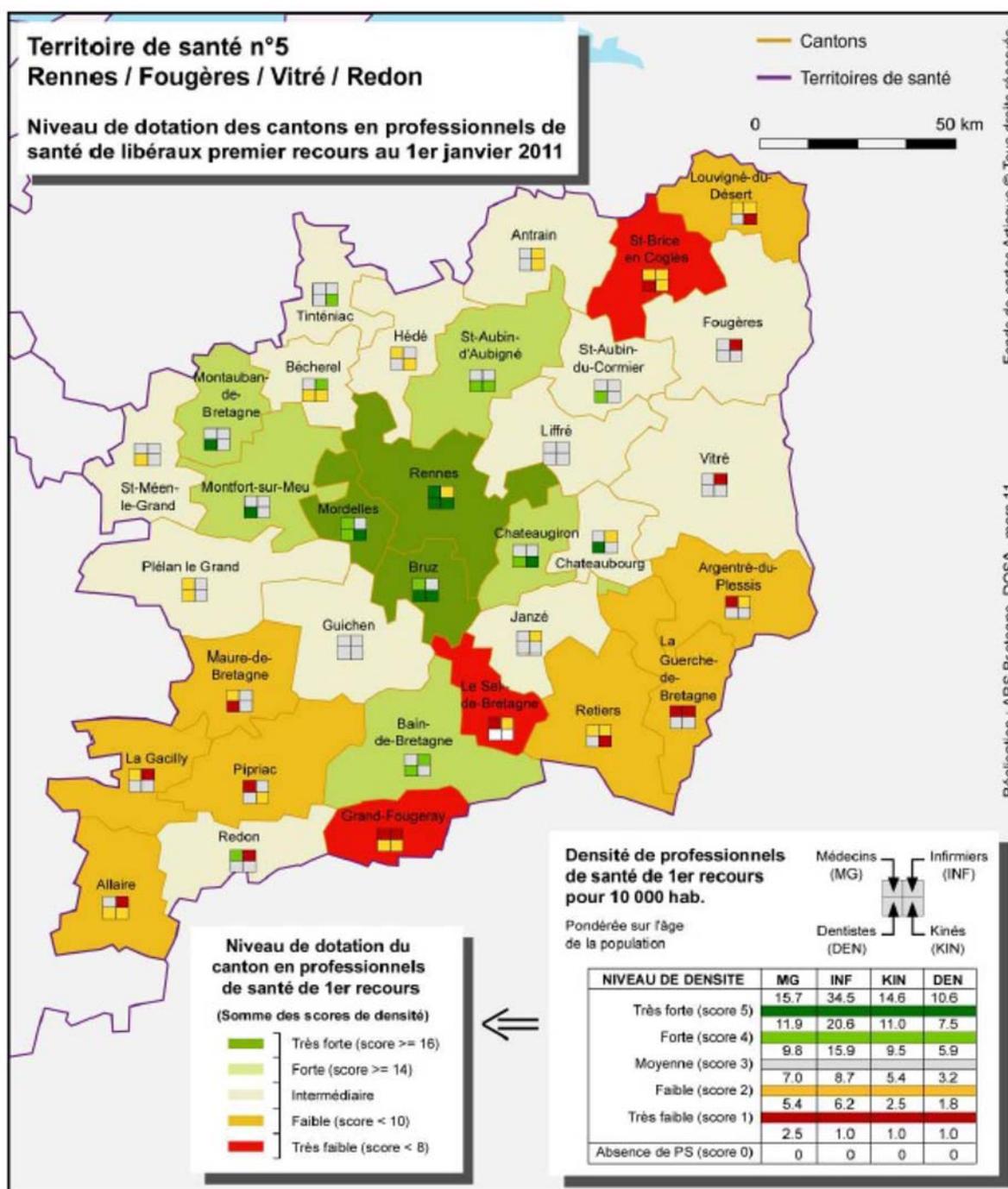
## I. LES AXES DE TRAVAIL COMMUNS À L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

Le territoire n° 5 se caractérise par une offre en infirmiers libéraux la plus faible de la région, comparable pour les médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes et la plus élevée pour les dentistes libéraux. L'évolution des effectifs depuis 2007 est positive et supérieure à la moyenne régionale pour toutes ces professions de santé et la répartition par âge montre un taux de professionnels âgés plus faible que sur le reste de la région. Ces chiffres plutôt satisfaisants s'expliquent principalement par la présence et l'attractivité de Rennes et sa métropole, qui concentrent la majorité des professionnels. Pour autant, les cantons situés aux extrémités du territoire présentent une fragilité en offre de soins de premier recours avec une part de professionnels âgés plus importante au regard de l'ensemble du territoire ou de la région.

Sur les cantons de La Gacilly, Grand-Fougeray, Le Sel-de-Bretagne, Retiers, La Guerche-de-Bretagne, Argentré du-Plessis, Louvigné-Du-Désert et Saint-Brice-en-Coglès, les densités de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux sont faibles, voire très faibles.

Le territoire n° 5 est un secteur qui bénéficie également d'une offre en médecine de spécialité élevée qui s'explique par la présence d'établissements hospitaliers importants et en nombre.

### Les professionnels de santé libéraux de premier recours



## Localisation des maisons et pôles de santé du territoire

NOM DU SITE MSP/PSP	STRUCTURE
Allaire / Peillac	MSP
Antrain	MSP/PSP
Argentré du Plessis	PSP
Bain de Bretagne	PSP
Breteil	MSP
Gévezé	MSP
La Bouëxière	MSP
La Gacilly	MSP
La Guerche de Bgne	MSP
Le Coglais	MSP/PSP
Le Gast	PSP
Le Grand Fougeray	MSP
Le Sel de Bretagne	MSP
Louvigné du Désert	MSP/PSP
Luitré/ La Chapelle Janson/Billé	MSP
Martigné Ferchaud	MSP
Maure de Bretagne	MSP
Pipriac / Sixt sur Aff	MSP/PSP
Pléchatel	MSP
Plélan le Grand	MSP
Retiers	MSP
Saint Méen le Grand	PSP
Saint Ouen des Alleux	MSP
Val d'Izé	MSP

Le territoire de santé 5 présente une très bonne dynamique concernant les projets de modes d'exercice collectifs et coordonnés. Un certain nombre de projets sont donc accompagnés par l'ARS selon le zonage\*.

*\*Un accompagnement méthodologique et financier a été mis en place dans les zones démographiquement sensibles (zones fragiles ou à surveiller) et les zones urbaines sensibles.*

## Localisation des groupes qualité en médecine générale du territoire

Groupe d'échanges sur l'amélioration de la pratique professionnelle à travers des réunions mensuelles des médecins généralistes d'une même zone géographique autour de thèmes travaillés avec la Haute Autorité de Santé et l'Assurance Maladie tels que la prise en charge des patients diabétiques, des patients asthmatiques, la prise en charge de la dépression, la poly-médication chez la personne âgée, ou l'efficacité des prescriptions médicamenteuses :

- Bain de Bretagne
- La Guerche de Bretagne
- Le Rheu
- Mordelles
- Rennes Maurepas

## Localisation des sites d'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)

Dispositif expérimental mis en place par la LFSS en 2008. La Bretagne a fait partie des 6 régions expérimentatrices de ce dispositif étendu à l'ensemble du territoire depuis 2010. Son objectif est de tester sur des modes d'exercice coordonnés (maisons de santé, pôles de santé ou réseaux de santé) présentant un mode d'organisation et un projet de santé correspondant à un cahier des charges national, des modes de rémunération alternatifs ou complémentaires au paiement à l'acte et voir dans quelle mesure ils favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours.

- La Guerche de Bretagne ;
- Rennes Le Gast ;
- St Meen Le Grand ;
- Val D'Izé.

### Localisation des Centres de Santé du territoire

Fougères

#### Couverture en réseaux de santé

- réseau Diabète : diabète 35 – Département 35 ;
- réseau Périnatalité : bien naître en Ille-et-Vilaine – Département 35 ;
- réseau Addiction : alcool 35 – Département 35 ;
- réseau personnes migrantes : Réseau Ville/hôpital 35 – Département 35 ;
- réseau de gérontologie : Part'Age (Nord-est du TS5) ;
- réseau Handicap : basse-Vision 35 – Département 35 ;
- réseau adolescents et troubles de l'apprentissage : Maison des adolescents de Rennes – Département 35 ;
- réseau soins dentaires : Soins dentaires spécifiques (soins dentaires chez les personnes handicapées).

#### La qualification des territoires selon leur niveau de dotation en offre de soins de premier recours et les perspectives d'évolution à court ou moyen terme

Le SROS ambulatoire qualifie les territoires selon leur dotation en offre de soins de premier recours en quatre niveaux :

**Niveau 1 :** territoires de premier recours sans difficulté sur l'offre de soins actuelle ou dans les cinq à dix années à venir ; il est important de préciser que l'absence de difficulté ne témoigne pas pour autant d'une sur-dotation du territoire en professionnels de santé de premier recours.

**Niveau 2 :** territoires de premier recours présentant peu de difficultés à court ou moyen terme où l'offre de soins est jugée satisfaisante actuellement et dont les perspectives de départs dans les prochaines années ne devraient pas engendrer de tension majeure sur l'offre.

**Niveau 3 :** territoires à surveiller qui affichent une dotation en offre de soins satisfaisante aujourd'hui, mais dont les perspectives de départs à moyen terme incitent à une certaine vigilance.

**Niveau 4 :** territoires en situation de fragilité où l'offre de soins actuelle ne permet pas de répondre convenablement aux besoins de la population et dont les perspectives démographiques à court ou moyen terme laissent présager une dégradation de l'offre de soins sur le territoire.

Le choix des lieux d'implantation prioritaires s'est porté sur les zones fragiles et à surveiller, où les problèmes de démographie des professionnels de santé de premier recours risquent de poser d'importantes difficultés.

Pour renforcer le développement des modes d'exercice coordonnés sur certains lieux géographiques, un ciblage de zones dites « prioritaires » a été réalisé.

Ce ciblage des zones prioritaires est basé, d'une part, sur les niveaux de dotation des territoires en offre de soins de premier recours ainsi que sur les besoins en implantations prioritaires identifiés, et conditionné par l'arrêté prévu par l'article L.1434-7 du code de la santé publique qui limite le nombre de zones à un taux de couverture maximal de population fixé à 5,57 % pour la Bretagne (environ 175 000 habitants).

Dans cette logique, le ciblage s'est arrêté sur la définition de 18 territoires de premier recours comme prioritaires pour la Bretagne, qui pourront justifier d'une convergence des aides financières pour favoriser le développement de nouvelles structures d'exercice coordonné.

## Cartographie du territoire 5 des zones prioritaire sur l'offre de soins de premier recours



Il existe 6 zones prioritaires sur les territoires de santé n° 5 :

- Argentré du Plessis ;
- Maure de Bretagne ;
- Pipriac ;
- Plélan le Grand ;
- Retiers.

## VI. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Les acteurs ont souligné que la seule porte d'accès de la démographie ne permettrait pas de résoudre les problèmes de l'offre ambulatoire. Il est donc important d'anticiper les zones en devenir de fragilité.

Il faut également avoir présent à l'esprit que les projets portés initialement par les professionnels de santé et en partenariat avec les élus sont des clefs de réussite à leur élaboration.

Face à ces différents constats, l'accent a été mis sur une approche s'organisant autour d'un projet de santé pluri professionnel qui réponde aux besoins repérés du territoire.

Il convient donc de répondre aux enjeux suivants :

- faciliter l'émergence de projets permettant d'assurer une offre de premier recours homogène et répondant aux besoins de la population ;
- favoriser le travail en transversalité, faire travailler les professionnels ensemble ;
- assurer la pérennité des projets.

Dans le cadre du programme territorial de santé de la conférence de territoire 5 (Rennes Redon - Vitré - Fougères), les échanges ont permis de faire émerger des propositions d'actions à l'échelle du territoire de santé n° 5 portant sur les axes suivants :

- modalités d'accompagnement des projets ;
- accès à l'information et communication ;
- coordination ;
- formation ;

En préambule de la définition des objectifs et actions spécifiques au territoire 5 et au regard des échanges, il est apparu indispensable de noter les réflexions relevant du niveau régional et/ou national en termes de coordination, de formation, de communication et d'accompagnement.

### 1. RÉFLEXIONS D'ORDRE RÉGIONAL ET/OU NATIONAL AXE COORDINATION

- considérer la coordination via un poste de coordonnateur ;
- imaginer de nouveaux métiers tels que « Auxiliaire médical » ;
- accompagner les besoins de coordination : Médicale – Administrative ;
- assurer la pérennité des financements ;
- favoriser le développement de solutions de messageries sécurisées simples à utiliser, identifier les besoins à transmettre aux éditeurs de logiciels ;
- dans le cadre de la convention, réfléchir à un forfait par patient dédié à l'organisationnel : secrétariat, informatisation, coordination, actions de prévention, toutes actions pluri professionnelles, dans le cadre de pôles, de maisons... en complément de la rémunération à l'acte ;
- faire connaître et faire vivre la fédération nationale et la fédération bretonne ;
- identifier des « ambassadeurs » pour présenter les modalités d'exercices collectifs aux étudiants du département de médecine générale (DMG).

### 2. RÉFLEXIONS D'ORDRE RÉGIONAL ET/OU NATIONAL AXE FORMATION

- identifier les maîtres de stage et imaginer une plaque de certification en lien avec l'ordre sur leurs façades ;
- identifier des « ambassadeurs » pour présenter la fonction de maître de stage lors de réunions professionnelles type FMC ;
- création d'une « équipe » maître de stage regroupant les professionnels de santé d'un territoire avec élaboration d'un « circuit » de stage adaptable aux besoins de formation du stagiaire et à ses demandes ;
- élargir la composition des groupes qualité constitués uniquement de médecins aux autres professionnels de santé libéraux ;

### 3. RÉFLEXIONS D'ORDRE RÉGIONAL ET/OU NATIONAL AXE COMMUNICATION ET ACCOMPAGNEMENT

- créer un livret d'information présentant le rôle de chaque instance, les circuits de contact, les personnes-ressources, les structures existantes... ;
- élaborer un guide pratique des aides (accompagnement financier et méthodologique) ;
- faire connaître la plateforme d'appui dédiée aux professionnels en diffusant le lien d'accès sur différents sites.

## II. OBJECTIFS ET ACTIONS

### 1. AXE STRATÉGIQUE 1 : FACILITER L'ÉMERGENCE DE PROJETS PERMETTANT D'ASSURER UNE OFFRE DE PREMIER RECOURS HOMOGENE ET RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION

**Objectif 1 Faire connaître et encourager les modes d'exercices collectifs, la maîtrise de stage.**

- Action n° 1 > Organisation de rencontres interprofessionnelles dans les différents pays

**Objectif 2 Soutenir et conforter la dynamique territoriale existante**

- Action n° 2 > Création d'un groupe de travail pérenne

LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COLLECTIFS ET COORDONNÉS	
AXE STRATÉGIQUE 1 : FACILITER L'ÉMERGENCE DE PROJETS PERMETTANT D'ASSURER UNE OFFRE DE PREMIER RECOURS HOMOGENE ET RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION	
ACTION N° 1 : ORGANISATION DE RENCONTRES INTERPROFESSIONNELLES DANS LES DIFFÉRENTS PAYS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Faire connaître et encourager les modes d'exercices collectifs, la maîtrise de stage
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres interprofessionnelles dans les différents pays :</li> <li>- organisation de rencontres d'information vers les PS, les élus ;</li> <li>- organisation de rencontres pour partage d'expériences.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Pays – ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des dynamiques locales.</li> <li>• Référencement des supports, outils, etc.</li> <li>• Identification de référents – facilitateurs.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communauté communes – Communes – Syndicats communes – Associations</li> <li>• Conférence de territoire.</li> <li>• URPS – Faculté de médecine (Département de médecine générale).</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé – Collectivités territoriales.</li> <li>• Susciter de nouveaux projets</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Lancement de la démarche mi 2013.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de supports.</li> <li>• Nombre de rencontres.</li> <li>• Nombre de nouveaux projets</li> </ul>

LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COLLECTIFS ET COORDONNÉS

AXE STRATÉGIQUE 1 : FACILITER L'ÉMERGENCE DE PROJETS PERMETTANT D'ASSURER UNE OFFRE DE PREMIER RECOURS HOMOGENE ET RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION

ACTION N° 2 : CRÉATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL PÉRENNE

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir et conforter la dynamique territoriale existante :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- porter la thématique « Mode exercices coordonnés » au sein de la conférence de territoire dans le cadre des orientations régionales ;</li> <li>- rendre plus visibles et valoriser les initiatives locales à l'échelle de la conférence et de chaque pays.</li> </ul> </li> <li>• Partager et capitaliser sur les différentes expériences pour une meilleure information des acteurs.</li> <li>• Mobilisation des membres de la Conférence de territoire sur les enjeux des modes d'exercice coordonnés.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Création au sein de la conférence d'un « groupe de suivi » porteur et promoteur des nouveaux modes d'exercice coordonnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- échanges d'expériences et soutien aux promoteurs de ces structures ;</li> <li>- partage et amélioration des outils d'information permettant de soutenir les modes d'exercices collectifs.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire et ARS (Délégation territoriale 35).
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les acteurs et les modalités de fonctionnement du groupe de travail.</li> <li>- Lister les diagnostics existants, les actions à l'échelle des collectivités.</li> <li>- Identifier les zones fragiles, sans dynamique locale.</li> <li>- Identifier les référents "santé" des collectivités, les professionnels de santé « facilitateurs ».</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	URPS – Référents santé des pays – Conférence de territoire – MSP/PSP – Collectivités territoriales (Conseil général /Communauté commune...) – Usagers...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé – Usagers – Élus.</li> <li>• Appropriation par les acteurs des dispositifs d'exercices collectifs.</li> <li>• Meilleure prise en compte des enjeux d'accès aux soins de premier recours pour le territoire 5.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Lancement de la démarche mi 2013.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation du groupe.</li> <li>• Identification des référents.</li> <li>• Séance d'information de la conférence.</li> <li>• Partage et propositions d'amélioration des supports d'information.</li> </ul>

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

## PRÉAMBULE

La thématique « développement d'outils de coordination/ décloisonnement des acteurs de santé » constitue une thématique transversale, portée par l'ensemble des volets du PTS. Ainsi dans les différents groupes ont proposé des actions qui répondront **aux enjeux de coordination, d'articulation.**

Ainsi diverses propositions ont été formulées pour le développement d'outils de coordination/ de décloisonnement des acteurs de la santé :

### 1. Développement d'un réseau de santé en addictologie pour l'ensemble des conduites addictives

L'objectif est de favoriser la concertation et la coordination entre les structures existantes (Réseau Alcool 35, Réseau Ville – Hôpital Toxicomanie) en vue d'améliorer l'accès aux soins et le suivi de l'ensemble des patients concernés sur l'ensemble du territoire 5.

### 2. Mise en place d'un comité de pilotage des filières pour accompagner la structuration des filières

Un travail d'identification, de structuration et d'animation des filières gériatriques et gérontologiques doit être mené sur les territoires de référence. Les filières sont à définir pour chacun des 4 pôles géographiques de Rennes, Fougères, Redon et Vitre et elles prendront appui sur des établissements de santé supports de filières gériatriques.

### 3. Constitution d'un comité de réflexion afin de valoriser et reconnaître le rôle particulier des hôpitaux locaux autour de 3 axes :

- le devenir de leurs activités de médecine et SSR (atouts et difficultés) ;
- leur place dans les filières gérontologiques ;
- le développement de nouvelles activités (télémédecine, consultations avancées...).

### 4. Faire connaître et encourager les modes d'exercices collectifs, la maîtrise de stage.

Au sein de la conférence de territoire, est prévue la création d'un « comité de suivi » promoteur aux côtés de l'ARS et de l'URPS des nouveaux modes d'exercice coordonnés. Des rencontres interprofessionnelles sont notamment prévues par Pays pour favoriser le partage d'expériences.

### 5. Dans le domaine de la santé mentale, construire les modalités de réponse à la crise

Les enjeux sont multiples mais on retiendra d'une part, une volonté de faire évoluer les représentations des responsables, professionnels, autorités et élus avec notamment des initiatives à l'échelle des Pays (conseils locaux de santé mentale, procédures interinstitutionnelles de gestion de crise) et d'autre part, une recherche de meilleure articulation des acteurs hospitaliers de santé mentale avec les structures d'aval et de relais, notamment dans le champ médico-social ou celui du domicile.

### 6. Mise en place d'une coordination territoriale des acteurs autour du parcours des personnes handicapées

L'objectif est d'améliorer la connaissance des partenaires médico-sociaux, hospitaliers dans le domaine de la prise en charge des personnes en situation de handicap à l'échelle du territoire de santé et de définir la plus value attendue d'une coordination territoriale des acteurs, en complémentarité avec les coordinations locales existantes ou à renforcer (notamment à l'échelle des Pays).

**7. Améliorer l'orientation et le transfert des patients issus du court séjour en SSR par une meilleure information** sur les critères d'admission afin d'éviter les ré-hospitalisations et les inadéquations dans les prises en charge et sur les critères de refus ne permettant pas d'admettre directement en SSR. La constitution d'un groupe de travail au sein du territoire associant les établissements et l'ARS permettra la définition des fiches techniques et de leurs modalités de diffusion en lien avec ORIS.

### 8. Développement des compétences des acteurs en matière de nutrition et activités physiques

L'objectif est de favoriser une dynamique de réseau entre les acteurs de promotion de la santé sur la thématique nutrition activité physique. La création d'un groupe d'échanges de pratiques sur la nutrition et l'activité physique permettra de :

- élaborer une stratégie de formation à destination des professionnels, entourage (parents – aidants – accompagnants – auxiliaire de vie – professeurs, cuisinier...)
- élaborer une stratégie d'information en direction des publics cibles (Petite enfance – enfance – personnes âgées – personnes handicapées – Précaire – Personnes présentant une pathologie chronique)

### 9. Mieux prendre en compte l'accompagnement des aidants, de l'entourage et des proches (dans le parcours de santé et de vie à tous les âges)

Les usagers de la conférence de territoire 5 ont souhaité porter cette thématique.

Ainsi un groupe d'usagers représentatifs du territoire et des thématiques sera constitué pour promouvoir le volet entourage et aidants auprès des acteurs pendant la durée du programme. Une fiche action spécifique a été élaborée par les usagers sous la thématique : Patients, proches, associations d'usagers, acteurs des parcours de santé et de vie (cf. Fiche ci après).

#### Patients, proches, associations d'usagers, acteurs des parcours de santé et de vie

L'évolution de notre système de santé modifie les parcours de soins des malades. Il modifie aussi et parfois bouleverse la vie des proches : parents d'enfants, conjoint ou enfant de personne âgée, proche d'une personne porteuse d'un handicap... Trois aspects de cette évolution ont un impact important sur les relations qui existent entre les malades et leurs proches qui sont parfois dans une fonction d'aidant :

- le développement des soins à domicile ;
- une distance accrue entre le domicile et l'établissement de soins pour certains types de soins ;
- le développement des soins ambulatoires proposé par les établissements de soins.

#### Aider les aidants !

La France compte 4 millions d'aidants. Ils consacrent en moyenne 3 à 6 h par jour à des parents ou des personnes ayant perdu tout ou partie de leur autonomie physique ou psychologique. Près de la moitié exerce une activité professionnelle. Leur quotidien conduit souvent à un état de surmenage. Les aidants doivent faire face à des situations inconnues et imprévues. Ils sont souvent seuls face à leurs difficultés. Les besoins des proches de l'entourage sont bien réels. Des associations les soutiennent pour rompre leur isolement et les informer.

#### Définitions

**Le terme d'aidant** a été attribué à toute personne, professionnelle ou non, qui accompagne un proche en situation de handicap, dépendance et/ou perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause. Une personne dépendante est une personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui a besoin d'une surveillance régulière (handicapée physique ou mentale, malade, personnes âgées...)

**L'aidant familial** aussi appelé aidant proche ou aidant naturel, est le plus souvent un membre de la famille, quelques fois c'est un voisin ou un ami. Les critères de désignation des aidants sont souvent liés à la proximité géographique du domicile, la proximité affective, la disponibilité. L'aidant familial vient en aide pour partie ou totalement à une personne dépendante dans les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut prendre plusieurs formes : soins, accompagnement, démarches administratives, veille, soutien psychologique, activités domestiques.

À l'heure actuelle encore aucun texte ne donne un statut social et juridique à la fonction d'aidant proche.

Un certain nombre de textes ou événements politiques commencent à attester de leur prise en compte...

- décret n° 2004 – 231, après la loi du 2 janvier 2002 le décret de 2004 parle de «...du répit pour la personne âgée et pour l'aidant... » ;
- la loi du 11 février 2005, parle de «...l'entourage de la personne handicapée peut bénéficier de temps de répit... » ;
- parution du décret relatif au congé de l'aidant familial (avril 2007) ;
- le guide de l'aidant familial (2007) ;
- création du carnet de l'aidant (2007) ;
- proposition de la validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE) de l'aidant familial.

#### Qui sont les aidants familiaux (en quelques chiffres) ?

- 6 sur 10 aidants sont des femmes ;
- la majorité a entre 50 et 70 ans ;
- 95 % aident tous les jours, 40 % aident 6h par jour ;
- 63 % des personnes sont aidées exclusivement par l'entourage.

#### Les incidences du rôle d'aidant

La plupart du temps, le rôle d'aidant s'impose du fait de la maladie ou du handicap d'un proche. Lorsque l'on est aidant, on peut se retrouver

face à de nombreuses difficultés d'ordre relationnel, affectif, psychologique, matériel, technique et financier. Cela engendre une détérioration de sa santé, des angoisses, des états dépressifs, des sommeil perturbés... L'aidant peut tomber dans l'isolement, en rompant progressivement avec son environnement social. Il ressent alors un profond sentiment de solitude.

Prendre en charge une personne handicapée dans sa famille peut à long terme devenir une astreinte difficile à concilier avec la vie de tous les jours. En cas de soins à domicile, les proches, les aidants ont un rôle important à jouer. Souvent, ils ne sont pas préparés à faire face à cette charge qui peut être lourde. Il arrive qu'ils s'épuisent à remplir au mieux cette nouvelle fonction. Ils peuvent aussi voir leurs difficultés s'accroître parce que, dans le domicile, les espaces de vie, les équipements qui convenaient quand tout le monde était en bonne santé ne permettent pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la personne malade.

En cas d'hospitalisation du malade, si l'établissement de soins est situé loin du domicile, la relation entre le malade et ses proches va être fortement perturbée. Cela peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé du malade. Cela est évident quand il s'agit de l'hospitalisation d'un enfant. Cela est vrai aussi dans d'autres situations. Des études ont démontré le caractère bénéfique de la présence d'un proche auprès d'un malade. Cela peut se traduire notamment par une réduction importante de la durée du séjour, mais aussi par une diminution de la charge d'angoisse des personnes visitées propice à leur rétablissement.

Les soins ambulatoires mis en place par les établissements de soins peuvent générer pour le malade et ses proches les mêmes difficultés que celles rencontrées en cas de soins à domicile. Si l'établissement de soins est situé loin du domicile, on retrouvera les difficultés engendrées par cet éloignement avec en plus, parfois, des problèmes soit de transport entre l'établissement de soins et le domicile pour le malade soit d'hébergement près de l'établissement de soins pour le malade et la personne qui doit rester auprès de lui.

**Mieux prendre en compte les difficultés des aidants, de l'entourage et des proches, leur apporter les soutiens dont ils ont besoin afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans le parcours de santé et de vie des personnes qu'ils accompagnent, enfant, jeune, adulte, personne âgée ou personne en fin de vie, c'est le corollaire indispensable des évolutions de notre système de santé au développement des politiques de maintien et accompagnement à domicile.**

THÈME DU GROUPE : PATIENTS, PROCHES, ASSOCIATIONS D'USAGERS, ACTEURS DES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE	
AXE STRATÉGIQUE 1 : L'ENTOURAGE – LES AIDANTS	
ACTION N° 1 : CRÉATION D'UN GROUPE TERRITORIAL DES USAGERS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Inclure les accompagnants (entourage et proches) dans le parcours de santé et de vie à tous les âges.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un groupe de travail.</li> <li>• Valider la possibilité d'un volet entourage pour chaque thématique si celle-ci le permet.</li> <li>• Proposer d'intégrer un volet entourage dans les travaux des Contrats Locaux Santé.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire 5.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Composition d'un groupe d'usagers représentatifs du territoire et des thématiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire un état des lieux des actions existantes sur les relations des aidants avec les malades, les professionnels, les institutions ;</li> <li>- informer de cet existant (Usagers et professionnels) ;</li> <li>- faire connaître les manques ;</li> <li>- faire des propositions d'amélioration.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Département - Organismes de protection sociales - Structures sanitaires, médico-sociales et sociales – Unions des Professionnels de Santé – Associations Tutélares.</li> <li>• Associations de malades - Maison Associative de la Santé (MAS) – Collectif Inter associatif Sur la Santé en Bretagne (CISS -Bretagne).</li> <li>• Associations d'aides aux malades et à leur entourage.</li> <li>• Chargés de mission Santé des Pays.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers – Proches des usagers – Entourage – Professionnels.</li> <li>• Assurer un meilleur accompagnement des aidants et permettre ainsi une meilleure prise en charge des malades.</li> <li>• Apporter du mieux-être pour les usagers et l'entourage.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée du Projet Régional de Santé.
<b>Indicateurs</b>	Les indicateurs proposés sont des indicateurs d'activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de rencontres du groupe ;</li> <li>- nombre de volets « Entourage » dans les thématiques et Contrats locaux de santé.</li> </ul>

## II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRES

### PRÉAMBULE

---

Rappel synthétique des éléments de diagnostic justifiant le choix des thématiques

#### **La promotion de la santé mentale et la prise en charge du suicide**

Au regard des données épidémiologiques présentées par l'Agence Régionale de Santé qui témoignent, à l'échelle régionale, d'une mortalité par suicide particulièrement défavorable en Bretagne par rapport à la moyenne nationale (+59 % chez les femmes, +67 % chez les hommes), la région apparaît ainsi la plus touchée de France.

Le suicide est donc une priorité de santé publique pour la Bretagne conduisant les tutelles à la mise en œuvre d'un programme régional de santé « Prévenir le suicide en Bretagne ». C'est pourquoi, il semble important que cette problématique soit inscrite comme une des priorités sur le plan local.

À l'issue de la série de travaux préparatoires le groupe de travail territorial, rassemblant des professionnels de plusieurs domaines, a validé la nécessité d'intégrer la prévention du suicide dans une approche plus globale de la santé mentale. L'enjeu de la démarche étant de définir les grandes orientations relatives à la santé mentale à l'échelle du territoire de santé n° 5.

#### **Accompagnement du handicap et parcours de vie**

Dans le cadre de la phase de concertation avec les conférences de territoire lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation un groupe de travail a été mis en place autour de la thématique « handicap et parcours de vie ». Ce groupe d'abord issu de la conférence a mené une réflexion à partir des 8 thématiques régionales afin d'apporter sa contribution dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régionale de l'Organisation médico sociale (SROMS). À l'issue de ces réflexions le groupe a dégagé des axes de développement et a souhaité poursuivre ses travaux dans le cadre du PTS.

#### **Soins de Suite et de réadaptation**

Le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) représente un secteur stratégique de l'offre de soins de par sa position entre le court séjour et le retour vers le domicile, vers le médico-social ou vers l'unité de soins de longue durée (USLD) qui lui confère une mission clé : participer à l'animation des filières de prise en charge du patient.

Dans le cadre des groupes de travail du Projet Médical de Territoire (PMT) des travaux ont été menés depuis plusieurs années sur la thématique des soins de suite et de réadaptation au regard des spécificités du territoire de santé n° 5. La conférence souhaite souligner l'importance qu'elle donne à tout le travail réalisé par les professionnels de ce groupe. Ainsi, afin de ne pas remettre en cause ces travaux ayant fait l'objet de rencontres régulières, le présent Programme Territorial de Santé (PTS) reprendra la thématique des soins de suite et de réadaptation afin de prolonger les travaux et de maintenir la dynamique territoriale engagée. Les pistes de réflexions seront reprises par le groupe afin de valider les projets liés à cette thématique SSR avec une exigence : permettant une meilleure fluidité dans le parcours patient et une amélioration de la qualité de réinsertion socioprofessionnelle

#### **La promotion de l'éducation thérapeutique du patient**

Le développement de programmes en Education thérapeutique du patient (ETP) a été initié par la loi hôpital patients santé et territoires de 2009. Tout promoteur de programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) doit demander une autorisation pour sa mise en œuvre auprès du directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux textes réglementaires publiés au journal officiel du 4 août 2010 en application des dispositions de la loi du 21 juillet 2009.

Les membres de la conférence ont fait le choix de cette thématique avec pour objectif de faire un état des lieux des programmes autorisés par pathologie. (Diabète - Maladies respiratoires – Maladies cardiovasculaires – VIH/Sida – Hépatite...)

Une des pistes de réflexion possible est de travailler sur l'éducation du patient notamment en lien avec les projets de maisons de santé de notre territoire.

Reste à nommer pour ce groupe un pilote et les membres participants afin de finaliser l'objectif des travaux.

