

BILAN 2012-2016 DU PROJET REGIONAL DE SANTE

Introduction



Préalablement aux travaux sur le Projet Régional de Santé de seconde génération qui nous mobiliseront durant les prochains mois, il m'apparaît nécessaire de revenir sur ce qui a été entrepris depuis 2012.

Aussi, j'ai souhaité vous livrer ce bilan pluriannuel de l'action de l'Agence et de ses partenaires.

Le présent document fait un point d'étape sur chacun des schémas et présente pour l'ensemble des thématiques qui leurs sont rattachées ainsi que pour les programmes :

- le contexte général ;
- notre action sur la période 2012-2016 en réponse aux objectifs du PRS ;
- les actions non prioritaires ou en cours ;
- un focus sur les territoires ;
- une mise en perspective.

Il s'agit ici de proposer une photographie d'ensemble de la mise en œuvre du PRS breton plus de quatre ans après son adoption.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

Olivier de CADEVILLE

SOMMAIRE

LA TRANSVERSALITE AU SERVICE DES PARCOURS	1
Addictions	3
Pathologies du vieillissement et prise en charge des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie	6
Santé mentale	9
SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION.....	11
Prévention et promotion de la santé	13
Prévention sélective.....	15
Maladies chroniques et accompagnement en éducation thérapeutique du patient	16
Vie affective et sexuelle	18
Nutrition et activité physique	20
Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires.....	22
SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS	
VOLET AMBULATOIRE	24
Organisation de l'offre de soins ambulatoire.....	26
Démographie et installation des professions de santé.....	29
Réseaux de santé et dispositifs d'appui à la coordination	31
Transports sanitaires	33
VOLET HOSPITALIER	36
Biologie médicale	40
Accidents vasculaires cérébraux	42
Médecine.....	44
Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins.....	46
Chirurgie	48
Périnatalité.....	50
Soins de suite et de réadaptation	53
Activités interventionnelles sous imagerie par voie endovasculaire en cardiologie	55
Réanimation, soins intensifs et surveillance continue	57
Traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	59
Traitement du cancer	61

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.....	63
Imagerie médicale.....	65
Soins palliatifs.....	68
Hospitalisation à domicile	70
Soins aux personnes détenues	72
Qualité en établissement de santé	74
SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE	77
Observation partagée.....	80
Efficience et qualité : bientraitance et évaluation.....	82
Enfants handicapés : prévention du handicap et prise en charge précoce	84
Jeunes adultes handicapés maintenus en institutions pour enfants	86
Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.....	87
PROGRAMMES	89
Programme régional de gestion du risque.....	90
Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.....	93
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins	96
Programme régional de la télémédecine et des systèmes d'information partagés.....	98
Programme médicaments et infections associés aux soins	101
Programme professions de santé.....	104
Programme régional santé environnement.....	106
Programme territorial de santé n°1.....	108
Programme territorial de santé n°2.....	110
Programme territorial de santé n°3.....	112
Programme territorial de santé n°4.....	115
Programme territorial de santé n°5.....	118
Programme territorial de santé n°6.....	121
Programme territorial de santé n°7.....	123
Programme territorial de santé n°8.....	125

LA TRANSVERSALITE AU SERVICE DES PARCOURS

Les maladies chroniques et le vieillissement de la population constituent des enjeux majeurs pour le système de santé. Il convient en effet de proposer sur la durée un ensemble de soins et d'aides nécessitant l'intervention de différents professionnels. L'objectif d'améliorer la capacité collective des acteurs à interagir de façon réactive et coordonnée en réponse aux besoins des personnes a conduit au développement de la notion de parcours de santé et de vie avec une attention particulière aux parcours complexes. Dans ce contexte, le renforcement de la coordination / intégration des acteurs prend tout son sens.

Les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap, celles qui vivent avec un trouble psychique chronique ou qui sont concernées par une addiction sont souvent concernées par des parcours complexes.

L'intégration correspond, au-delà de la coordination, à l'engagement des acteurs dans un travail collectif permettant, par une évolution des organisations et des pratiques professionnelles, de simplifier les parcours. Elle suppose :

- La réunion et la mobilisation de tous les acteurs pour faciliter la connaissance mutuelle, la concertation et l'action collective :
- Les 19 filières gériatriques hospitalières en voie de formalisation sont des maillons indispensables des parcours de santé des personnes âgées. L'identification de leur organisation coordonnée complète ainsi le déploiement régional des 14 MAIA (fin 2015) sur les territoires de proximité et, s'articule avec les coordinations de proximité existantes et à venir. Les filières formalisées mettront en œuvre le plan d'actions qui sera retenu et validé à partir de 2016 sur 3 ans, sur les bases suivantes : permanence téléphonique dans un objectif d'accessibilité de la filière, mise au point d'outils de liaison partagés dans un objectif de fluidité du parcours de la personne âgée, priorisation de projets répondant aux dysfonctionnements ou ruptures de parcours identifiés et partagés.

Dans le même sens en addictologie, tous les territoires de santé sont dotés des éléments constitutifs de la filière sanitaire, complétée par 15 CSAPA et 4 CAARUD.

Dans le domaine de la santé mentale, plusieurs actions marquantes ont ciblé la coordination / intégration des acteurs et sont présentées dans la fiche jointe (Réflexion méthodologique pour la mise en place d'un dispositif de coordination des acteurs, développement d'un projet expérimental sur les parcours en santé mentale, appel à candidatures pour accompagner l'évolution de l'offre).

- Le suivi et la gestion de cas complexes : les données d'activité des services de gestion de cas des MAIA installées montrent qu'en moyenne entre 90 et 130 situations sont examinées par MAIA et par an.
- L'adaptation et la gradation de l'offre de soins et d'accompagnement sur les territoires ainsi que les évolutions organisationnelles au niveau des services et structures à l'échelle territoriale (partage d'objectifs, contractualisation, démarche commune entre acteurs pour faciliter les échanges d'information et éviter les ruptures de parcours, le développement des ELSA et des CSAPA dans le cadre d'une mission territoriale, avec un plan de développement pluriannuel de dispositifs de proximité, la rénovation d'un vrai dialogue de gestion (procédure, outils, tableau d'indicateurs), une coordination inter-CSAPA et des formations des professionnels en addictologie.

Addictions

La mortalité en lien avec une conduite addictive est la première cause de mortalité prématurée évitable (dont près de 40 % des décès par cancers). La région Bretagne est particulièrement concernée par les problématiques addictives ; elle se différencie de la moyenne française par des pratiques plus à risques, et une expérimentation plus précoce chez les jeunes (pour quatre des cinq indicateurs retenus chez les jeunes de 17 ans, la région Bretagne se situe au-dessus de la moyenne nationale : usage régulier d'alcool 17 % versus 12,3% - alcoolisations ponctuelles importantes 37 % versus 21,8 % - tabagisme quotidien 37 % versus 32,4 % - l'usage régulier du cannabis reste proche de la valeur nationale (11 % versus 9,2 %)). Pour les adultes bretons, les mêmes tendances sont retrouvées surtout chez les hommes. Ces niveaux de consommation trouvent leur traduction dans l'importance des conséquences tant sanitaires que sociales, ou légales (nombre de séjours hospitaliers et taux de recours aux dispositifs spécialisés, mortalité par cancers, accidentologie, interpellation pour ivresse publique manifeste...).

Depuis l'élaboration du PRS 2012-2016, 3 plans nationaux concernant cette thématique sont parus : le plan Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) 2013/2017, le plan cancer 2014-2019, et le plan national de réduction du tabagisme paru en 2015. Les enjeux sont pluriels : éviter ou retarder l'expérimentation, réduire les risques liés aux comportements addictifs, repérer précocement les conduites à risques/dépendances, mieux orienter et prendre en charge. Ces enjeux font de cette thématique, une thématique transversale, nécessitant une coordination entre l'ensemble des acteurs des territoires.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

DEVELOPPER L'OBSERVATION

Un tableau de bord addictions 2012-2015 a été réalisé avec des zooms spécifiques notamment concernant les jeunes.

RENFORCER LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION

Diverses actions ont ou être entreprises en ce sens à l'attention de différents publics :

- Information du grand public et de publics ciblés (parents, jeunes, femmes enceintes...) via des temps forts annuels ;
- Information et sensibilisation des employeurs et employés en entreprise ;
- Stratégie de prévention en milieu scolaire : élaboration par l'AIRDDS¹ du "Guide de bonnes pratiques en matière de prévention de l'alcool à l'égard des jeunes" et de 21 recommandations partagées par les acteurs breton, poursuite des travaux par la définition de critères de qualité des actions de prévention, qui ont vocation à s'appliquer à toutes les thématiques, définition de publics et de territoires prioritaires, en lien avec le Pôle de Compétence et un comité de pilotage interinstitutionnel pour partager les orientations et coordonner les actions et les financements ;
- Structuration de l'offre de PPS en addictologie, via des CPOM et des contrats pluriannuels (83% des financements en 2015) ;
- Amélioration des compétences des adultes en contact avec les jeunes via la formation.

AGIR EN FAVEUR DE LA REDUCTION DES RISQUES

Pour ce faire, divers acteurs ont été mobilisés à différents titres :

- Signature d'une convention de partenariat entre l'ARS, la Préfecture de région, et le Conseil Régional, relative à la prévention et réduction des risques en milieu festif ;

¹ Association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et le sida

- Sécurisation et renforcement du collectif l'Orange Bleue, au travers d'un CPOM, avec la définition d'un programme de travail et la mise en place d'un comité des financeurs ;
- Elaboration d'un plan pluriannuel de développement des CAARUD avec les professionnels, suite à une évaluation des structures et des besoins sur les territoires, validé fin 2015 et mis en œuvre à partir de 2016 ;
- Programmation d'une journée régionale en décembre 2016.

FAVORISER LE REPERAGE

Dans le cadre d'un plan d'actions «consultations jeunes consommateurs» (CJC), différentes actions ont été menées, à savoir :

- L'élaboration d'un cahier des charges ;
- La mise en place d'une procédure de reconnaissance de 27 CJC ;
- La formalisation d'un programme de formation des professionnels des CJC adapté aux spécificités des jeunes ;
- La réalisation d'une campagne de communication régionale, d'un plan de développement sur les territoires (au moins 1 CJC sur chaque territoire de proximité), le renforcement de l'information à destination des professionnels de l'Ecole et en contact avec les jeunes (missions locales, PAEJ...).

FACILITER LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT

En lien avec les dispositifs spécialisés sanitaires et médico-sociaux et les professionnels du premier recours, de nombreux axes de travail ont pu être investigués :

- Définition d'une filière de soins et d'accompagnement en addictologie par territoire suite à la réalisation par chaque conférence d'un état des lieux de l'offre existante au sein de chaque TS. Actuellement, tous les territoires sont dotés des éléments constitutifs de la filière en addictologie ; à l'exception d'un territoire qui ne dispose pas encore d'hospitalisation de jour ;
- Concernant les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), réalisation d'une étude descriptive qui a permis d'élaborer des recommandations et un schéma cible d'organisation par territoire, et de renforcer les équipes d'environ 50%. Parallèlement, une centaine de professionnels ont pu échanger sur leurs pratiques lors d'une journée inter-ELSA ;
- Mise à plat du financement des consultations d'addictologie, qui a permis de définir les priorités de l'ARS et de mieux répartir les crédits ;
- Réalisation d'une étude sur l'activité des établissements de santé liée aux addictions suite au constat de l'hétérogénéité de l'offre ; l'analyse est en cours de finalisation et permettra de redimensionner l'offre par territoire et d'identifier de nouveaux axes de travail ;
- Elaboration d'un état des lieux et de recommandations concernant le repérage et la prise en charge des jeunes admis aux urgences pour intoxication éthylique aiguë ;
- Sur le champ de l'offre médico-sociale (4 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et 15 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), a minima un CSAPA par TS) :
 - o le développement de ces structures dans le cadre d'une mission territoriale ;
 - o un plan de développement pluriannuel de dispositifs de proximité ;
 - o la rénovation d'un vrai dialogue de gestion (procédure, outils, tableau d'indicateurs) ;
 - o une coordination inter-CSAPA et des formations des professionnels ;
- Inscriptions des mouvements d'entraide (13 en Bretagne) dans le parcours du patient en lien avec les dispositifs spécialisés suite à un état des lieux réalisé par territoire de santé ;
- S'agissant des professionnels de premier recours, accent mis sur un plan de formation au RPIB, et un programme d'échange de seringues avec des officines volontaires ;
- Structuration du repérage et de la prise en charge des addictions aux jeux via la création du Pôle Régional pour les addictions aux jeux.

DEVELOPPER LE PARTENARIAT

Le partenariat avec les préfetures, chefs de projets départementaux et régional MILDECA est une des actions continues spécifiques à cette thématique.

Actions non priorisées / en cours

Deux actions ne sont pas engagées à fin 2015, à savoir :

- La mise en place d'un travail spécifique concernant les SSR en addictologie (analyse de l'adéquation de l'offre et des besoins, place dans la filière, organisation des structures dans la perspective de passage à la tarification à l'activité (T2A) ;
- Une réflexion sur la prise en charge adaptée des personnes présentant des troubles cognitifs sévères.



Focus sur les territoires

Dans le cadre de son PTS, le territoire de santé 5 a instauré un groupe de travail sur les addictions, co-animé par un référent de la Délégation départementale 35 et la chargée de mission de la conférence. Ce groupe, très dynamique, s'est réuni en moyenne 5 à 6 fois par an, soit en groupe plénier, soit en sous-groupes. Une de ses principales missions a été de travailler sur la structuration de la filière hospitalière et médico-sociale en addictologie pour le territoire.

A ce jour, le travail permet une meilleure lisibilité de cette filière et a abouti à la création d'un outil d'aide à l'orientation sur le parcours patient à destination du médecin généraliste pour mieux repérer les acteurs du soin en addictologie : l'outil est en cours de finalisation sous forme dématérialisée et sera mutualisé avec le territoire 6 qui a travaillé dans le même sens.

La réorganisation des ELSA, dans le cadre du schéma cible régional, a été un temps fort du travail d'un sous-groupe, qui a permis de mettre en place un modèle innovant avec le regroupement des 6 ELSA rennaises et la création d'une inter-ELSA sur l'ensemble du territoire, ayant un rôle de coordination, de formation et d'échanges de pratiques.

Le groupe de travail du PTS a aussi eu un rôle important en donnant un avis d'expert sur des projets du territoire. La meilleure illustration en est l'avis d'opportunité sur la création d'un hôpital de jour SSR addiction dans le cadre de la restructuration d'un établissement de SSR addiction : le groupe a travaillé sur l'étude de besoin, la complémentarité avec les autres HDJ du territoire en parallèle avec une réflexion sur les alternatives à l'hébergement avec des bailleurs sociaux.

Perspectives

Pour 2016, les axes majeurs de travail sont :

1. Finaliser l'étude sur l'activité des établissements sanitaires liée aux addictions, pour amorcer la réflexion sur les filières par territoires et les parcours en addictologie, intégrant les dispositifs spécialisés sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de premier recours, notamment dans le cadre des MSP/PSP, les mouvements d'entraide ;
2. Renforcer la réduction des risques (journée régionale sur la prévention et la réduction des risques en milieu festif et urbain, amélioration du dépistage et vaccination contre les hépatites et élaboration du plan de déploiement de fibroscan dans les CSAPA, mise en œuvre du plan d'actions CAARUD) ;
3. Poursuivre les travaux sur la prévention en milieu solaire, accompagner le programme de prévention des addictions en milieu maritime porté par le COREPEM², définir le rôle des CSAPA dans la prévention ;
4. Elaborer le nouveau tableau de bord Addictions et publier les résultats de l'enquête ESPAD³ ;
5. Préparer, suivre et évaluer l'opération «un mois d'arrêt» dans le cadre de la lutte contre le tabac.

² Comité régional des pêches et des élevages marins

³ European school project on alcohol and other drugs

Pathologies du vieillissement et prise en charge des personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie

L'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de 75 ans, et la prise en compte des besoins spécifiques obligent à adapter le système et les politiques de soins et de l'accompagnement via :

- *Une offre sanitaire et médico-sociale graduée et territorialisée, lisible, accessible et adaptée au caractère évolutif des besoins des patients : affections chroniques, perte d'autonomie progressive ou brutale ;*
- *Une prise en charge pluri-professionnelle, en interdisciplinarité, de proximité, favorisant le maintien à domicile ;*
- *Une coordination à plusieurs niveaux : intra-hospitalière en filière gériatrique, ville-hôpital, entre les professionnels du domicile, inter-institutionnelle, entre financeurs...*

C'est pourquoi il convient de s'engager vers une organisation «intégrée» centrée sur les parcours de vie des personnes, notamment celles en situation complexe, via le dispositif MAIA.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN PLACE UNE ORGANISATION TERRITORIALE ET COORDONNÉE DE L'OFFRE DE SERVICES SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO- SOCIAUX

1. Structuration des filières gériatriques hospitalières sur un territoire précisé, avec conventionnement et identification d'actions prioritaires. Ce processus est en cours de finalisation avec un pilotage régional (diagnostic régional et élaboration d'une convention constitutive type) et un accompagnement territorial par les délégations départementales (lancement des comités de filières par territoire de filière). Le conventionnement prévu en 2016 s'accompagnera d'un financement pour assistance en ingénierie de projet. Parallèlement une étude sur les équipes médicales de Gériatrie (EMG), maillon indispensable des filières gériatriques, a permis de mieux les valoriser, de les engager dans un suivi annuel de leur activité et dans une recherche d'optimisation de leur activité.
2. Amélioration du parcours de la personne âgée par déploiement des dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs : maillage progressif de la région par les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) en lien avec les politiques départementales, construction des modalités d'articulation entre MAIA et les plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTAC), suivi de l'expérimentation de l'article 70 et capitalisation de ses enseignements, développement du système d'information.

MIEUX CONNAITRE L'ÉTAT DE L'OFFRE SANITAIRE, MEDICO-SOCIALE ET SOCIALE PAR TERRITOIRE DE SANTE

L'analyse des taux de recours des personnes âgées à l'hospitalisation et aux besoins ambulatoires de 2011 à 2013, caractérise les comportements bretons comparativement à la moyenne nationale. Par ailleurs, elle permet de prévoir l'impact de l'évolution démographique des personnes âgées dans les

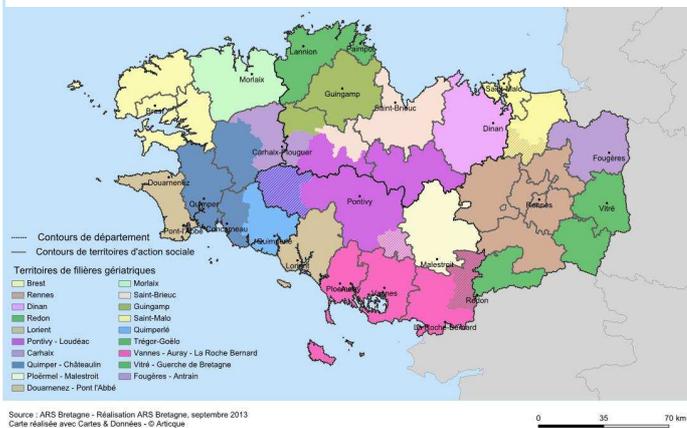
années à venir. La publication des résultats en 2016 doit permettre d'en retirer des enseignements, notamment en faveur du renforcement du maintien à domicile.