## **Promotion Prévention de la Santé (Nutrition et activité physique – Vaccination – Vie affective et sexuelle)**

Une rencontre entre les acteurs des pays et de la métropole de Rennes a permis l'identification de trois orientations prioritaires communes en plus des thématiques « Prévention des conduites addictives » et « Prévention du suicide » :

- la promotion des politiques vaccinales ;
- la promotion de la nutrition et de l'activité physique ;
- la promotion de l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Le processus de co-construction par la conférence de territoire 5 et la délégation territoriale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS visant à élaborer les programmes territoriaux de santé du territoire n° 5, a validé l'ajout de ces nouvelles thématiques dans le champ de la prévention en comité technique du mardi 11 septembre 2012 et en conférence du 25 septembre 2012.

## ● THÉMATIQUE N°8. LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

### PRÉAMBULE

---

#### • Références PRS

La thématique « Santé mentale » est l'une des thématiques transversales au SROS, au SRO-MS et au SRP.

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION (SRP) DU PRS :

Fiche « La promotion de la santé mentale et prévention du suicide » Pages 89 - 93

LES PRISES EN CHARGE TRANSVERSALES AU SROS ET SROMS :

Fiche thématique « La Santé mentale » Pages 176 - 198

#### Référent thématique régional

Sylvie Dugas (coordonnatrice thématique santé mentale)

#### Référent thématique territorial

Luc Boisseau - ARS Délégation Territoriale 35

#### Référent du groupe de travail conférence de territoire

Dr Élisabeth Sheppard - CHGR Rennes

#### Périmètre de la thématique :

Le domaine de la santé mentale est vaste : il concerne les pathologies psychiatriques mais aussi un ensemble de situations de détresse psychologique réactionnelle.

La santé mentale interroge la transversalité dans l'analyse des situations mais également dans les réponses à apporter.

#### Le plan d'action santé mentale du PRS identifie plusieurs chantiers :

- circuit de l'urgence psychiatrique ;
- amélioration de la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide ;
- formation des personnes en première ligne à l'intervention de crise suicidaire ;
- devenir des personnes hospitalisées au long cours ;
- adaptation de l'offre médico-sociale au handicap psychique (formation des équipes, services spécialisés ou polyvalents, spécificités des PEC, psychiatrie de liaison médicosociale, prévention/gestion des situations de crise...);
- renforcement de la postvention après un suicide ou une tentative de suicide ;
- accès et maintien dans le logement ;
- accompagnement de l'action des GEM (groupes d'entraide mutuelle) ;
- information et sensibilisation de la population sur les questions de santé mentale ;
- accueil, écoute et orientation des personnes en souffrance psychique ;
- dispositif de coordination des acteurs en santé mentale dans le cadre d'une politique de secteur renouvelée (articulation des acteurs de psychiatrie, du sanitaire non psychiatrique, du social et du médicosocial, sur des territoires d'action à définir).

« Concernant ce dernier point, une mission a été confiée à l'association « Convergence Bretagne » dans le cadre de la thématique « Santé mentale » du PRS. Ce travail spécifique mené au cours de l'année 2012 par l'association a pour objectif de définir une méthodologie de mise en place et d'animation d'un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale. Les Conférences de territoire seront sollicitées dans ce cadre pour contribuer à la réflexion régionale. »

## Orientation de la thématique sur le territoire

Au vu des priorités identifiées par la conférence de territoire de santé n° 5, les axes de travail se sont portés sur :

- **La prévention primaire** et la promotion de l'accès aux soins en santé mentale, afin d'éviter l'émergence de pathologie ou de troubles du comportement, cet axe s'adresse aux professionnels et à l'ensemble de la population et doit être traité en concertation avec les politiques et les acteurs de terrain (Élus – Conseils généraux – acteurs sociaux...)
- **La prise en charge**, afin de faciliter l'accès aux soins, la prise en charge précoce, la réponse en terme sanitaire pour les situations de crise, d'urgence, de permanence des soins. L'objectif étant d'éviter les rechutes, les pertes de chances thérapeutiques, d'améliorer l'observance et de favoriser la réinsertion.

Qu'est-ce qui faciliterait l'accès aux soins, le repérage précoce ? Comment mieux travailler avec les médecins généralistes, les élus... ?

- **L'accompagnement**, afin d'apporter des réponses en termes de lieux de vie et de soins et de prise en charge adaptée.

Comment décloisonner sanitaire – médico-social et social ?

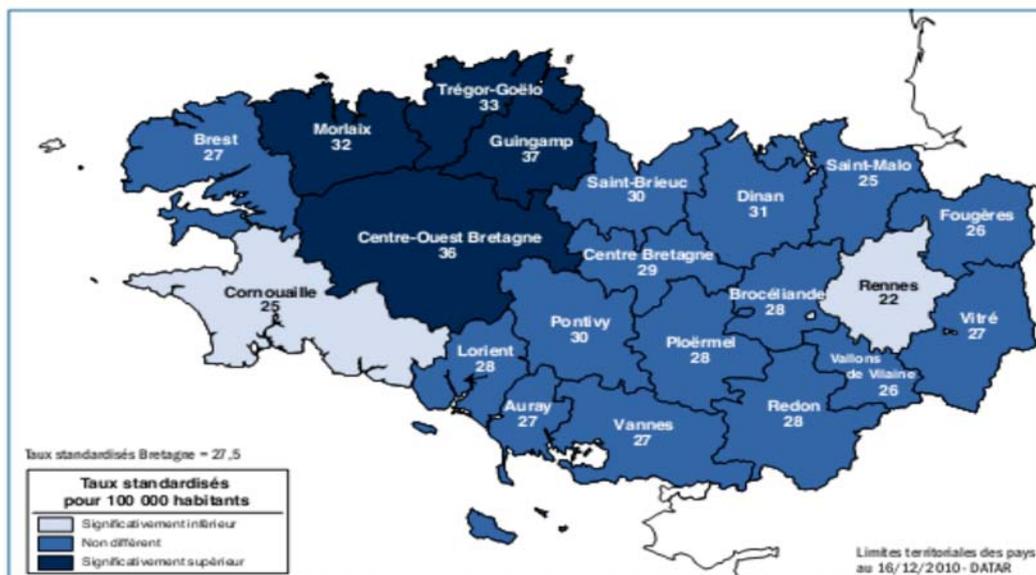
- **Les outils de proximité de transversalité** dans un objectif de créer du lien entre psychiatrie et réseaux partenariaux (CLIC – CODEM – Associations – Partenaires politiques...), afin de repérer les situations qui posent problèmes afin d'éviter que la psychiatrie soit interpellée tardivement.

Quels outils pour que les différents professionnels se connaissent, fassent circuler l'information, travaillent ensemble ?

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

### • Données épidémiologiques

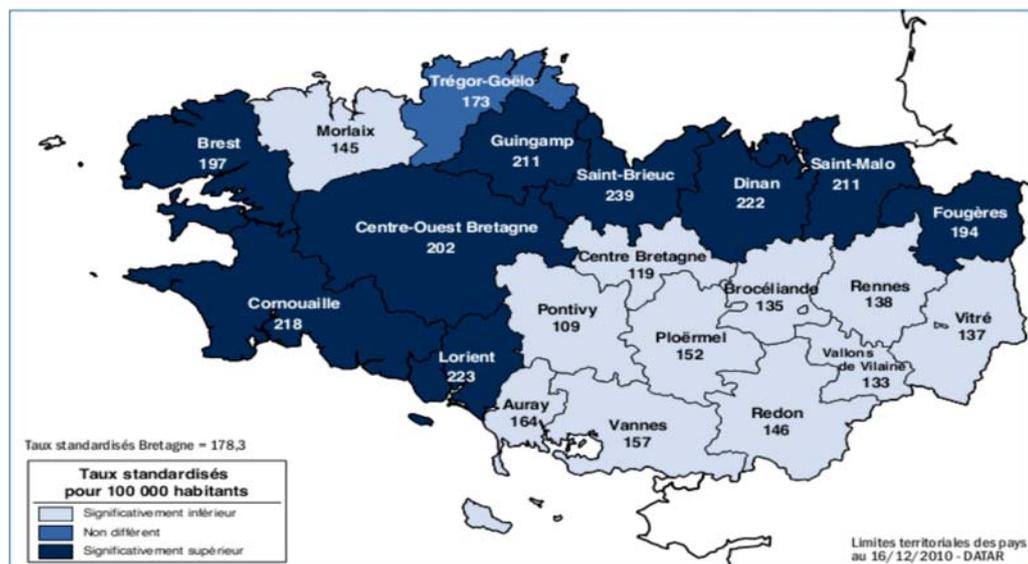
Mortalité par suicide selon les pays de Bretagne en 2000-2009\*  
Deux sexes confondus



Le pays de RENNES présente le taux de mortalité par suicide le plus faible de la région (22 pour 100 000 habitants), les 5 autres pays se situant dans une fourchette médiane (26 à 28 pour 100 000 habitants).

## II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES

### Recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide selon les pays de Bretagne en 2009\* Deux sexes confondus



Sources : PMSI MCO 2009, ATIH, Insee RP 2008.

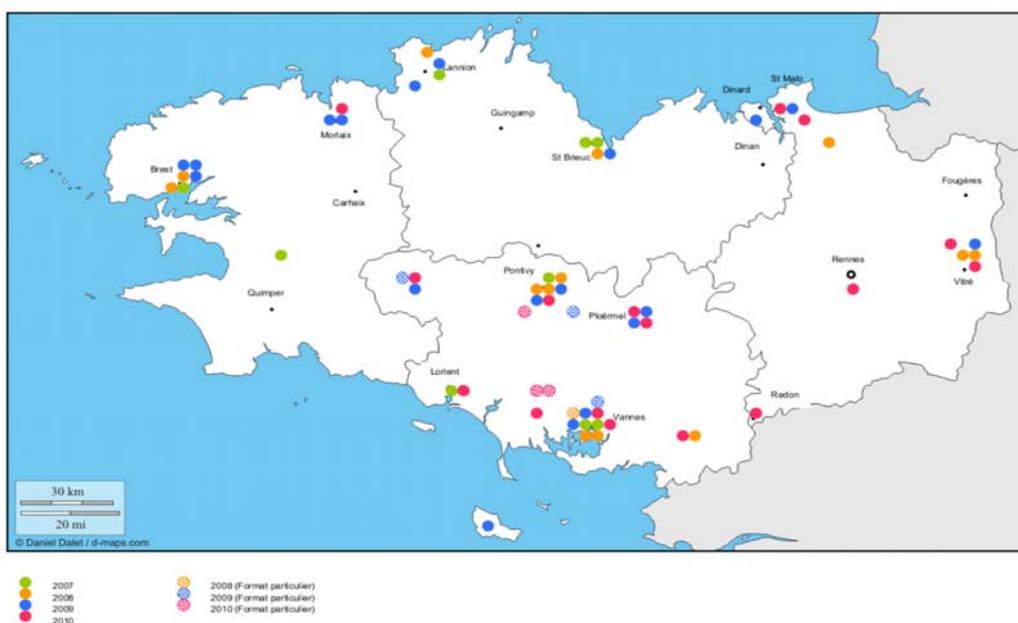
\* Standardisation sur la population française au RP2006. Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

Exploitation ORS Bretagne.

Le taux de recours à l'hospitalisation de court séjour après une tentative de suicide sur le territoire 5 est le plus faible de la région en moyenne de 138 pour 100 000 habitants avec un taux supérieur pour le pays de FOUGÈRES (194 pour 100 000 habitants)

## État des lieux de l'offre

### Formations réalisées sur le repérage de la crise suicidaire en Bretagne



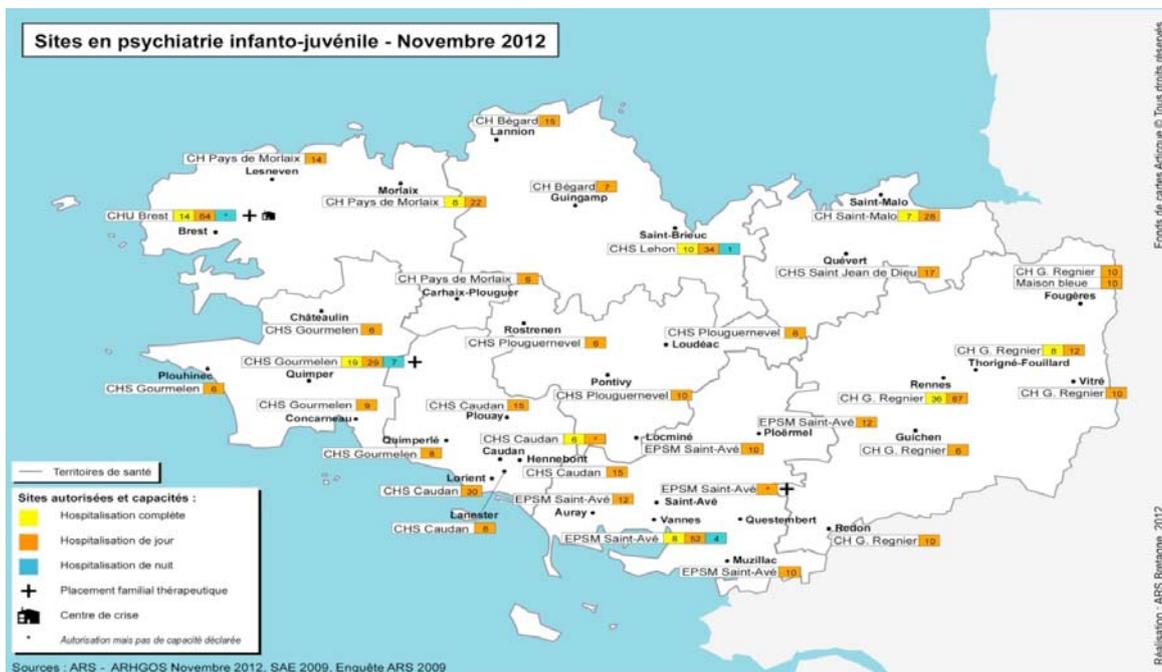
### Sites en psychiatrie générale pour adulte



L'offre de soins en psychiatrie générale adultes est structurée autour des établissements suivants sur le territoire :

- CHGR RENNES ;
- Polyclinique Saint Laurent-RENNES ;
- Clinique de l'Espérance ;
- Centre de la Thébaudais – RENNES ;
- CMP Beaulieu ;
- Clinique du Moulin-BRUZ ;
- Centre hospitalier de REDON.

### Sites en psychiatrie infanto-juvénile



## II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est organisée à partir de 2 établissements : le CHGR de RENNES (avec 6 sites) et la Maison bleue à FOUGÈRES.

Cette offre de soins en hospitalisation est notamment complétée par une offre en ambulatoire tant pour les adultes que les enfants et adolescents (CMP, CMPP, CATTP, appartements thérapeutiques et accueil familial thérapeutique).

Au niveau de la démographie médicale en psychiatrie, la densité de psychiatres pour 100 000 habitants sur le territoire est de 18,9 pour une moyenne régionale de 17 pour 100 000 habitants.

### Équipements en lits et places du territoire de santé n° 5 en 2009 (données 2012 pour la France non connues).

	Nombre secteurs psychiatrie G	Nombre secteurs psychiatrie IJ	Capacité installée						Nbre de lits / 1 000 hab en psychiatrie générale	Nbre de places / 1 000 hab en psychiatrie générale	Nbre de lits / 1 000 hab < 16 ans	Nombre de places / 1 000 hab < 16 ans
			Psychiatrie générale			Psychiatrie IJ						
			HC	HJ	HJ/HC	HC	HJ	HJ/HC				
<b>Territoire 5</b>	11	4	960	351	0,37	53	145	2,74	1,46	0,53	0,29	0,79
<b>Bretagne</b>	42	16	3 856	1 336	0,35	125	574	4,59	1,56	0,54	0,19	0,89
<b>France</b>									1,10	0,43	0,16	0,77

Source : PRS 2012-2016

**HC : Hospitalisation complète HJ : Hospitalisation de jour IJ : Infanto-juvénile**

Le tableau ci-dessus présente les capacités installées en psychiatrie adulte et infanto-juvénile sur le territoire de santé n° 5. Cet état des lieux met en évidence un nombre de lits en hospitalisation pour la psychiatrie adulte inférieur à la moyenne régionale. Mais cette donnée est à pondérer avec le taux national, la région Bretagne présentant une sur-dotation en lits d'hospitalisation complète pour adultes. Au final, le niveau d'équipement global du territoire n° 5 est largement supérieur au niveau de dotation national moyen.

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Les axes de travail ont été définis selon une approche globale santé mentale par rapport au parcours de l'utilisateur dans toutes ses composantes préventions, sanitaires et médico-sociales.

Afin de fixer les orientations de la thématique santé mentale pour le territoire de santé 5, le groupe a retenu de travailler selon une approche transversale afin d'évaluer les manques, et d'identifier les besoins, concernant le parcours de l'utilisateur en termes de :

- prévention promotion de la santé - accès aux soins précoces ;
- prise en charge (Parcours de soins) et accompagnement ;
- gestion de la crise.

Avec pour chaque axe une approche intégrant la dimension :

- du patient et de son entourage ;
- médico-social et social ;
- du suicide.

### III. OBJECTIFS ET ACTIONS

La déclinaison des objectifs et des actions suite aux travaux du groupe santé mentale a été déclinée avec le chapeau commun de tous les âges de la vie :

#### Axe stratégique 1 : Prévention Promotion de la santé - Accès aux soins précoces

##### Objectif 1 : favoriser l'interconnaissance en santé mentale sur le territoire

L'objectif est d'avoir une vision territorialisée, une interconnaissance mutuelle permettant de déployer des outils en infra-territoire et de construire un partenariat avec les institutions afin de promouvoir la santé mentale et de mieux organiser la réponse aux besoins.

- Action n° 1 > Constitution d'un groupe pérenne favorisant l'interconnaissance en santé mentale

##### Objectif 2 : favoriser le déploiement d'actions, d'instances de concertation

- Action n° 2 > Déploiement d'outils de prévention et de promotion de la santé mentale sur chaque Pays

##### Objectif 3 : favoriser les liens entre secteur de psychiatrie et dispositifs de premier recours

- Action n° 3 > Coordination du secteur de psychiatrie avec les acteurs du premier recours

#### Axe stratégique 2 : Prise en charge (parcours de soins) et accompagnement

##### Objectif 1 : développer sur le territoire l'accompagnement pour éviter le recours à l'hospitalisation et à l'urgence

- Action n° 4 > Développement de la cohérence, de la fluidité et de la flexibilité du parcours de soins

##### Objectif 2 : Prendre en compte dans le système de soins et d'accompagnement le soutien aux proches et à l'entourage (professionnels et non professionnels)

- Action n° 5 > Développement de l'accompagnement des proches et de l'entourage
- Action n° 6 > Amélioration de la couverture territoriale par les associations et les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

#### Axe stratégique 3 : améliorer la gestion de la crise (troubles du comportement, crise suicidaire...) au niveau du territoire 5

##### Objectif 1 : définir, partager un protocole de prise en charge, de circuits et avoir une culture commune sur la gestion de la crise

- Action n° 7 > Construction des modalités de réponse à la crise
- Action n° 8 > Développement des compétences psychiatriques dans les centres d'urgence

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 1 : PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ - ACCÈS AUX SOINS PRÉCOCES	
ACTION N° 1 : CONSTITUTION D'UN GROUPE PÉRENNE FAVORISANT L'INTERCONNAISSANCE EN SANTÉ MENTALE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Favoriser l'interconnaissance en santé mentale sur le territoire 5.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitution d'un groupe pérenne sur le territoire 5.</li> <li>• Organisation de formations territoriales, interdisciplinaires et inter-structures dans une démarche validante.</li> <li>• Réalisation d'un document ressource en santé mentale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– prise en charge hospitalière et ambulatoire en santé mentale;</li> <li>– accompagnement médico social et social;</li> <li>– milieu associatif etc.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS / CG / Conférence de territoire.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Composition du groupe représentatif du sanitaire, médico-social, social et des pays.</li> <li>• Formation : détermination de thématiques cibles.</li> <li>• Document ressources :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– états des lieux de l'existant;</li> <li>– définition de support (numérique et papier);</li> <li>– modalités de diffusion et de mise à jour à définir.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structures sanitaires, médico-sociales, sociales, professionnels, usagers, structures de droit commun, collectivités territoriales, judiciaires, URPS, scolaires.</li> <li>• Démarche régionale ARS au travers de l'étude Convergence sur la coordination des acteurs en santé mentale.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Tous les Professionnels, tous secteurs.
<b>Calendrier</b>	Mise en place du groupe en 2013.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date effective de mise en place du groupe.</li> <li>• Date de réalisation et de diffusion des documents ressources.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 1 : PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ - ACCÈS AUX SOINS PRÉCOCES	
ACTION N° 2 : DÉPLOIEMENT D'OUTILS DE PRÉVENTION ET PROMOTION EN SANTÉ MENTALE SUR CHAQUE PAYS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Favoriser le déploiement d'actions de prévention et d'instances de concertation.
<b>Description de l'action</b>	<p>Soutien et promotion de la mise en place sur les six Pays (Rennes, Vitré, Redon, Fougères, Brocéliande, Vallon de Vilaine) de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la semaine d'information de la Santé Mentale (SISM) afin de sensibiliser la population aux troubles psychiques visant à éviter la stigmatisation ;</li> <li>– les Conseils Locaux de Santé Mentale qui visent à améliorer la prise en compte de la souffrance psychique dans la Cité, engageant la diversité des acteurs locaux ;</li> <li>– l'intégration d'un volet santé mentale dans les travaux relatifs aux contrats locaux de santé en cours ou en projet.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS / Collectivités territoriales / Établissements de santé mentale.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Reconfiguration des modalités d'organisation de la semaine de la santé mentale pour donner un ancrage et un déploiement territorial élargi.
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Collectivités, Professionnels du territoire, organisateurs de la SISM et partenaires associés...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers, professionnels, familles...
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de territoires (infra territoire du T5) ayant bénéficié de la SISM.</li> <li>• Nombre de CLSM mis en place.</li> <li>• Intégration du volet « Santé Mentale » au sein des CLS.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 1 : PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ - ACCÈS AUX SOINS PRÉCOCES	
ACTION N° 3 : COORDINATION DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE AVEC LES ACTEURS DU PREMIER RECOURS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Favoriser les liens entre secteur de psychiatrie et les dispositifs de premier recours.
<b>Description de l'action</b>	Construction des modalités de coordination dans la filière sanitaire pour les soins psychiatriques afin d'en faciliter l'accès.
<b>Portage de l'action</b>	ARS / URPS / Établissements de santé mentale.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des rencontres entre psychiatrie et acteurs de premier recours.</li> <li>• Recenser les besoins des acteurs du premier recours : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Modalités coordination ;</li> <li>– Fiche navette ;</li> <li>– Permanence...</li> </ul> </li> <li>• Étudier les possibilités de mise en place de consultations avancées au sein des MSP et de recours à la télémédecine pour le suivi des patients.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<p>Médecins généralistes - Secteurs psychiatriques – Hôpitaux locaux – Maisons et pôles de santé pluridisciplinaires</p> <p>Travaux sur le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés</p>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers et professionnels.
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de rencontres.</li> <li>• Mise en place de consultations.</li> <li>• Recours à la télémédecine.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE (PARCOURS DE SOINS) ET ACCOMPAGNEMENT	
ACTION N° 4 : DÉVELOPPEMENT DE LA COHÉRENCE, DE LA FLUIDITÉ ET DE LA FLEXIBILITÉ DU PARCOURS DE SOINS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer sur le territoire l'accompagnement pour éviter le recours à l'hospitalisation et à l'urgence.</li> <li>• Développer la cohérence du parcours de soins à tous les âges de la vie.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Promouvoir sur le territoire les structures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– SAVS</li> <li>– SAMSAH</li> </ul> <p>Proposer des alternatives à l'hospitalisation temps plein, pouvant varier dans la nature des lieux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Centre de jour, de nuit;</li> <li>– Accueil temporaire (Jour – week-end – nuit – semaine – séquentielles...);</li> <li>– Logements thérapeutiques;</li> <li>– Equipes Mobiles.</li> </ul> <p>Étudier l'opportunité de mise en place de SSR spécifiques dans le cadre de la stabilisation du patient et l'HAD en psychiatrie avec mise en place d'un groupe de travail.</p>
<b>Portage de l'action</b>	ARS / Collectivités territoriales / Établissements de santé.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un état des lieux des structures existantes sanitaires, sociales, médico-sociales (cf. document ressources fiche n° 1).</li> <li>• Analyser des parcours atypiques.</li> <li>• Réfléchir à des groupements de coopération sanitaire et médico-sociale.</li> <li>• Mettre en place un groupe de travail.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble des acteurs en santé mentale du domaine social, médico-social et sanitaire.</li> <li>• ARS, DT35 et collectivités territoriales.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les usagers.</li> <li>• Les exclus du système de soins.</li> </ul> <p><b>Bénéfices attendus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– diminuer les réponses inadéquates;</li> <li>– améliorer la qualité la prise en charge après et en cours d'hospitalisation;</li> <li>– prise en soins précoce;</li> <li>– prévenir les périodes de crises et de ruptures, limiter le recours à l'hospitalisation;</li> <li>– optimiser les couts et augmenter l'efficience des soins;</li> <li>– diminuer les couts sociaux indirects.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un groupe de travail.</li> <li>• Taux de recours aux alternatives à l'hospitalisation complète.</li> <li>• Taux de réhospitalisation</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE (PARCOURS DE SOINS) ET ACCOMPAGNEMENT	
ACTION N° 5 : DÉVELOPPEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES ET DE L'ENTOURAGE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Prendre en compte dans le système de soins et d'accompagnement des personnes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'environnement;</li> <li>- l'entourage;</li> <li>- la famille...</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Apporter un appui aux acteurs sociaux et familles en soutien à leurs interventions auprès du public en situation de souffrances psychiques.
<b>Portage de l'action</b>	Établissements et associations en santé mentale.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer et déployer les actions de formation pour les familles, l'entourage et les milieux professionnels.</li> <li>• Créer des espaces d'accueil, d'écoute et de soutien (association type UNAFAM...).</li> <li>• Soutenir les Aidants par la création de structures alternatives, de répit.</li> <li>• Développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les familles et l'entourage</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble des acteurs en santé mentale du domaine social, médico-social et sanitaire à partir des Conseils locaux en Santé Mentale.</li> <li>• ARS (DT 35).</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<p>Les usagers, l'entourage, les acteurs, les associations.</p> <p><b>Bénéfices attendus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- déstigmatisation de la maladie psychiatrique;</li> <li>- accès aux soins précoces;</li> <li>- diminuer les périodes de crises et de ruptures;</li> <li>- diminuer les couts sociaux indirects.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'actions de formation.</li> <li>• Nombre d'espace d'accueil créés.</li> <li>• Nombre d'ETP et accompagnement thérapeutique.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE (PARCOURS DE SOINS) ET ACCOMPAGNEMENT	
ACTION N° 6 : AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE TERRITORIALE PAR LES ASSOCIATIONS ET LES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM)	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Développer des espaces de vie favorisant la participation sociale et la citoyenneté sur l'ensemble du territoire
<b>Description de l'action</b>	Sur chaque infra-territoire favoriser la mise en place de groupes d'entraide mutuelle (GEM), d'accueil de jour et d'associations pour les patients. <b>(Sous réserve de financement et de priorisation régionale)</b>
<b>Portage de l'action</b>	Comité de pilotage en lien avec le Comité technique de pilotage du territoire 5.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer une cartographie des lieux qui permettra d'identifier les zones prioritaires.</li> <li>• Repérer les structures supports.</li> <li>• Favoriser l'accès aux dispositifs existants.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble des acteurs en santé mentale du domaine social, médico-social et sanitaire.</li> <li>• La DT 35.</li> <li>• Collectivités territoriales.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<p>Les usagers.</p> <p><b>Bénéfices attendus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– moins d'errance ;</li> <li>– lutte contre l'isolement ;</li> <li>– stratégie d'inclusion des personnes en situation de handicap psychique.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État des lieux et cartographie.</li> <li>• Nombre de GEM, de structures de jour ou d'associations créées ou développées.</li> </ul>

## THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

 AXE STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORER LA GESTION DE LA CRISE (TROUBLES DU COMPORTEMENT, CRISE SUICIDAIRE...)
   
 AU NIVEAU DU TERRITOIRE 5

## ACTION N° 7 : CONSTRUCTION DES MODALITÉS DE RÉPONSE À LA CRISE

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Définir les circuits de prise en charge, l'articulation entre les acteurs et les protocoles.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Étape 1</b> : Réalisation d'une cartographie et état des lieux de l'existant :           <ul style="list-style-type: none"> <li>– intervenants et structures impliquées;</li> <li>– circuits existants;</li> <li>– repérage des bonnes pratiques (Efficacité – Qualité...);</li> <li>– dysfonctionnement;</li> <li>– évaluation des besoins...</li> </ul> </li> <li>• <b>Étape 2</b> : définir des protocoles de prise en charge adaptés aux Pays (Rennes – Redon – Vitré – Fougères – Vallon Vilaine – Brocéliande) en s'inscrivant dans le cadre d'une harmonisation des circuits de prise en charge.</li> <li>• <b>Étape 3</b> : formation et information des différents acteurs.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire, ARS.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitution d'un groupe de travail santé mentale sur le territoire 5.</li> <li>• Recensement - Mise en commun des données.</li> <li>• Validation des protocoles.</li> <li>• Mise en place et déploiement sur le territoire.</li> <li>• Communication pour rendre lisible et accessible les réponses.</li> <li>• Définir les publics cibles et les vecteurs de communication associés ainsi que les indicateurs.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Établissements de santé – Professionnels du sanitaire et médico-social – établissements scolaires, collectivités territoriales, SDIS...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Bénéficiaires : usagers.
<b>Calendrier</b>	2013 – 2015
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de cartographie : Nombre de Pays évalués.</li> <li>• Finalisation des protocoles.</li> <li>• Nombre de professionnels informés et formés.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE	
AXE STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORER LA GESTION DE LA CRISE (TROUBLES DU COMPORTEMENT, CRISE SUICIDAIRE...) AU NIVEAU DU TERRITOIRE 5	
ACTION N° 8 : DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHIATRIQUES DANS LES CENTRES D'URGENCE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former à l'accueil et l'écoute de la situation.</li> <li>• Réaliser l'évaluation clinique et indice de sévérité.</li> <li>• Orienter de façon adéquate.</li> <li>• Mobiliser les ressources pour l'intervention.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Mise en place de formation à destination :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– des régulateurs publics et libéraux ;</li> <li>– des professionnels du SAMU et SMUR.</li> </ul> <p>Mise à disposition des régulateurs de fiches techniques concernant les procédures d'hospitalisation sous contrainte.</p>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire, ARS.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les ressources, les centres de formation des professionnels.</li> <li>• Recueillir les formations dispensées en termes de gestion des crises.</li> <li>• Introduire un volet psychiatrie, santé mentale.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Action sur la définition des circuits de prise en charge et l'articulation entre les acteurs pour les modalités de réponse à la crise (fiche n° 7).</li> <li>• Établissements de santé / centres de formation / URPS / SDIS.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Bénéficiaires: Usagers / professionnels du SAMU et SMUR / régulateurs.
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration des compétences psychiatriques au sein de la régulation.</li> <li>• Nombre de formations réalisées.</li> </ul>



## ● THÉMATIQUE N°9. L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE

### PRÉAMBULE

---

#### Références PRS

SCHÉMA RÉGIONAL DE L'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE Page 394

THÉMATIQUES TRANSVERSALES AU SROS ET AU SROMS

Pathologies du vieillissement et perte d'autonomie

Santé mentale

#### SROMS

Les orientations du SROMS privilégient un travail concernant la fluidité des parcours avec un regard plus spécifique sur les étapes clés de la vie des personnes handicapées : dépistage et prise en charge précoce des enfants handicapés, jeunes adultes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants, accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Des thématiques additionnelles ont également été retenues comme axes de travail devant faire l'objet, en cours de schéma, d'un diagnostic approfondi et d'orientations spécifiques :

- le maintien à domicile des personnes handicapées (et âgées) ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- l'accompagnement des enfants handicapés et inclusion scolaire ;
- l'accompagnement des personnes lourdement handicapées ;
- la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

#### SRP

Former et accompagner les professionnels intervenants auprès des personnes handicapées et des personnes âgées.

#### SROS

Nécessité d'une attention particulière à l'égard des besoins de prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie qui sont insuffisamment pris en compte (préconisation d'un site par territoire de santé), l'accès aux soins des personnes âgées et handicapées devant être facilité.

#### Référent thématique régional

Anne Delucq

#### Référent thématique territorial

Anne Deuff

#### Référent du groupe de travail conférence de territoire

M Crezé

#### Périmètre de la thématique

Le champ du handicap est un secteur complexe en raison de la :

- répartition des compétences par le législateur (organisation des compétences sociales et médico-sociales) ;
- diversité des déficiences ;
- multiplicité des acteurs et des partenaires institutionnels.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirme et fixe les droits des personnes handicapées :

- un droit à compensation qui permet la prise en charge par la collectivité des dépenses liées au handicap ;
- l'intégration scolaire ;
- l'insertion professionnelle et l'accès à l'emploi ;
- la participation à la vie sociale ;
- le renforcement de l'accessibilité ;
- la simplification administrative, avec la création de maisons départementales des personnes handicapées.