Dans cette dernière perspective, le diagnostic de l'offre d'hébergement temporaire basé sur un référentiel régional co-construit avec les acteurs en 2015, est en cours.

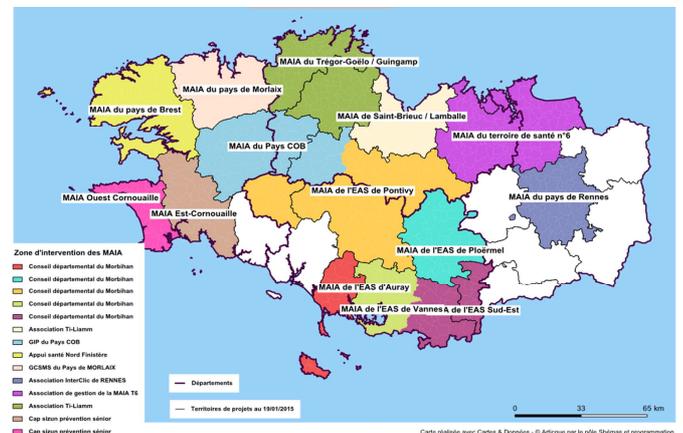
STRUCTURER LES SYTEMES D'INFORMATION AU BENEFICE DES ACTEURS INTERVENANT DANS LE CHAMP DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT AUX PERSONNES AGEES

1. Construction d'un annuaire géolocalisé pour mise à disposition en 2016.
2. Mise en cohérence des systèmes d'information en appui au déploiement des dispositifs de coordination et d'intégration que sont les MAIA, les PTAC, les CLIC, les établissements (espace collaboratif, logiciel métier, messagerie sécurisée, SI partagé...).

Les 19 territoires de filières gériatriques



Territoires de MAIA



Actions non priorisées / En cours

Certains objectifs n'ont pas fait l'objet d'actions directement fléchées : éviter les hospitalisations injustifiées, diminuer les passages aux urgences ainsi que optimiser les durées de séjours dans les structures en diminuant les prolongations de séjour et les réhospitalisations inadéquates. Ces actions ne pouvaient en effet se conduire sans un cadre organisé. La structuration des filières gériatriques et le déploiement des MAIA doivent à l'avenir permettre de prioriser ces actions dans leurs programmes respectifs.



Focus sur les territoires

Mise en œuvre de la MAIA de Morlaix (installée depuis 2011)	Les points forts	<ul style="list-style-type: none"> ● Légitimité du porteur de type associatif ; ● Forte présence du pilote MAIA ; ● Des projets structurants et fédérateurs comme le portail web ; ● Une mise en cohérence des espaces de concertation entre le schéma gérontologique, le PTS et les tables tactiques ; ● Une implantation reconnue des gestionnaires de cas dont la file active est maximale.
	Les points d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> ● L'attention à un épuisement potentiel des acteurs impliqués par défaut de reconnaissance financière ou de déploiement du système d'information facilitant les échanges ; ● Un enjeu de cohérence des outils utilisés entre les différentes MAIA sur le département.
	Les perspectives	<ul style="list-style-type: none"> ● L'installation d'une table stratégique départementale ; ● L'appui sur l'expérience de cette MAIA pour dynamiser l'offre régionale : partage d'expérience dans le cadre d'un « club des pilotes » ; ● L'expérimentation d'un système d'information pour une mise en œuvre régionale.

Perspectives

La structuration de l'organisation régionale et territorialisée, partagée avec les départements, doit permettre à terme de développer des actions centrées sur les points potentiels de rupture : articulation ville-hôpital, maintien à domicile des personnes en situation complexe ou présentant des troubles cognitifs (en lien avec le Plan Maladies Neuro-Dégénératives).

Au regard des projections démographiques et de la nécessité de favoriser le maintien à domicile, il s'agit notamment de :

- Finaliser le déploiement et l'articulation des dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs ;
- Réaliser une étude sur les soins à domicile pour une meilleure adaptation de l'offre (état des lieux, modalités d'organisation et de coordination...) ;
- Restructurer et consolider l'offre d'hébergement temporaire pour une meilleure adaptation aux besoins des personnes et de leurs aidants ;
- Expérimenter le dépistage précoce de la fragilité en s'appuyant sur le référentiel HAS existant.

Santé mentale (dont promotion de la santé mentale et prévention du suicide)

L'ARS Bretagne a opté pour une approche transversale de la santé mentale au sein du PRS 2012-2016, qui s'est traduite par la mise en place d'une équipe projet au sein de l'ARS et d'un groupe de concertation transversal avec les acteurs de la région.

Le manque de fluidité des parcours de santé et de vie a été diagnostiqué comme le problème majeur de l'offre en santé mentale. Les orientations retenues visaient à privilégier l'autonomie des personnes et leur insertion, et à limiter les ruptures de parcours en :

- Renforçant les modalités de coordination et de coopération entre acteurs ;
- Favorisant les prises en charge ambulatoire et les accompagnements en milieu ordinaire ;
- Adaptant les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'évolution des besoins ;
- Améliorant la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social ;
- Faisant la promotion de la santé mentale et renforçant l'action sur la prévention du suicide et sa prise en charge.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ENGAGER UNE REFLEXION METHODOLOGIQUE POUR LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE COORDINATION DES ACTEURS EN SANTE MENTALE

L'ARS a missionné l'association Convergence Bretagne pour analyser les dispositifs de coordination existants en santé mentale et élaborer dans une approche participative des propositions de mise en œuvre d'un dispositif régional de coordination des acteurs au service des parcours de santé et de vie.

La méthodologie proposée inclut les étapes clés du parcours nécessitant un effort particulier de coordination, les 3 niveaux de coordination, les conditions nécessaires à la coordination ainsi que les options pour un schéma de gouvernance.

MENER UNE DEMARCHE PARCOURS EN SANTE MENTALE DANS LE CADRE D'UN PROJET EXPERIMENTAL AVEC L'ANAP

Ce projet a fait la démonstration de l'efficacité d'un travail collectif des acteurs d'un territoire, avec le soutien méthodologique de l'ANAP, autour d'une démarche parcours en santé mentale :

- En termes de réalisations concrètes : amélioration du processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par la MDPH, sorties de 18 personnes hospitalisées au long cours vers des accompagnements plus adaptés à leurs besoins, création d'un Groupement d'Entraide Mutuelle sur le territoire de Vitré, organisation d'une formation croisée.
- Mais aussi en termes de construction d'un 'capital confiance' entre acteurs, qui rend possible l'introduction de changements dans les organisations et les pratiques.



LANCER UN APPEL A CANDIDATURES POUR FAIRE EVOLUER L'OFFRE EN SANTE MENTALE

L'ARS a lancé en 2014 un appel à candidatures pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale. L'objectif était d'encourager, par un appui financier ponctuel d'accompagnement au changement, les évolutions de l'offre selon 3 axes :

1. Le développement de collaborations entre équipes de secteurs et équipes de 1^{er} recours des MSP et pôles de santé ;
2. Le re-calibrage de l'offre sanitaire au profit des alternatives à l'hospitalisation temps plein en augmentant leur part dans l'offre de psychiatrie adulte ;
3. La mise en œuvre d'accompagnements sociaux et médico-sociaux adaptés pour les personnes hospitalisées au long cours.

Parmi les 33 projets déposés, 9 ont été sélectionnés pour un montant total de 680 000 €.

CREER UN RESEAU REGIONAL D'APPUI ET D'EXPERTISE SUR LA PREVENTION DU SUICIDE

Le réseau a pour objectif de renforcer l'expertise en constituant un lieu d'échanges entre les ressources expertes, de faciliter le recours des acteurs de la région à cette expertise, de coordonner les initiatives et d'animer la dynamique régionale en matière d'actions de prévention du suicide, notamment en proposant des actions ciblées sur les personnes les plus à risque. C'est dans cette perspective que l'ARS Bretagne a décidé de soutenir le développement d'un dispositif régional de recontact des suicidants (projet VIGILANS).

Actions non priorisées / en cours

L'action « Elaborer en lien avec les CMPP un rapport type d'activité » n'a pas été mise en œuvre au niveau régional dans la mesure où la CNSA a annoncé en 2013 qu'elle planifiait l'élaboration d'un rapport type national.

L'action « Développer un groupe de travail avec les acteurs de la pédopsychiatrie et les CMPP afin de clarifier leurs rôles respectifs et organiser les complémentarités » n'a pas été mise en œuvre.

Focus sur les territoires

- La démarche Parcours en santé mentale a été mise en œuvre dans un territoire projet correspondant à trois secteurs de psychiatrie adulte du CHGR (Pays de Fougères, Pays de Vitré et secteur Nord de Rennes) au sein du territoire de santé N°5.
- Tous les territoires de santé à l'exception du TS N°7 sont concernés par un ou plusieurs projets sélectionnés dans le cadre de l'appel à candidatures pour faire évoluer l'offre en santé mentale.
- Le réseau régional d'expertise et d'appui à la prévention du suicide implique des acteurs ressources intervenant au niveau régional ou sur différents territoires de la région. Le projet VIGILANS est porté par le pôle de psychiatrie du CHU de Brest.

Perspectives

Le 1^{er} bilan du projet expérimental « Parcours en santé mentale » met en évidence le potentiel de ce type de démarche et invite à son essaimage.

Simultanément, la loi de modernisation de notre système de santé et plus particulièrement son titre II « Faciliter au quotidien les parcours de santé », définit dans son article 69 une politique de santé mentale et pose le principe d'une organisation spécifique pour sa mise en œuvre au service de parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

L'enjeu de mise en synergie de ce double outillage juridique et méthodologique au sein d'un cadre d'action régional pour le déploiement de la démarche parcours en santé mentale sera central dans l'action à venir de l'ARS.

SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Comme les deux autres schémas, le Schéma Régional de Prévention (SRP) 2012-2015 a pour vocation de mettre en œuvre les orientations du Plan stratégique régional de santé, en particulier la première intitulée « prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ». Les 6 fiches annexées au présent document fournissent des illustrations des actions menées pour répondre à cette orientation.

Le développement de la prévention s'est d'abord traduit par une action transversale visant à renforcer la professionnalisation des acteurs et à développer le partenariat dans le domaine de la promotion de la santé dont les concepts et les principes d'interventions ont pu être diffusés par des séminaires de formation sur la base d'un document conçu par le pôle de compétences en éducation et promotion de la santé à la demande de l'ARS.

Dans le domaine de la prévention sélective, l'action s'est concentrée sur le dépistage et sur la vaccination. Les moyens du dépistage portent sur les cancers du sein et colorectal, sur la tuberculose et sur les infections sexuellement transmissibles (IST). Sur les IST, l'année 2015 a vu la mise en place sur l'ensemble de la Bretagne des Centres Gratuits d'Information de Diagnostic et de Dépistage (CeGIDD) par fusion des CDAG et CIDDIST. L'action en matière de vaccination s'est traduite par le renforcement de campagnes de promotion de la vaccination dans toute la Bretagne notamment à l'occasion de la découverte en 2012 d'une sur-incidence de cas de méningite C dans le Finistère.

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

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

Les personnes en situation de précarité ou d'exclusion font l'objet d'un programme spécifique, le PRAPS (chapitre Programmes) qui a fait en sorte de rendre plus visibles les dispositifs spécifiques destinés à faciliter l'accès de ces publics aux soins et à la prévention notamment par la diffusion à l'ensemble des acteurs concernés d'un annuaire de ces dispositifs précisant leurs missions et localisations. Par ailleurs les points santé et les permanences d'accès aux soins de santé ont fait l'objet d'une restructuration.

Le programme régional santé environnement N°2 (2011-2015) a permis de diffuser les enjeux et de renforcer les partenariats autour des risques pour la santé des facteurs environnementaux et renforcer les bases du prochain PRSE (chapitre Programmes).

Le SRP comporte aussi un volet de veille d'alerte et de gestion des urgences sanitaires qui s'est traduit par une informatisation du dispositif de recueil et de régulation des signaux sanitaires (SI-VSS), et une professionnalisation pour être plus réactif dans le traitement des signaux et la réponse aux urgences sanitaires en lien avec les partenaires concernés (professionnels de santé, établissements, préfetures et ses services...).

Prévention et promotion de la santé

La réduction des inégalités sociales de santé et l'accès à la prévention et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population bretonne sont les principaux enjeux de la PPS définis dans le schéma régional de prévention. Les objectifs définis visaient principalement le développement d'une offre de qualité bien identifiée et répartie sur le territoire breton, et le partage d'une culture santé publique avec l'ensemble des acteurs, conduisant à la coordination des actions et des financements.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AGIR POUR LA PROFESSIONALISATION DES ACTEURS

L'ARS s'appuie sur l'Instance régionale de promotion et d'éducation pour la santé (IREPS) de Bretagne et le Pôle régional de compétences en éducation pour la santé, qui sont les référents sur les concepts et les approches à développer en promotion de la santé, pour améliorer la qualité des interventions. Ils délivrent des conseils et un accompagnement méthodologique aux opérateurs de terrain pour la mise en place d'actions (en moyenne 140 personnes accompagnées chaque année entre 2012 et 2015). De plus, une offre de formation en éducation et promotion de la santé, constituée de 6 modules, est proposée chaque année (plus de 500 personnes formées sur les cinq années). En outre, la mise en place d'un fichier de suivi, pour chaque action financée par l'ARS, avec l'identification d'objectifs, d'indicateurs et de valeurs cibles, contribue à la formalisation, la mesure de l'atteinte des objectifs et la qualité méthodologique des projets et actions (entre 200 et 250 actions sont suivies chaque année).

DEVELOPPER DES PARTENARIATS

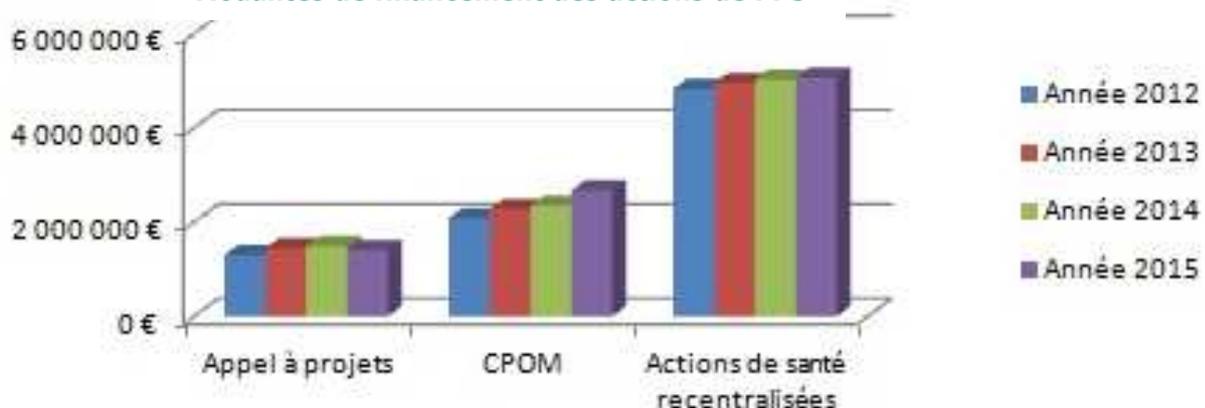
Les partenariats se sont construits dans le temps. En PPS, des conventions ont été signées avec l'Education Nationale, et la DRJSCS sur des objectifs et des actions à mettre en œuvre. Une convention pour le développement du Plan national nutrition santé (PNNS) a été signée par 15 partenaires en région. La mise en place dans 12 pays de la région Bretagne d'animateurs territoriaux de santé (ATS) en charge de promouvoir des projets et des actions de prévention en soutien aux acteurs locaux, témoigne d'une volonté commune au Conseil régional, aux pays, et à l'ARS de favoriser la prévention et la promotion en santé, matérialisée par une convention de financement tripartite.

Des partenariats non formalisés par une convention, mais développés autour de projets communs ont aussi été établis avec la DRAAF autour de projets tels que « Plaisir à la cantine » et avec le Conseil régional, la CARSAT, des collectivités territoriales pour l'alimentation de l'outil OSCARS. Cette base de données régionale, est désormais riche de près de 1.500 fiches-projets ou actions menées sur les 3 dernières années en région avec le financement des contributeurs.

FAIRE EVOLUER LES MODES DE FINANCEMENT DES ACTEURS

La part des acteurs de la PPS financés par une convention pluriannuelle a progressé entre 2012 et 2015, au détriment de financements au travers d'un appel à projets. Cette évolution permet aux opérateurs d'envisager des actions qui s'inscrivent dans la durée pour une plus grande efficacité. Elle permet également de mieux positionner et identifier les acteurs professionnalisés en PPS.

Modalités de financement des actions de PPS



Actions non priorisées / en cours

Afin d'inciter les acteurs territoriaux à intégrer les questions de santé dans leurs politiques, une offre de formation/sensibilisation à la PPS des élus a été proposée par l'IREPS en 2011 et 2013. Cette initiative a mobilisé peu d'élus et le projet a été réorienté vers un travail exploratoire pour mieux connaître et cerner leurs besoins.

Le développement de la démarche qualité par les structures bretonnes intervenant en promotion de la santé a été envisagé dans le cadre d'une démarche nationale d'appropriation de l'outil développé par l'INPES, intitulé « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ». Cet outil, assez complexe à prendre en main, nécessite un travail préalable de vulgarisation et de tests avant de pouvoir le diffuser et le valoriser en région.



Focus sur les territoires

Un document sur les principes d'intervention en prévention et promotion de la santé a été élaboré en 2012 avec la contribution du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé, dans le but de favoriser la connaissance et les bonnes pratiques.

Afin de favoriser l'appropriation de ces principes par les opérateurs de terrain, des séminaires permettant des échanges sur les principes présentés, suivis d'ateliers pratiques de mise en œuvre à partir d'exemples choisis par les participants, ont été organisés localement. Dès 2013, 4 séminaires ont eu lieu à Vannes, St-Brieuc, Rennes et Quimper, et ont permis de former 75 personnes. En 2014 et 2015, 5 séminaires bi-départementaux ont réuni 159 acteurs locaux.

Perspectives

Le développement d'approches populationnelles en promotion de la santé est inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé promulguée en date du 26 janvier 2016 et s'accorde complètement avec les parcours mis en place au sein de l'ARS Bretagne. Deux populations sont plus particulièrement ciblées :

1. Les jeunes, avec l'élaboration d'une stratégie d'intervention en milieu scolaire. Les grands principes ont déjà été posés et les modalités de développement des compétences psychosociales sont maintenant à mettre en place.
2. Les personnes âgées, avec une approche globale de promotion de santé, intégrant aussi bien la santé mentale, que l'activité physique ou l'alimentation.

L'implication des professionnels de l'offre de ^{premier} recours sur des sujets de prévention/promotion de la santé sera également un axe à travailler, en s'appuyant notamment sur les projets des professionnels des maisons de santé.