La réflexion inscrite dans le cadre du PTS marque une étape importante car dans le champ des politiques du handicap, c'est la 1<sup>ère</sup> fois que la construction d'une stratégie s'envisage à l'échelle d'un territoire de santé, qui plus est, à partir d'une politique désormais régionale d'organisation médico-sociale. Cette construction, tant régionale que territoriale, est naturellement menée en lien avec les autorités compétentes et au premier rang d'entre elles, les Conseils Généraux, membres de la conférence de territoire et membres de la commission de coordination des politiques publiques. Rappelons que le lundi 7 janvier 2013 se tenait la réunion de lancement du futur schéma départemental d'Ille-et-Vilaine en faveur des adultes handicapés et des personnes âgées. La collectivité départementale a décidé l'élaboration d'un « schéma départemental unique pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ». Cette démarche comprendra une phase de diagnostic sur la période 2012 – 2013 afin d'élaborer le plan d'action départemental. Ces travaux viendront enrichir et préciser les orientations à mettre en œuvre dans le cadre de notre programme territorial de santé.

Dans le Morbihan, et cela concerne le secteur de Redon (cantons d'Allaire et de la Gacilly), le schéma départemental Handicap est en cours d'élaboration.

### **Rappel des orientations du PRIAC, outil de planification et son impact attendu sur le territoire de santé**

Le programme régional et interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) identifie les priorités de financement des créations, extensions et transformations des capacités des établissements et services médico-sociaux financés, soit par l'ARS, soit conjointement par l'ARS et le Conseil Général. C'est un outil de programmation pluriannuelle des moyens alloués par la CNSA au regard des enjeux de réduction des inégalités territoriales, de diversification de l'offre existante et de concertation prospective entre co-financiers.

Le PRIAC en cours couvre la période 2012-2016 et fait l'objet d'une actualisation annuelle. Les orientations thématiques du territoire sont à mettre en perspective avec les orientations du PRIAC 2013-2016 car elles pourront conforter, accompagner ou compléter les mesures d'ores et déjà inscrites dans le PRIAC en cours.

Dans le champ du handicap, le PRIAC propose notamment de poursuivre le développement des places d'IME et d'ITEP. Il s'agit de réduire les inégalités territoriales en privilégiant les départements dont le taux d'équipement est plus faible comme l'Ille-et-Vilaine pour les IME. Plus précisément sur le territoire 5, le PRIAC prévoit la création de 2 places en hébergement temporaire IME destinées à des jeunes déficients intellectuels ou autistes.

Par ailleurs, le PRIAC vise à améliorer l'organisation de l'offre en CAMSP et CMPP sur le territoire 5. Dans ce cadre, une étude CREAI portant sur la réorganisation et le fonctionnement des CAMSP, notamment les 5 CAMSP de petites tailles sur le secteur rennais, est engagée. En effet, c'est un dispositif essentiel du dépistage précoce du handicap.

S'agissant du secteur adulte, le PRIAC propose de développer l'offre de SAMSAH sur l'ensemble du territoire régional en privilégiant des SAMSAH « handicap psychique et troubles envahissants du développement (TED) ». Le développement de l'offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour est également encouragé.

## **I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE**

### **Spécificités du territoire : une démographie importante**

Le territoire 5 est le plus important territoire de la région bretonne en nombre d'habitants et connaît la plus forte croissance démographique, ce qui implique un besoin en équipement médico-social croissant. Dans le cadre du PRIAC, 2013 – 2016 et au regard des orientations du PRS et d'une volonté de rééquilibrage territorial de l'offre, le département de l'Ille-et-Vilaine et prioritairement le territoire 5, va bénéficier d'une augmentation de ses capacités d'accueil et d'accompagnement des enfants handicapés (les modalités de déploiement restent à définir dans

## II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES

le cadre de la réglementation en vigueur)

### • Caractéristiques de l'offre territoriale

À l'heure actuelle, le territoire comptabilise 62 établissements et services pour enfants handicapés et 58 établissements et services pour adultes handicapés (dont 11 SSIAD) financés par l'assurance maladie.

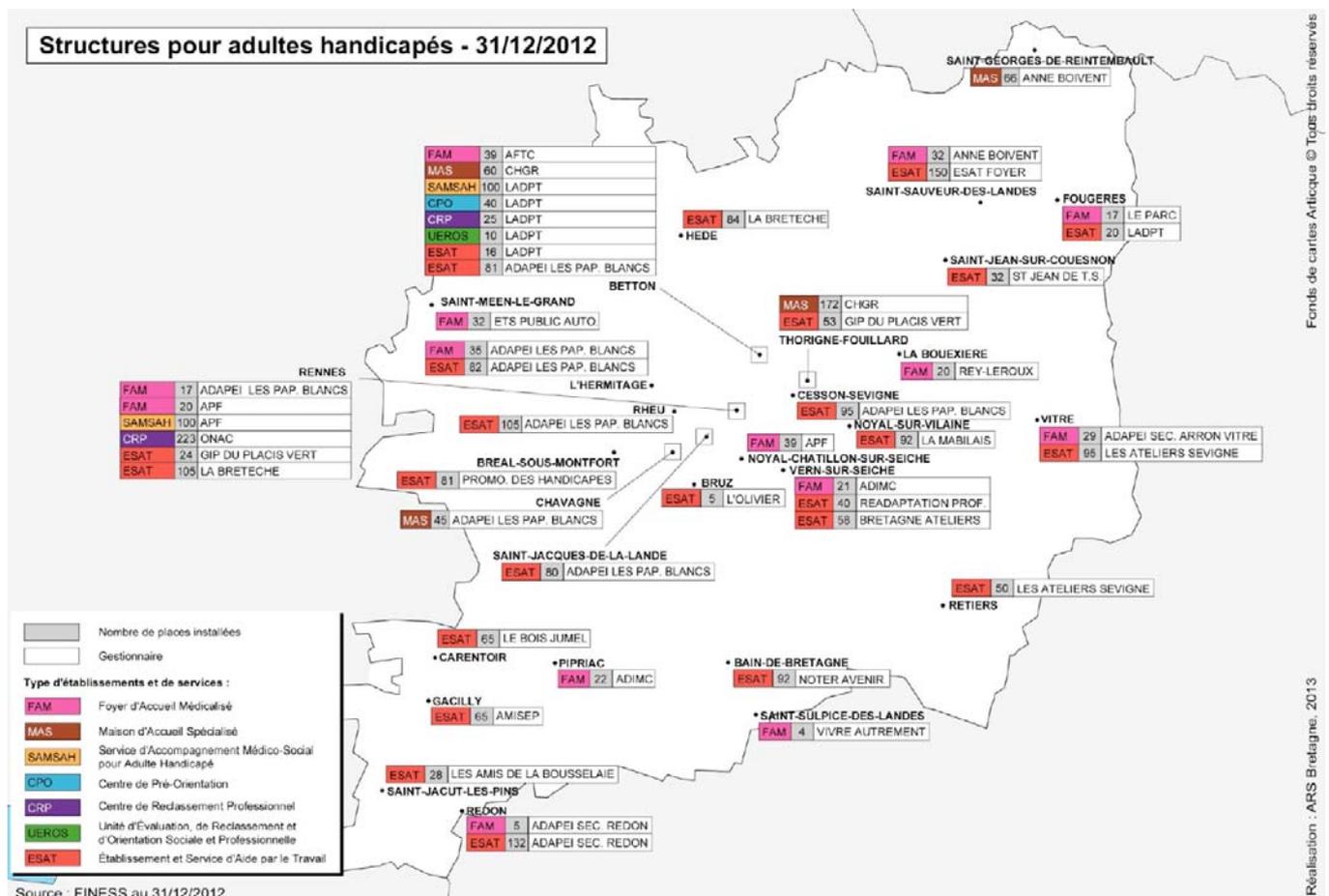
Les deux tableaux ci-dessous (Enfants et Adultes Handicapés) font apparaître les capacités autorisées, financées, et les taux d'équipement au 31 décembre 2012.

CAPACITÉS AUTORISÉES ET FINANCÉES ET TAUX D'ÉQUIPEMENT					
AU 31 DÉCEMBRE 2012					
Projection population 2012 de - 20 ans estimation INSEE		234 644		786 978	
		T.S. 5		Bretagne	
		Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.
IME (déficients intellectuels, autistes et épileptiques)	Établissements	905	3,86	3 228	4,1
	SESSAD	367	1,56	1 312	1,67
	<b>Total</b>	1 272	5,42	4 540	5,77
ITEP (troubles du caractère et du comportement)	Établissements	217	0,92	442	0,56
	SESSAD	84	0,36	279	0,35
	<b>Total</b>	301	1,28	721	0,92
IEM (déficience motrice)	Établissements	82	0,35	238	0,3
	SESSAD	47	0,2	302	0,38
	<b>Total</b>	129	0,55	540	0,69
Établissements pour polyhandicapés	Établissements	79	0,34	294	0,37
	SESSAD	3	0,01	20	0,03
	<b>Total</b>	82	0,35	314	0,4
Instituts pour déficients auditifs	Établissements	145	0,62	329	0,42
	SESSAD	165	0,7	365	0,46
	<b>Total</b>	310	1,32	694	0,88
Instituts pour déficients visuels	Établissements	25	0,11	59	0,07
	SESSAD	75	0,32	249	0,32
	<b>Total</b>	100	0,43	308	0,39
Accueil temporaire	Établissements	2	0,01	31	0,04
Accueil expérimental	Établissements	10	0,04	18	0,02
Totaux établissements et services pour enfants handicapés	Établissements	1 465	6,24	4 639	5,89
	Services, hors CAMSP et CMPP	741	3,16	2 527	3,21
	CAMSP	100	0,43	550	0,7
	CMPP	0	0	180	0,23
	<b>Total</b>	2 306	9,83	7 896	10,03

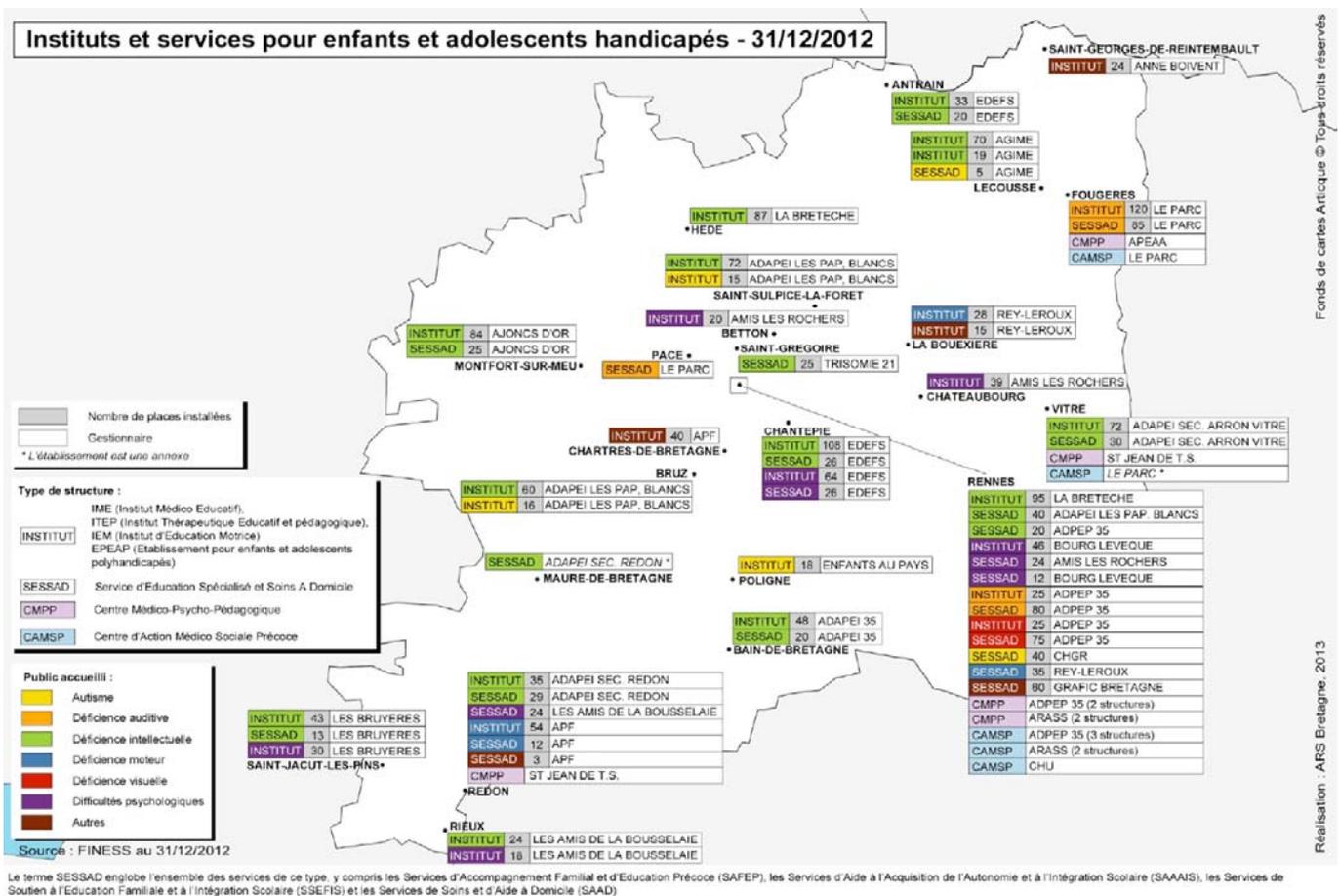
Tableau 2 : Taux d'équipement Adultes Handicapés

CAPACITÉS AUTORISÉES ET FINANCÉES ET TAUX D'ÉQUIPEMENT AU 31 DÉCEMBRE 2012				
Projection population 2012 de 20 à 59 ans Estimation INSEE	480 720		1 636 213	
	T.S. 5		Bretagne	
	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.
MAS	345	0,72	1 138	0,7
FAM	332	0,69	1 610	0,98
CPO	40	0,08	111	0,07
CRP	248	0,52	280	0,17
UEROS	15	0,03	25	0,02
Ets. expérimentaux	6	0,01	6	0
Accueil temporaire	2	0	15	0,01
SSIAD PH et SPASAD	148	0,31	348	0,21
SAMSAH	200	0,42	487	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>1 336</b>	<b>2,78</b>	<b>4 020</b>	<b>2,46</b>

## Structures pour adultes handicapés



## Instituts et services pour enfants et adolescents handicapés



### • Problématique des jeunes de plus de 20 ans sous amendement Creton

L'élaboration du PRS et les travaux du SRO-MS en Bretagne ont mis en évidence la persistance d'une demande soutenue dans le domaine des ESMS, tant pour enfants et adolescents que pour adultes handicapés.

Malgré l'effort apporté par le Plan pluriannuel 2007-2012 de création de places pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées, le nombre de jeunes adultes âgés de 20 ans ou plus pris en charge en établissements pour enfants reste élevé (437 jeunes concernés au 31 décembre 2011 pour la région). S'agissant du territoire 5, on comptabilise au moment de l'enquête 107 jeunes bénéficiaires de l'amendement Creton. La moyenne d'âge de ces jeunes est de 22 ans. Parmi cette centaine de jeunes, 64 personnes ont une orientation ESAT, 24 personnes ont une orientation en foyer de vie, 6 personnes ont une orientation en accueil de jour, 2 personnes ont une orientation SACAT (section annexe de CAT) et 3 personnes ont une orientation MAS/FAM.

Cet accueil prolongé de jeunes adultes dans les ESMS pour enfants limite le nombre de places destinées aux enfants en bloquant de nouvelles entrées et laisse trop de jeunes adultes à l'écart d'un soutien médicosocial adapté à leurs besoins.

Face aux conséquences de l'amendement Creton, l'ARS Bretagne a souhaité avoir une meilleure connaissance des freins à la sortie des établissements pour enfants ainsi que des pratiques et dispositifs concourant à favoriser la transition du secteur enfant vers le secteur adulte.

Une étude a été réalisée par le CREAI de Bretagne en 2012. Cette étude doit permettre à l'ARS de disposer d'un certain nombre de préconisations pour assurer le bon fonctionnement des établissements au regard de leur autorisation et améliorer la transition entre le secteur enfant et le secteur adulte.

La mise en œuvre de ces préconisations inclut la publication d'un appel à projets par l'ARS Bretagne sachant que l'étude souligne l'importance de l'implication de tous les acteurs du handicap.

### • Vieillesse des personnes en situation de handicap

L'enquête ES 2010 est en cours d'exploitation : elle sera restituée au groupe technique régional mis en place sur cette thématique et ultérieurement diffusée aux acteurs de terrain.

## QUELQUES DONNÉES D'ACTUALITÉ PAR PAYS

### Pays de Brocéliande

Parmi les axes de travail du Pays de Brocéliande, on peut noter l'élaboration d'un diagnostic territorial de santé centré sur les acteurs de santé qui interviennent dans la prise en charge d'une personne âgée et/ou en situation de handicap. On peut également noter la mise en place avec le CAUDHEM d'une réflexion sur la coordination et la fluidité du parcours de vie et de soins pour les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes) ainsi que sur les sorties d'hospitalisation.

Dans le même sens, la création d'un outil pour connaître la disponibilité des places en hébergement permanent, en hébergement temporaire, en accueil de jour et en accueil de nuit à l'échelle du Pays de Brocéliande est proposée.

Enfin, la création d'outils d'informations référençant l'offre de soins médicale, paramédicale, sanitaire et médico-sociale sur le Pays de Brocéliande à destination des mairies pour informer et orienter les usagers est envisagée.

### Pays de Fougères

Sur le Pays de Fougères, un projet de restructuration de l'IME géré par l'association Anne BOIVENT et actuellement installé à Saint Georges de Reintembault est en cours.

Ce besoin en restructuration est issu de plusieurs constats : une réduction des demandes d'admission de la part des familles d'enfants polyhandicapés en internat complet 365 jours/ 365 jours, depuis 2010, une très forte demande en accueil séquentiel, temporaire, en internat semaine, d'enfants polyhandicapés et aussi d'enfants autistes-TED, des lieux de vie non adaptés avec une vétusté des locaux et un éparpillement des bâtiments non propices à la pacification des troubles des enfants.

Une étude CREAL a préconisé de modifier l'agrément vers un IEAP (Institut pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) avec une section accueil enfants autistes-TED (Troubles Envahissants du Développement), de favoriser la diversité des modalités d'accueil, de développer le travail avec les partenaires sur le territoire (secteur pédo-psychiatrique, centre hospitalier, libéraux, IME...), d'avoir des bâtiments adaptés au public et de former le personnel et adapter les besoins en ETP en fonction du public accueilli.

Le projet vise donc à la construction d'un IEAP à Fougères ou à proximité, un bâti en rez-de-chaussée, proche des partenaires (CTEA, Maison Bleue, centre hospitalier, IME la Dussetière...) de 26 places, dont 24 places selon l'agrément actuel et 2 places supplémentaires en accueil temporaire. Un accueil gradué (internat, semi-internat et accueil temporaire) serait donc proposé à des enfants polyhandicapés et à des jeunes autistes.

### Pays de Redon

Il est à noter l'absence de CAMSP sur le secteur de Redon. Le pays de Redon compte un Centre Médico-psycho-pédagogique qui alerte régulièrement les services de l'ARS sur le long délai de prise en charge : le délai d'attente pour un premier rendez-vous est de 6 à 9 mois.

Il compte également un SESSAD et un IEM qui fonctionnent bien avec un partenariat établi avec l'Education Nationale.

Il est également à noter la médicalisation de 5 places du Foyer de vie de la MAPAH le Tertre pour personnes handicapées vieillissantes en mai 2009.

### Pays de Rennes

Parmi les orientations du CLS de Rennes, on peut noter la volonté de faciliter l'intégration des enfants en situation de handicap ou porteurs de maladies chroniques en milieu ordinaire. Il s'agira de renforcer les liens avec l'Education Nationale, la MDPH et la ville et de permettre un accompagnement de terrain des professionnels accueillant un enfant en situation de handicap.

La place de la prévention précoce est réaffirmée avec la nécessaire coordination autour du parcours de l'enfant et la prise en compte des difficultés du comportement.

Par ailleurs, sur le secteur rennais est menée une étude sur les CAMSP : 5 CAMSP de petites tailles sont basés sur le secteur rennais. Cette étude de CREAL porte sur la réorganisation possible de ces CAMSP. La restitution de cette étude devrait avoir lieu courant mars.

### Pays de Vallons vilaine

Au sein du Pays de Vallon s'est constitué le Collectif Handicap Adultes Territoire 5-sud (C.H.A.T 5-sud). Il s'agit d'un groupe de travail qui regroupe les principaux établissements concernant le champ du handicap adulte au sein du Pays des Vallons de Vilaine élargi. Le groupe de travail est constitué de l'association ADIMC 35, de l'association l'Étoile de Siloé, l'association Notre Avenir, l'association Vivre autrement et Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve.

### Pays de Vitré

Le pays de Vitré compte notamment le CAMSP « Farandole » géré par l'association Le Parc. Ce CAMSP est désormais bien identifié sur les 2 territoires d'intervention de Fougères et Vitré. Le site de Vitré comprend le pays de Vitré et ses 4 communautés de communes : Pays de Châteaubourg, Pays de la Roche aux Fées, Pays Guerchais et le Bocage Vitréen. Il faut noter sur ce territoire que la restructuration de l'IME de Poligné est en voie d'achèvement. À partir d'avril 2013, l'IME accueillera 20 jeunes (7 en Internat, 5 en semi-internat, 8 en semi-internat et placement familial spécialisé) dans une nouvelle construction à proximité du bourg de Poligné.

#### **La volonté de mieux connaître les attentes des usagers : idée de « l'étude de parcours »**

Dans le cadre des travaux du PTS, le groupe consacré à la thématique des « Handicap et parcours de vie » a sollicité l'association « EHESP conseils » afin de réaliser en 2012 une étude de parcours d'usagers au moyen d'entretiens individuels et de questionnaires auprès d'associations.

Quatorze entretiens ont été réalisés auprès de personnes identifiées par la MDPH et les CAMSP, et une dizaine de questionnaires ont été renseignés par les associations afin de mettre en évidence :

- les difficultés rencontrées par les usagers et/ou leurs familles, avec notamment l'identification des points de rupture dans le parcours ;
- l'expression des attentes des acteurs terrain intervenant dans le secteur du handicap.

Il est important de signaler que le critère de sélection (derniers dossiers parvenus à la MDPH) crée un biais dans les réponses des personnes interrogées :

- au plan administratif, leurs dossiers sont généralement en instance de traitement par la MDPH ;
- concernant le volet handicap, difficultés à évoquer des aspects encore méconnus (ex : associations, etc.).

Il faut noter également la difficulté à réaliser un échantillonnage représentatif des personnes en situation de handicap (26 coordonnées transmises sur 50 prévues initialement), ayant pour conséquence une répartition géographique des entretiens réalisés plutôt en milieu rural. En conséquences des limites évoquées, les travaux réalisés par l'association EHESP Conseil constituent un éclairage dont la dimension est essentiellement qualitative.

Les résultats des informations recueillies ont permis de mettre en exergue les points suivants :

- la vision globale du parcours, des enjeux ou des acteurs est limitée avec une démarche d'identification des acteurs circonscrite aux besoins immédiats de la personne en situation de handicap ;
- le recours des familles aux technologies de l'information et de la communication (TIC) et notamment à Internet est important avec deux axes de recherche d'information :
  - évolution de la pathologie / Handicap ;
  - réalisation des démarches administratives.
- les formalités administratives sont perçues comme trop lourdes, avec un manque de transparence et d'information sur le contenu des procédures ainsi que sur les procédures d'admission en établissement et l'exploitation des listes d'attente ;
- le suivi médical pose des difficultés, par exemple pour obtenir des rendez-vous dans certaines spécialités (ex : gynécologie – ophtalmo...) et les partenariats entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social dans les parcours de soins doivent être renforcés ;
- les changements de structure ou de situation professionnelle constituent une étape clé dans les parcours de vie et pèsent sur les perspectives d'avenir des personnes concernées et de leur entourage avec des inquiétudes relatives aux capacités d'accueil. Cette insuffisance de l'offre au regard des besoins et la disparité de cette offre sur le territoire sont également mises en évidence par les professionnels du secteur ;
- Les difficultés de coordination entre les acteurs sont un facteur de rupture dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

Dans le cadre de leurs réflexions, les acteurs du territoire ont mis en évidence que certains axes de travail relevant des enjeux inscrits dans le PRS et/ou relevant de plan nationaux sont aussi des enjeux du territoire :

- l'observation partagée ;
- l'accompagnement des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants ;
- l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ;
- l'accompagnement des personnes lourdement handicapées La prise en charge des personnes autistes ou atteintes de Troubles Envahissants du Développement (TED).

Il ressort du diagnostic, de l'étude des parcours (même si elle reste modeste) et des échanges qui ont eu lieu que notre PTS doit répondre à 5 enjeux :

- la nécessité d'objectiver les besoins : l'observation partagée ;
- la nécessité de développer une meilleure coordination entre les différents acteurs pour favoriser la fluidité des parcours et privilégier le maintien de l'autonomie ;
- la nécessité d'améliorer l'information vers les usagers et vers les professionnels ;
- la nécessité d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ;
- la prise en charge des personnes souffrant d'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED).

### • 1<sup>er</sup> enjeu : la nécessité d'objectiver les besoins : l'observation partagée

Les enjeux de l'observation partagée sont une priorité d'envergure régionale, inscrite dans le PRS, mais qui intéresse les acteurs de terrain, les membres du groupe de travail et de la conférence de territoire dans son ensemble. Tous souhaitent pouvoir connaître et s'approprier dans les meilleures conditions les résultats des travaux et études en cours, disposer de diagnostics précis pour poursuivre leur réflexion et mieux mesurer l'adéquation entre les besoins et les accompagnements proposés.

Le travail en cours avec les MDPH de la région sera source d'informations précieuses pour mieux connaître par département la réalité des situations individuelles : nature des déficiences, besoins, réponses apportées ou non... De la même manière, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine lance dans le cadre de l'élaboration de son schéma une étude sur la situation des personnes handicapées et avec l'accord de l'ARS, elle sera étendue au champ de l'enfance handicapée, des SSIAD et des ESAT. On peut également évoquer les études régionales engagées par l'ARS sur les SESSAD, les CAMSP, les jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants, l'autisme, le handicap psychique... et les travaux du groupe régional « Observation partagée » notamment sur les listes d'attente.

Cette thématique ne donne pas lieu à l'élaboration de fiche action spécifique mais figure néanmoins dans le PTS comme axe majeur car de nature à permettre aux acteurs de terrain et aux autorités de mieux travailler ensemble sur des objectifs communs d'amélioration de l'accompagnement des personnes.

### • 2<sup>ème</sup> enjeu : la nécessité de développer une meilleure coordination entre les différents acteurs pour favoriser la fluidité des parcours et privilégier le maintien de l'autonomie

Parmi les acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes en situation de handicap, certains occupent une place particulièrement importante, car en lien avec la vie quotidienne des intéressés : la MDPH et la CDA (qui prononce les orientations), le médecin traitant dans une mission de coordination et de soutien, l'Éducation Nationale pour les questions de scolarisation des enfants et des jeunes, les assistantes sociales pour l'accompagnement et le soutien dans les démarches, les CLIC, les structures d'accompagnement et de soins (CMP, CAMSP, IME, ESAT, SSIAD etc.).

D'autres acteurs importants, à côté de ceux cités ci-dessus, sont parfois amenés à jouer un rôle déterminant :

- les maires pour un volet information et des actions de soutien ponctuelles ;
- la médecine du travail dans le cadre de la procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- le juge des tutelles pour le suivi et le renouvellement des mesures de protection.

La diversité et la multiplicité des intervenants doit être une richesse pour les personnes en situation de handicap et non devenir un facteur de complexification du parcours de vie. Il existe dans chaque histoire de vie des étapes clés, des changements qui, s'ils sont mal anticipés, mal coordonnés ou mal préparés, constituent alors de vrais risques de ruptures et de souffrance pour la personne. Cette réalité humaine trouve un écho particulièrement fort quand il s'agit du parcours de vie des personnes en situation de handicap, en raison notamment de la multiplicité du nombre d'intervenants potentiels.

Les changements de structure ou de situation constituent des étapes clés dans les parcours de vie et la priorité doit être donnée à l'humain et à l'individualisation des parcours :

- les contacts physiques sont privilégiés par rapport aux contacts par mail ou par téléphone (intérêt des permanences décentralisées) ;
- la préservation d'une part de liberté de décision est essentielle.

Un certain nombre d'initiatives existent déjà sur le territoire de santé pour essayer de mieux coordonner les interventions des professionnels au bénéfice d'un parcours de vie plus fluide, comme par exemple :

**Le groupe de recherche et d'actions des associations locales (GRAAL)** réunit actuellement 12 associations qui souhaitent promouvoir les parcours de vie des personnes adultes handicapées en Ille et Vilaine.

Ensemble, ces associations mettent en place un dispositif de supra-coordination visant à assurer une meilleure adéquation entre les besoins des personnes handicapées, tels que définis dans leur projet de vie, et les places disponibles au sein des établissements et services gérés par les associations gestionnaires appartenant au GRAAL. Les leviers identifiés pour mieux articuler leurs interventions passent par :

- l'instauration d'un système globalisé de gestion des places disponibles en établissements et services d'aides par le travail (ESAT), services d'accompagnement, accueils de jour, accueils temporaires et hébergements permanents ;
- une optimisation des sorties :
  - développer la mobilité inter-structures des personnes handicapées ;
  - favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun.
- un soutien aux personnes handicapées dans la gestion des périodes de transitions : accompagnement à l'élaboration des projets de vie, accompagnement vers les structures et services adaptés (stage, formation, accueil temporaire, séjour de rupture...).

Au-delà des coordinations « informelles » dont on connaît aussi la précarité car elles tiennent souvent à l'engagement d'individualités, l'initiative du GRAAL a l'avantage d'être formalisée par une convention entre les membres sur la base d'un projet commun et inscrit sur un territoire.

Il conviendrait de recenser, faire connaître et promouvoir les initiatives locales et/ou expérimentales de cette nature. Pour exemple dans le cadre d'une meilleure coordination autour du parcours de vie, il serait intéressant d'évaluer la possibilité d'une généralisation sur le territoire de l'expérimentation conduite par Trisomie 21 (MDPH).

### • 3<sup>ème</sup> enjeu : la nécessité d'améliorer l'information vers les usagers et vers les professionnels

La complexité de l'organisation administrative, l'enchevêtrement des dispositifs et la technicité des vocabulaires sont des obstacles au quotidien, particulièrement pour les plus vulnérables. Il est important que les professionnels se mettent, à chaque fois que c'est possible, en situation de « gérer » entre eux cette complexité pour faciliter l'accessibilité des bénéficiaires aux dispositifs dont ils ont besoin. Il est nécessaire de renforcer et adapter la communication et l'information sur les points suivants :

- les procédures MDPH et les aides financières, tant pour les personnes concernées que pour les professionnels assurant la prise en charge ;
- les procédures d'admission définies par les établissements et la gestion des listes d'attente, afin de les rendre lisibles tant pour les personnes concernées que pour les professionnels assurant la prise en charge.

Ces actions sont importantes mais ne font pas l'objet de travaux dans le cadre du PTS du territoire 5. En effet, des actions sont en partie déjà inscrites dans les actions prévues à l'échelon du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine pour les établissements et services de sa compétence. Concernant plus spécifiquement les listes d'attente, des travaux vont être réalisés au niveau régional par l'ARS sur le sujet et le territoire propose d'être associé à cette réflexion.

À son niveau, la conférence de territoire souhaite s'impliquer sur les questions relatives au handicap et permettre à ses membres de renforcer leurs connaissances sur le sujet.

#### • 4<sup>ème</sup> enjeu : la nécessité d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

De nombreuses situations de handicap rendent l'accès aux soins difficiles. Plusieurs études cliniques vont dans le sens de probables retards de diagnostics du fait de la complexité de la prise en charge en raison du handicap.

Différents domaines/spécialités où l'accès aux soins pose problème ont été listés :

- dépistage/prise en charge des troubles du langage ;
- accès gynécologique : mis en évidence par une étude menée par le réseau paralysie cérébrale ;
- suivi du poids des personnes en situation de handicap sévère ;
- consultation dentaire ;
- ophtalmologie ;
- accès soins infirmiers (SSIAD, cabinets infirmiers libéraux) ;
- HAD pour les résidents de structures.

Pour ce dernier point, les récents décrets de septembre 2012 autorisent désormais l'HAD à réaliser des prises en charges dans l'ensemble des établissements sociaux et médico sociaux avec hébergement.

Il convient donc de favoriser le développement de cette prise en charge pour les résidents des ces établissements.

### Des problématiques majeures limitant la prise en charge ont été identifiées :

#### 1. Difficultés d'accès à l'offre de soins pour une prise en charge satisfaisante liées à :

- des raisons matérielles :
  - difficultés de déplacement et de mobilité, de relation verbale ou visuelle ;
  - inadaptation des cabinets ;
  - difficultés d'accessibilité aux équipements de soins, de prise en charge des personnes par les professionnels de santé, de l'accompagnement nécessaire lors de leurs soins ;
  - en raison de difficulté d'accès aux SSIAD pour des personnes très lourdement handicapées (manque de places et couverture du territoire non optimale).
- des raisons comportementales :
  - incapacité à exprimer une douleur ;
  - manque de confort ;
  - immobilité en cas de déficience motrice.
- des raisons de prise en charge par les professionnels
  - les soignants s'adressent à la personne qui accompagne plutôt qu'à la personne handicapée ;
  - manque de temps, consultation plus important du fait de manutentions pour l'examen non valorisées
  - formation médicale insuffisante ;
- des problèmes de communication avec les patients.
- accès aux consultations spécialisées difficile.

#### 2. Manque d'identification des ressources

- réseaux de soins trop informels ;
- manque de lisibilité par rapport aux réseaux de soins souvent mal connus ;
- méconnaissance d'une cartographie de professionnels libéraux spécialisés ;
- déficit de connaissances des professionnels par les personnes en situation de handicap.

#### 3. Insuffisance d'échange d'informations

- difficultés dans la transmission des infos pour une meilleure efficacité des consultations ;
- manque d'information pour une préparation des consultations en vue d'une meilleure prise en charge.

### Ainsi 4 axes majeurs ont été identifiés sur le thème de l'accès aux soins

- améliorer la formation, l'information auprès des professionnels de santé, des structures et des accompagnants ;
- avoir un outil informatisé permettant d'identifier les ressources et d'améliorer les échanges ;
- développer des lieux d'accueil adaptés afin de compléter le dispositif ambulatoire ;
- améliorer les réponses de nursing à domicile pour un public lourdement handicapé ne relevant ni de l'HAD, du SSIAD.

### • 5<sup>ème</sup> enjeu : la prise en charge des personnes souffrant d'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)

La Conférence de Territoire, en accord avec l'ARS, souhaite à la veille de l'annonce du 3<sup>ème</sup> plan autisme, que le PTS intègre certaines orientations sur le sujet à partir d'une focale sur la situation dans le territoire de santé.

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements des services Sociaux et Médico sociaux (ANESM) ont diffusé ensemble en mars 2012 une recommandation de bonne pratique en matière d'autisme et autres TED, intitulée « interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent ». Leurs préconisations sont détaillées dans le texte diffusé et elles se structurent autour de 4 grandes orientations :

- associer l'enfant/l'adolescent et ses parents – porter attention à la fratrie ;
- évaluer régulièrement le développement de l'enfant/adolescent ;
- lier évaluations et élaboration du projet personnalisé ;
- intervenir précocement de manière globale et coordonnée.

Cette recommandation s'inscrit par ailleurs dans la continuité de l' « état des connaissances » publié par la HAS en janvier 2010 et vient compléter :

- la recommandation publiée en janvier 2010 par l'ANESM « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres TED » ;
- les recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme réalisées par la fédération française de psychiatrie avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la HAS en 2005 et finalisées en 2011 concernant le diagnostic et l'évaluation chez l'adulte.

Les principes d'action portés conjointement par la HAS et l'ANESM ont un caractère assez universel et transférable et ils doivent guider notre action locale.

Les principales difficultés relayées aux autorités compétentes sont portées à la fois par les familles et les associations de familles, les équipes et les gestionnaires d'établissements et services du secteur médico-social et du secteur sanitaire mais aussi par les élus fréquemment interpellés sur des situations individuelles douloureuses et sur les limites des dispositifs existants.

Nos leviers sont multiples et, au-delà de l'augmentation progressive des capacités que les autorités s'efforcent d'accompagner dans le cadre de la planification, c'est bien une approche globale qu'il faut privilégier pour pouvoir se saisir de toute opportunité d'amélioration permettant à chacun d'exercer dans les meilleures conditions son métier ou ses responsabilités parentales.

Des études régionales sont en cours, le 3<sup>ème</sup> plan national pour l'autisme sera présenté en cours d'année et ces travaux viendront éclairer les réflexions des acteurs et des décideurs. Pour autant, et sans attendre, notre connaissance partagée des enjeux du territoire de santé permet de cibler aujourd'hui 2 sujets qui constitueront les thèmes prioritaires au titre de ce 5<sup>ème</sup> enjeu :

### 1. Répondre aux besoins des jeunes adultes autistes souffrant de troubles sévères et nécessitant une prise en charge adaptée, au-delà des dispositifs existants en Ille et Vilaine

Le CH Guillaume Régnier, établissement public de santé mentale, élabore son projet médical et a mené une réflexion spécifique autour de la situation de « patients souffrant de troubles autistiques ou apparentés, avec troubles envahissants du développement et qui nécessitent des soins très spécifiques, peu ou pas mis en œuvre actuellement, faute d'adaptation de la structure ».

Une information importante : le Centre Ressources Régional de l'Autisme (CRRA), dont le siège est à Brest, dispose désormais d'une équipe associée à Rennes au CHGR. Cette expertise supplémentaire constitue un atout pour nos réflexions locales.

Les équipes médicales du CHGR mettent en évidence plusieurs constats :

- les adultes avec les formes les plus sévères d'autisme se retrouvent à l'hôpital faute de possibilité de maintien au domicile (domicile personnel, familial ou médico-social) ;
- une prise en charge insuffisamment spécifique notamment pour les formes cliniques les plus sévères ;
- une trop grande dispersion au sein des unités du CHGR corrélée à l'absence d'unité dédiée ;
- des conditions d'accueil difficiles ;
- une articulation insuffisante avec le médico-social ;
- une absence de données géo-populationnelles sur le territoire de santé 5.

La réflexion conduit le CHGR à évoquer l'idée d'un dispositif reposant sur une unité d'hospitalisation dédiée, des places hôpital de jour et une équipe mobile. Sans préjuger de la manière dont le CHGR pourrait financer le projet (échanges particuliers que l'ARS envisage dans un cadre général de négociation avec l'établissement), il constitue un socle de propositions à partir desquelles l'ARS souhaite, avec les acteurs de la conférence de territoire, poursuivre le travail de construction d'un nouveau dispositif répondant aux besoins de soins et d'accompagnement des jeunes adultes autistes souffrant de troubles sévères du développement.

**À ce stade, les objectifs envisagés sont notamment :**

- renforcer l'offre de soins ;
- améliorer le repérage diagnostique ;
- fluidifier les parcours avec le médico-social ;
- améliorer la prise en charge des adultes autistes à domicile ;
- développer la formation des équipes.

Il convient d'inscrire dans le PTS une action visant, sur la base de la réflexion engagée par le CHGR et en lien avec l'ARS, à finaliser un projet pour la prise en charge des jeunes adultes autistes sévères, projet qui serait commun au champ sanitaire et au champ médico-social dans le cadre des orientations nationales du nouveau Plan autisme à paraître courant 2013.

## **2 – Renforcer la connaissance mutuelle des intervenants et des structures du territoire de santé pour mieux répondre ensemble aux besoins des personnes autistes et de leurs familles**

Si les structures et intervenants identifiés dans le champ de l'autisme se connaissent et se croisent régulièrement, ils n'ont cependant pas encore construit ensemble un cadre d'intervention commun et coordonné. Or, la complexité de certaines situations individuelles et la nécessité de soutenir tant les familles que les professionnels, conduisent l'ARS à dire aujourd'hui qu'il est nécessaire, avec les acteurs de terrain, de donner une nouvelle impulsion aux dispositifs existants pour mieux les mettre en synergie, en complémentarité et en soutien les uns avec les autres. En lien avec l'ARS, la MDPH d'Ille-et-Vilaine engage une réflexion avec les acteurs de la prise en charge de l'autisme (notamment les référents médicaux) sur l'amélioration des parcours individuels. En complément de cette approche, il faut promouvoir une dynamique de mise en réseau des différentes institutions, associations, etc... mobilisées autour de l'autisme. L'objectif est qu'ils puissent définir une stratégie commune et coordonnée pour améliorer la lisibilité de gradation des réponses existantes, de gestion des situations de crise, de soutien aux familles et aux aidants, de gestion des situations complexes.

### **III. OBJECTIFS ET ACTIONS**

Les orientations des fiches actions de cette thématique pour le territoire de santé 5, ont été fixées autour des 5 axes ci après :

- veille sur les travaux régionaux en cours au titre de l'observation partagée, afin de disposer de diagnostics affinés, partagés et appropriés qui permettront de construire et/ou ajuster nos stratégies d'intervention aux enjeux locaux ;
- la coordination des acteurs et le renforcement de leurs liens ;
- l'information et la communication vers les usagers et les professionnels ;
- l'accès aux soins spécifiques et non spécifiques pour les personnes handicapées (soins somatiques, psychiatriques, urgences...);
- la prise en charge des personnes autistes ou atteintes de Troubles Envahissants du Développement (TED).

### **AXE STRATÉGIQUE 1 : veille sur les travaux « observation partagée »**

Cet axe ne fait pas l'objet de fiche action spécifique.

### **AXE STRATÉGIQUE 2 : meilleure coordination des acteurs au service de la fluidité des parcours**

#### **Objectif 1 : soutenir les liens entre acteurs, le développement de dynamiques de réseau, une meilleure connaissance et communication entre acteurs**

L'objectif est de soutenir le développement de dynamiques de réseau visant le champ du handicap à l'échelle du territoire 5, en tenant compte des besoins identifiés par les acteurs de terrain sur le territoire 5 et de maintenir le groupe de travail incluant les différents acteurs afin de poursuivre le travail engagé.

- **Action n° 1** > Mise en place d'une coordination territoriale des acteurs autour du parcours des personnes handicapées

### **AXE STRATÉGIQUE 3 : amélioration de l'information vers les usagers et les professionnels**

#### **Objectif 1 : améliorer l'information sur les accompagnements possibles**

- **Action n° 2** > Création d'un nouveau support d'informations utiles

### **AXE STRATÉGIQUE 4 : amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap**

#### **Objectif 1 : améliorer la formation, l'information auprès des professionnels de santé, des structures et des accompagnants**

- **Action n° 3** > Organisation de rencontres territoriales (forums)

#### **Objectif 2 : améliorer la communication, le suivi et les échanges**

- **Action n° 4** > Développement des outils adaptés pour les échanges entre professionnels

#### **Objectif 3 : développer des lieux d'accueil adaptés**

La complexité, l'importance du handicap rend très difficile voir impossible la réalisation par un médecin spécialiste seul un examen satisfaisant, limitant ainsi l'accès aux soins (Exemples : gynécologie, Soins dentaires, ophtalmologie...) La centralisation de moyens techniques, de personnels mutualisés, d'aide à des transferts sur un seul lieu adapté permettrait la réalisation d'examens par un plus grand nombre de professionnels. Cette centralisation nécessite donc le partenariat de plusieurs professionnels pouvant se rendre dans ces structures de consultations.

- **Action n° 5** > Des lieux de soins accessibles et des modalités de prise en charge adaptées

#### **Objectif 4 : apporter des réponses à domicile pour un public lourdement handicapé nécessitant de lourds soins de nursing au quotidien**

- **Action n° 6** > Développement des soins à domicile pour les personnes lourdement handicapées

### **AXE STRATÉGIQUE 5 : accompagnement des personnes souffrant d'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)**

#### **Objectif 1 : renforcer l'offre existante pour les jeunes adultes autistes sévères**

- **Action n° 7** > Mise en place d'un nouveau dispositif de soins et d'accompagnement des jeunes adultes autistes sévères

#### **Objectif 2 : favoriser une meilleure connaissance mutuelle de l'ensemble des partenaires, améliorer et développer l'offre existante**

- **Action n° 8** > Adaptation de l'offre dans le cadre d'une meilleure coordination des acteurs

## THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE

## AXE STRATÉGIQUE 2 : UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS AU SERVICE DE LA FLUIDITÉ DES PARCOURS

## ACTION N° 1 : MISE EN PLACE D'UNE COORDINATION TERRITORIALE DES ACTEURS AUTOUR DU PARCOURS DES PERSONNES HANDICAPÉES

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la connaissance des partenaires médico-sociaux, hospitaliers dans le domaine de la prise en charge des personnes en situation de handicap à l'échelle du territoire de santé.</li> <li>• Donner aux membres de la CT un socle suffisant de connaissances pour mieux comprendre les situations vécues par les personnes en situation de handicap et leurs familles et mieux connaître les professionnels de ce secteur.</li> <li>• Définir la plus value attendue d'une coordination territoriale des acteurs, en complémentarité avec les coordinations locales existantes ou à renforcer (notamment à l'échelle des pays).</li> <li>• Au regard des thématiques identifiées s'appuyer sur l'expertise des acteurs pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>-8 apporter des réponses adaptées aux besoins repérés ;</li> <li>-8 apporter des éléments de réflexion sur les spécificités du TS 5 ;</li> <li>-8 améliorer les pratiques grâce à des temps d'échanges d'analyse des pratiques professionnelles.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Actualisation de la composition du groupe de travail « handicap et parcours de vie » pour en garantir la représentativité et en faire un groupe pérenne à composition variable selon les types de handicap : déficient intellectuel, déficient moteur, déficient psychique, déficient sensoriel, polyhandicapés, autisme...
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire - ARS en lien avec les Conseils Généraux.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Composition d'un groupe territorial pérenne Conférence de territoire 5 représentatif des acteurs, des types de handicap et du territoire.</li> <li>• Identification des partenaires nécessaires à la réalisation de l'action.</li> <li>• Recensement des sujets sur lesquels la coordination territoriale doit prioritairement de se mobiliser.</li> <li>• Programmes de travail et rencontres</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	CG 35 et 56 – MDPH – ARS – Education nationale (public – privée) – Associations usagers – Établissements et services médico-sociaux – Structures sanitaires.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Acteurs du territoire.
<b>Calendrier</b>	2013/2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions.</li> <li>• Actions réalisées ensemble.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE	
AXE STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORATION DE L'INFORMATION VERS LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS	
ACTION N° 2 : CRÉATION D'UN NOUVEAU SUPPORT D'INFORMATIONS UTILES	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer l'information sur les accompagnements possibles.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un outil sur les accompagnements possibles, support à la démarche de recueil et de partage de l'information destiné aux usagers, entourages, aidants, professionnels.</li> <li>• Établir un glossaire commun.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place de réunions par type de handicap porté par la conférence de territoire (missions – rôle).</li> <li>• Faire un état de l'existant en vue de la création d'un répertoire avec plusieurs portes d'entrée (Handicap – pays – âge...) et axes d'information (services – sites recommandés – actualités) qui permettrait une aide à l'orientation et d'identification des acteurs. Identifier les réseaux existants avec leur mission (GCSMS Fil Rouge, Graal...).</li> <li>• Inventorier les sigles et acronymes afin d'élaborer un glossaire commun avec illustrations concrètes.</li> <li>• Définir les supports de diffusion les mieux adaptés, accessibles aux différentes déficiences, pour les usagers et professionnels.</li> <li>• Identifier les sites de diffusion existants (Exemple Rhône Alpes).</li> <li>• Définir les procédures de mise à jour.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	ARS – CG – Pays – MDPH – Associations usagers – Structures médico sociale et sanitaire – CLICS – URPS – Education nationale (Privé – Public)...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers et professionnels.
<b>Calendrier</b>	Début des travaux Avril 2013.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions.</li> <li>• Réalisation et diffusion du répertoire et du glossaire .</li> </ul>

**THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE**
**AXE STRATÉGIQUE 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**
**ACTION N° 3 : ORGANISATION DE RENCONTRES TERRITORIALES (FORUMS)**

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer la formation et l'information auprès des professionnels de santé, des structures et des accompagnants.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir le périmètre de l'action (quels types de handicap).</li> <li>• Des rencontres territoriales à destination : <ul style="list-style-type: none"> <li>- des familles, représentants d'associations, des aidants et accompagnants ;</li> <li>- des professionnels des structures et libéraux dans une démarche validante.</li> </ul> </li> <li>• Élaborer des supports adaptés pour favoriser la connaissance des pathologies, des prises en charge spécifiques, des complications fréquentes pour ces populations spécifiques</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence 5 et établissements
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser une rencontre annuelle.</li> <li>• Écriture des fiches dans le cadre de la poursuite du groupe intégrant des acteurs du sanitaire, du médico-social, des usagers – des représentants d'associations.</li> <li>• Diffusion de fiches spécifiques à partir des supports existants en privilégiant un support informatique commun et accessible pour tous les professionnels de santé (définition du lieu d'hébergement).</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	Acteurs représentatifs du territoire et des différents champs.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Amélioration de la connaissance et de la prise en charge pour ces populations spécifiques.
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration des supports.</li> <li>• Nombre de rencontres.</li> <li>• Enquête de satisfaction des rencontres</li> </ul>

**THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE**
**AXE STRATÉGIQUE 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**
**ACTION N° 4 : DÉVELOPPEMENT DES OUTILS ADAPTÉS POUR LES ÉCHANGES ENTRE PROFESSIONNELS**

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer la communication, le suivi et les échanges.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un outil informatisé sécurisé de communication et d'échanges.</li> <li>• Développer une cartographie avec annuaires spécifiques des PS.</li> <li>• Développer des fiches de liaisons communes de pré consultation.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>L'outil informatique mis en place par le réseau BREIZ IMC en collaboration avec le GCS et l'ARS Bretagne a permis de développer sur une pathologie spécifique un recueil organisé et une communication entre tous les professionnels de santé.</p> <p>Sur la base de ce modèle, l'ouverture à d'autres pathologies paraît réalisable en mutualisant le maillage déjà mis en place. Le pré-requis à cette mise en place est le développement de fiches de liaisons communes pré-consultation établies à partir des fiches existantes.</p>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	ARS, GSE E-sante Bretagne, CT5...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers.
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS.
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de PS adhérent à l'outil informatique.</li> <li>• Nombre de fiches créées.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE	
AXE STRATÉGIQUE 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	
ACTION 5 : DES LIEUX DE SOINS ACCESSIBLES ET DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ADAPTÉES	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Développer des lieux d'accueil adaptés : Faire en sorte que les personnes handicapées bénéficient, dans le système de droit commun, d'un accès aux soins dans des locaux adaptés et avec un accompagnement d'une tierce personne si nécessaire.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les lieux de soins déjà adaptés et les faire connaître.</li> <li>• Développer des lieux d'accueil adaptés et suffisants afin de compléter le dispositif existant sur le territoire 5 et en s'appuyant sur des structures existantes, notamment dans le champ ambulatoire.</li> <li>• Développer aux côtés des soignants des compétences en assistance pour faciliter les consultations.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS – professionnels de santé
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter un lieu pour les soins dentaires, la gynécologie, le suivi du poids, et l'ophtalmologie.</li> <li>• Développer les temps de vacation si nécessaire.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	ARS - URPS – Collectivité...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers.
<b>Calendrier</b>	Durée PRS
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des locaux et organisation de la prise en charge.</li> <li>• Nombre de suivi patients année.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE	
AXE STRATÉGIQUE 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	
ACTION N°6 : DÉVELOPPEMENT DES SOINS À DOMICILE POUR LES PERSONNES LOURDEMENT HANDICAPÉES	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apporter des réponses à domicile pour des personnes lourdement handicapées nécessitant de lourds soins de nursing au quotidien (Y compris sur des horaires atypiques : soir – nuit – Week-end...).</li> <li>• Prévenir le maintien en hospitalisation ou les ré-hospitalisations lorsqu'une prise en charge à domicile est possible.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État des lieux des liens et/ou des conventions HAD – SSIAD.</li> <li>• Évaluer les besoins (nombre de personnes concernées par bassin de population).</li> <li>• Sous réserve d'une évolution favorable de la réglementation, rendre compatible l'intervention de SSIAD et HAD en complémentarité</li> <li>• Renforcer et organiser l'offre en SSIAD Personnes moins de 60 ans, particulièrement par la création de places de SSIAD pour personnes lourdement handicapées.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion des structures déjà engagées sur ces questions.</li> <li>• Conventions entre intervenants (soins et domicile).</li> <li>• Appel à projet SSIAD (sous réserve d'inscription préalable dans le PRIAC).</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	SSIAD Personnes moins de 60 ans, URPS, HAD, Conseil Général, CPAM...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients lourdement handicapés.</li> <li>• Amélioration de la qualité de vie.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2015
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimation chiffrée des situations nécessitant ce type de prise en charge.</li> <li>• Nombre de conventions HAD/SSIAD.</li> </ul>

## THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE

 AXE STRATÉGIQUE 5 : ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT D'AUTISME ET AUTRES TROUBLES ENVAHISSANTS  
DU DÉVELOPPEMENT (TED)

## ACTION N° 7 : MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU DISPOSITIF DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES ADULTES AUTISTES SÉVÈRES

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'offre existante pour les jeunes adultes autistes dont les troubles associés sont particulièrement sévères.</li> <li>• Faire en sorte que ce projet soit le résultat d'un travail associant les acteurs du soin, de l'accompagnement médico-social et des représentants des familles.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Une conduite de projet pour concevoir une nouvelle offre de soins et d'accompagnement et mieux répondre à des situations complexes et mal prises en charge aujourd'hui.
<b>Portage de l'action</b>	ARS en lien avec les Conseils Généraux.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettre de cadrage ARS.</li> <li>• Groupe projet.</li> <li>• Élaboration du projet (sur la base du pré-projet CHGR).</li> <li>• Validation ARS.</li> </ul>
<b>Articulation et / ou partenaires à mobiliser</b>	CH Guillaume Régnier – représentants du secteur médico-social – représentants des familles – Conseil Général – MDPH...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeunes adultes autistes souffrant de troubles sévères, souvent maintenus à domicile faute d'alternatives.</li> <li>• Prévenir l'épuisement des aidants.</li> <li>• Une prise en charge plus adaptée aux besoins spécifiques des personnes concernées et de leurs proches.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Validation du projet fin 2013 – début 2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-signature d'un projet commun aux acteurs du soin et du médico-social.</li> <li>• Diffusion d'une fiche de présentation du nouveau dispositif.</li> <li>• Inauguration du nouveau dispositif.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE	
AXE STRATÉGIQUE 5 : ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES (ADULTES ET ENFANTS) SOUFFRANT D'AUTISME ET AUTRES TED	
ACTION N°8 : ADAPTATION DE L'OFFRE DANS LE CADRE D'UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser une meilleure connaissance mutuelle des partenaires médico-sociaux, hospitaliers dans le domaine de l'accompagnement des personnes autistes ou atteintes de Troubles Envahissants du Développement (TED) pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- améliorer la gradation des réponses existantes ;</li> <li>- mieux gérer ensemble les situations de crise ;</li> <li>- prévenir l'épuisement des aidants ;</li> <li>- mieux gérer les situations complexes.</li> </ul> </li> <li>• Améliorer et développer l'offre existante (diagnostic pour adulte, équipe mobile...)</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des acteurs et de leurs missions pour l'accompagnement des personnes sur le territoire 5 (circuit diagnostic, accompagnement, hospitalisation, enfant, adulte...).</li> <li>• Réalisation d'un état des lieux de l'offre de services dans le parcours des personnes, notamment pour les adultes (besoins couverts, coordinations nécessaires, offre insuffisante...).</li> <li>• Réflexion sur le cadre pertinent de coopération et sur des nouveaux modes d'accompagnement adaptés.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	ARS en lien avec le CG 35 notamment
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre des acteurs concernés par l'autisme sous l'égide de l'ARS et en lien avec le CG 35 (1er semestre 2013).</li> <li>• Diagnostic partagé (pour 2014).</li> <li>• Rédaction de procédures communes et protocoles.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	MDPH 35, établissements et services médico-sociaux concernés, établissements de santé, association de familles...
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Fluidité des parcours des personnes et accompagnement adapté.
<b>Calendrier</b>	2013/2014
<b>Indicateurs</b>	<p>Nombre de réunions.</p> <p>Nombre de procédures communes.</p>

## ● THÉMATIQUE N°10. LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

### PRÉAMBULE

#### Référent thématique régional :

DR Françoise DURANDIERE - ARS Bretagne

#### Référent thématique territorial :

Luc BOISSEAU - ARS Délégation territoriale 35

#### Référent du groupe de travail conférence de territoire :

DR Benoît NICOLAS

#### Périmètre de la thématique

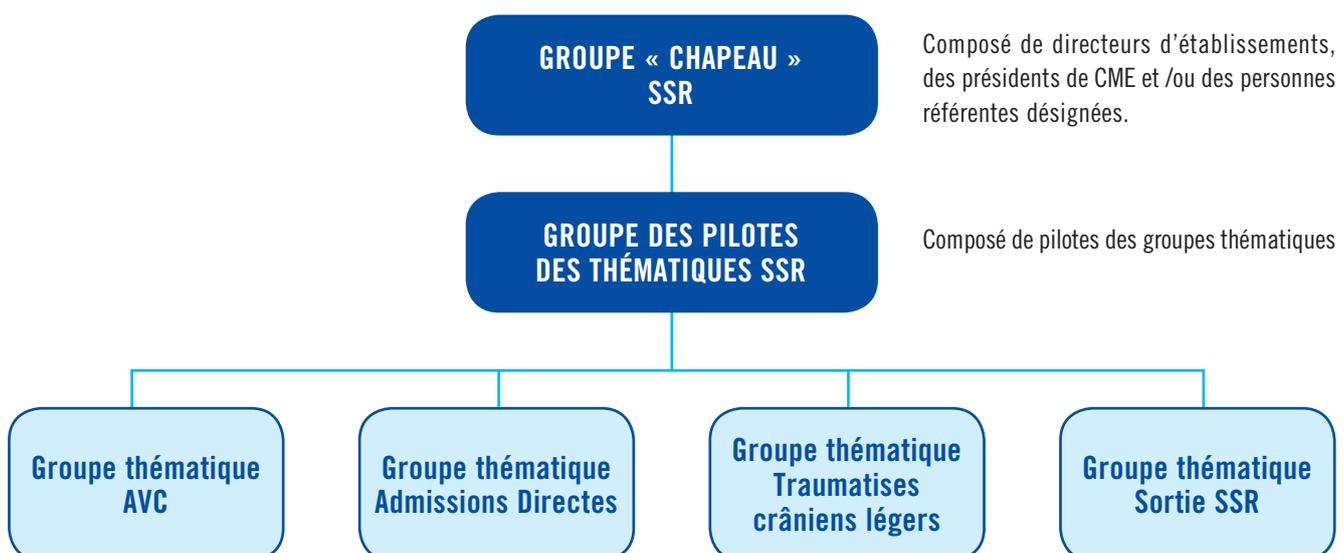
La finalité des soins de suite et de réadaptation (SSR) est de réparer, améliorer ou stabiliser et adapter l'autonomie de malades laissés dépendants par une maladie ou par un accident, mais dont la récupération est possible et recherchée.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) traitent le patient en assurant :

- des soins médicaux, de rééducation et de réadaptation ;
- de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- une préparation et un accompagnement à la réinsertion.

Dans le cadre de la conférence sanitaire, des travaux ont été menés depuis plusieurs années sur la thématique des soins de suite et de réadaptation au regard des spécificités du territoire de santé n° 5. Le Programme Territorial de Santé (PTS) reprend deux axes de travail engagés suite au diagnostic partagé de 2006 (AVC - TRAUMATISES CRANIENS LÉGERS), ainsi que trois nouvelles pistes de réflexions (LES SORTIES SSR – ADMISSIONS DIRECTES – GESTION DES CHUTES).

#### Présentation et organisation des groupes SSR



## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

Le territoire n° 5 compte 23 établissements de soins de suite ou de réadaptation, pour une capacité installée au 31 décembre 2012 de 1384 lits et places dont 1118 lits en hospitalisation complète et 266 alternatives.

### Quelques repères sur l'offre : autorisations délivrées en SSR en 2010

Spécialités SSR	Poly adultes	Poly enfants	Respiratoire	Neuro	Locomoteur	Cardio vasculaire	Nutritionnel	Addicto
CH Fougères	TC							
CH Vitré	TC							
CH Redon	TC			TC	TC			
HSTV Bain	TC							
CH La Guerche	TC							
CH St Brice	TC							
CH Antrain	TC/TP				TC/TP			
CH Montfort	TC							
CH Grand Fougeray	TC							
CH St Méen	TC							
CH Carentoir	TC							
CH Janzé	TC							
Polyclinique St Laurent	TC		TC/TP					
Clinique St Yves						TC	TC	
CRG Chantepie	TC			TC/TP	TC/TP			
La Pierre Blanche	TC							
Pôle St Héliier				TC/TP	TC/TP			
CRRF Beaulieu				TC/TP A et E	TC/TP A et E			
Le Patis Fraux					TC/TP			
Philaë								TC
L'Escaie								TP
Rey Leroux		TC/TP						
CHRU Rennes	TC/TP	TC/TP		TC/TP A et E	TC/TP			

TC : temps complet TP : temps partiel A et E : adultes et enfants, si non précisé uniquement adultes

Pas de SSR onco-hémato et patients brûlés sur le territoire n°5.

### Quelques données d'activités en SSR sur le territoire :

En 2011, 427 134 journées ont été réalisées, soit une évolution de 0,5 % par rapport à 2010 et représentant la part d'activité la plus importante de la région avec près de 24 % des journées produites en Bretagne.

L'activité déclinée sur le territoire se répartit ainsi qu'il suit par tranche d'âge des patients :

- moins de 18 ans : 5 %
- de 18 à 75 ans : 52 %
- plus de 75 ans : 43 %

(Pour mémoire la population du T5 est 862 228 habitants dont 7,47 % de plus de 75 ans, la part des plus de 75 ans sur la population Bretonne étant de 9,78 %)

Les principales caractéristiques des taux de fuite et d'attractivité : (base PMSI 2011)

- pour le SSR adultes, un taux d'attractivité nettement supérieur au taux de fuite avec en priorité le neuromusculaire, cardiovasculaire, le nutritionnel et la santé mentale ;
- globalement un taux d'attractivité de 18 % pour un taux de fuite de 9 % (delta de 37 602 journées) ; A noter que pour les patients hospitalisés hors territoire la majorité opte pour une prise en charge hors Bretagne ;
- pour le SSR enfants, un taux d'attractivité nettement supérieur au taux de fuite avec en priorité la neurologie et les soins nutritionnels ;
- globalement en SSR enfants un taux d'attractivité de 38 % pour un taux de fuite de 13 % (delta de 5 494 journées).

Au niveau des taux de recours et d'équipement, le territoire n° 5 présente un taux de recours légèrement inférieur à la moyenne régionale et un taux d'équipement de 16,1 lits et places pour 100 000 habitants en deçà de la moyenne régionale de 17,7 lits et places pour 100 000 habitants.

### PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX AYANT CONDUIT AUX CHOIX DES NOUVELLES THÉMATIQUES :

Les activités de SSR rassemblent une grande diversité de pratiques.

En effet, l'hétérogénéité du secteur est en bonne part inhérente aux types de soins assurés. La plupart des patients sont admis à la suite d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie (MCO) de court séjour ou en psychiatrie et en fonction de pathologies multiples : affections neuromusculaires, rhumato-orthopédie et affections post-traumatiques, qui génèrent la plus forte activité, mais aussi insuffisance respiratoire, maladies neuro-dégénératives, les cancers, états végétatifs chroniques, addictions...

Un trait, cependant, est commun à l'ensemble des activités de SSR : elles sont dans une position d'intermédiaire, maillon certes indispensable au bon fonctionnement d'ensemble de la filière de soins mais aussi en situation de forte dépendance à l'égard d'autres institutions.

Le fonctionnement efficient des SSR dépend fondamentalement de la bonne articulation des secteurs sanitaires entre eux mais aussi avec les acteurs médico-sociaux dans le cadre de l'organisation du parcours de soins du patient.

### Des facteurs multiples et divers conditionnent la fluidité de l'aval de cette filière :

- les critères d'orientation en sortie de court séjour ;
- le nombre de lieux de vie pour les personnes dépendantes de moins de 60 ans souffrant de pathologies lourdes (très médicalisées) sans possibilité de retour à domicile (patients adultes très médicalisés < 60 ans) ;
- les solutions d'aval pour les moins de 18 ans, et en particulier les adolescents dans la tranche 15-18 ans ;
- les lieux de vie possibles pour les personnes de plus de 60 ans dépendantes ayant un profil jugé lourd et nécessitant des soins spécifiques difficiles à mettre en œuvre en EHPAD (alimentation entérale - patients sous oxygène - patients diabétiques...) eu égard au déficit de paramédicalisation ;
- les possibilités d'hébergements temporaires - d'accueil de jour ;
- le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile ;
- la continuité du dispositif de soins à domicile, ou en structure (hiatus dans la prise en charge des patients entre SIAD – HAD et infirmières libérales - prise en charge la nuit...);
- les politiques, pratiques de maintien à domicile ;
- la lenteur de la mise en œuvre de certains dispositifs notamment au titre de la préparation et des modalités de prise en charge lors du retour à domicile (soins infirmiers – adaptation du logement)... ;
- la complexité des procédures (dérogation, mise sous tutelle...);
- le blocage lié au refus des familles pour passer du SSR vers des structures d'hébergement du fait de raisons financières.