Prévention sélective

La prévention sélective telle qu'entendue dans le PRS recouvre les programmes de dépistage organisé au premier rang desquels le dépistage des cancers, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et le dépistage de la tuberculose autour des cas index. Elle comprend également la promotion et le développement des actions de vaccination afin d'améliorer la couverture vaccinale. L'enjeu du PRS est également d'associer les professionnels de l'offre du premier recours au développement d'actions de prévention médicalisée, adaptées aux nouvelles pratiques médicales et facilitées par l'exercice coordonné des professionnels du premier recours.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

CAMPAGNE DE PROMOTION DU DEPISTAGE DES CANCERS

Les campagnes locales de promotion du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal ciblant la population des 50-75 ans sont organisées par les associations de dépistage du cancer (ADEC). La sensibilisation des médecins généralistes et les campagnes locales ont été renforcées par une campagne de communication régionale menée sur l'année 2015 en partenariat avec le Télégramme de Brest, l'INCa, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les ADEC, la Ligue contre le cancer et les principales associations de prévention dans le domaine du cancer.

Ces campagnes de promotion, associées à l'implication des médecins généralistes ou des pharmaciens à titre expérimental dans le Finistère, pour favoriser la participation des populations ciblées permettent d'afficher des résultats plutôt satisfaisants : la Bretagne est la 3^{ème} région française en termes de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

PROMOUVOIR LA VACCINATION

Un comité de pilotage « vaccination » s'est mis en place à l'initiative de l'ARS. Il réunit les principaux partenaires concernés : URPS, Ordre des médecins, Assurance maladie, Conseils départementaux, centres de vaccination, PMI, santé scolaire et universitaire, médecins infectiologues, etc... Au sein de ce comité de pilotage a été élaboré un cahier des charges régional précisant le fonctionnement et les missions des sites publics de vaccination en vue d'une amélioration de leur fonctionnement. Enfin, ce comité a contribué à généraliser la semaine européenne de la vaccination à l'ensemble de la région amenant à une augmentation des actions de promotion de la vaccination et de l'activité vaccinale.



VACCINATION : SE METTRE À JOUR !
VÉRIFIEZ VOS CARNETS DE SANTÉ !

MÉNINGITE
2 collégiens sur 3 non protégés
L'infection par le méningocoque C est grave (17% de décès, risque important de séquelles).
→ **MEISVAC** ou **MENUGATE RT11** : doses uniques. (Méningococci, MeninVacc[®], anciens noms).

HÉPATITE B
+ de 2 collégiens sur 3 non protégés
L'hépatite B peut être guérie mais aussi devenir chronique (amaigrissement, cirrhose ou le cancer du foie).
→ **ENGELIX B[®]**, **GENHEPAC[®]**, **Hépatix pro[®]** : 3 ou 5 doses selon l'âge (Inforsite[®], Twintix[®], association à d'autres vaccins).
Vaccination à faire pour tous (au moins dès l'âge de 2 mois, recommandée jusqu'à 16 ans) et obligée, dès le stage, pour les métiers du sanitaire et du social.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
+ de 2 collégiennes sur 3 non protégées
Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune, principalement dû à des virus appelés papillomavirus humains. La contamination a lieu dans les premières années de la vie sexuelle. L'infection persiste chez certaines femmes et est à l'origine du cancer du col de l'utérus.
→ **CERVARIX[®]**, **GARDASIL[®]** : 2 ou 3 doses (selon l'âge).
À faire dès l'âge de 11 ans, en plus du frottis de dépistage du col de l'utérus recommandé à partir de 25 ans.

ROUGEOLE
Encore 1 collégien sur 10 non protégé
La rougeole prend souvent une forme sévère (pneumonie, encéphalite) chez l'adolescent et l'adulte.
→ **M-M-RiiVaxPro[®]**, **PROXIX[®]** : 3 doses. (ROR VAX[®], ancien nom).

Parlez-en à votre médecin ou dans les sites publics de vaccination.

AMELIORER LA QUALITE DES INTERVENTIONS

Des journées régionales sous forme d'échange de pratiques réunissent les principaux opérateurs en charge de ces différents dispositifs de prévention médicalisée. Ces journées, telles que celles mises en place avec les centres de lutte anti-tuberculeuse, contribuent à améliorer la qualité et l'efficacité du dispositif.

Perspectives

Des évolutions du système de dépistage des cancers sont à prévoir, que ce soit dans les organisations, avec des évolutions probables dans la répartition et la mutualisation de certaines tâches confiées aux ADEC, notamment celles liées aux fonctions supports ou dans la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus après ceux du cancer du sein et du cancer colorectal. Le développement et la maturité des organisations des MSP devraient également permettre de répertorier les projets de prévention portés par les MSP et d'appuyer leur mise en œuvre.

Maladies chroniques et accompagnement en éducation thérapeutique du patient

L'article 1434-3 du code de la santé publique précise le contenu du SRP qui comporte dans son premier point « des actions, médicales ou non » concourant notamment à la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage et notamment, l'éducation thérapeutique. La stratégie nationale de santé, indique que l'éducation thérapeutique doit être davantage valorisée et identifiée comme un outil majeur de réussite de la prise en charge globale avec une participation entière et éclairée du patient. Depuis l'écriture du PRS, les actions de l'ARS ont porté sur l'éducation thérapeutique comme modalité de prise en charge intégrée au parcours de soins des malades chroniques. La thématique propre "maladie chronique" n'a pas été développée en tant que telle, son appréhension relevant plutôt d'une approche en mode parcours qui n'a pas retenu les maladies chroniques en tant que priorité.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AFFINER L'ETAT DES LIEUX EN PRECISANT LES ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE DANS LES ACTIONS ETP

L'ARS Bretagne a décliné trois niveaux d'intervention pour la mise en œuvre de la politique d'éducation thérapeutique du patient inscrite au SRP du PRS.

Les trois niveaux d'intervention sont :

1. Le niveau stratégique avec la mise en œuvre d'un pôle régional de ressources et de compétences en ETP qui constitue un espace de ressources, un centre d'appui et un lieu d'échanges ;
2. Le niveau organisationnel avec la création de plateformes territoriales d'ETP qui ont pour missions : la coordination des acteurs, l'information de l'offre et l'orientation ;
3. Le niveau opérationnel avec la mise en œuvre sur le terrain, par les porteurs de programme, des programmes d'ETP.

CREER UN POLE REGIONAL DE RESSOURCES ET DE COMPETENCES

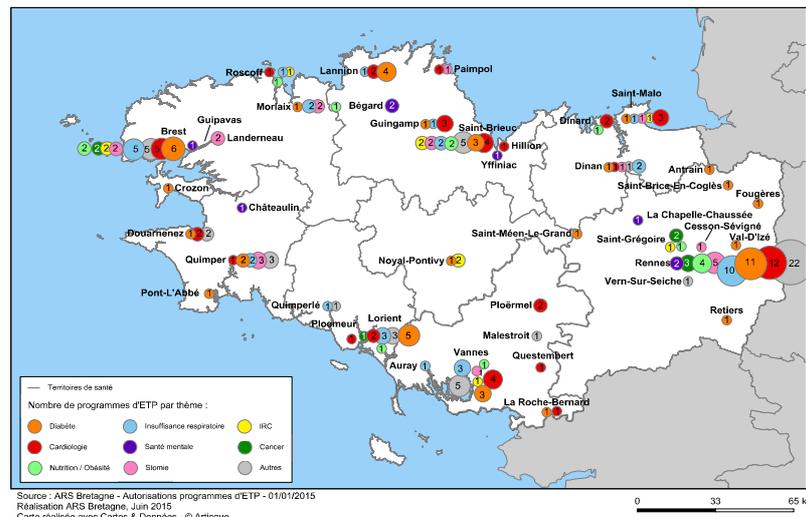
Pour répondre aux besoins et à la demande des professionnels et des institutions, la création d'un pôle régional de ressources et de compétences en ETP a été proposée au sein de l'ARS en 2012 et mise en œuvre en 2014. Emanant du groupe de travail régional (ex IPC), ce pôle est composé de représentants des différents acteurs de l'ETP. Il contribue à la mise en œuvre du PRS en développant une offre de services au profit des différents acteurs du territoire. Enfin, suite à un appel à projets, l'IREPS s'est vu confier la coordination et l'animation de ce pôle.

Les missions du pôle régional s'articulent autour des objectifs suivants : améliorer la connaissance de l'ETP, contribuer au développement des compétences des acteurs par le conseil, la formation, la diffusion d'outils, de référentiels de bonnes pratiques, améliorer la qualité de l'offre en concertation avec les coordinations territoriales, participer au développement et à la diffusion des programmes de recherche en matière d'ETP.

INCITER A LA DELOCALISATION DES ACTIONS POUR GARANTIR L'ACCESSIBILITE A L'ETP

En octobre 2014, l'ARS Bretagne a validé le principe du lancement d'un appel à projet portant sur « l'éducation thérapeutique du patient en exercice coordonné ». En 2015, cette action a été reconduite sur le même principe. En termes de résultats, en 2014, une seule maison de santé pluri-professionnelle (MSP) proposait un programme d'éducation thérapeutique du patient et en 2015, sept MSP supplémentaires se sont engagées dans cette dynamique grâce à l'appel à projets.

Autorisations de programmes d'ETP en région Bretagne au 1er janvier 2015



Actions non prioritaires / En cours

Un des objectifs du SRP dans le cadre de l'ETP est d'informer les acteurs et les patients sur l'offre disponible en ETP dans les territoires. Si l'information des professionnels a été organisée via le pôle de ressources et les plateformes territoriales, l'information des patients reste encore à mettre en œuvre. Cependant, l'éducation thérapeutique du patient est clairement identifiée comme un champ à intégrer au sein du projet d'annuaire régional « Portail santé Bretagne » dont l'objectif est d'identifier et de localiser l'offre de santé en Bretagne pour le grand public et pour toutes les thématiques.



Focus sur les territoires

La déclinaison territoriale et opérationnelle de l'organisation de l'ETP en Bretagne prévoit la création de plateformes territoriales ETP.

3 plateformes territoriales sont actuellement créées (sur les territoires de santé 1 et 2 et 3), et une est en cours de création sur le TS4. Elles ne portent pas elles-mêmes de programme d'ETP mais ont pour principales missions de :

- Réaliser un diagnostic de l'offre de programmes d'ETP sur leur territoire de santé ;
- Promouvoir l'ETP auprès des professionnels de santé et de susciter le développement de nouveaux programmes ;
- Accompagner les porteurs de programme ;
- Promouvoir les formations locales ;
- Faciliter les échanges entre les différentes équipes en charge de l'ETP sur un même territoire ;
- Développer les coopérations entre équipes hospitalières et équipes relevant d'un réseau de santé ou d'une maison de santé pluridisciplinaire ;
- Développer les collaborations avec les associations de patients.

Perspectives

Depuis l'écriture du PRS, le contexte a sensiblement évolué quant à la prise en charge des parcours complexes (malades chroniques, polyopathologies...). Un certain nombre de dispositifs de coordination, d'intégration ont émergé et sont désormais pour certains opérationnels ou en cours. Les perspectives d'organisation de l'éducation thérapeutique sont à envisager en lien avec la création de ces dispositifs et notamment celui des plateformes territoriales d'appui.

En outre, l'éducation thérapeutique doit se développer au plus près du lieu de vie des patients ce qui amène à prioriser l'offre d'ETP en ambulatoire avec l'appui des professionnels et structures de premier recours.

Vie affective et sexuelle (dont prévention IST et lutte contre le VIH)

Les actions de l'ARS en matière de vie affective et sexuelle (VAS) sont organisées autour de trois grandes orientations : la promotion de la santé sexuelle (appréhender la sexualité de façon globale et positive) ; la prévention des risques sexuels (grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes, violences sexuelles) ; le dépistage des infections sexuellement transmissibles.

En 2014, les actions relatives à l'IVG ont été incluses dans la thématique. Les deux enjeux majeurs qui mobilisent les acteurs depuis le début du PRS sont, d'une part le renforcement du dépistage des IST (en particulier du VIH pour lequel le taux de dépistage tardif -32 % - est encore important) avec entre autres la réforme instituant les centres gratuits, d'information de diagnostic et de dépistage (CeGIDD), d'autre part l'organisation du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite virale C avec les nouveaux traitements permettant pour la première fois la guérison complète d'une infection virale chronique.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

MIEUX IDENTIFIER ET COORDONNER LES ACTEURS DE TERRAINS SUR LA VAS

L'organisation régionale et territoriale s'est structurée autour d'un groupe technique régional avec deux réunions annuelles, autour de la mise en place de groupes de travail « vie affective et sexuelle » (VAS) dans 6 territoires sur 8, et autour d'un état des lieux régional des acteurs.

DEVELOPPER UN SYSTEME D'INFORMATION SUR LA VAS

Le déficit de données et d'outil de gouvernance sur cette thématique nous a amené à élaborer un tableau de bord VAS en 2013 et à concevoir et mettre en place un logiciel dans tous les CeGIDD pour recueillir les données d'activités. Ce travail a été fait en lien étroit avec le COREVIH qui en assurera l'exploitation.

METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE PREVENTION ADAPTEES AUX DIFFERENTS PUBLICS

Deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont été mis en œuvre (AIDES, Pôle de coordination en santé sexuelle) et 16 actions financées en 2015 : jeunes en milieu ou hors milieu scolaire, publics spécifiques à risques (migrants, LGBT...). Une proposition de CPOM pour deux autres acteurs est en cours pour 2016 (Libertés Couleurs et Planning Familial).

DEVELOPPER L'ACCES A LA CONTRACEPTION ET A L'IVG

Dans le cadre du groupe régional contraception, un kit contraception a été élaboré comme outil d'animation et de démonstration pour les professionnels (diffusable en 2016).

Le groupe régional a également apporté son soutien et appui méthodologique au projet du Morbihan pour l'accès en milieu rural en s'appuyant sur une collaboration médecins généralistes / centre de planification et d'éducation familiale. Ce projet pourrait être un modèle régional.

Dans le champs des IVG, des formations et des échanges de pratiques, pour les secrétaires assurant l'accueil des femmes souhaitant réaliser une IVG et pour les médecins pratiquant les actes, ont été organisés sur chaque département, permettant de créer une dynamique régionale autour de ce thème.

DEPISTER PRECOCEMENT LE VIH, LES HEPATITES ET LES IST ET AMELIORER L'OFFRE DE SOINS

La réforme nationale instituant la création des CeGIDD au 1^{er} janvier 2016, a été mise en place en Bretagne sur la base d'un schéma régional de couverture, avec habilitation de 5 CeGIDD et 4 antennes. Parallèlement, l'ARS a organisé le déploiement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD VIH) avec la planification de formations en lien avec le Coordonnement régional de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (corevih) et la délivrance d'habilitations pour les structures associatives. L'arrivée des trod vhc (Virus Hépatite C) va donner encore plus d'importance à cet outil dans le cadre du dépistage.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour le traitement des hépatites C sont mises en place au sein des 3 établissements ayant fait l'objet d'une autorisation. Les moyens du centre expert hépatites régional ont été renforcés. Dans le cadre du Plan hépatite régional en cours d'élaboration, une étude est en cours en vue d'estimer la file active des patients suivis par les établissements de santé que les malades atteints d'hépatite C soient traités ou en surveillance simple.

Actions non priorisées / en cours

La formation et l'accompagnement des professionnels intervenants auprès des personnes handicapées et des personnes âgées n'ont pu être réalisés à ce jour pour des raisons de charge de travail, la priorité ayant été donnée à d'autres actions.

Néanmoins cette action sera déployée en 2016 dans le cadre d'une mission inscrite dans le CPOM du Pôle de coordination en santé sexuelle. En matière de contraception, nous n'avons pas pu renforcer la formation des pharmaciens d'officine par manque de personnes ressources dans le groupe régional : depuis 2015, ont été intégrées une représentante de l'URPS des pharmaciens et un pharmacien inspecteur de l'ARS.



Focus sur les territoires

En 2012, l'ARS, en collaboration avec les partenaires départementaux impliqués sur cette thématique, a finalisé un «guide pratique pour la mise en place d'actions d'information et de prévention en matière de Vie affective et sexuelle en Ille-et-Vilaine». Ce guide est un cadre de référence pour toute personne souhaitant mettre en place des actions d'information, de prévention dans ce domaine. Il dégage des principes communs d'intervention en matière de prévention et a aussi pour objectif de faire connaître les structures ressources départementales et leurs spécificités d'intervention (territoire, thématiques abordées, méthodes de travail, outils, publics). Les 3 autres départements bretons sont demandeurs d'une déclinaison de ce guide au sein de leur territoire.

En 2014, dans le cadre du groupe de travail vie affective et sexuelle mis en place en lien avec le programme territorial de santé du territoire 5, les acteurs ont élaboré un complément de ce guide, comprenant des fiches thématiques résumant de façon simple les démarches à entreprendre par les jeunes et les professionnels qui les accompagnent, avec une présentation des ressources existantes sur leur territoire (pays). Ce guide est finalisé pour le pays de Fougères et sera décliné sur les 5 autres pays du territoire 5, voire sur d'autres territoires.

Ces deux outils sont amenés à alimenter le portail santé de l'ARS.

Perspectives

Il s'agira de développer l'accessibilité aux dépistages du VIH, des hépatites et des IST pour toute la population. Dans ce cadre, la priorité sera d'identifier et de cibler les populations les plus à risques.

Puis l'ARS a la volonté d'élargir l'utilisation des TROD VIH et les autorisations d'utilisation du TROD VHC pour les associations de prévention, pour permettre un dépistage plus précoce et, ainsi, une meilleure prise en charge.

Une 2^{ème} version du tableau de bord VAS sera élaborée à l'horizon 2017 et inclura des indicateurs notamment concernant la contraception, l'IVG et la syphilis (en nette recrudescence et bon indicateur pour les autres IST) afin d'effectuer un suivi épidémiologique davantage pertinent. Enfin, la DGS a souhaité que chaque ARS décline les recommandations nationales en matière de lutte contre les hépatites. Pour ce faire, un plan d'actions plus particulièrement axé sur l'hépatite C est en cours d'élaboration et sera mis en œuvre, en lien avec le centre expert hépatite et le COREVIH, sur l'ensemble de la région.