Lorsque ces éléments jouent dans le mauvais sens, ils sont source d'inadéquations constatées à l'entrée ou en sorties non réalisées. Ainsi, du fait de difficultés à orienter en aval, les services de soins de suite hébergent régulièrement des patients âgés ou de jeunes adultes dépendants, ne nécessitant pas de surveillance médicale continue.

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC

L'enjeu visé est simple : « Le patient au bon endroit au bon moment »

Ainsi suite aux travaux engagés dans le cadre de la conférence sanitaire et aux nouvelles réflexions engagées, le groupe de travail a mis en évidence les axes suivants :

- améliorer l'accès aux soins des patients ;
- développer les admissions directes en SSR ;
- améliorer les sorties de SSR ;
- prise en charge de l'AVC ;
- les traumatisés crâniens légers.

## III. OBJECTIFS ET ACTIONS

### AXE STRATÉGIQUE 1 : améliorer l'accès aux soins du patient

Les inadéquations sont nombreuses mais leur niveau est cependant mal connu. S'il existe des inadéquations liées aux admissions précoces en provenance du MCO de patients non stabilisés, c'est-à-dire ne relevant pas encore, pour la plupart, des soins de SSR, la difficulté est plus manifeste encore à l'égard des sorties de SSR.

En outre l'information aux professionnels sur les critères d'admission et les conditions de prises en charge nécessite de renforcer la lisibilité pour les services d'amont notamment sur les motivations de refus d'admission. L'activité des établissements de SSR et une bonne part de leurs modalités de fonctionnement sont tributaires des prescriptions du secteur sanitaire en amont.

Ainsi le groupe a dégagé une orientation de travail sur la définition de critères d'admission\* afin de mieux appréhender l'orientation des patients.

\* critères d'ordre médical et des critères liés à la procédure administrative et à la prise en charge financière.

#### Objectif 1 : Objectiver les besoins sur le territoire 5 dans un objectif d'adéquation entre l'état du patient et son hospitalisation en SSR

- Action n° 1 > Réalisation d'une analyse pour évaluer les inadéquations d'hospitalisation en SSR

#### Objectif 2 : améliorer l'orientation et le transfert des patients issus du court séjour en SSR

- Action n° 2 > Réalisation de fiches techniques sur les critères d'orientation

### AXE STRATÉGIQUE 2 : développer les admissions directes en SSR

#### Objectif 1 : développer les admissions directes en provenance des urgences ou du domicile afin d'éviter des hospitalisations en court séjour

La définition de critères partagés d'admission directe en SSR en provenance des urgences s'avère indispensable afin d'une part d'éviter des ré hospitalisations et d'autre part de pallier à des inadéquations dans la prise en charge en SSR. Par ailleurs les admissions directes via la médecine de ville sont minoritaires et représentent un faible pourcentage des entrées.

- Action n° 3 > Élaboration et diffusion d'une fiche sur les critères d'admission ou de refus en SSR

### AXE STRATÉGIQUE 3 : améliorer les sorties de SSR

En préambule de la définition des objectifs et actions spécifiques au territoire n° 5 et au regard des échanges, il est apparu indispensable de pointer les difficultés relevant de :

- la complexité des procédures (dérogation, mise sous tutelle...);
- du blocage lié au refus des familles pour passer du SSR vers des structures d'hébergement EPHAD du fait de raisons financières.

- > Doit-on avoir une limitation dans la prise en charge SSR ?
- > Qui peut décréter un arrêt de prise en charge ?
- > Le médecin-conseil des caisses peut-il jouer ce rôle ?

#### **Objectif 1 : améliorer les sorties en direction des personnes de moins de 60 ans**

- **Action n° 4** > Amélioration des réponses d'aval et des prises en charge à domicile nécessaires pour les personnes de moins de 60 ans

La conférence pointe la nécessité d'améliorer la réponse d'aval, entre autres de disposer sur le territoire d'une HAD de rééducation, de structures pour les traumatisés crâniens lourds et d'améliorer la réponse pour les patients atteints de cancer.

#### **Objectif 2 : améliorer les sorties en direction des personnes de plus de 60 ans**

- **Action n° 5** > Développement des modalités de prise en charge en aval du SSR (en structure ou au domicile) et coordination SSR/EHPAD pour les personnes de plus de 60 ans

### **AXE STRATÉGIQUE 4 : Prise en charge de l'AVC**

Les objectifs de ce groupe sont de poursuivre les travaux initiés concernant la formation, le développement de passerelles, la connaissance des acteurs de terrain, le lien avec le médico-social...

#### **Objectif 1 : améliorer la prise en charge du handicap consécutif à un AVC**

- **Action n° 6** > Élaboration des critères d'orientation

#### **Objectif 2 : développer un langage et des outils communs à l'ensemble des acteurs de la filière**

- **Action n° 7** > Formation des professionnels de santé

### **AXE STRATÉGIQUE 5 : les traumatisés crâniens légers**

Des protocoles communs d'évaluation ont été rédigés et validés pour les enfants, les adolescents et les adultes. Malgré une information dispensée aux urgences, le nombre de consultations après un passage aux urgences dans un objectif de dépistage précoce des troubles cognitifs et comportementaux est faible.

#### **Objectif opérationnel 1 : dépister précocement les troubles cognitifs et comportementaux susceptibles d'être présents / déterminer une population « à risque »**

- **Action n° 8** > Développement de liens entre les services d'urgence ou de neurochirurgie et les structures MPR. Création d'une fiche simplifiée ORIS - Fiche de suivi commune remplies - Formation des médecins dans les services d'urgence et neurochirurgie...)

### THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

#### AXE STRATÉGIQUE 1 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DU PATIENT

##### ACTION N° 1 : RÉALISATION D'UNE ANALYSE POUR ÉVALUER LES INADÉQUATIONS D'HOSPITALISATION EN SSR

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Objectiver les besoins sur le territoire 5 dans un objectif d'adéquation entre l'état du patient et son hospitalisation en SSR afin de faciliter l'accès aux prises en charge des patients au sein du territoire.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 1 : Constitution d'un groupe de travail au sein du territoire associant les établissements et l'ARS.</li> <li>• Étape 2 : Réalisation d'une analyse pour évaluer les inadéquations en SSR intégrant notamment les facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifier les indicateurs pour mener cette réflexion (Durée moyenne de séjour (DMS) – délai attente – nombre de demandes validées – non validées...);</li> <li>- exploitation des données d'ORIS par rapport aux éclairages attendus.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Installation du groupe de travail dans un objectif de représentativité transversale et territoriale.
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GCS E Santé/Établissements/ARS.</li> <li>• Articulation avec l'action n° 2 sur les critères d'admission et de refus en SSR (groupe de travail commun et unique pour les 2 actions).</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers et établissements de santé.</li> <li>• Adéquation dans les prises en charge.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013/2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation du groupe de travail.</li> <li>• Réalisation de l'analyse.</li> </ul>

### THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

#### AXE STRATÉGIQUE 1 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DU PATIENT

##### ACTION N° 2 : RÉALISATION DE FICHES TECHNIQUES SUR LES CRITÈRES D'ORIENTATION

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'orientation et le transfert des patients issus du court séjour en SSR par une meilleure information d'une part sur les critères d'admission afin d'éviter des ré-hospitalisations et des inadéquations dans les prises en charge et d'autre part de refus en particulier ne permettant pas d'admettre directement en SSR polyvalent/gériatrique des patients hospitalisés aux urgences.</li> <li>• Renforcer la lisibilité pour les services d'amont en lien avec ORIS.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Étape 1 : Constitution d'un groupe de travail au sein du territoire associant les établissements et l'ARS.</p> <p>Étape 2 : Définition des fiches techniques et de leurs modalités de diffusion en lien avec ORIS.</p>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation du groupe de travail et élaboration des fiches techniques partagées sur le territoire.</li> <li>• Validation des fiches techniques par les établissements et par la conférence de territoire avant déploiement.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GCS E Santé/Établissements/ARS et SAU.</li> <li>• Articulation avec l'action n° 1 sur les inadéquations d'hospitalisation en SSR (groupe de travail commun et unique pour les 2 actions).</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers/établissements de santé.</li> <li>• Adéquation des prises en charge et amélioration du parcours de santé du patient.</li> <li>• Lisibilité accrue pour les services de court séjour.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013/2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation du groupe de travail.</li> <li>• Réalisation et de diffusion des fiches techniques.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)	
AXE STRATÉGIQUE 2 : DÉVELOPPER LES ADMISSIONS DIRECTES EN SSR	
ACTION N° 3 : ÉLABORATION ET DIFFUSION D'UNE FICHE SUR LES CRITÈRES D'ADMISSION OU DE REFUS EN SSR	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'admission directe en SSR polyvalent/gériatrique des patients hospitalisés aux urgences, possible sous réserve que certaines conditions soient remplies et éviter les inadéquations, les ré hospitalisations, ( voir action 2).</li> <li>• Développer les admissions directes du domicile en lien avec les médecins libéraux sans passage par le court séjour notamment en situation d'urgence pour éviter un passage par les urgences (parfois traumatisant et facteurs de perte d'autonomie pour une personne fragile) ou en réponse dans certains cas à un besoin d'expertise.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Admissions à partir des urgences : définir les critères ne permettant pas d'admettre directement en SSR polyvalent/gériatrique des patients hospitalisés aux urgences après réalisation des fiches techniques et des travaux du groupe de travail ad hoc (Action 2).</li> <li>• Admissions à partir des médecins libéraux : information auprès des médecins libéraux des critères d'admission et de refus au travers par exemple des FMC ou de rencontres spécifiques.</li> <li>• Renforcer le rôle de la commission de pré admission en SSR pour les admissions directes.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<p>Groupe de travail à constituer :</p> <p>GCS E Santé/Établissements santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la fiche, validation de la fiche au près des établissements, validation par la Conférence (se reporter à l'action n° 2).</li> <li>• Définition des critères, des indications de recours aux SSR notamment par la réalisation d'une fiche définissant les critères ne permettant pas l'admission directe en SSR polyvalents/gériatriques des patients en provenance des services d'urgence.</li> <li>• Diffusion via ORIS vers les structures adresseurs dont urgences.</li> <li>• Participation aux formations médicales continues (FMC) ou organisation de rencontres spécifiques avec les médecins libéraux.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	GCS E santé/SAU/Établissements de santé/EHPAD/URPS
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers/établissements / médecins libéraux.</li> <li>• Fluidité du parcours patients.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013/2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration &amp; diffusion de la fiche, réunion (hôpitaux locaux/services d'urgence, EHPAD).</li> <li>• Participation aux FMC.</li> <li>• Evolution du taux d'admission directe en SSR.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)	
AXE STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORER LES SORTIES DE SSR	
ACTION N° 4 : AMÉLIORATION DES RÉPONSES D'AVAL ET DES PRISES EN CHARGE À DOMICILE NÉCESSAIRES POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 60 ANS	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer les sorties des personnes de moins de 60 ans avec pathologie lourde (très médicalisées) et en particulier des adolescents de 15 à 18 ans. sans possibilité de retour à domicile et n'ayant pas la possibilité d'être intégrés en structures.</li> <li>Développer des structures d'accueil temporaire en attente de prise en charge en établissement ou au domicile afin d'éviter des ruptures de prise en charge du patient.</li> <li>Améliorer les sorties en développant les prises en charge au domicile.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation du type de structure d'aval nécessaire pour les personnes de moins de 60 ans avec pathologie lourde.</li> <li>Évaluation du type de structure nécessaire en accueil temporaire couvrant la période d'attente d'une place en structure ou de retour au domicile.</li> <li>Pour la prise en charge au domicile, il existe un hiatus dans la prise en charge des patients entre SSIAD – HAD et infirmières libérales générant des difficultés :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- soins via infirmière libérale difficile d'accès pour des soins trop importants (&gt;3), pour des soins de nursing ;</li> <li>- HAD difficile d'accès pour les soins trop lourds ou insuffisants, pour les personnes seules, pour des soins de rééducation ;</li> <li>- SSIAD difficile d'accès du fait des délais d'admission.</li> </ul> </li> <li>Nécessité de développer l'accompagnement à domicile sur le long cours, type HAD de rééducation, (Cf. SROS HAD p. 384 « Développer le recours... encourager le développement de prises en charge innovantes, dont l'HAD en SSR)</li> <li>Évaluer le fonctionnement de l'Équipe mobile de rééducation expérimentale déployée par le pôle Saint-Hélier en 2012</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Établissements – ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude sur besoins en structures d'aval pour pathologie lourde et structures d'accueil temporaire en attente de prise en charge en structure ou domicile.</li> <li>Élaborer un cahier des charges pour le développement des prises en charge innovantes en particulier en HAD de rééducation (critères d'admission, modalités de prise en charge, articulation avec les SSIAD, établissement support...).</li> <li>Évaluer l'équipe mobile de rééducation (2013/2014).</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	Établissements – ARS – CG-HAD-SSIAD
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usagers/Établissements de santé.</li> <li>Fluidité du parcours du patient afin d'éviter les ruptures de prises en charge.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quantification des besoins en structures d'aval et d'accueil temporaire.</li> <li>Définition cahier des charges des prises en charges innovantes.</li> <li>Évaluation de l'équipe mobile.</li> </ul>

## THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

## AXE STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORER LES SORTIES DE SSR

## ACTION 5 : DÉVELOPPEMENT DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE EN AVAL DU SSR (EN STRUCTURE OU AU DOMICILE) ET COORDINATION SSR/EHPAD POUR LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer les sorties en direction des personnes de plus de 60 ans dans le cadre du retour à domicile ou en structure d'hébergement (EHPAD) ou en attente de solution d'accueil en EHPAD
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour au domicile : Identification des modalités de prise en charge par HAD et SSIAD en articulation avec les médecins traitants.</li> <li>• Retour ou admission en EHPAD :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- développer la prise en charge HAD pour le retour des résidents en EPHAD et mieux communiquer sur l'HAD et son rôle dans la prise en charge des usages au sein des structures médico-sociales ;</li> <li>- travailler sur les possibilités de rapprochement des outils de régulation et d'orientation ORIS et GAELIC afin de couvrir le parcours du patient et en assurer la fluidité ;</li> <li>- informer et communiquer sur les critères d'admission en EHPAD (profils patients admis ou refusés) afin de flécher et d'optimiser l'orientation en particulier pour les patients lourds ;</li> <li>- développer les conventions SSR/EHPAD sur le territoire et les liens entre les commissions d'admission SSR et EHPAD dans un souci de planification et de programmation ;</li> <li>- développer des structures d'hébergement temporaire en attente de l'entrée en EHPAD ou en attente de retour à domicile.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire/établissements /ARS.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information sur les interventions HAD pour les EHPAD, les établissements de santé et les professionnels de santé.</li> <li>• Mise en place d'une interface entre GAELIC et ORIS (rencontres).</li> <li>• Étudier les modalités de diffusion de l'information sur admissions EHPAD.</li> <li>• Passage de convention entre SSR et EHPAD (se référer au modèle de convention existante et voire les possibilités d'extension).</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulation avec la prise en charge en HAD SSR (se reporter à l'action 4).</li> <li>• GCS E Santé/Conseil G/Établissements de santé/EHPAD/HAD/SSIAD.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers/Établissements de santé/Établissements médico-sociaux /HAD/médecin généralistes.
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de places HAD en SSR mises en œuvre ou prises en charge innovantes avec définition cahier des charges.</li> <li>• Interface entre ORIS et GAELIC.</li> <li>• Nombre de conventions SSR/EHPAD signées.</li> </ul>

### THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

#### AXE STRATÉGIQUE 4 : PRISE EN CHARGE DE L'AVC

##### ACTION N° 6 : ÉLABORATION DE CRITÈRES D'ORIENTATIONS

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer la prise en charge du handicap consécutif à un AVC : - prise en charge précoce, dans le service le plus adapté pour le patient ; - améliorer les passerelles entre les différentes structures.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitution d'un groupe de travail territorial.</li> <li>• Déterminer les critères d'orientation, définir l'évaluation initiale.</li> <li>• Préciser les prises en charge initiale dans chaque structure et l'adéquation des structures au projet rééducatif en tenant compte des dernières recommandations en matière de rééducation.</li> <li>• Amélioration des passerelles entre les structures.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Établissements du secteur 5 susceptibles d'accueillir des AVC / ARS
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Groupe de travail, analyse de la base ORIS, coupe sur le secteur 5 concernant la typologie des patients pris en charge un jour donné dans tous les établissements
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GCS E santé/établissements de santé.</li> <li>• Usagers/établissements.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers/établissements de santé.</li> <li>• Fluidité et organisation du parcours du patient.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013/2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Composition du groupe de travail territorial.</li> <li>• Élaboration des critères partagés d'orientation.</li> </ul>

### THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

#### AXE STRATÉGIQUE 4 : PRISE EN CHARGE DE L'AVC

##### ACTION N° 7 : FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer la connaissance et la prise en charge du handicap suite à un AVC dans les champs de la prévention des chutes et de la prise en charge du membre supérieur.
<b>Description de l'action</b>	Organisation de Formations réservées aux personnels des établissements sanitaires, organisées sur un cycle de 2 modules.
<b>Portage de l'action</b>	Établissements.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	Deux journées de formation une sur le thème de la chute, l'autre sur le thème du membre supérieur.
<b>Partenaires à mobiliser</b>	Professionnels de santé/établissements de santé.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Usagers et professionnels de santé.
<b>Calendrier</b>	Durée du PRS
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de formations mises en place.</li> <li>• Nombre de professionnels participants.</li> </ul>

Sous réserve de financement et de priorisation régionale

THÈME DU GROUPE : LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)	
AXE STRATÉGIQUE 5 : PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS LÉGERS (TCL)	
ACTION N° 8 : DÉVELOPPEMENT DE LIENS ENTRE LES SERVICES D'URGENCE OU DE NEUROCHIRURGIE ET LES STRUCTURES DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (MPR). CRÉATION D'UNE FICHE SIMPLIFIÉE ORIS - FICHE DE SUIVI COMMUNE REMPLIE - FORMATION DES MÉDECINS DANS LES SERVICES D'URGENCE ET NEUROCHIRURGIE...	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Dépister précocement les troubles cognitifs et comportementaux susceptibles d'être présents / déterminer une population « à risque ».
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mieux informer les adultes victimes de TCL (axe A mesure II du programme d'action gouvernemental de mars 2012).</li> <li>• Sensibiliser les professionnels aux conséquences possibles d'un TCL (axe A mesure II du programme d'action gouvernemental de mars 2012).</li> <li>• Identifier la filière de prise en charge des TCL (axe B mesure III du programme d'action gouvernemental de mars 2012).</li> <li>• Dépister les séquelles cognitives et comportementales éventuelles d'un patient victime de TCL (axe B mesure III du programme d'action gouvernemental de mars 2012).</li> <li>• Accompagner, rééduquer, réinsérer les patients victimes de TCL (axes B et C du programme d'action gouvernemental de mars 2012).</li> <li>• Améliorer les connaissances épidémiologiques des TCL (axe A mesure I du programme d'action gouvernemental de mars 2012).</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Membres de la conférence de territoire.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Obtention et diffusion des plaquettes sur le TCL créées par l'AFTC.</li> <li>2) Formation des médecins dans les services d'urgence et neurochirurgie (formation à renouveler tous les 6 mois au changement d'internes) par les médecins MPR connaissant les séquelles des TCL. Selon les besoins, formations des médecins généralistes dans un second temps.</li> <li>3) Création de moyens informatiques simples dans logiciel du CHU pour activer la filière TCL. Temps de secrétariat des urgences ou de neurochirurgie en lien avec les secrétariats des structures MPR. Création d'une fiche simplifiée ORIS. + 0,25 ETP secrétaire</li> <li>4) Consultation médicale MPR dans le mois suivant le TCL. Bilan neuropsychologique. + 0,25 ETP neuropsychologue</li> <li>5) Consultations médicales de suivi. Prise en charge rééducative en MPR si besoin. Orientation vers un suivi psychologique si besoin.</li> <li>6) Fiche de suivi commune remplie lors des consultations médicales ; BNP standardisé.</li> </ol>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFTC/Médecins des services des urgences CHU Rennes puis hôpitaux périphériques</li> <li>• Médecins MPR formés aux séquelles des TCL / médecins des services urgences et neurochirurgie / si besoin médecins généralistes</li> <li>• Service informatique du CHU. Groupe ORIS. Secrétariats des services des urgences, neurochirurgie et MPR.</li> <li>• Médecins MPR connaissant les séquelles des TCL (sites = PMPR, RFA, BEAULIEU). Neuropsychologues.</li> <li>• Centres MPR territoire 5. CHGR</li> <li>• Médecins MPR; neuropsychologues</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients ; familles de patients ;</li> <li>• Créer et fluidifier la filière de soins des TCL – Obtenir des données épidémiologiques prospectives de la population des TCL - Favoriser la réinsertion familiale et socio-professionnelle post-TCL.</li> </ul>

## II. LES AXES DE TRAVAIL COMPLEMENTAIRES

<b>Calendrier</b>	<p>Fait en 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Création de la fiche de suivi ;</li><li>- Formation aux internes de neurochirurgie et urgences ;</li><li>- Création d'une fiche simplifiée ORIS.</li></ul> <p>Projets 2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Renouvellement la formation ;</li><li>- Obtention des plaquettes TCL de l'AFTC ;</li><li>- Création d'un BNP standardisé ;</li><li>- Lien avec l'informatique du CHU et les secrétariats ;</li><li>- Décembre 2013 : bilan des indicateurs.</li></ul> <p>Projets 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Renouvellement de la formation ;</li><li>- Extension vers les hôpitaux périphériques ;</li><li>- Formation des médecins généralistes.</li></ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de patients orientés ; nombre de consultations médicales et délai de consultation.</li><li>• Fiche de suivi : nombre de BNP et délai d'obtention ; nombre de patients orientés vers les HJ/HC ; nombre de patients orientés vers un suivi psychologique/psychiatrique.</li><li>• Satisfaction (échelle EVA) patients/partenaires lors d'une coupe 1/an).</li></ul>

# ● THÉMATIQUE N°11. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

## PRÉAMBULE

---

### Périmètre de la thématique

Le groupe sur les troubles des comportements alimentaires (TCA), constitué dans le cadre de la conférence sanitaire s'est poursuivi autour de deux axes, celui des adultes et celui des enfants de moins de 16 Ans.

#### Définition :

Les TCA se caractérisent par un trouble en rapport à l'alimentation. Les TCA sont une pathologie en expansion, et leur prise en charge est encore très largement insuffisante.

La prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire avec médecins, psychologues, kiné, diététicien. Elle concernera le patient, mais aussi son entourage.

#### Les trois grands TCA :

- l'anorexie mentale (AM) se caractérise par un amaigrissement pouvant être très important et est le plus connu des TCA, elle touche 1 % de la population, avec une prédominance très marquée pour le sexe féminin (9/10), même si l'on rencontre de plus en plus d'hommes atteints par cette pathologie ;
- la boulimie nerveuse (BN), se caractérise par la survenance de crises de boulimie, suivies obligatoirement de conduites purgatives, vomissements, prises de laxatifs et représente quant à elle 3 % de la population, là aussi essentiellement féminine. A l'inverse de l'AM, la boulimie est un trouble secret, qui ne se voit pas ;
- l'hyperphagie boulimique est constituée par l'existence de crises de boulimie non suivies de vomissements et est présent chez plus de la moitié des patients obèses, soit environ 7 % de la population. Cet état entraîne une prise de poids qui peut être très importante.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

---

### ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC TCA ADULTES

#### • État des lieux : TCA Adultes

De septembre 2008 à décembre 2010 un travail de cartographie a été réalisé par le groupe spécifique TCA de la précédente conférence de territoire et a permis de mettre en évidence les constats ci après :

- pauvreté des lieux de prise en charge spécifiques, malgré les créations réalisées à l'occasion des projets d'établissement 2005-2012, d'autant plus que des demandes émanent des départements limitrophes ;
- nécessité de coordonner les soins, au minimum avec un professionnel du somatique et du psychique (recommandations HAS de PEC de l'anorexie mentale de 2010) ;
- nécessité de formation information des professionnels de première ligne et des services non spécialisés.

Les lieux repérés (clinique Saint-Yves, CHP saint Grégoire, clinique du Moulin le service de nutrition du CHU, pour l'hospitalisation) l'équipe mobile TCA et la clinique du moulin pour l'ambulatoire, sont confrontés à des demandes urgentes et croissantes, d'autant que le service de nutrition accueille les patients maintenant de plus de 16 ans et non plus de 18 ans et plus.

Sur le secteur 5 et les secteurs limitrophes, il n'existe que peu de moyens de prise en charge (PEC) spécialisées et notamment dans le domaine du repérage, de l'accueil et de la PEC ambulatoire somato-psychique, ainsi que du soutien à l'entourage, tous éléments devant être mis en œuvre de façon prioritaire et précoce dans le domaine des troubles alimentaires.

La nécessité de coordination des prises en charge comme décrit dans les recommandations de l'HAS de juin 2010 de PEC de l'anorexie ne peut toujours être mise en œuvre, et l'absence de moyens spécialisés amène à orienter les patients vers Nantes ou Paris. Les prises en charge ambulatoires se situent également en amont et aval des hospitalisations complètes, et permettent de les limiter et de raccourcir leur durée.

### • Enjeu pour le territoire :

- développer l'ambulatoire, notamment possibilité d'accès à des soins somatopsychiques spécifiques (psychothérapies individuelles et de groupe, accueil des familles, groupes parents, travail corporel en psychomotricité...) inaccessibles en libéral notamment du fait de non remboursement.
- améliorer la coordination des soins et l'accès aux soins par différents moyens : poursuite et développement équipe mobile TCA, création association spécifique TCA pour officialiser le travail effectué (réunion public/privé/libéraux autour de cas complexes, formation, information...) regroupant les professionnels, associations d'usagers et familles des territoires de santé 5 et limitrophes.

## II. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

### ENJEUX IDENTIFIÉS DÉCOULANT DU DIAGNOSTIC TCA ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

#### • État des lieux : TCA enfants, adolescents :

- des patientes anorexiques de plus en plus nombreuses et de plus en plus jeunes consultent à l'hôpital. Ce sont des expressions de mal-être par le trouble alimentaire, parmi d'autres, qui sont de plus en plus fréquentes au même titre que les alcoolisations massives chez les mineurs ;
- le recours aux soins est préférentiellement somatique en première intention en lien avec une résistance du côté des patientes à rencontrer le pédopsychiatre. Un travail préparatoire est à réaliser d'emblée auprès des adolescents. La précocité d'une prise en charge multidisciplinaire conditionne le pronostic précoce et à long terme en évitant souvent le recours à l'hospitalisation ;
- les demandes de consultations sont formulées dans l'urgence (délai de réponse d'une semaine) vers un centre spécialisé et donc rapidement vers un centre hospitalier. Le sentiment d'urgence, lié au très jeune âge (10,12 ans) et à l'atteinte physique rapidement grave, entraîne ces modalités d'accès aux soins. L'absence de réponse rapide multidisciplinaire peut contraindre à une hospitalisation ;
- dans la globalité des demandes, il existe des demandes très hétérogènes, soit un panel d'intensité du trouble allant du trouble mineur à des demandes de PEC d'anorexies graves. Un plateau technique hospitalier « soutenu et étoffé » peut être sollicité sans que cela soit nécessaire.

#### • Forces et faiblesses

Points forts : Un réseau informel déjà bien en place :

- consultations somatiques et hospitalisations à l'hôpital Sud sur des critères somatiques déjà sévères. Un travail d'orientation des soins est réalisé pour une prise en charge ambulatoire ;
- hospitalisations en pédopsychiatrie, articulation avec la pédiatrie pour les hospitalisations en pédopsychiatrie (unité Antarès) ;
- CMP, CMPP, réseau de psychologues libéraux, pédopsychiatres libéraux ;
- la reconnaissance d'une prise en charge spécialisée au CHU au-delà du territoire sanitaire 5 pouvant amener à un transfert de patients venant d'un autre territoire ;
- dans les cas les plus complexes, des patients sont confiés à une autre équipe, ce qui entraîne des transferts inter hospitaliers. Par exemple de Nantes à Rennes et vice versa, ou Saint Brieuc ou Saint Malo.

#### Points faibles :

- des demandes de consultations pour TCA à l'hôpital SUD de Rennes très fréquentes. Sur une période de 4 mois de septembre 2012 à janvier 2013, recueil prospectif, 18 nouvelles demandes dont :
  - 14 ayant débouché sur une consultation et prise en charge ;
  - 10 ont eu besoin d'une PEC intensive pouvant aller jusqu'à 2 consultations par semaine somatiques.

Ces chiffres ne prennent pas en compte la file active (La durée de PEC est forcément supérieure à 1 an pouvant aller jusqu'à 5 à 10 ans.) à laquelle s'ajoutent les nouvelles demandes. Donc, un recours aux consultations somatiques pour orientation des soins dépassé par le nombre de demandes ;

- l'absence de travail de repérage ou dépistage précoce avec un regard multidisciplinaire conduit à des consultations en urgence et au stade d'une détérioration de l'état somatique ;
- difficultés d'accès aux soins pédopsychiatriques de 2 ordres :
  - 1- Inhérent à l'anorexie, absence de demande explicite du côté de la jeune, rendant toute démarche vers le soin compliqué ;
  - 2- Délai d'attente long pour un accès aux consultations CMP ou CMPP (6 à 8 mois hors urgence).
- pas de structure spécialisée identifiée TCA contrairement à l'anorexie adulte avec lits dédiés (Clinique Saint Yves) ;
- le défaut d'orientation de ces patientes anorexiques (Pas de possibilité de soins études identifiés moins de 16 ans pour les TCA) participe à allonger les temps d'hospitalisation pédiatriques ou pédopsychiatriques ;
- hospitalisations en CHG difficiles, Il n'existe pas d'unités spécialisées autres qu'en pédiatrie HSUD Rennes pour les – de 16 ans sur le territoire 5. Pas de partenariat organisé pour une PEC spécialisée dans les CHG périphériques du territoire (Vitré, Fougères, Redon) ;
- dans les cas les plus complexes, il peut être nécessaire de confier les patients à une autre équipe et d'avoir recours spécialisés moins de 16 ans peu importants : hospitalisations spécialisées sur Paris, l'hôpital Robert Debré et la maison de Solène acceptent les patients hors territoire mais le nombre de places est très réduit.

#### • Enjeux autour de la prise en charge

Dans un contexte de prise en charge à long terme, le partenariat précoce avec les MG, des équipes de pédopsychiatrie, les autres professionnels associés est fondamentale pour la bonne évolution des patients.

Rompre avec l'orientation hospitalière unique et favoriser la prise en charge ambulatoire multidisciplinaire précoce :

- par une prise en charge ambulatoire, intensive et spécialisée ;
- par un renforcement des liens entre les professionnels.

Limiter la durée des hospitalisations et le risque de décrochage scolaire (avec ou sans déscolarisation) en permettant la poursuite d'une prise en charge spécifique en institution couplée aux apprentissages scolaires.

En effet, contrairement à la représentation habituelle de l'anorexie, on constate chez ces patientes de plus en plus jeunes, des déscolarisations et des décrochages scolaires aggravés par des hospitalisations prolongées.

De plus la fragilité physique des patientes « juste stabilisées » ne permet pas une scolarité en milieu ordinaire et certains patients présentent une comorbidité avec la phobie scolaire et nécessitent un lieu spécialisé pour envisager une scolarité.

### III. OBJECTIFS ET ACTIONS

#### 1. OBJECTIF 1 : TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA) – ADULTES

- Action n° 1 : Formalisation de la filière de soins TCA Adultes

#### 2. OBJECTIF 2 : TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA) – MOINS DE 16 ANS

- Action N° 2 : TCA ADOLESCENTS
  - création d'un lieu spécifique de prise en charge de l'anorexie de moins de 16 ans : unité de soins ambulatoires multidisciplinaires somato-psychique répondant aux difficultés mentionnées ;
  - soins études anorexie moins de 16 ans, sur l'indication, anorexie stabilisée.