Nutrition et activité physique

Le plan d'actions régional défini par le groupe technique régional décline le Plan National Nutrition Santé 2012-2015. Il vise à réduire les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition et à identifier et mieux prendre en charge les personnes à risques nutritionnels. Initialement plus à destination des publics jeunes, précaires et personnes âgées, ce plan a été complété en 2013 par le plan régional Sport Santé Bien-Etre, qui cible plus spécifiquement les publics dits à besoins particuliers, et a ainsi permis de développer un axe pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Il importe donc de valoriser ces deux déterminants de la santé, à la fois en promotion de la santé pour rester en bonne santé, et en prévention tertiaire en tant que thérapeutique non médicamenteuse de certaines maladies chroniques.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

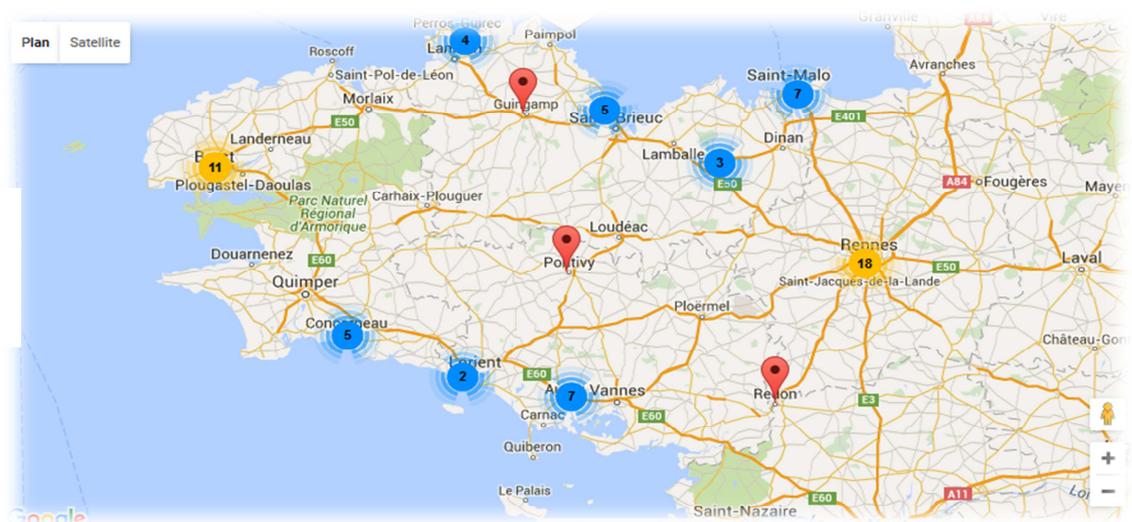
DEVELOPPER L'OFFRE D'ACTIVITE PHYSIQUE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

Inscrit comme l'un des objectifs du plan régional Sport Santé Bien-Etre 2013-2016, ce projet s'est traduit par la mise en place de différentes actions. Pour disposer d'une offre de qualité, il était nécessaire d'avoir des professionnels du sport formés à l'accueil et l'encadrement de personnes atteintes de maladies chroniques ; des formations spécifiques pour les éducateurs sportifs ont ainsi été développées par 2 organismes de formations bretons (150 éducateurs sportifs ont été formés en 2014 et 2015).

Dans un second temps, sur la base de quelques critères de qualité complémentaires, la signature d'une charte d'engagement a été proposée aux structures délivrant des séances d'activité physique adaptée aux malades chroniques. Un site internet permettant de géolocaliser cette offre spécifique a ensuite été développé.

Enfin, pour inciter les malades chroniques à pratiquer une activité physique, les professionnels de santé (médecins et pharmaciens) ont été sensibilisés à l'intérêt du sport santé lors d'une campagne de communication spécifique, et une nouvelle offre de formation de développement professionnel continu a été proposée.

Géolocalisation des premiers signataires de la charte SSBE



SENSIBILISER LES ETUDIANTS A LEUR PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Le service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé de Rennes a identifié l'entrée dans la vie étudiante comme une période propice à la prise de poids en raison d'une mauvaise alimentation, et à la réduction, voire la suspension de toute activité physique. Des ateliers cuisine sont désormais organisés pour les étudiants en surpoids, complétés d'une nouvelle offre d'activité physique adaptée. La communication a été adaptée aux pratiques des jeunes, et un travail va être engagé avec le CROUS. Les expériences sont partagées avec d'autres sites de formation de l'enseignement supérieur.

PARTAGER DE BONNES PRATIQUES POUR LE REPERAGE DE LA DENUTRITION

Suite au constat d'un sous-codage de la dénutrition par les établissements de santé, un travail a été initié avec l'interClan (comité de liaison alimentation nutrition) et le CHU de Brest pour concevoir un guide de bonnes pratiques partagé au niveau régional. Dans chaque territoire de santé, un référent nutrition a été identifié. Le document a été présenté et a permis les échanges entre les établissements membres de l'Interclan dans chaque territoire. L'évolution des pratiques sera mesurée dès 2016.

Actions non priorisées / en cours

Depuis 2013, un partenariat a été engagé avec l'Education nationale pour permettre le suivi du surpoids et de l'obésité des enfants en région Bretagne. Malgré la mise à disposition du matériel informatique et d'un outil de recueil des informations, aucun résultat n'a encore été transmis à l'ARS.



Focus sur les territoires

Les établissements SSR du territoire n°5 se sont organisés en réseau (Réseau opérationnel des liaisons alimentation nutrition diététique) pour améliorer le repérage et la prise en charge des troubles nutritionnels des patients. Ce réseau développe principalement des formations à destination des personnels des établissements adhérents et élabore des protocoles de prises en charge partagées entre les établissements d'un même territoire. Il répond aux besoins identifiés par l'Interclan, qui coordonne et anime plus largement le réseau des établissements de santé adhérents à l'échelle de la région.

Afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de la dénutrition en région, une réflexion est engagée avec l'Interclan, le réseau ROLAND et le CHU de Brest, sur la base de leurs expériences, pour définir et structurer les missions et les modalités de fonctionnement d'une structure régionale d'appui, qui fonctionnerait selon des principes partagés, avec des dispositifs relais au sein de chaque territoire breton.

Perspectives

La nutrition et l'activité physique sont des déterminants majeurs de la santé. Souvent trop limités aux notions de surpoids et d'obésité, l'alimentation et l'activité physique ont un impact considérable sur la prévention et la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques, et il importe aujourd'hui de mieux faire connaître tous ces effets, notamment auprès du grand public.

L'adoption de comportements favorables à la santé est à développer à tous les âges de la vie. Néanmoins, les jeunes sont une cible prioritaire car les habitudes de vie s'acquièrent dans l'enfance, ainsi que les personnes âgées pour qui ces thèmes jouent un rôle majeur dans le maintien de leur autonomie. Une réflexion sur la promotion de santé globale de ces deux populations est en cours ; pour les plus jeunes, une stratégie d'intervention en milieu scolaire est en cours d'élaboration et, pour les plus âgés un programme de prévention multithématique va être développé dans le cadre d'un appel à projets spécifique.

Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires

Le volet Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires du PRS 2012/2016, visait à organiser les activités de veille et sécurité sanitaires en région Bretagne. Dans ce but, trois objectifs majeurs ont été retenus :

- Structurer la veille et sécurité sanitaires en Bretagne ;
- Assurer une meilleure sécurité sanitaire de la population bretonne en renforçant la coordination avec les préfetures, les institutions (Education Nationale, Direction départementale de protection des populations...), les établissements de santé et médico-sociaux, et les professionnels de santé ;
- Réduire par la prévention l'occurrence des risques sanitaires chez les Bretons.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

STRUCTURER L'ORGANISATION DE LA VEILLE, DE LA GESTION DES URGENCES ET DE LA SECURITE SANITAIRE DE L'ARS

Les objectifs fixés ont été atteints, au travers de deux grands principes :

- La continuité avec l'installation et le développement d'un point d'entrée unique des signaux de l'ARS Bretagne (2500 signaux reçus chaque année en moyenne), rénovation et renforcement du dispositif d'astreinte de l'ARS, mise en place de listes de rappels dans le cadre de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- La professionnalisation avec la prise en charge des signaux de veille sanitaire sur deux sites (départements 22/35 et 29/56), mise en place de référents départementaux défense sanitaire, organisation de la réponse ARS aux situations sanitaires exceptionnelles et formation des agents et participation à de nombreux exercices.

DEVELOPPER DES LIENS AVEC LES PARTENAIRES

L'ARS a organisé des retours d'information et de partage d'expérience, tout particulièrement avec la tenue tous les deux ans d'une journée régionale de veille sanitaire (3^e journée en 2015). Plusieurs protocoles ont également été conclus avec la cellule de l'InVS en région, l'Education Nationale, la Direction départementale de protection des populations, le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, l'Observatoire régional des urgences (dispositif hôpital en tension).

Sur le domaine de la défense sanitaire, les liens avec les préfetures se sont notamment concrétisés au travers des travaux de planification menés (pandémie grippale, iode, vigipirate...) et de la participation aux exercices et dispositifs prudentiels.

DEVELOPPER LES SYSTEMES D'INFORMATION

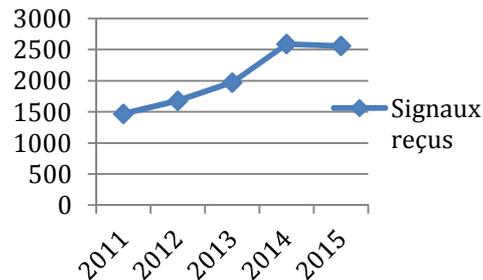
Les années 2012-2016 ont permis d'outiller le point d'entrée unique des signaux : l'application ORAGES a permis d'enregistrer les signaux de veille sanitaire dès janvier 2011. A compter de 2013, a été développée l'application SI-VSS : l'ARS Bretagne y a fortement contribué et fut région pilote lors de son déploiement en juillet 2014. L'intégralité des signaux y sont désormais enregistrés, permettant de répondre à l'exigence de traçabilité requise. L'accès à ce système d'information a été élargi progressivement en 2015 aux gestionnaires des signaux santé-environnementaux et des événements indésirables survenant en structure.

DEVELOPPER DES LIENS AVEC LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

Sur la période considérée, cela s'est notamment traduit par les actions menées chaque année dans le cadre de la semaine de la vaccination et la campagne de vaccination contre le méningocoque C pour répondre à la situation d'hyperendémie constatée dans le Finistère en 2012 et à son risque d'extension.

Des actions spécifiques ont été mises en œuvre afin de mieux agir sur les maladies prioritaires : signalement et prise en charge des gastroentérites aiguës et des infections respiratoires aiguës dans les établissements médico-sociaux, prévention de la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Evolution annuelle des signaux sanitaires reçus au point d'entrée unique de l'ARS Bretagne



L'ARS participe chaque année à une quinzaine d'exercices organisés par le Ministère de la Santé et les préfetures de département.