THÈME DU GROUPE : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)	
AXE STRATÉGIQUE : FILIÈRE DE SOINS TCA ADULTES	
ACTION N° 1 : FORMALISATION DE LA FILIÈRE DE SOINS TCA ADULTE	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'offre de soins ambulatoires dans le domaine des troubles des conduites alimentaires par la possibilité d'accès à des soins somatopsychiques spécifiques (psychothérapies individuelles et de groupe, accueil des familles, groupes parents, travail corporel en psychomotricité...) inaccessibles en libéral notamment du fait de non remboursement.</li> <li>• Améliorer la coordination des soins et l'accès aux soins par différents moyens : poursuite et développement équipe mobile TCA, création association spécifique TCA pour officialiser le travail effectué (réunion public/privé/libéraux autour de cas complexes, formation, information...) regroupant les professionnels, associations d'usagers et familles des territoires de santé 5 et limitrophes, en partenariat sur le territoire 5 avec le réseau « Pas à Pas ».</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Créer une formalisation de la filière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre, dans le cadre du partenariat public/privé, la prise en charge des patients TCA et développer l'accès précoce, aisé, à un soin ambulatoire somatopsychique allant de la consultation pluridisciplinaire, des activités thérapeutiques, à l'hospitalisation de jour, au soutien de l'entourage, et des professionnels de première ligne.</li> <li>• Renforcer la coordination des PEC entre établissements et avec les partenaires libéraux et développer le travail avec les familles.</li> <li>• Former les différents acteurs (cf fiche action réseau).</li> <li>• Impulser une dynamique régionale dans le parcours de soins : appartements thérapeutiques, HAD.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appel d'offres ARS et/ou financement de droit commun à travers les projets d'établissements.</li> </ul>
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer une formalisation de la filière de soins TCA (Réflexion sur les liens avec le réseau « Pas à Pas », tout en gardant la spécificité TCA et l'aspect supra territorial des prises en charge) en créant une association spécifique TCA formalisant le travail exercé depuis plusieurs années et pérennisant le « collège TCA », outil de réflexion et de travail sur des cas concrets complexes, alliant public/privé/libéraux dans une dimension pluridisciplinaire et sur les départements 35 et limitrophes (réalité des demandes de soins dans ce domaine). Lien à maintenir avec l'AFDAS-TCA, association nationale, dans la réflexion, la recherche, et l'orientation au niveau national de cas complexes.</li> <li>• Faire reconnaître une prise en charge inter établissements par les tutelles (HDJ associé à prise en charge de nuit, consultations de coordination, réunions de concertation pluridisciplinaire et pluri établissement).</li> <li>• Conventionner entre les établissements partenaires pour faciliter l'accès aux soins. (public / privé / ambulatoire / hospitalisation complète, de jour de nuit et consultations libérales).</li> <li>• Obtenir la reconnaissance des pratiques d'éducation thérapeutique.</li> </ul> <p>Moyens humains :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mi-temps médecin nutritionniste ;</li> <li>- temps plein psychiatre ;</li> <li>- temps plein de psychologue ;</li> <li>- 1 ETP d'assistant socio éducatif ;</li> <li>- 4 ETP infirmier + 2 ETP d'infirmier ;</li> <li>- 1 ETP secrétariat ;</li> <li>- ETP psychomotricien ;</li> <li>- du temps d'art thérapeute ;</li> <li>- 0,5 Diététicien ;</li> <li>- 0,5 kinésithérapeute.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de travail déjà en place dans le cadre de la conférence de territoire pour la réflexion et coordination territoriale.</li> <li>• Groupe de travail et fiche projet déjà réalisée dans le cadre des projets d'établissement.</li> <li>• Groupe de réflexion et d'écriture en place entre les établissements.</li> <li>• Rencontre des tutelles et des acteurs régionaux.</li> <li>• Les partenaires de la filière TCA, addictologie s'inscrivant dans une prise en charge TCA e psychiatrie.</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Personnes présentant des TCA.
<b>Calendrier</b>	
<b>Indicateurs</b>	Formalisation de la filière.

## THÈME DU GROUPE : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

## AXE STRATÉGIQUE : FILIÈRE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA) MOINS DE 16 ANS

## ACTION N° 2 : PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE DES MOINS DE 16 ANS

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<p>Améliorer, renforcer la prise en charges des TCA chez les moins de 16 ans en appui et complément sur les équipes existantes (ville-hôpital, pédiatrie et pédopsychiatrie) et développer des alternatives à l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- limiter la durée d'hospitalisation au CHU en permettant la poursuite de la prise en charge spécifique en institution couplée aux apprentissages scolaires afin d'éviter les ruptures avec la scolarité et les comorbidités secondaires ;</li> <li>- éviter les recours à l'hospitalisation temps plein et les prises en charge pédopsychiatriques tardives : <ul style="list-style-type: none"> <li>• par une prise en charge ambulatoire spécialisée et intensive ;</li> <li>• par un renforcement des liens entre professionnels pour les cas complexes.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un centre de soins ambulatoires multidisciplinaire somato-psychique.</li> <li>• Création d'un centre soin étude spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire de moins de 16 ans.</li> <li>• Équipe ressource pour les professionnels, supervision, formation et accompagnement des équipes.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Binôme CHU (Pôle pédiatrie, ref Dr Briard) et CHGR (Pôles de pédopsychiatrie, ref Dr Fouqueré).
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création par recrutement de personnel pour le centre de soins ambulatoires.</li> <li>• Extension d'agrément d'un centre de soins-étude existant.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Rey-Leroux</li> <li>• Pôles Pédiatrie CHU, CHG, territoire 5</li> <li>• Pôles pédopsychiatrie CHGR,</li> <li>• Médecins pédiatre et généralistes libéraux</li> <li>• Psychiatres et pédopsychiatres libéraux</li> <li>• Médecins nutritionnistes hospitaliers et libéraux</li> <li>• réseau TCA adulte...</li> </ul>
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Population moins de 16 ans territoire de santé n° 5.
<b>Calendrier</b>	2013 / 2014
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients pris en charges au centre Rey Leroux.</li> <li>• Nombre d'interventions de l'équipe ressource.</li> <li>• Nombre de patients pris en charge.</li> </ul>

## ● THÉMATIQUE N°12. PROMOTION PRÉVENTION DE LA SANTÉ NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE VACCINATION VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

### PRÉAMBULE

---

#### RÉFÉRENT THÉMATIQUE RÉGIONAL

La politique vaccinale Dominique LE GOFF (délégation territoriale 29)  
La santé des personnes en situation de précarité Adrian MOHANU (siège ARS)  
La vie affective et sexuelle Jean-Pierre EPAILLARD (délégation territoriale 35)  
La nutrition et l'activité physique Hélène KURZ (siège ARS)

#### RÉFÉRENT THÉMATIQUE TERRITORIAL

Dr Jean-Pierre EPAILLARD (délégation territoriale 35)  
Madame Nicole PAILLEREAU (délégation territoriale 35)

#### PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ (PPS)

Une rencontre entre les acteurs des pays et de la métropole de Rennes a permis l'identification de trois orientations prioritaires communes en plus des thématiques « Prévention des conduites addictives » et « Prévention du suicide » :

- la promotion des politiques vaccinales ;
- la promotion de la nutrition et de l'activité physique ;
- la promotion de l'éducation à la vie affective et sexuelle ;

En effet ces problématiques de santé identifiées par les professionnels se retrouvent dans tous les pays.

#### PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

La thématique « Vie affective et sexuelle » est abordée de manière transversale dans le PRS, prenant en compte les dimensions de la promotion de la santé, de la réduction des risques et de la prise en charge, incluant également l'éducation thérapeutique du patient.

Les fiches thématiques « Vie affective et sexuelle » du volet prévention et promotion de la santé du schéma régional de prévention, et la fiche thématique « IVG » du volet périnatalité du schéma régional de l'organisation des soins, constituent les documents de référence pour les conférences de territoires.

#### PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Une politique nutritionnelle a été mise en place en France en 2001 et prolongée en 2006, puis en 2011 au travers du Plan National Nutrition Santé (PNNS). Il a pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel de l'ensemble de la population.

Il s'articule avec d'autres plans nationaux : le Plan Obésité, le Plan National Alimentation, le Plan Santé à l'école, le programme alimentation et insertion, le plan bien vieillir, le plan national Santé Environnement, le plan national de prévention de l'activité physique et sportive, notamment.

Au sein du PRS Bretagne, la thématique nutrition activité physique est inscrite au Schéma Régional de Prévention.

#### PÉRIMÈTRE DE LA THÉMATIQUE VACCINATION

En France, la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires. Le calendrier des vaccinations est rendu public chaque année en mars ou avril, après avis du Haut conseil de santé public (HCSP), et publié dans un bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH). Il comprend des recommandations générales, applicables à toutes les personnes vivant en France, en fonction de l'âge et des recommandations particulières propres à certaines professions, à des conditions spécifiques ou à des voyages.

Dans le cadre de sa mission de santé publique, l'ARS assure le pilotage régional de la politique de vaccination. La politique vaccinale est intégrée dans le schéma régional de prévention :

- dans son volet veille, alerte et gestion des urgences sanitaires, le plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France décliné au niveau régional ;
- dans son volet prévention et promotion de la santé, l'élaboration d'un programme d'actions pour améliorer la politique vaccinale.

## I. DIAGNOSTIC DE LA THÉMATIQUE CONCERNÉE

### 1. DONNÉES GÉNÉRALES ET RÉGIONALES

#### • Vie affective et sexuelle

Cette thématique aborde les composantes suivantes :

Santé sexuelle – Contraception - IST (infections sexuellement transmissibles) - VIH et SIDA - Hépatites B et C

En Bretagne, les enquêtes menées auprès des jeunes montrent que globalement 58 % des collégiens et lycéens se déclaraient parfaitement informés sur les moyens contraceptifs en 2007, avec néanmoins un taux de 36 % chez les moins de 14 ans. 73 % des étudiants déclarent utiliser une méthode de contraception, et ¼ des étudiantes de 1<sup>ère</sup> année ont eu recours à la contraception d'urgence. D'une manière plus générale, 88 % des délivrances de contraception d'urgence concernent les mineures. Concernant le VIH-SIDA, la Bretagne, avec cinq cas de SIDA par million d'habitants est une des deux régions métropolitaines les moins touchées (INVS 2010) et la région qui a le moins de sérologies VIH positives avec 42 sérologies positives par million d'habitants, soit quatre fois inférieur au niveau national.

Concernant l'hépatite C, la courbe de séropositivité au VHC fait apparaître une baisse continue depuis 2003 en région comme en France.

Concernant l'hépatite B, nous ne disposons pas de données exploitables en Bretagne.

Enfin, concernant les IST, les données régionales sont difficiles à recenser. En dehors des données annuelles remontées par les CIDDIST (centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) et les CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) seul le dépistage de la syphilis fait l'objet d'une surveillance dans le cadre de l'ORSB (Observatoire régional de la santé en Bretagne).

#### • Nutrition et activité physique

Les données de la recherche ont mis en évidence au cours des dernières décennies, le rôle de la nutrition et de l'activité physique comme déterminants majeurs de la santé, notamment en termes de morbidité et de mortalité.

La nutrition, la pratique de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité peuvent donc moduler le risque de certaines maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, le diabète de type 2 ou encore l'ostéoporose.

Aujourd'hui, les données épidémiologiques montrent que la région conserve une position favorable face aux autres régions françaises, en termes de prévalence de l'obésité. Néanmoins, les études disponibles mettent également en évidence que :

- la prévalence de l'obésité de l'adulte de 18 ans et plus ne cesse de croître en Bretagne comme ailleurs depuis la fin des années 90 (prévalence de 6,7 % en 1997 en Bretagne et de 12,2 % en 2009) ;
- la surcharge pondérale concerne 10 % des jeunes scolarisés et 12 % des étudiants de 1<sup>ère</sup> année ;
- l'insuffisance pondérale touche 7 % des jeunes scolarisés et 10 % des étudiants.

#### • Vaccination

En 2012, les objectifs de couverture vaccinale fixés par la loi de santé publique (au moins 95 % pour toutes les vaccinations excepté la grippe 75 %) n'étaient pas atteints pour la plupart des vaccinations pour lesquelles les données de couverture vaccinale étaient disponibles.

Pour les vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal, 4 grands groupes se dégagent :

- couvertures vaccinales élevées pour lesquels les objectifs de santé publique ont été atteints : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) la coqueluche, l'haemophilus influenzae b chez l'enfant ;
- couvertures vaccinales insuffisantes mais stables. Les vaccins HPV chez la jeune fille, le rappel coqueluche à l'adolescence, le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO) 1<sup>ère</sup> dose, les rappels DTP décennaux chez l'adulte, le BCG chez les enfants à risque de tuberculose ;
- couvertures vaccinales insuffisantes et en baisse ; la grippe saisonnière ;
- couvertures vaccinales insuffisantes mais en progression ; le RRO 2<sup>ème</sup> dose, l'hépatite B, le vaccin pneumocoque conjugué et le vaccin anti méningocoque C.

### • La Bretagne a des taux de couverture sensiblement équivalent à ceux de la moyenne française.

Il existe un programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 (mis en place par le Ministère de la Santé) qui s'articule autour de 5 axes de travail et se décline en 12 actions. Parmi ces axes et ces actions, certains relèvent uniquement du niveau national.

Les 4 axes de travail sont les suivants :

- simplifier le calendrier vaccinal et l'accès aux données du carnet de vaccination ;
- faciliter l'accès à la vaccination en s'appuyant sur les ARS notamment la simplification du parcours vaccinal en médecine de ville ;
- inciter à la vaccination, notamment optimisation en vaccinant sur les lieux de vie ;
- promouvoir la recherche sur les vaccins.

Parmi les 12 actions, deux en particulier peuvent être relayées par l'ARS :

- optimiser la vaccination en allant vers les lieux de vie ;
- simplifier le parcours en médecine libérale.

L'ARS Bretagne participe chaque année à la semaine Européenne de la vaccination. Pour 2013, les populations cibles sont les enfants et jeunes adultes et la promotion de la vaccination contre le méningocoque C, compte tenu de spécificité Bretonne (beaucoup de cas d'infections invasives au Méningo C dans le Finistère depuis un an).

## 2. DIAGNOSTICS TERRITORIAUX

Plusieurs pays ou ville sont dans une démarche de prévention et de promotion de la santé et ont élaboré des orientations sur leur territoire sur la base d'un diagnostic partagé :

### • Pays Brocéliande

- prévenir les conduites addictives (constat d'une augmentation des addictions) ;
- renforcer la Prévention « Vie affective et sexuelle » auprès des jeunes concernant notamment les pratiques contraceptives (constat de grossesses non désirées, d'augmentation du nombre d'IVG...);
- impulser un réseau pour promouvoir la santé mentale sur le Pays de Brocéliande (constat d'une augmentation des troubles du comportement avec violence conjugale).

### • Pays Fougères

- renforcer la prévention locale auprès des jeunes (addictions, grossesses non désirées) ;
- promouvoir la santé au travail : TMS et souffrance psychique ;
- faciliter l'accès aux soins des publics vulnérables.

### • Pays de Redon-Bretagne sud

- les consommations à risque de l'alcool et les usages de drogues ;
- la souffrance psychique et le phénomène suicidaire ;
- la nutrition - et les maladies associées ;
- l'accès à la prévention primaire et secondaire, aux droits à la santé et aux soins.

#### • Pays de Vitré - Porte de Bretagne

- la prévention du suicide ;
- la prévention des conduites addictives ;
- la promotion d'une alimentation équilibrée ;
- la prévention des violences intrafamiliales.

#### • Ville de Rennes

- quartier Villejean : vie affective et sexuelle, éducation au respect ;
- quartier du Blosne : violence conjugale (Besoins de formation pour les professionnels, d'une meilleure connaissance des acteurs...);
- création d'un conseil de santé mentale, souffrance psychique depuis 2010 ;
- prévention du suicide (Travaux à réactiver - Besoins de formation sur le repérage de la crise suicidaire) ;
- prévention et réduction des risques en matière d'addictions ;
- accès aux droits, aux soins, à la prévention pour les publics en errance, précaires ;
- nutrition/ activités physiques et précarité (Identification des lieux de ressources – Formation des bénévoles...).

Sur la base de ces orientations un consensus s'est dégagé pour travailler en commun sur les thématiques « nutrition » et « vie affective et sexuelle ». Lors des discussions dans le groupe de travail a émergé une autre thématique prioritaire sur la politique vaccinale.

## II. ENJEUX IDENTIFIÉS POUR LE TERRITOIRE

---

Les enjeux identifiés portent sur les axes suivants :

- favoriser la synergie entre les acteurs de la prévention ;
- agir sur l'information des professionnels, entourage et de publics cibles ;
- mieux accompagner les publics et les territoires pour :
  - promouvoir la santé en matière de vie affective et sexuelle ;
  - développer l'activité physique et sportive ;
  - promouvoir et développer une politique vaccinale.

## III. OBJECTIFS ET ACTIONS

---

### Axe stratégique 1 : Politique vaccinale sur le territoire 5

Le groupe acte la nécessité de travailler en transversalité, de faire du lien avec le comité de pilotage régional

Objectif 1 : Promouvoir et développer une politique vaccinale sur le territoire 5

- Action n° 1 : Définition d'un plan d'actions adapté au territoire pour promouvoir la vaccination

### Axe stratégique 2 : Vie affective et sexuelle, dans une approche globale sur le territoire 5

Objectif 1 : Améliorer l'information des professionnels de premier niveau

- Action n° 2 : Intégration de fiches techniques sur les ressources disponibles par pays dans le guide départemental « Vie affective et sexuelle »

Objectif 2 : Développer les compétences des professionnels et/ou accompagnants intervenant auprès de public ciblé

- Action n° 3 : Développement d'une offre de formation en direction des professionnels et/ou accompagnants

### Axe stratégique 3 : Nutrition et activité physique, dans une approche globale sur le territoire 5

Objectif 1 : Favoriser une dynamique de réseau entre les acteurs de promotion de la santé sur la thématique nutrition activité physique

- Action n° 4 : Développement des compétences des acteurs en matière de nutrition et activités physiques

THÈME DU GROUPE : PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ	
AXE STRATÉGIQUE 1 : POLITIQUE VACCINALE SUR LE TERRITOIRE 5	
ACTION N° 1 : DÉFINITION D'UN PLAN D' ACTIONS ADAPTÉ AU TERRITOIRE POUR PROMOUVOIR LA VACCINATION	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Promouvoir et développer une politique vaccinale sur le territoire 5.
<b>Description de l'action</b>	Définition des actions ciblées fondées sur la responsabilisation des usagers.
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire – Délégation territorial 35.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du comité de pilotage local (Conseil Général (mission vaccination) pharmaciens - professionnels de santé - animatrice de santé...).</li> <li>• À partir des données disponibles sur le territoire (données issues des remboursements de l'assurance maladie, données issues des ventes de vaccin, données du CG...), valider un tableau de bord.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	ARS – Organismes de l'assurance maladie – Conseil Général – Education Nationale – DDEC - URPS (ML et PS) – SIMPPS – CHU service maladie infectieuse et pédiatrie – Service santé enfance de la ville de Rennes – Mutuelles étudiantes.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale.</li> <li>• Population en situation de précarité.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Durée PRS 2012 - 2016
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de vaccins (par type, par âge) distribués dans les sites publics de vaccination du territoire.</li> <li>• Evolution des données du tableau de bord.</li> <li>• Couverture territoriale en sites de vaccination publics.</li> </ul>

THÈME DU GROUPE : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ (PPS)	
AXE STRATÉGIQUE 2 : VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE, DANS UNE APPROCHE GLOBALE SUR LE TERRITOIRE 5	
ACTION N° 2 : INTÉGRATION DE FICHES TECHNIQUES SUR LES RESSOURCES DISPONIBLES PAR PAYS DANS LE GUIDE DÉPARTEMENTAL « VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE »	
<b>Enjeux / Objectifs</b>	Améliorer l'information des professionnels de premier niveau (animateurs éducateurs, professionnels de santé...) sur les ressources du territoire 5, les modalités d'intervention en matière de VAS.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter le guide Vie affective et sexuelle départemental en intégrant:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- des fiches techniques déclinant les procédures relatives à l'IVG, au test VIH, aux violences... ;</li> <li>- des fiches déclinant les ressources disponibles (supports, outils, structures...) par pays.</li> </ul> </li> <li>• Information des partenaires de l'existence du guide dématérialisé.</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	PCPPS (Pole de Coordination Pour la Prévention du Sida)
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des items à intégrer dans le guide: sous groupe VAS.</li> <li>• Rédaction des fiches par personnes-ressources.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	Conseil général, DDCSPP, COREVIH, ATS.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de premiers niveaux du secteur de la santé ou hors secteur.</li> <li>• Meilleure connaissance des ressources disponibles ou mobilisables sur le territoire.</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	2013 - 2014
<b>Indicateurs</b>	Connaissances par les acteurs du territoire de l'existence du guide dématérialisé.

**THÈME DU GROUPE : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ (PPS)**
**AXE STRATÉGIQUE 2 : VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE, DANS UNE APPROCHE GLOBALE SUR LE TERRITOIRE 5**
**ACTION N° 3 : DÉVELOPPEMENT D'UNE OFFRE DE FORMATION EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS ET/OU ACCOMPAGNANTS**

<b>Enjeux / Objectifs</b>	Développer les compétences des professionnels et/ou accompagnants intervenant auprès de public ciblé.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des actions de formations existantes dans le territoire 5.</li> <li>• Élaborer une offre de formation à destination : <ul style="list-style-type: none"> <li>- des professionnels intervenants auprès des jeunes ;</li> <li>- des accompagnants (Professionnels, entourage, institutionnels) des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Sous-groupe Vie Affective et sexuelle.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des actions via les organismes de formation.</li> <li>• Sélection des offres de formation adaptées et les faire connaître.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	Organismes de formation.
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Professionnels et/ou accompagnants.
<b>Calendrier</b>	2013 - 2016
<b>Indicateurs</b>	Nombre de personnes ayant reçu une formation.

**THÈME DU GROUPE : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ (PPS)**
**AXE STRATÉGIQUE 3 : NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE, DANS UNE APPROCHE GLOBALE SUR LE TERRITOIRE 5**
**ACTION N° 4 : DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES ACTEURS EN MATIÈRE DE NUTRITION ET ACTIVITÉS PHYSIQUES**

<b>Enjeux / Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser une dynamique de réseau entre les acteurs de promotion de la santé sur la thématique nutrition activité physique.</li> <li>• Développer les compétences dans une démarche globale : <ul style="list-style-type: none"> <li>- des professionnels et/ou accompagnants ;</li> <li>- des publics ciblés.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un groupe d'échanges de pratiques sur la nutrition et l'activité physique.</li> <li>• Élaboration d'une stratégie de formation à destination des professionnels, entourage (parents – aidants – accompagnants – auxiliaire de vie – professeurs, cuisinier...).</li> <li>• Élaboration d'une stratégie d'information en direction des publics cibles (Petite enfance – enfance – Personnes âgées - personnes handicapées – Précaire – Personnes présentant une pathologie chronique).</li> </ul>
<b>Portage de l'action</b>	Conférence de territoire / Délégation Territoriale 35.
<b>Modalités de mise en œuvre de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la composition du groupe dans un objectif de représentativité des acteurs et du territoire.</li> <li>• Rencontres entre les acteurs pour la définition des objectifs du groupe.</li> <li>• Identification des formations et des actions de prévention existantes dans le territoire 5.</li> </ul>
<b>Partenaires à mobiliser</b>	ARS - IREPS - ATS – Education Nationale – Fédérations PA/PH – Professionnels de la nutrition et de l'activité physique - Collectivités territoriales – mutuelles.....
<b>Bénéficiaires de l'action/ Bénéfices attendus</b>	Acteurs de promotion de la santé, en matière d'alimentation et d'activité physique. Lien avec les acteurs du sanitaire.
<b>Calendrier</b>	Ce groupe ouvert inscrit son action dans la durée du PRS 2012 - 2016
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du groupe.</li> <li>• Nombre de rencontres du groupe.</li> <li>• Stratégie de formation élaborée et d'information.</li> </ul>

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

#### **Version validée par la Conférence de Territoire de Santé n° 5 dans sa version corrigée du 19 mars 2013**

La rédaction du Programme Territorial de Santé (diagnostics et fiches-actions) est la première étape du projet. Cette phase opérationnelle est appelée à s'engager dès fin mars 2013 jusqu'en 2016.

Cette phase comprendra également le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des fiches actions d'une part par le comité de pilotage et d'autre part, par la conférence de territoire.

Les modalités de suivi du Programme Territorial de Santé du Territoire 5, seront les suivantes :

- maintien, sur toute la durée du PTS, des groupes de travail afin de poursuivre et renforcer la dynamique territoriale ;
- organisation de 2 réunions du comité de pilotage afin de préparer le bilan d'étape qui sera présenté annuellement à la conférence de territoire ;
- présentation chaque année à la conférence de territoire d'un bilan synthétique des actions programmées dans le PTS.

La mise en œuvre de ces fiches actions sur le territoire s'effectuera en lien avec :

- les réflexions régionales des groupes régionaux thématiques ;
- les réflexions nationales ;
- l'évolution de la législation concernant la politique de santé.

Des travaux non prévus au PTS pourront être proposés au comité de pilotage et soumis à la conférence de territoire en séance plénière.



# ANNEXES

**ANNEXE 1 : LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE PTS**

**ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL**

**ANNEXE 3 : OFFRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE DU TERRITOIRE 5**

**ANNEXE 4 : LISTE DES CLIC DU TERRITOIRE 5**

**ANNEXE 5 : LISTE DES CDAS DU TERRITOIRE 5**

**ANNEXE 6 : LISTE DES PASA UHR MÉDICO- SOCIALE DU TERRITOIRE 5**

**ANNEXE 7 : LISTE DES ACRONYMES ET AUTRES ABBRÉVIATIONS**

**ANNEXE 8 : BIBLIOGRAPHIE**

## ANNEXE 1 : COMPOSITION DU COMITE LOCAL TECHNIQUE

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
BARBE Michel	Directeur	EHPAD	CHATEAUGIRON	Animation Groupe PA
BETTLER Josiane	Directrice	CH Des Marches de Bretagne	ANTRAIN	Animation Groupe Mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre ville et hôpital
BIDAUD Christophe	Directeur	Pays de Redon et Vilaine	REDON	Pays de Redon et Vilaine
BOBILLE Pascale		Conseil Général 35 - Pôle Solidarité	RENNES	Conseil Général 35
BOUGEARD Jacqueline	Directrice	Pôle MPR St Hélier	RENNES	Bureau CT5
CREZE Mickaël	Délégué régional GEPSo	Foyer d'accueil Goanag	SAINT MEEN LE GRAND	Bureau CT5 Animation Groupe Handicap Parcours de Vie
DELAMARE Bénédicte	Médecin généraliste		BAIN DE BRETAGNE	Bureau CT5 Animation Groupe Développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé Pays Brocéliande	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE	Pays Brocéliande
ERHEL Daniel			RENNES	Bureau CT5 Animation Groupe PA
FEUVRIER Louis	Maire	Mairie	FOUGÈRES	Président Conférence T5
FOUCAULT Corinne	Coordinatrice T5	(ARS) Bretagne DT 35	RENNES	(ARS) Bretagne DT35
FRITZ André	Directeur	CHU Rennes	RENNES	Bureau CT5
HARY Jacqueline		UNAFAM	THORIGNE FOUILLARD	Bureau CT5
HERBINOT Jean François	Directeur	Pays des vallons de Vilaine	GUICHEN	Pays des vallons de Vilaine
LEFORMAL Nathalie	Directrice			
LELIEVRE Hélyette		Maison Associative Santé	RENNES	Bureau CT5
LEMONNIER Valérie	Conseiller Méthodologique	Antenne 35: Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Bretagne	RENNES	IREPS Bretagne
LENAIN Mathilde	Chargée Mission Santé	Pays Fougères	FOUGÈRES	Pays Fougères
MOIRAND Romain	Service des maladies du foie UF Addictologie	CHU de Rennes - Hôpital Pontchaillou	RENNES	Animation Prévention et prise en charge des conduites addictives
NICOLAS Benoît	Pdt CME	Pôle MPR Saint- Hélier	RENNES	Animation Groupe SSR
PARROT Laurence	Directrice	L'Escale	RENNES	Animation Prévention et prise en charge des conduites addictives
RENON Maud	Directrice Santé Publique - Handicap	Pôle Santé Publique-Handicap – Service Promotion Santé Territoire	RENNES	Ville de Rennes
SCHOENDORFF Joanna	Directrice	Maison de l'eau	CHÂTEAUBOURG	Pays de Vitré - Porte de Bretagne
SHEPPARD Elisabeth	Présidente CME	Centre Hospitalier Guillaume Rénier	RENNES	Bureau CT5
STEPHAN Hubert		APF	CESSON SÉVIGNÉ	Bureau CT5

## ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL

## LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

42 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		28 juin 2012
		11 octobre 2012
		29 novembre 2012
		17 janvier 2013

## Composition du groupe de travail

Pilotage : Romain MOIRAND - Laurence PARROT

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
CARPENTIER Marie-Christine	Directrice	CMPP Centre Médico-Psycho- Pédagogique	REDON	Membre Expert
CHALUMEAU Matthieu	CIRDD Bretagne	Directeur	RENNES	Membre Expert
CHANLOT Marjorie	Animatrice Territoriale de Santé (ATS)	GIP Pays de Redon- Bretagne sud	REDON	Membre Expert
CHEVALIER-LATREUILLE Françoise		Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
COURCHAY Marie-Cécile	Directrice Départementale Coordonatrice Régionale Prévention	ANPAA 35	RENNES	Membre Expert
DE FRESLON Gaël	Directeur	Fondation Caisses d' Epargne pour la solidarité	PLECHATEL	Membre CT5
DENOUAL André	Président CME	Clinique Philaë	PONT-PEAN	Membre CT5
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE	Membre Expert
DOMMANGE CHARRIER Annie	Directrice des soins	CH Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
DUVAL Jean-Marie		Hôpital Saint- Thomas de Villeneuve	BAIN DE BRETAGNE	Membre Expert
ECHEVERRIA Josiane	Cadre de santé	CMP Centre Médico-Psycho-	REDON	Membre Expert
FOUCHER-SAUVEE Béatrice	Infirmière Conseiller Technique auprès du Directeur Académie et Med coordinateur	Inspection Académique d'Ille-et-Vilaine	RENNES	Membre Expert
GERARD Cécile	Infirmière territoriale à la DTPJJ 35-22	PJJ	RENNES	Membre Expert
GRIMAUD Olivier	Président	ANPAA Région Bretagne	RENNES	Membre CT5
GUILLAUME Mylène	Coordinatrice de l'AAPF	Association d'Addictologie, d'Aide, de Prévention et de Formation	RENNES	Membre Expert
GUILLERY Xavier	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
GUILLOU Laurent	Clinique de l'Espérance (+ Moulin - Philae)	Directeur	RENNES	Membre Expert
HAMARD Bettina	Directrice Adjointe	Clinique du Moulin	BRUZ	Membre Expert
KERZERHO Sophie	36, bd Albert 1er	Maison Associative de la Santé.	RENNES	Membre Expert

LASSALE Michèle	Responsable de soins	Clinique St Laurent	RENNES	Membre Expert
LAUVIN Laurence	Présidente CME	L'Escalé	RENNES	Membre Expert
LE FERRAND Philippe	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
LE HELLO Roland	Cadre de santé	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
LELIEVRE Hélyette		Maison Associative Santé	RENNES	Membre CT5
LENAIN Mathilde	Chargée de mission	Pays de Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
MAZENQ Héléne	Animatrice territoriale	Pays de Vitré – Porte de Bretagne	CHÂTEAUBOURG	Membre Expert
MENOT Yann	Responsable Prévention à la Mutualité.	Mutualité Française Ille-et-Vilaine	RENNES	Membre Expert
MOIRAND Romain	Service des maladies du foie UF Addictologie	CHU de Rennes - Hôpital Pontchaillou	RENNES	Membre Expert
NICOLLE Françoise	DSSI	Clinique du Moulin	BRUZ	Membre Expert
PARROT Laurence	Directrice	L'Escalé	RENNES	Membre Expert
PERRIN Marc	Médecin	Centre Hospitalier	VITRE	Membre Expert
PORAS Jean-Pierre	Cadre de santé	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
POULAIN Yannick	Coordinateur	Liberté couleurs, structure de prévention		Membre Expert
QUEMENEUR Morgane	Médecin	Hôpital St Thomas de Villeneuve	BAIN DE BRETAGNE	Membre Expert
RAULT Mathieu	Responsable du Pôle Politique régionale de santé	Conseil régional de Bretagne		Membre Expert
ROUILLON Anne	Médecin	Centre Hospitalier	VITRE	Membre Expert
ROUSSEAU Pierre	Remplaçant M. LENAIN	Pays de Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
SALADIN Thierry	Directeur	Polyclinique St Laurent	RENNES	Membre CT5
STEPHANT Isabelle	Coordinatrice des Territoires bretons	Association AIDES	RENNES	Membre Expert
TRAVERS David	PH	CHU	RENNES	Membre Expert
VEDEILHIE Claude	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert

## Organisation du groupe de travail

## « ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGIS DANS LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET GÉRONTOLOGIQUES »

45 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		04 juillet 2012
		28 septembre 2012
		30 novembre 2012
		09 janvier 2013

## Composition du groupe de travail

Pilotage : Michel BARBE - Daniel ERHEL

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
BARBE Michel	Directeur	EHPAD	CHATEAUGIRON	Membre CT5
BERANGER Paul	Directeur Général	Association Anne Boivent	FOUGÈRES	Membre CT5
BERNARD Yves	Président CME	HAD 35	CHARTRES DE BRETAGNE	Membre Expert
BETTLER Josiane	Directrice	CH des Marches de Bretagne	ANTRAIN	Membre Expert
BORDES ou GABANI Joseph	Médecin Vice présidente de CME	Filière Bain Bretagne	BAIN-DE-BRETAGNE	Membre Expert
BRAUD Frédérique	Directrice des soins	Hôpital Privé Sévigné	CESSON-SEVIGNE	Membre Expert
CASTELLAN Claire	Cadre Technique Spécialisé Santé	Fédération ADMR 35	SAINT-GREGOIRE	Membre Expert
CATHENOZ Catherine	Onco Geriatre Médecin responsable Médecine court séjour	Service Gériatrie CHU	RENNES	Membre Expert
CATROUX Guillaume	Directeur	Centre Habitat Reizh Par	REDON	Membre CT5 FEGAPEI/URAPEI
CHATELAIS Bénédicte	Directrice	EHPAD L'Aubinage	SAINT-AUBIN D'AUBIGNE	Membre CT5 FNADEPA 35
DE FRESLON Gaël	Directeur	Fondation Caisses d' Epargne pour la solidarité	PLECHATEL	Membre CT5 FEHAP
DELALANDE Jean -Paul	Médecin	Conseil Régional Ordre Médecins	RENNES	Membre CT5 Conseil Régional Ordre Médecins
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE	Membre Expert
DOMMANGE CHARRIER Annie	Directrice des soins	CH Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
ERHEL Daniel	Représentant usagers	CFDT	RENNES	Membre CT5 Usagers CODERPAG 35
FAURE Katia	Médecin	Centre régional de gériatrie	CHANTEPIE	Membre Expert
Gabriel ROBERT	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
GENDREAU Eric	Directeur Délégué Régional Adjoint FHF chargé du SMS	Résidence Albert Aubry EHPAD de l'ONAC	LE THEIL DE BRETAGNE	Membre Expert
GENIN Anne	Directrice adjointe Offre médico-sociale adulte	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
GUILLIER COREAU Sylvie	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
HALET Marie-Jo	Présidente	CCAS	VITRE	Membre CT5 UNA/ URCCAS/ ADMR
HENRY Xavier	Directeur	HAD 35	CHARTRES DE BRETAGNE	Membre Expert

KOTOVTCHIKHINE Eric	Médecin	Conseil Régional Ordre Médecins	RENNES	Membre CT5 Conseil Régional Ordre Médecins
LASSALE Michèle	Responsable des soins		RENNES	Membre Expert
LAUDRIN Sophie	Médecin gériatre	Centre régional de gériatrie	CHANTEPIE	Membre Expert
LAURANS Arnaud	Coordonnateur centre local d'information et de coordination	CLIC de Rennes	RENNES	Membre Expert
LE DUFF Jean	Représentant usagers	FSU	DOMAGNE	Membre CT5 Usagers CODERPAG 35
LE FOLL Jean-Alain	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
LENAIN Mathilde	Chargée de mission	Pays de Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
LHOMMELET Patricia		Mutualité Française Ille et Vilaine	RENNES	Membre CT5 Mutualité Française Ille et Vilaine
MASSON Sarah	Directrice adjointe Chargée du Secteur Personnes Âgées	Centre Hospitalier de Vitré	VITRE	Membre Expert
MAYAUDON Charles	Directeur	Centre régional de gériatrie	CHANTEPIE	Membre Expert
MERLAND-LE TALLEC Aurélie	Chargée planification et suivi des établissements pour PA	Conseil Général 35 - Pôle Solidarité	RENNES	Membre Expert
PLESSE Francis	Représentant usagers	CFE CGC	MORDELLES	Suppléant CODERPAG 35
PONCET Sandrine	Médecin gériatre	CH Redon	REDON	Membre Expert
REGNIER Laurence	Directrice Résidence Notre Dame		RENNES	Membre Expert
REVEILLARD	Médecin Gériatre	CH Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
ROUSSEAU Pierre	Remplaçant M. LENAIN	Pays de Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
SALADIN Thierry	Directeur	Polyclinique St Laurent	RENNES	Membre CT5 FEHAP/ URIOPSS
SECHET Solène	Coordinatrice du CLIC du Pays de Redon	CLIC du Pays de Redon	REDON	Membre Expert
SOYER-HOOGHE Karen	Responsable du Pôle Senior et Handicap		VITRE	Membre Expert
TARADE Claudine	Cadre retraitée CARSAT		REDON	Titulaire Personnalité Qualifiée
TOUJAS	Médecin Gériatre	CH Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
VOLLAUD Odile	Coordinatrice du CLIC ALLIAGES	CLIC Alli'âges	CHANTEPIE	Membre Expert

### Organisation du groupe de travail

#### « PLACE DE L'HÔPITAL LOCAL DANS LE PARCOURS DE SOINS ET DE VIE DE LA PERSONNE AGI SUR LE TERRITOIRE 5 »

8 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		04 sept 14H30 St Brice
		13 Novembre 14H30
		19 Dec 14H30 DT 35
		23 janvier 2013

### Composition du groupe de travail

Pilotage : Josiane Bettler

ÉTABLISSEMENT	VILLE	QUALITÉ	NOM - PRÉNOM
CH Janzé	Janzé	Direction	Martine JOUZEL.
CH Le Grand Fougeray	Le Grand Fougeray	Direction	Georges TYGREAT
CH La Guerche de Bgne Direction Commune CH Vitré	La Guerche de Bretagne	Direction	Alain GROHEUX
		Directrice Adjointe	Gaelle CHESNAIS
CH Montfort sur Meu	Montfort sur Meu	Directrice Adjointe	Xenia ORHAN
CH Saint Méen le Grand Direction Commune Montfort	Saint Méen le Grand	Direction Commune St Meen Montfort	Bruno HERVIO
CH Carentoir Direction Commune CH Redon	Carentoir	Direction	Michel DESHAYES
		Référente de site	Mme Prodé
CH Bain de Bretagne Saint Thomas de Villeneuve	Bain de Bretagne	Direction	Dominique JOUAN
CH Les marches de Bretagne Antrain St Brice en Coglès	Antrain	Direction	Josiane BETTLER

### Organisation du groupe de travail

#### « LE DÉVELOPPEMENT DES MODES D'EXERCICE COLLECTIFS ET COORDONNE »

42 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		28 septembre 2012
		24 octobre 2012
		16 janvier 2013

### Composition du groupe de travail

Pilotage : Bénédicte DELAMARE

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
ANIS Yvette	vice-présidente du pays de Redon Bretagne-sud	GIP Pays de Redon- Bretagne sud		Membre CT5
BETTLER Josiane	Directrice	CH Des Marches de Bretagne	ANTRAIN	Membre CT5
BIDAUD Christophe	Directeur du pays de Redon-Bretagne sud	GIP Pays de Redon- Bretagne sud	REDON	Membre Expert
BRIANTAIS Olivia	Chargée Mission	URPS	RENNES	Membre Expert
CANDAS Laura	Cadre Technique Spécialisé Santé	Fédération ADMR 35	SAINT-GREGOIRE	Membre Expert
CARRE Pierre-Jean	Médecin généraliste			Membre CT5
DELALANDE Jean Paul	Médecin	Conseil Régional Ordre Médecins	RENNES	Membre CT5

DELAMARE Bénédicte	Médecin généraliste		BAIN DE BRETAGNE	Membre CT5
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande		Membre Expert
DESPRES Pierre	Président Communauté communes Pays Guerchais	Hôtel de Ville	LA GUERCHE DE BRETAGNE	Membre CT5
LE DUFF Jean	Représentant usagers	FSU	DOMAGNE	Membre CT5
LEBRUN Marie-Françoise	Responsable Centre de Soins Infirmier ADMR Vitré	Fédération ADMR 35	SAINT GRÉGOIRE	Membre Expert
LENAIN Mathilde	Chargée de mission	Pays de Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
LEVACHER Valérie	Directrice Générale	Mutualité Française Ille-et-Vilaine		Membre CT5
RENON Maud	Directrice Santé Publique - Handicap	Ville de Rennes	RENNES	Membre Expert
ROUSSEAU Pierre	Remplaçant M. LENAIN	Pays de Fougères	FOUGÈRES	Membre Expert
THOMAS Françoise	Directrice-Coordinatrice	Réseau Diabète 35	RENNES	Membre Expert
TREHEN Laurence	Directrice	SAMS APF 35 et APEA Redon	RENNES	Membre CT5

#### Liste des participants invités au titre de MSP / PSP

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
BELLEC Sébastien	MG		Saint Meen Le Grand	Membre Expert
BESNARD Jean -François	MG	PSP	Le Gast	Membre Expert
BLANCHARD Marcel	MG	MSP	Luitré / La Chapelle Janson/ Billé	Membre Expert
BUREAU Frédéric	Pharmacien	MSP/PSP	Louvigné	Membre Expert
CHAPIN Vincent	MG	MSP	Maure De Bretagne	Membre Expert
CORNEC Brendan	MG	MSP	Plélan Le Grand	Membre Expert
DELAMARE Bénédicte	MG	PSP	Bain De Bretagne	Membre CT5
DUCHENE	MG	MSP	Breteil	Membre Expert
DURAND Patricia	Pharmacien	MSP	Martigné Ferchaud	Membre Expert
DUVAL Roland	MK	MSP/PSP	Pipriac/Sixt Sur Aff	Membre Expert
ERVAL Jérôme	IDE	MSP	Pléchatel	Membre Expert
LE HETET François	MG	MSP	La Guerche De Bretagne	Membre Expert
NOGET Philippe	Pharmacien	MSP	La Gacilly	Membre Expert
PELTRIAUX Marc	MG	MSP	Saint Ouen Des Alleux	Membre Expert
PERCHERON Charles-Antoine	MG	PSP	Argentré Du Plessis	Membre Expert
PERRIN Catherine	MG	MSP	Allaire/Peillac	Membre Expert
PONTIS Jean-Luc	MG	MSP	Val d'zé	Membre Expert
RICONO Jean-François	MG	MSP/PSP	Antrain	Membre CT5
ROUSSEAU Christian	MG	MSP/PSP	Le Coglais	Membre Expert
SAURAT Alain	MG	MSP	Le Grand Fougeray	Membre Expert
TARDIF Philippe	MG	MSP	La Bouexiere	Membre Expert
TESSE Benoît	MG	MSP	Retiers	Membre Expert
TOULET	MG	MSP	Gévezé	Membre Expert
URBAN Jean-Pierre	MG	MSP	Le Sel De Bretagne	Membre Expert

### Organisation du groupe de travail

« Patients, Proches, Associations d'usagers Acteurs des parcours de Santé et de vie »

7 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		11 juin 2012
		01 février 2013
		13 février 2013
		12 mars 2013

### Composition du groupe de travail : Collège des usagers

NOM – PRÉNOM	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE 1
Michel DAGUIN		RENNES	URAPEI
Christiane INGOUF	UFC Que Choisir	MEDREAC	UFC Que Choisir
Raymond MAUDET	Fédération Aînés Ruraux	RENNES	Fédération Aînés Ruraux
	adresse perso	BRIELLES	
Jacqueline HARY	UNAFAM	THORIGNE FOUILLARD	UNAFAM
Hélyette LELIEVRE	Maison Associative Santé	RENNES	Maison Associative Santé
	adresse perso	RENNES	
Hubert STEPHAN	APF	CESSON SÉVIGNÉ	CDCPH 35
Madeleine MANCEAU	adresse perso	BETTON	CODERPAG 35
	FENARA	CESSON SÉVIGNÉ	
Daniel ERHEL		RENNES	CODERPAG 35
Tanguy KERVELLA		CHANTEPIE	URAPEI
Adrien LANDAIS		CORPS NUDES	UDAF
Pascal LEGRIS		ST BRICE EN COGLES	La Croix d'Or
Robert LEGAVRE	AMIGO Bretagne	RENNES	AMIGO Bretagne
Laurence DAVROU	AAD	CESSON SÉVIGNÉ	CDCPH 35
Francis PLESSE	CFE CGC	MORDELLES	CODERPAG 35
Jean LE DUFF	FSU	DOMAGNE	CODERPAG 35

### Organisation du groupe de travail

« LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDE »

35 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		28 août 2012
		12 octobre 2012
		27 novembre 2012
		22 janvier 2013

### Composition du groupe de travail

Pilotage : Pilotage: Dr Élisabeth Sheppard

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
ABDELMALEK Mohammed	Chef de pôle Santé Mentale et Addictologie	Centre hospitalier	REDON	Membre Expert
BENIS Didier		La Thébaudais	RENNES	Membre Expert
BICHE André		Fil Rouge 35 – Convergence Bretagne	RENNES	Membre Expert
BOISSEAU Luc		(ARS) Bretagne DF 35	RENNES	Membre Expert

CANDAS Laura	Cadre Technique Spécialisé Santé	Fédération ADMR 35	SAINT GRÉGOIRE	Membre Expert
CARPENTIER Marie-Christine	Directrice Psychologue	CMPP	REDON	Membre Expert
CHANLOT Marjorie	Animatrice Territoriale de Santé (ATS)	GIP Pays de Redon-Bretagne sud	REDON	Membre Expert
DAVID Denise	Directrice	SAVS Itinéraire Bis	MORDELLES	Membre Expert
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE	Membre Expert
ECHEVERRIA Josiane	Cadre du pôle Santé Mentale et addictologie	CMP	REDON	Membre Expert
EON Jean-Michel	Médecin	Clinique de l'Espérance	RENNES	Membre Expert
FOUQUERE Carole	Médecin	CHGR	RENNES	Membre Expert
GERARD Cécile	Infirmière territoriale à la DTPJJ 35-22	PJJ	RENNES	Membre Expert
GUIHO Élisabeth		La Thébaudais	RENNES	Membre Expert
GUILLOUX Laurent	Direction	Clinique du Moulin	RENNES	Membre CT5
GUIVARC'H Anne	Directrice Soins	CHGR	RENNES	Membre Expert
HARY Jacqueline	Représentant Usagers		THORIGNE FOUILLARD	Membre CT5 UNAFAM
HENRY Nicolas	Chargé de mission Promotion Santé Mentale	Ville de Rennes	RENNES	Membre Expert
ISMAIL Lida	PH Urgences	Centre Hospitalier	VITRE	Membre Expert
KERZERHO Sophie LE GALL		Maison Associative de la Santé	RENNES	Membre Expert
LEVOYER David	Médecin	CHGR	RENNES	Membre Expert
LOISEL Valérie	Directrice	Le Hameau de la Pierre Longue	IFFENDIC	Membre Expert
MAZENQ Hélène	Animatrice territoriale	Pays de Vitré – Porte de Bretagne	CHÂTEAUBOURG	Membre Expert
MENOT Yann	Responsable Activité Promotion de la santé	Mutualité Française Ille-et-Vilaine	RENNES	Représente V. LEVACHER Membre CT5 Mutualité
MONFORT Lydie	Directrice	Maison Bleue	FOUGÈRES	Représente M. CHOTARD DG Association Le Parc Membre CT5 URIOPSS
NICOLLE Françoise	DSSI	Clinique du Moulin	BRUZ	Membre Expert
OLEK Marie		Polyclinique Saint-Laurent	RENNES	Membre Expert
OLIVE Danièle	Directrice BAPU	Bureau d'aide psychologique et universitaire	RENNES	Membre Expert
PENNAMEN Pierre		Centre hospitalier	REDON	Membre Expert
RAUX Isabelle		Polyclinique Saint-Laurent	RENNES	Membre Expert
RELEXANS Régine		CMP	RENNES	Membre Expert
SCICLUNA Emmanuel		Clinique du Moulin	BRUZ	Membre Expert
SHEPPARD Élisabeth	Président CME	CHGR	RENNES	Membre CT5 Bureau
TRAVERS David	Médecin	CHU	RENNES	Membre Expert
WOJNAROWSKI Cécile		CMPP APE2A	FOUGÈRES	Membre Expert

## Organisation du groupe de travail

### « ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE »

26 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		20 septembre 2012
		21 novembre 2012
		30 novembre 2012
		08 janvier 2012
		21 février 2013

## Composition du groupe de travail

Pilotage : Mickaël CREZE

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
ANIS Yvette	Conseillère générale	Mairie	SAINT VINCENT SUR OUST	Membre CT5
AULNETTE Véronique	Chef de service Évaluation	MDPH 35	RENNES	Membre CT5
BENIS Didier	Chargé Insertion	La Thébaudais	RENNES	Membre CT5
BOUGEARD Hervé		CG56-DGISS		Membre Expert
BROSSAY Evelyne	Chargée de la planification et du suivi des établissements et services pour personnes handicapées	Conseil Général 35 - Pôle Solidarité	RENNES	Représente le CG
CATROUX Guillaume	Directeur	Centre Habitat Reizh Par	REDON	Membre CT5 Fédération Handicap FEGAPEI/URAPEI
CHEVREUILLE Claire	Médecin Pédopsychiatre	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
CREZE Mickaël	Directeur	Foyer d'accueil Médicalisé "Goanag"	SAINT MEEN	Membre CT5 Fédération Handicap Gepso / Urpep
DAGUIN Michel	Administrateur		RENNES	Membre CT5 Usagers Administrateur URAPEI
DAUVERGNE Fabienne	Responsable Pole insertion	Pole Saint-Hélier	RENNES	Membre Expert
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE	Membre Expert
DERIEUX Ronan	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE	Membre Expert
GAUTIER Bertrand		Mutualité Française Ille-et-Vilaine	RENNES	Représente V LEVACHER Membre CT5 Mutualité
GENIN Anne	Directrice adjointe Offre médico- sociale adulte	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
GIRON Laetitia	Cadre technique spécialisée Handicap	Fédération ADMR 35	SAINT GRÉGOIRE	Membre Expert
INGOUF Christiane	Membre association locale	UFC Que Choisir	MEDREAC	Membre CT5 Usagers
LAVENU Cédric	Directeur des Établissements et Services	Association ESPOIR 35	RENNES	Membre Expert
LE MARIE		CHGR	RENNES	Membre Expert
LECROC Philippe Représenté par Philippe Alain	Directeur général	PEP 35	RENNES	Membre CT5 GEPSo/ URPEP
LEGUEN Marie-Luce	Directrice	MDPH 35	RENNES	Membre Expert
MONFORT Lydie	Directrice	CAMSP	FOUGÈRES	Représente Mr Chotard DG Association Le Parc Membre CT5 URIOPSS

NICOLLE Françoise	DSSI	Clinique de l'Espérance	RENNES	Membre Expert
RICHARD Yves	Responsable mission handicap et citoyenneté	Ville de Rennes - Direction santé publique-handicap	RENNES	Membre Expert
ROUX Armand	Directeur	Centre de réadaptation fonctionnelle	VERN SUR SEICHE	Membre CT5
SOYER-HOOGHE Karen	Responsable du Pôle Senior et Handicap		VITRE	Membre Expert
STEPHAN Hubert	Représentant usagers	APF	CESSON SÉVIGNÉ	Membre CT5
TREHEN Laurence	Directrice	SAMS APF 35 et APEA Redon	RENNES	Membre CT5

### Organisation du groupe de travail

#### « ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP ET PARCOURS DE VIE ACCÈS AUX SOINS »

22 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		26 septembre 2012
		21 novembre 2012
		12 décembre 2012
		23 janvier 2013

### Composition du groupe de travail

Pilotage : Benoît Nicolas

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE	INSTANCE
BENIS Didier		La Thébaudais	RENNES	Membre Expert
BONAN Isabelle	Médecin Chef de service SSR	CHU	RENNES	Membre Expert
BRAU Sylvie	Médecin MPR	SESSAD Henri Matisse	RENNES	Membre Expert
CHEVREUILLE Claire	Médecin Pédiopsychiatre	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
COLIN Amélie	Coordinatrice	Réseau Breizh Paralyse Cérébrale	RENNES	Membre Expert
CREZE Mickaël	Directeur	Foyer d'accueil Médicalisé "Goanag"	SAINT MEEN LE GRAND	Membre CT5 Fédération Handicap Gepso / Urpep
DAUVERGNE Fabienne	Responsable Pole insertion	Pole Saint-Hélier	RENNES	Membre Expert
DELANNEE Zouaouia	cadre de santé SSR	CH Redon	REDON	Membre Expert
GALLIEN Philippe	SSR Spécialisés MPR	Pole MPR St Hélier	RENNES	Membre Expert
GENIN Anne	Directrice adjointe Offre médico-sociale adulte	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
GENUYT Yves	Médecin Généraliste		RENNES	Membre Expert
GUIHO Elisabeth		La Thébaudais	RENNES	Membre Expert
GUILLIER COREAU Sylvie	Médecin	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
JACOB Emmanuel		Association TEDDIT	SAINT BRICE EN COGLES	Membre Usagers
LE MARIE		Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES	Membre Expert
MONFORT Lydie	Directrice	CAMSP Fougères et Vitré Hop Jour Pédiopsychiatrie Fougères.	FOUGÈRES	Représente Mr CHOTARD DG Association Le Parc Membre CT5 URIOPSS

NICOLAS Benoît	SSR Spécialisés MPR	Pole MPR Saint-Héliier	RENNES	Membre Expert
PANNETIER Nathalie	Infirmières	SAMSAH APF 35	RENNES	Membre Expert
PICOT Denis	Médecin nutritionniste	Clinique St Yves		Membre Expert
PRODE Nelly	Cadre de santé en chirurgie	CH Redon	REDON	Membre Expert
RAIGNER Jean-Robert				Membre Expert
STEPHAN Hubert	Représentant usagers	APF	CESSON SÉVIGNÉ	Membre CT5

### Organisation du groupe de travail

#### « SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION »

22 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL		
	SSR	SSR sorties	SSR admissions directes
	29 juin 2012	07 septembre 2012	04 juin 2012
	18 décembre 2012	16 novembre 2012	21 septembre 2012
29 janvier 2013	19 novembre 2012		

### Composition du groupe de travail

Pilotage: Dr Benoît Nicolas

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE
André FRITZ	Direction	CHU Rennes	RENNES
Pr Isabelle BONAN	Médecin Chef de service SSR		
Patrice ABLAIN	Direction	CH Fougères	FOUGÈRES
Dr Natacha PRAT-ROBILLARD	Pdt CME	CH Fougères	
Catherine TOUJAS	Docteur	CH Fougères	
Jean Philippe GAUSSENS	Direction	CH Redon	REDON
Dr Pierre BARON	Pdt CME	CH Redon	
Alain GROHEUX	Direction	CH Vitré	VITRE
Sarah MASSON Dr Emmanulle MUSELLEC		CH Vitré	
Josiane BETTLER	Direction	CH Antrain et Saint Brice en Coglès	ANTRAIN
Dr Jean François RICONO	Pdt CME	CH Antrain et Saint Brice en Coglès	
Dr Yann GICQUEL	Med SSR	CH Antrain et Saint Brice en Coglès	JANZE
Martine JOUZEL	Direction	CH Janzé	
Dr Manh Hung VUONG	Pdt CME	CH Janzé	
Georges TYGREAT	Direction	CH Le Grand Fougeray	LE GRAND FOUGERAY
Dr Patrice NOURY	Pdt CME	CH Le Grand Fougeray	
Gaëlle CHESNAIS Directrice Adjointe	Direction	CH La Guerche de Bretagne	LA GUERCHE DE BRETAGNE
Dr Loïc LE BOT	Pdt CME	CH La Guerche de Bretagne	
Xenia ORHAN Directrice Adjointe Bruno HERVIO - DG	Direction	CH Montfort-sur- Meu	MONTFORT- SUR-MEU
Monsieur Fabrice NEVEU	Med SSR	CH Montfort-sur- Meu	
Dr Gérard DUCHENE	Pdt CME	CH Montfort-sur- Meu	
Mr BRIVE Directeur Adjoint Bruno HERVIO - DG	Direction	CH Saint-Méen Le Grand	SAINT-MEEN LE GRAND
Dr Yves LEFLOCH	Pdt CME	CH Saint-Méen Le Grand	

Référente de site Mme PRODE	Direction	CH Carentoir	CARENTOIR
Dr Michèle FOND ROLLAND	Pdt CME	CH Carentoir	
Thibault LE PALLEC	Direction	Clinique Saint-Yves Rennes	RENNES
Dr Pascal GUILLO	Pdt CME	Clinique Saint-Yves Rennes	
Charles Henri MAYAUDON	Direction	Centre régional de Gériatrie	CHANTEPIE
Isabelle RIVIER	Pdt CME	Centre régional de Gériatrie	
Dominique JOUAN	Direction	CH Bain de Bretagne Saint-Thomas de Villeneuve	BAIN DE BRETAGNE
Dr Jean Luc BERAR	Pdt CME	CH Bain de Bretagne Saint-Thomas de Villeneuve	
Sophie HEINRY	Direction	Centre de Convalescence La Pierre Blanche Bourg les Comptes	BOURG DES COMPTES
DR Philippe CARSON DR DUDORET DR Pierre LE FLOC'H	Med SSR	Centre de Convalescence La Pierre Blanche Bourg les Comptes	
Ghislaine CUENCA	Direction	Centre médical Rey Leroux La Bouëxière	LA BOUEXIERE
Dr Brigitte COATMELEC	Pdt CME	Centre médical Rey Leroux La Bouëxière	
Gilles ULLIAC	Direction	Centre Médical et Pédagogique de Rennes Beaulieu Rennes	RENNES
Dr Phillippe LE CAVORZIN	Pdt CME	Centre Médical et Pédagogique de Rennes Beaulieu Rennes	
Laurence PARROT	Direction	L'Escale Rennes	
Dr Laurence LAUVIN	Pdt CME	L'Escale Rennes	
Jacqueline BOUGEARD	Direction	Pole MPR St Hellier	
Benoît NICOLAS	Pdt CME	Pole MPR St Hellier	
Armand ROUX	Direction	Le Patis Fraux Vern S/Seiche	VERN-SUR-SEICHE
Dr Félix DARNAJOU	Pdt CME	Le Patis Fraux Vern S/Seiche	
Thierry SALADIN	Direction	Polyclinique Saint Laurent	RENNES
Docteur Yann KERSAUDY Madame Michèle LASSALLE Madame Mireille VALLEE-DENOUAL	Interlocuteurs SSR	Polyclinique Saint Laurent	
Dr Philippe DRUELLES	Pdt CME	Polyclinique Saint Laurent	
Laurent GUILLOUX	Direction	Clinique Philaë	PONT PEAN
Dr André DENOUAL	Pdt CME	Clinique Philaë	
Dr Spack	Med SSR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier	RENNES

## Organisation du groupe de travail

## « LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE »

22 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
	TCA adulte	TCA adolescent
	16 avril 2012	13 septembre 2012
	08 juin 2012	29 novembre 2012
05 octobre 2012	24 janvier 2013	

## Composition du groupe de travail

Pilotage : Françoise CHEVALIER – LATREUILLE – Christine LEFEUVRE – Françoise NICOLLE

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE
Françoise CHEVALIER-LATREUILLE	Médecin	CHGR	RENNES
Christine LEFEUVRE	Médecin	Clinique St Yves	RENNES
Françoise NICOLLE	DSSI	Clinique du Moulin	BRUZ
Roland LE HELLO	Cadre Santé	CHGR	RENNES
Fabrice BONNET	Professeur	CHU	RENNES
Maryse DUBOIS	Cadre Santé Service Turquoise	Clinique St Yves	RENNES
Dr RICHARD LAUVIN	Médecin	Clinique St Yves	RENNES
Christine BELLION	Médecin		
Brigitte COATMELEC	Médecin	Centre médical Rey Leroux	LA BOUEXIERE
Dominique BLIGNY	Médecin	CHP St Grégoire	SAINT GRÉGOIRE
Jean-Yves POIRIER	Médecin	CHU	RENNES
Francis EUDIER	Médecin	CHU	RENNES
Eric LE HUÈDE	Médecin	CHGR	RENNES
Dr LKT PHAM	Médecin		
Emmanuel SCICLUNA	Cadre de santé		
Sylvie TORJMAN	Médecin	CHGR	RENNES
Catherine LEVENEZ	Médecin	CHGR	RENNES
Hélène DENIS	Coordinatrice - assistante sociale	Cellule de Coordination Réseau Ville Hôpital Alcool 35	
Bérénice GAUTIER	Médecin		
Claude VEDELHIE	Médecin	CHGR	RENNES
Touria LEDU	Medecin	Clinique St Yves	RENNES
Peggy BRIENS	Infirmiere Équipe Mobile TCA	CHGR	RENNES
Camille CHARLES	Membre Équipe Mobile	CHGR	RENNES

## « LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE &lt; 16 ANS »

Pilotage : David BRIARD – Carole FOUQUERE

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE
Carole FOUQUERE	Médecin	CHGR	RENNES
David BRIARD	Pédiatre	Hôpital Sud	RENNES
Brigitte COATMELEC	Médecin	Centre médical Rey Leroux	LA BOUEXIERE
Valérie CHAUVEL	Internat Hospitalisation de psychiatrie	CHGR	RENNES
Emmanuelle DE DALMASSY	Pédiatre	Centre Hospitalier	VITRE
Dr LE HERISSE	Medecin	Centre Hospitalier	FOUGÈRES
Mathilde PERRIN	Medecin	Centre Hospitalier	VITRE
Dr SUISSA	Medecin	Centre Hospitalier	REDON
Dr ROUBINI	Internat Hospitalisation de psychiatrie	CHGR	RENNES
Dr WISS	Pédopsychiatrie de liaison	Centre Hospitalier	REDON
Dominique BLIGNY	Médecin	CHP St Grégoire	SAINT GRÉGOIRE

## Organisation du groupe de travail

### « PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ

#### Nutrition et activité physique – Vaccination – Vie affective et sexuelle »

39 INSCRITS	DATES DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL	
		14 novembre 2012
		19 décembre 2012
		17 janvier 2013

#### Composition du groupe de travail

NOM – PRÉNOM	FONCTION	STRUCTURE	VILLE
Hélène MAZENQ	Animatrice territoriale	Pays de Vitré – Porte de Bretagne	CHÂTEAUBOURG
Marjorie CHANLOT	Animatrice Territoriale de Santé (ATS)	GIP Pays de Redon-Bretagne sud	REDON
Béatrice FOUCHER-SAUVEE	Infirmière Conseiller Technique auprès du Dir Académie et Med coordinateur	Inspection Académique d'Ille-et-vilaine	RENNES
Ronan DERIEUX	Chargée Mission Santé	Pays Brocéliande	MONTAUBAN DE BRETAGNE
Mathieu RAULT	Responsable du Pôle Politique régionale de santé	Conseil régional de Bretagne	
Mathilde LENAIN	Chargée de mission	Pays de Fougères	FOUGÈRES
Pierre ROUSSEAU	Remplaçant M Lenain Pdt Cgès Mat	Pays de Fougères	FOUGÈRES
Sophie KERZERHO	36, bd Albert 1er	Maison Associative de la Santé.	RENNES
Yann MENOT	Responsable Prévention à la Mutualité.	Mutualité Française Ille-et-Vilaine	RENNES
Myriame BESSE	AIRDDS	Pole Coordination Santé Sexuelle	
Anne LEFEUVRE	CG 35	Responsable PMI	
Sylvie GAUTRON	CPAM	Responsable Sce Prevention	RENNES
Maud RENON	Directrice Santé Publique - Handicap	Ville Rennes	RENNES
Elen LARVOR	Chargée de mission santé référente VAS	Ville Rennes Prévention et réduction des risques addictions	RENNES
Florence POIRIER	Chargée de mission santé	Ville Rennes « Nutrition/ APhys et précarité »	RENNES
Sarah LECORPS	Chargée de mission santé Référente actions nutrition		RENNES
Françoise MAZE	Cadre Santé	CHU de Rennes - Hôpital Pontchaillou	RENNES
Françoise PALLIO	Referente Asso Regionale	CRRF Kerpape	PLOEMEUR
M. Serge CHARPENTIER	Président	Maison du Diabète, de la Nutrition et du risque vasculaire	
M Eric GENDREAU			
Mme Valérie HAMDI	Chargée de Prévention Santé	Direction Santé Prévention LMDE (La Mutuelle Des Étudiants)	RENNES
		SMEBA	
Dr Catherine YVER	Directeur	SIMPSS	RENNES
Dr TREGARO	Médecin conseil	DRJSCS	
Pr MICHELET		CHU	
Mr Mickael ROSSI Mme Ginette DELAUAUD		Croix Rouge Française	
Mr ARRIVEE		Secours Populaire	
M. LUCAS		Banque Alimentaire	

M. PARODI		DDCSPP d'ILLE-ET-VILAINE (35) Direction Départementale de la Cohésion Sociale	RENNES
Sonia MAGALHAES	Chargée de Mission aux Droits des Femmes et à l'Égalité	et de la Protection des Populations d'Ille et Vilaine	
Mme Christine KHAN		DDEC d'Ille et Vilaine	
Mme Claire OBEJERO	Référente des infirmières scolaire de l'enseignement catholique		
Steven JACOB	Office des Sports du Canton de Redon	Educateur Sportif	
Laurence MAFFEIS	Coordinatrice des programmes	« Maison de la mutualisation pour la santé globale et durable »	REDON
Stephanie LEGRAND	Dieteticienne Collectif 35		VITRE
Marlène DEBRAY	Dieteticienne		RENNES
Marlène DEBRAY	Dieteticienne		RENNES
Valerie LEMONNIER		IREPS	
Pierre-Jean CARRE	Médecin généraliste		SAINT JACQUES DE LA LANDE
Agnès HEFLING	Chargée de Développement	Assiette au champ	REDON

### ANNEXE 3 : OFFRE DE SOINS EN ADDICTOLOGIE DU TERRITOIRE 5

#### Prise en charge ambulatoire

#### Consultations hospitalières

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION/ JOURS ET HEURES D'OUVERTURE	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
Consultation addictologie Service des maladies du foie Tél. : 02 99 28 42 98  Consultation de tabacologie intégrée dans l'UF « Prévention des Maladies Respiratoires » Tél. : 02 99 28 37 10	CHU Rennes	Consultations addictologie Service Maladie du foie CHU Rennes : • Consultations externes médicales et psychologiques : Lundi – Mardi Après midi - Jeudi matin - vendredi • Consultations psychologiques orientées par la liaison : Mercredi • Consultations jeunes consommateurs : Mercredi mais possible autres jours • Consultations dont les RDV sont uniquement à l'initiative du médecin : Jeudi après midi • Consultations pour les familles : vendredi après midi Consultations tabacologie Service Prévention des Maladies Respiratoires • Consultations externes : Lundi au vendredi 9H-17H • Consultations de liaison : Lundi au vendredi 9H-17H	Tabac – alcool ± autres produits Consultations médicales d'orientation et de suivi Prise en charge psychothérapeutique Consultation de tabacologie intégrée dans l'UF « Prévention des Maladies Respiratoires »
CHS les iris - pole addiction précarité Tél. 02 99 33 39 41	CH Guillaume Régnier 108, avenue du Général-Leclerc Rennes	Consultation en amont et aval de la cure Intervention des infirmiers pour des consultations substances illicites sur CHU Fougères – Redon – Vitré	Consultations médicales, infirmières, psychologiques et sociales sur rendez-vous
Consultation alcool Service médecine interne Dr Hanta RAMANOARIMANANA Tél. : 02 99 17 71 75 Consultation de tabacologie Service consultation externe de médecine Dr Brault Tél. : 02 99 17 26 20	CH Fougères	Service Médecine Interne, consultations alcoologie, pré post sevrage : Mercredi après midi Consultations externes tabacologie : Lundi après midi sur RDV et Vendredi après midi Consultations externes tabacologie : Mardi après midi - Prise en charge diététique - Prise en charge psycho Consultations tabacologie en interne par une infirmière : Lundi Mardi Jeudi Vendredi matin	Tabac – alcool

Centre d'Aide à l'arrêt du tabac Tél. 02 99 25 69 90	Clinique Saint Laurent Rennes	Consultations Tabac sur RDV • Lundi et Mardi 8h à 18h - Mercredi et Vendredi 8h – 16h • Consultations dans les autres services à la demande des médecins ou patients assurées par Infirmières	Consultations ambulatoires de tabacologie
Consultation externe Alcoologie Hospitalisation Complète Tel: 02.99.25.69.71		Consultations Alcoologie sur RDV • Lundi-Mardi-Jeudi de 16h à 18h Dr LE CLAINCHE 02.99.25.69.96 • Lundi au Vendredi Dr Hommeril 02 99 25 37 91 • Consultations Tabac avec les IDE du CAAT	Primo Consultation Consultation Ambulatoire Sevrage Simple – Complexe Programmation-Séquentielle
Jeux Pathologiques		Consultations Jeux Pathologiques • 2° Lundi des mois de Février, Avril, Juin, Octobre et Décembre De 18h30 à 19h30	Dr De Prin - Dr A. Hommeril Psychologue : Mr Chauveau À S E: Me Olek

## Prise en charge ambulatoire

### Consultations en CSAPA

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION/ JOURS ET HEURES D'OUVERTURE	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
CSAPA Rennes Site St Melaine Tél. 02 99 38 01 53 Site Envol Tél. 02 99 33 39 20	CH Guillaume Régnier	2 sites: Consultation en alcoologie et tabacologie rue St Melaine du Lundi au vendredi : 8h30-18h30 Consultation drogues- jeu TCA Site de l'Envol : Lundi au vendredi 9h-12h30 -13h30-18h30 Consultation Tabacologie consultations de liaison CHGR	Consultation en alcoologie Consultation en Addictologie, Consultation jeu Consultation Trouble du comportement alimentaire
CSAPA Redon Tél. 02 99 71 71 28	rue de galerne	Consultations Infirmiers (orientation plutôt Alcoologie) Lu - Vend 9h30-16H30 Consultations médecins Orientation plutôt Alcoologie Lundi après midi et Vend après midi Orientation plutôt toxicomanie Mardi toute la journée et Mer après midi Orientation tabacologie Mer matin semaine paire Consultations psychologue Orientation plutôt Alcoologie Mardi - Mercredi	Consultation en alcoologie Consultation en Addictologie Consultations en tabacologie
CSAPA La Clairière Fougères Tél. 02 99 17 73 91	CH Fougères 133, rue de la forêt	Consultations avec ou sans rendez-vous • Lundi: 13h30-18h00 • Mardi: 10- 12h 13h30- 19h • Mercredi: 13h – 16h • Jeudi: 9- 12h 13h30- 18h • Vendredi: 9- 12h 13h30- 16h • Accueil de groupe le mardi de 14H à 15H (Brin de causette)	Consultation alcoologie Consultations cannabis sur rendez-vous par un infirmier de l'envol
CSAPA Vitré Tél. 02 99 74 14 68	CH Vitré 29, rue de Beauvais	Consultations pluridisciplinaires • Lundi au Vend 9h à 17h • Lundi jusque 20h Consultations délocalisées au sud du territoire Retiers et La Guerche le lundi après midi 15H30 – 20H	Consultations avec ou sans produits

**Prise en charge ambulatoire****Appartements de coordination thérapeutique**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION/ JOURS ET HEURES D'OUVERTURE	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
CSAPA Rennes	CH Guillaume Régnier	4 Bd de Strasbourg, 3 appartements thérapeutiques relais	Toxicomanie

**Prise en charge en hospitalisation****Liste des établissements de santé selon leur niveau en addictologie**

STRUCTURES DE NIVEAU 1 (SEVRAGES SIMPLÉS)	STRUCTURES DE NIVEAU 2 (SEVRAGES COMPLEXES)	STRUCTURES DE NIVEAU 3 (RECHERCHE ET FORMATION)
CHU Rennes	CHU Rennes	CHU Rennes
Clinique Saint Laurent Rennes	Clinique Saint Laurent Rennes	
CH Vitré		
CH Fougères		
CH Guillaume Régnier Rennes Prise en charge > 16 Ans : UMA Unité mutualisée d'admission à prédominance alcoologie Prise en charge moins de 16 Ans : USSAJA (Unité de Soins Spécialisés pour Adolescents) CASAJA (Centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes)	CH Guillaume Régnier Rennes Les Iris (Sevrage Complexe)	
Clinique du Moulin Bruz		
CH Redon		

**Prise en charge en hospitalisation Equipes de liaison et de soins en addictologie**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION/ JOURS ET HEURES D'OUVERTURE	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
CHU Rennes	CHU Rennes	Consultations de liaison en alcoologie : 7 jours sur 7 tous les jours de l'année Consultations de liaison en tabacologie : Lundi au vendredi 9H-17H Consultations Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) Service d'Urgence	Alcool-tabac
CH Fougères	CH Fougères	Fougères	
CHGR Rennes	CHGR Rennes	Site Envol : consultation tabacologie Consultations de liaison en toxicomanie sur site CHU Rennes CH Fougères Vitré	
CH Vitré	CH Vitré	Vitré	
CH Redon	CH Redon	Redon	

**Prise en charge en hospitalisation Hospitalisation de jour**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION / CAPACITÉS	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
Clinique St Laurent	Clinique Saint Laurent	Rennes trois demi-journées par semaine Ouvert les Lundi-Mercredi-vendredi Consultation sur RDV via Secrétariat: 02 99 25 37 91 Dr Quemeneur - Dr Le Clainche - Dr Hommeril	Unité d'alcoologie Autres addictions prises en charge : tabac, addictions sans produits (jeu pathologique...) Dossier de pré-admission « patient et médecin prescripteur » Commission d'admission pluri disciplinaire toutes les 3 semaines Staff Hebdomadaire le Lundi
L'Estran – Rennes	CHGR Rennes projet commun avec CHU Rennes	Rennes 15 places 5 jours par semaine	Polyaddictologie
La Clinique du Moulin	Clinique moulin Générale santé	35170 Bruz 10 demi-journées par semaine	co-morbidité psychiatrique et addictions (alcool, troubles du comportement alimentaire)

**Hospitalisation complète****Court séjour d'addictologie**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION / CAPACITÉS	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
Hôpital Pontchaillou UF Addictologie Service des Maladies du Foie	CHU Rennes	Rennes Nombre de lits du service 24 Nombre de lits d'addictologie 10	Sevrage simple : 5 lits Soins complexes : 5 lits Toutes addictions
Polyclinique Saint-Laurent		Rennes Nombre de lits d'alcoologie 20	Sevrage simple : 7 jours Sevrage complexe : 14 jours Autre(s) addiction(s) prise(s) en charge Autre(s) addiction(s) prise(s) en charge tabac, addictions sans produits (jeu pathologique...)

**Hospitalisation complète****Unités d'hospitalisation complète d'addictologie en psychiatrie**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION / CAPACITÉS	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
Pôle addictions précarité CHGR Les Iris – Unité d'hospitalisation en alcoologie Service de psychiatrie CHS	CHGR	108 avenue Général Leclerc – 35011 Rennes Nombre de lits d'addictologie 10	Unité d'hospitalisation pour les personnes rencontrant des difficultés avec l'alcool Autre(s) addiction(s) prise(s) en charge : tabac, drogues illicites, médicaments

**Hospitalisation complète****SSR spécialisés dans les affections liées aux conduites addictives**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION / CAPACITÉS	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
ESCALE	Centre de soins de suite et de réadaptation : ESCALE RENNES, UGECAM	35 patients en Soins de Suite et de Réadaptation dont : 5 appartements de préparation à la sortie et 2 places unité mère enfant - Suivi ambulatoire	Établissement spécialisé "conduites addictives"
PHILAE	Centre de soins de suite et de réadaptation : PHILAE Pont Péan - Générale Santé	35 patients en Soins de Suite et de Réadaptation Addictologie	Établissement spécialisé conduites addictives

**Hospitalisation complète****SSR polyvalent à orientation addictologie**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION / CAPACITÉS	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
Hôpital Saint-Thomas de Villeneuve	Hôpital Bain de Bretagne	Bain de Bretagne - 15 Lits	SSR polyvalent à orientation addictologie

**Réseau Ville-Hôpital**

NOM DE LA STRUCTURE	ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT	LIEU D'IMPLANTATION / CAPACITÉS	ORIENTATION PRINCIPALE (POLYVALENT, ALCOOL, TABAC...)
Réseau Ville hôpital Toxicomanie	CH Guillaume Régnier	Rennes	Toxicomanie
Réseau ville hôpital alcool 35	Association financée dans le cadre des réseaux de santé	Territoire de santé n° 5	Alcool – Tabac Offre de consultations d'évaluation et d'orientation dans des délais de 2 à 7 jours.

## ANNEXE 4 : LISTE DES CLIC DU TERRITOIRE 5

### CLIC EN MARCHES

1 Place du Général de Gaulle - 35 460 ST- BRICE EN COGLES

Tél. 02 99 98 60 23 - Courriel : clic.enmarches@wanadoo.fr

Territoire : Cantons d'Antrain, Louvigné-du-Désert et St-Brice-en-Coglès

### CLIC DES TROIS CANTONS

3, avenue de Normandie - 35 300 FOUGÈRES

Tél. 02 99 94 37 89 - Courriel : caudemclic@wanadoo.fr

Territoire : Cantons de Fougères Sud, Fougères Nord et St-Aubin du Cormier

### CLIC DE VITRE COMMUNAUTÉ

4 jardins de la Trémoille - 35500 VITRE

Tél. 02 99 74 33 01 - Courriel : clic.vitrecommunaute@ccasvitre.fr

Territoire : Cantons d'Argentré du Plessis, Châteaubourg, Vitré-Est et Vitré-Ouest

### CLIC DE LA ROCHE-AUX-FEES

3, rue Docteur-Pontais - 35 130 LA GUERCHE DE BRETAGNE

Tél. 02 23 55 51 44 - Courriel : clic.rocheauxfees@orange.fr

Territoire : Cantons de Janzé, Retiers, La Guerche de Bretagne

### CLIC DES QUATRE RIVIÈRES

22 rue du Commandant Charcot - 35580 GUICHEN

Tel-Fax : 02 99 52 01 59

Courriel : clic.4rivieres@gmail.com

Territoire : Canton de Maure de Bretagne, Guichen, Bain de Bretagne et le Sel de Bretagne

### CLIC DU PAYS DE REDON

7, rue des Doves - 35 600 REDON

Tél. 02 99 71 12 13

Courriel : clic@pays-redon-vilaine.fr

Territoire : Cantons de Redon, Pipriac, et le Grand- Fougeray et St-Nicolas-de-Redon (44) et Guémené-Penfao (44)

### CLIC ALLI'AGES

1 Bis rue de Provence - 35 135 CHANTEPIE

Tél. 02 99 77 35 13 - Courriel : alliages@wanadoo.fr

Territoire : Cantons de Bruz, Cesson-Sévigné, Chateaugiron ; Communes de Vern-sur-seiche ; Chantepie, Saint-Jacques de la Lande, Corps-Nuds, Thorigné-Fouillard

### CLIC DE RENNES

3 rue Georges Dottin - 35000 RENNES

Tél. 02 23 62 21 40 - Courriel : clic@ccasrennes.fr

Territoire : Ville de Rennes

### CLIC NOROIT = COURONNE RENNAISE NORD OUEST

4 Bd Dumaine de la Josserie - 35740 PACE

Tel : 02 99 35 49 52

clic.noroit@orange.fr

**CLIC DE L'ILLE ET L'ILLET**

14 rue de Chasné - 35250 SAINT AUBIN D'AUBIGNE

Tél. 09 62 59 38 15 - Courriel : clic-ille-illet@orange.fr

Territoire : Communautés de Communes du Val d'Ille, du Pays d'Aubigné, du Pays de Liffré

**CLIC EN BROCELIANDE**

48 rue de Saint-Malo La Ville Cotterel - 35 360 MONTAUBAN DE BRETAGNE

Tél. 02 99 06 39 04 - Courriel : clic-broceliande@orange.fr

Territoire : Cantons de Bécherel, Montfort sur Meu (hormis les communes de la Chapelle Thouarault, le Verger, Claves), de Montauban de Bretagne, de Plélan le Grand et de Saint-Méen le Grand

## ANNEXE 5 : LISTE DES CDAS DU TERRITOIRE 5

### CDAS MARCHES DE BRETAGNE

1, Résidence Madame Gandin

35460 SAINT-ÉTIENNE EN COGLES

Tél. 02 99 97 88 66 Fax : 02 99 97 89 96

**Communes couvertes par le CDAS :** Antrain, La Fontenelle, Tremblay, Saint-Rémy-du-Plain, Noyal- sous-Bazouges, Chauvigné, Saint-Ouen-la-Rouerie, Marcillé-Raoul, Bazouges-la-Pérouse, Rimou, Louvigné-du-Désert, Le Ferré, Monthault, Saint-Georges-de-Reintembault, La Bazouge-du-Désert, Mellé, Poilley, Villamée, Saint-Brice-en-Coglès, Saint-Marc-le-Blanc, Saint-Hilaire-des-Landes, Saint -Etienne-en-Coglès, Saint-Germain-en-Coglès, Baillé, Le Tiercent, Coglès, Le Chatelier, Montours.

### CDAS PAYS DE FOUGÈRES

88, Rue de la Forêt

35300 FOUGÈRES

Tél. 02.99.94.58.58 Fax : 02 99 94 22 04

**Le CDAS couvre les communes suivantes :** Fougères, cantons de Fougères-nord et Fougères-sud ainsi que canton de Saint-Aubin-du-Cormier.

### CDAS PAYS DE VITRE

60, Boulevard Chateaubriand

35500 VITRE

Tel : 02 99 74 68 50 Fax : 02 99 75 81 27

**Le CDAS couvre les communes de :** Argentré-du-Plessis, Balazé, Bréal-sous-Vitré, Brielles, Champeaux, Châteaubourg, Châtillon-en-Vendelais, Cornillé, Domagné, Domalain, Erbrée, Etelles, Gennes-sur-Seiche

### CDAS PAYS DE LA ROCHE-AUX-FEES

28, Rue Nantaise

35150 JANZE

Tel : 02 99 47 57 80 Fax : 02 99 47 57 97

**Communes couvertes par le CDAS :** Janzé, Brie, Amanlis, Piré-sur-Seiche, Boistrudan, Moulins, Marcillé-Robert, Essé, Sainte-Colombe, Coesmes, Thourie, Arbrissel, Retiers, Le Theil-de-Bretagne, Forges-la-Forêt, Eancé, Chelun, Martigné-Ferchaud, La Guerche, Rannée, Mousse, Drouges, Moutiers, Availles, Selle-Guerchaise, Visseiche, Bais.

### CDAS PAYS DE GUICHEN

18, Rue du Commandant Charcot

35580 GUICHEN

Tél. 02.99.52.02.22 Fax : 02 99 57 33 56

**Le CDAS couvre les communes** des cantons de Bain-de-Bretagne, Le Sel-de-Bretagne, Guichen, Maure-de-Bretagne.

### BAIN DE BRETAGNE ANNEXE DU CDAS DE GUICHEN

41 avenue Guillotin de Corson

35470 BAIN DE BRETAGNE

Tél. 02 99 44 83 00

**CDAS PAYS DE REDON**

9, rue de la Gare

35600 REDON

Tel: 02 99 71 13 37 Fax: 02 99 71 54 20

**Le CDAS couvre les communes suivantes :** Redon, Pipriac, Saint-Just, Bruc-sur-Aff, Lieuron, Saint- Ganton, Langon, Sainte-Anne-sur-Vilaine, Grand-Fougeray, La Dominelais, Saint-Sulpice-des- Landes, Guipry, Saint-Malo-de-Phily, Lohéac, Sixt-sur-Aff, Renac, Bains-sur-Oust, Sainte-Marie, La Chapelle-de-Brain.

**CDAS PAYS DE BROCELIANDE**

26, Boulevard Carnot

35160 MONTFORT SUR MEU

Tél. 02 99 09 15 53 Fax: 02 99 09 09 80

**Le CDAS couvre les communes suivantes :** Monfort-sur-Meu, Bécherel, Cardroc, Miniac, Les Iffs, Saint-Brieuc-des-Iffs, La Chapelle-Chaussée, Langan, Romillé, Saint-Gonlay, Plélan-le-Grand, Paimpont, Tréffendel, Maxent, St Péran, Médréac, Saint -M'Hervon, La Chapelle du lou, Le Lou du Lac, Landujan, Saint-Thurial, Monterfil, Quédillac, Saint-Onen-le-Crouais, Boisgervilly, Pleumeleuc, La Nouaye, Bédée, Saint-Uniac, Irodouer, Saint-Pern, Gael, Muel, Bleruais, Saint-Malon, Iffendic, Bréteil, Talensac, Paimpont, Saint-Maugan, Saint-Meen-le-Grand, Bréal-sous-Montfort, Montauban- de-Bretagne.

**CDAS COURONNE RENNAISE SUD**

1, Rue Madame de Janzé

35131 CHARTRES DE BRETAGNE

Tel: 02 99 41 19 19 Fax: 02 99 41 32 96

**Ce CDAS couvre les communes suivantes :** Chartres-de-Bretagne, Corps-Nuds, Pont-Péan, Noyal-Châtillon-sur-Seiche, Saint-Jacques-de-la-Lande, Bruz, Bourgbarré, Orgères, St-Erblon.

**CDAS COURONNE RENNAISE NORD OUEST**

4 Bd Dumaine de la Josserie

35740 PACE

Tel: 02 99 27 76 41 Fax: 02 99 27 76 20

**Le CDAS intervient sur des communes de la couronne rennaise ouest :** Betton, Chavagne, Chevaigné, Clayes, Gevezé, L'Hermitage, Mordelles, Cintré, La Chapelle-des- Fougeretz, La Chapelle-Thouarault, Le Rheu, Le Verger, Montgermont, Saint-Grégoire, Pacé, Parthenay-de-Bretagne, Saint-Gilles, Saint-Sulpice-la-Forêt, Vezin-le-Coquet.

**CDAS COURONNE RENNAISE EST**

2, Avenue de Tizé

35 235 THORIGNE-FOUILLARD

Tél. 02 99 02 20 20 Fax. 02 99 02 20 23

**Territoire d'intervention :** Acigné, Brécé, Cesson-Sévigné, Chancé, Chantepie, Châteaugiron, Domloup, Noyal-sur-Vilaine, Nouvoitou, Ossé, Saint-Armel, Saint-Aubin-du-Pavail, Servon-sur-Vilaine, Thorigné-Fouillard et Vern-sur-Seiche.

**CDAS SAINT-AUBIN D'AUBIGNE**

1, rue de l'Etang

35250 SAINT-AUBIN D'AUBIGNE

Tél. 02 99 02 37 77 Fax. 02 99 02 37 76

**Le CDAS couvre les communes suivantes :** Andouillé Neuville, Aubigné, La Bouexière, Chasné-sur-Illet, Dourdain, Ercé-près-Liffré, Feins, Gahard, Guipel, Langouet, Liffré, Melesse, La Mézière, Montreuil-le-Gast, Montreuil-sur-Ille, Mouazé, Romazy, Saint-Aubin-d'Aubigné, Saint-Germain-sur-Ille, Saint-Gondran, Saint-Médard-sur-Ille, Saint-Symphorien, Sens-de-Bretagne, Vieux-Vy-sur-Couesnon, Vignoc.

**CDAS CLEUNAY SAINT-CYR**

25 Rue Noël Blayau

35000 RENNES

Tel: 02 23 44 88 88 Fax: 02 23 44 88 90

**Quartiers couverts :** Rennes quartier 3 : Bourg-L'Evêque, La Touche, Moulin-du-Comte et quartier 9 : Cleunay-Arsenal-Redon.

**CDAS VILLEJEAN NORD ST- MARTIN**

42 boulevard J. F. Kennedy

35000 RENNES

Tel: 02 99 02 20 10 Fax: 02 99 02 37 37

**CDAS MAUREPAS-PATTON**

11 C, Place du Gros Chêne

35700 RENNES

Tel: 02 99 27 48 00 Fax: 02 99 27 48 14

**Le CDAS couvre** les quartiers 5 : Maurepas-Patton, et quartier 6 : Jeanne d'Arc-Longs-champs-Atalante.

**CDAS RENNES CENTRE**

7, Rue Kléber

35000 RENNES

Tel: 02 99 02 30 35 Fax: 02 99 02 31 31

**Le CDAS couvre** les quartiers : Centre et le Thabor-St Héliier-Alphonse-Guérin

**CDAS FRANCISCO-FERRER - LE BLOSNE**

7 Bd de Yougoslavie

35200 RENNES

Tel: 02 23 30 10 10 Fax: 02 23 30 10 19

**Le CDAS couvre les quartiers de :** Francisco-Ferrer-Vern, La Poterie, cimetière de l'Est, ZA Sud-Est, Le Landry, Le Blosne, Saint-Elisabeth, Italie, Le Landrel, Thorigné, Haut-Sancé.

**CDAS CHAMPS MANCEAUX**

1 rue Louis et René Moine (voir plan ci-dessous)

35200 RENNES

Tel: 02 99 02 48 88 Fax: 02 99 02 48 89

**Le CDAS couvre** les quartiers des Champs-Manceaux, Bréquigny, Les Chalais, La Binquenaix, Villeneuve, Sainte-Thérèse-Quineleu, La Madeleine

**ANNEXE 6 : LISTE DES PASA UHR MÉDICO- SOCIALES DU TERRITOIRE 5 AU 31 /12/2012****TERRITOIRE 5 – DEPT 35**

- EHPAD du Gast à Rennes
- EHPAD « Les Alleux » à Melesse
- EHPAD « Kérélys » à l'Hermitage
- EHPAD « Les Jardins du Castel » à Chateaugiron
- EHPAD « Saint Cyr » à Rennes
- EHPAD « Hyacinthe-Hévin » à Etelles
- EHPAD « Saint Joseph » à Saint Aubin du Cormier
- EHPAD « La Guilmarrais » à Vitré
- EHPAD « Les Champs Manceaux » à Rennes
- EHPAD « Les Champs bleus » à Vezin Le Coquet
- EHPAD « La Touche » à Rennes.
- EHPAD « Les Grands Jardins » à Montauban de Bretagne
- EHPAD « Résidence de l'Etang » à Marcillé Robert
- EHPAD « Saint Thomas de Villeneuve » Bain de Bretagne
- EHPAD « Gaetan Hervé » Rennes
- EHPAD « La Providence » à Gennes sur Seiche

**TERRITOIRE 5 – DEPT 56**

- EHPAD « Résidence la Glouzie » à La Gacilly
- EHPAD » Résidence Angélique Le Sourd » à Saint Jacut Les Pins

**UHR Médico- Sociales du T5 au 31 /12/2012**

- EHPAD « Les Grands Jardins à Montauban de Bretagne » site de Médréac
- EHPAD du CH de Vitré - VITRE
- UHR Sanitaire du T5 au 31 /12/2012
- EPSM CHGR Rennes
- CRG Chantepie

## ANNEXE 7 : LISTE DES ACRONYMES ET AUTRES ABRÉVIATIONS

### A

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés  
 ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique  
 ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne  
 ADAPEI : Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés  
 ADAPT : Association pour la réinsertion sociale et professionnelle des personnes handicapées  
 ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural  
 AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (ex AES)  
 AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments  
 AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
 AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées  
 AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (évaluation de la dépendance des personnes âgées)  
 AJ : Accueil de Jour  
 ALD : Affection de Longue Durée  
 AME : Aide Médicale de l'Etat  
 AMELI : Assurance Maladie en Ligne  
 AMG : Aide Médicale Gratuite  
 AMP : Aides Médico-Psychologiques  
 ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
 APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
 APA : Activité Physique Adaptée  
 APAJH : Association pour Adultes et Jeunes Handicapés  
 APF : Association des Paralysés de France  
 APL : Aide Personnalisée au Logement  
 ARJEL : Autorité de Régulation des Jeux En Ligne  
 ARS : Agence Régionale de Santé  
 ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées  
 AS : Aide-soignante  
 ASV : Ateliers Santé Ville  
 AT : Appartement Thérapeutique ou Accident du Travail  
 AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
 AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

### B

BDSP : Banque de Données en Santé Publique  
 BUM : Bon Usage du Médicament

### C

3C : Centre de Coordination en Cancérologie  
 CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour les Usagers de Drogues  
 CAMSP : Centre d'Action Médico-sociale Précoce  
 CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales  
CDA : Commission des Droits et de l'Autonomie  
CDAPH : Commission Des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDAS : Commission Départementale d'Aide Sociale  
CDH : Comité Départemental d'Hygiène  
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès  
CG : Conseil Général  
CH : Centre Hospitalier  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CIRDD : Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances  
CISS : Collectif Inter associatif sur la Santé  
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
CLIS Classe pour l'inclusion scolaire  
CLS : Contrats Locaux de Santé  
CME Centre Médico-Educatif  
CMP Centre Médico-Psychologique  
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique ou Conseil de Modernisation des Politiques Publiques  
CM2R : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CMU-C : Couverture Maladie Universelle – Complémentaire  
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique  
CNS : Conférence Nationale de Santé  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées  
CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé  
COPIL : Comité de Pilotage  
CREAI : Centre Régional d'Etudes et de recherches sur les handicaps et les Inadaptations  
CRF : Croix Rouge Française  
CRSA : Conférence Régionale de santé et d'Autonomie  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSG : Conseillère Sociale en Gérontologie  
CSP : Catégorie Socioprofessionnelle  
CTRA : Comité Technique Régional sur l'Autisme  
CTS : Conférence Territorial de Santé

**D**

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DG : Dotation Globale

DGS : Direction Générale de la Santé

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale.

DGES : Direction Générale de l'Enseignement Supérieur.

DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement SCOLAire.

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMP : Dossier médical personnel

DMS : Durée moyenne de séjour

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

**E**

EHPA : Établissements hébergeant des personnes âgées

EHPAD : Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EML : Equipement Matériel Lourd

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

E.N : Éducation Nationale

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

EPS : Établissement Public de Santé ou Education pour la santé

ESAT Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Education Thérapeutique du Patient

ETS : Établissement Sanitaire

**F**

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé.

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

FH : Foyer d'hébergement

FHF : Fédération hospitalière de France

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

FINESS Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMF Fédération des mutuelles de France

FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et de services pour Personnes Âgées

FNADES : Fédération Nationale d'Associations de Directeurs d'Établissements et services des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sans but lucratif

FNAPAEF : Fédération nationale des associations de personnes âgées en établissement et de leur famille

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

FNMARPA : Fédération nationale des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées  
FEGAPEI : Fédération Nationale des associations Gestionnaires au service des personnes handicapées  
FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer

**G**

GCS : Groupement Coopératif Sanitaire  
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
GIE : Groupement d'Intérêt Economique  
GDR : Gestion Du Risque  
GHM : Groupe Homogène de Malades  
GHS : Groupe Homogène de Séjour  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
GRAL : Groupe de Recherche sur la maladie d'ALzheimer  
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

**H**

HAD : Hospitalisation A Domicile  
Halde : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité.  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers  
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/7/2009)  
HT : Hébergement Temporaire  
HP : Hébergement permanent

**I**

ICM : Indice Comparatif de Mortalité  
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat  
IJ : Indemnités Journalières  
IME : Institut Médico-Educatif  
IMP : Institut Médico-pédagogique.  
INS : Identifiant National de Santé  
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (recensement)  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
INVS : Institut National de Veille Sanitaire  
IPA : Indice de Pilotage d'Activité  
IPC Instances professionnelles concertées  
IPP : Incapacité ou Invalidité Permanente Partielle  
IREPS : Institut Régional en Education et Promotion de la Santé  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire  
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique  
IST : Infection Sexuellement Transmissible (remplace les MST)  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

**L**

LMDE : La Mutuelle Des Étudiants.  
 LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
 LHPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire  
 LISP : Lits Identifiés en Soins Palliatifs

**M**

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration pour les malades d'Alzheimer  
 MAPA : Maison d'Accueil pour Personnes Âgées  
 MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes  
 MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées  
 MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
 MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
 MG : Médecin Généraliste  
 MIG : Mission d'Intérêt Général  
 MIGAC : Mission d'Intérêt général et d'Aide à la Contractualisation  
 MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie  
 MMG : Maison Médicale de Garde  
 MO : Molécules Onéreuses  
 MPR : Médecine Physique et de Réadaptation  
 MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
 MST : Maladies Sexuellement Transmissibles (voir IST)

**O**

OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
 ORS : Observatoire Régional de la Santé  
 ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé

**P**

PASA : Pôles d'Activité et de soins Adaptés  
 PDS : Permanence Des Soins  
 PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire  
 PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la dépendance  
 PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
 PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
 PMI : Protection Maternelle et Infantile (un service du Conseil Général)  
 PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
 PNNS : Programme National de Nutrition et Santé  
 PPC : Plan Personnalisé de Compensation  
 PPRGDR : Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque  
 PPS : Projet Personnel de Scolarisation  
 PPS : Prévention Promotion de la Santé

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Programme Régional de Santé

PRSE : Programme Régional Santé Environnement

PS : Professionnels de Santé

PSGA : Plan Solidarité Grand Age

PSD : Pôle Solidarité Départemental (au Conseil Général)

PSP : Pôle de Santé Pluridisciplinaire

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PTS : Projet Territorial de Santé

## R

RASED : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

RQTH – RTH : Reconnaissance de la qualité travailleur handicapé

RRU : Réseau Régional d'Urgence

PTS : Projet Territorial de Santé

SROSMS : Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

## S

SAD : Services A Domicile

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SAV : Service d'Auxiliaires de Vie

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SSIAD+SAAD)

SEAD : Service d'Évaluation et d'Accompagnement à Domicile

SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SLD : Soins de Longue Durée

SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SP : Soins Palliatifs

SPAD : Soins Palliatifs A Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SAD + SSIAD)

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROSH : SROS volet hospitalier

SROSA : SROS volet ambulatoire

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SRP ou SROP : Schéma Régional de Prévention

SSAD : Service de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SYNERPA : Syndicat National des établissements et résidences privées pour Personnes Âgées

**T**

T2A : Tarification à l'Activité

TED : Trouble Envahissant du Développement

TEP : Tomographie par Émission de Positons : méthode d'imagerie médicale pratiquée par les spécialistes en médecine nucléaire.

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

**U**

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UDCCAS : Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale

UGEAM : Union pour la Gestion des Établissements de l'Assurance Maladie

UHCD : Unité d'Hébergement de Courte Durée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UNA : Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile

UNAFTC : Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens.

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

URAPEI : Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USI : Unité de Soins Intensifs

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

**V**

VAGUSAN : Veille Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## BIBLIOGRAPHIE

### La prévention et la prise en charge des conduites addictives

#### Prévention des addictions en milieu scolaire

Réalisation d'un recensement des acteurs et des actions par le CIRDD et d'un rapport final de recommandations autour de la prévention des addictions en milieu scolaire :

<http://www.cirdd-bretagne.fr/enquete/index.php?sid=33338&lang=fr>

#### Accompagnement et prise en charge des personnes âgées dans les filières gériatriques et gérontologiques

Étude de Parcours

#### Place de l'hôpital local dans le parcours de soins et de vie de la personne âgée sur le territoire 5

Association nationale hôpitaux locaux médecins : <http://www.aghl.fr/>

#### Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés

Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) – Groupe Galilée

<http://www.msp.groupe-galilee.fr>

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

<http://www.ffmps.fr/>

#### Accompagnement du handicap et parcours de vie

Étude de parcours

Mémoire Professionnel : Accès aux soins somatiques courants des personnes en situation de handicap