Actions non priorisées / en cours

Les liens avec la médecine libérale et les pharmacies d'officine restent à développer. Il n'y a pas eu d'actions de formation vis-à-vis des maires sur la période considérée.



Focus sur les territoires

A la suite d'une alerte émise en septembre 2012 suite au constat d'une sur-incidence de cas d'infection invasive à méningocoque C dans le département du Finistère, une campagne de promotion de la vaccination contre le méningocoque C a été mise en œuvre dès octobre 2012 dans ce département. En 2013, cette action a été élargie aux trois autres départements bretons, et s'est poursuivie en parallèle dans le Finistère.

Perspectives

Les objectifs et enjeux de la veille et sécurité sanitaires en région sont nombreux. Les perspectives viseront tout particulièrement à :

- développer les capacités de traitement des signaux reçus, en coordination avec les acteurs de la veille et de la sécurité sanitaire en région, sur la base d'un périmètre en évolution constante, inciter les professionnels de santé et le public au signalement, et favoriser le retour d'information aux déclarants ;
- poursuivre la structuration des démarches de planification et la gestion des moyens capacitaires autour de la préparation du système de santé et du dispositif ORSAN : l'évaluation de la préparation des établissements de santé et des établissements médico-sociaux pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles constituera une priorité (feuille de route ministérielle pour renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes notamment) ;
- développer une démarche qualité dans les processus veille et sécurité sanitaires en ARS et poursuivre les efforts de professionnalisation des personnels des ARS engagés depuis la création de celles-ci ;
- développer la participation des professionnels de santé de première ligne aux problématiques veille et sécurité sanitaire.

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

VOLET AMBULATOIRE

Le volet ambulatoire du SROS est une innovation de la loi hôpital, patients, santé et territoires. Sans être opposable, sauf pour les territoires prioritaires en termes d'investissements sur les MSP et de mesures individuelles pour les médecins généralistes, le volet ambulatoire devait concentrer ses efforts, au moins les 18 premiers mois, sur l'offre de soins de premier recours. Ce fut le cas en Bretagne jusqu'en 2015. Il s'est ensuite étoffé sur l'offre de deuxième recours en commençant par une qualification de l'offre en cardiologie et en ophtalmologie. Construit sur 4 axes, la mise en œuvre du SROS ambulatoire peut se traduire par les résultats suivants :

1. Conforter l'accès aux soins de premier recours

L'approche territoriale et la détermination des besoins en implantation pour l'exercice des soins : dans une démarche partenariale concertée, conçus comme des territoires d'actions et de dynamiques locales, d'analyse pour décider des lieux géographiques à accompagner en priorité sur la démographie et l'organisation, construits sur une logique d'aménagement du territoire et d'accès aux services de proximité, 190 territoires de premier recours ont été déterminés et qualifiés au niveau de l'offre et de l'activité des professionnels de santé en 5 échelons. Ils sont couplés aux pays et aux EPCI, reconnus comme territoires de contractualisation, niveau géographique pertinent pour définir une stratégie collective d'évolution de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire en ayant une vue globale des politiques d'aménagement du territoire. Les besoins en implantation prioritaires pour l'exercice des soins ont été identifiés sur les territoires fragiles et à surveiller, ainsi que sur les quartiers urbains sensibles ciblés dans le cadre de la politique de la ville.

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

La démographie et la répartition et l'installation des professionnels de santé libéraux : différentes mesures issues du Pacte territoire santé ont été déclinées de manière active sur le territoire régional : mise en place d'un référent installation, signature de contrats de praticiens en médecine générale, de contrats d'engagement de service public pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, accompagnement personnalisé de ces signataires. Une convention associant 20 partenaires, pour unir leurs efforts et leurs compétences et agir en cohérence, a permis de mettre en place des actions spécifiques : mémo sur le parcours de l'installation, rencontres entre professionnels installés et futurs médecins (généralistes dating), expérimentation de mise en relation de remplaçants avec les professionnels installés ...

2. Améliorer la qualité des soins au meilleur coût

Enjeu de santé publique et économique, la qualité des prises en charge en ambulatoire a été peu investie dans le cadre du SROS. Son amélioration permanente s'appuie néanmoins sur 39 groupes qualité en médecine générale, soit environ 12 % des professionnels, qui continuent au travers des indicateurs suivis, à prouver l'efficacité de la démarche.

3. Fluidifier la trajectoire du patient

Un des enjeux de la pluri-professionnalité de proximité, l'optimisation du parcours du patient en ambulatoire est aussi une des missions des réseaux de santé amenés à passer d'un appui monothématique à un appui à la coordination de tous les patients estimés par le médecin traitant en situation complexe, quelle que soit leur pathologie. Amorcée depuis 2013, la mise en place de plateformes d'appui s'est traduite sur 4 territoires de proximité.

4. Organiser la permanence des soins ambulatoire

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

Organisation de l'offre de soins ambulatoire

Pour répondre aux besoins de santé de la population, le SROS Ambulatoire s'est fixé pour objectif de développer des organisations cibles, prioritairement sur les zones les plus fragilisées, qui permettront de structurer l'offre de soins de premier recours afin d'améliorer l'accès aux soins et de favoriser le maintien et/ou l'installation des professionnels de santé.

Depuis la publication du PRS, un nouveau cadre conventionnel a été créé afin de généraliser la valorisation de l'exercice au sein de structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

DEVELOPPER LES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE

Pour encourager l'émergence des structures d'exercice coordonné, l'ARS Bretagne a développé une politique forte d'accompagnement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de manière graduée selon le niveau de fragilité des territoires. Ainsi, 94 nouveaux sites ont fait l'objet d'au moins une rencontre avec l'ARS depuis 2012 et 59 sites ont fait l'objet d'un accompagnement pour l'élaboration et/ou la mise en œuvre de leur projet de santé. Au 31 décembre 2015, l'ARS Bretagne dénombrait 75 MSP en fonctionnement. La promotion et le développement des MSP sont le fruit d'une étroite collaboration avec nos partenaires (URPS, Préfectures, Collectivités territoriales, ...) dont le suivi est assuré au sein de la Cellule d'appui régionale aux projets d'exercice coordonné (CARPEC), la Commission spécialisée de l'offre de soins et le comité régional de sélection des MSP.

Afin de valoriser ces organisations et d'échanger en ateliers sur les pratiques avec les professionnels de santé, un colloque régional sur «Travailler ensemble : une démarche professionnelle au bénéfice du patient» a été organisé en 2014 et a réuni plus de 200 professionnels et élus. En 2015, une évaluation de l'impact des maisons de santé sur l'accès aux soins a été conduite et a mis en avant leur développement : maintien ou renforcement de l'offre de soins sur ces territoires, efficacité de l'activité des médecins généralistes, amélioration de la visibilité de l'offre pour la population.

DEPLOYER LES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DANS LES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE

Une expérimentation visant de nouveaux modes de rémunération des exercices coordonnés, alternatifs au paiement à l'acte, a été mise en place en 2008 sur 4 sites. La promotion et l'accompagnement de ce dispositif ont permis, toujours dans un cadre expérimental, à 22 sites de s'engager à fin 2014. En 2015, ces modes de rémunérations ont été pérennisés via le dispositif du règlement arbitral, ce qui garantit désormais aux sites un financement des actions de coordination. Ils sont au nombre de 26 à ce jour.

ENCOURAGER LES COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES EN AMBULATOIRE

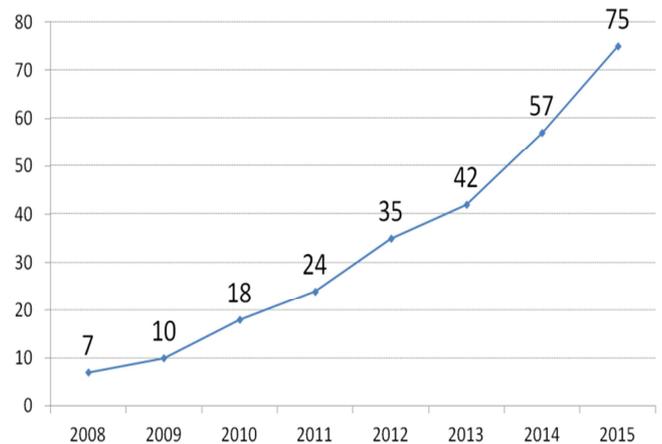
Un des freins identifiés pour déployer ces coopérations est souvent celui du modèle économique, raison pour laquelle a été mis en place au niveau national un collège des financeurs à l'été 2014, permettant de remédier aux difficultés constatées. Sur ces nouvelles bases, une journée régionale d'échanges a été organisée le 12 mars 2015 ayant pour objectifs de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé, promouvoir les protocoles existants et mettre en avant les perspectives d'évolution au regard de la pratique existante.

En lien avec l'association Asalée à l'initiative de cette démarche, l'ARS a participé au déploiement d'un protocole de coopération (délégation d'actes ou d'activités de médecins vers des infirmiers), validé par la HAS, auprès de 9 sites en Bretagne. Ce protocole, qui concerne deux dépistages : troubles cognitifs et brocho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) du patient tabagique et deux suivis de pathologies chroniques : dépistage et suivi du diabète et suivi du risque cardio-vasculaire, permet ainsi aux médecins généralistes de suivre davantage de patients en particulier dans des zones fragiles.

Outre le protocole ASALEE, la Bretagne a adhéré à 4 protocoles relatifs à l’ophtalmologie : délégation de bilans visuels de l’ophtalmologiste vers l’orthoptiste pour des patients de 2 tranches d’âges différentes, délégation de la prescription médicale, dépistage de la rétinopathie pigmentaire du patient diabétique.

Enfin, pour développer l’éducation thérapeutique en ambulatoire, un appel à projets pour la mise en place de programmes au sein d’équipes pluri-professionnelles a été lancé en 2014 et 2015 : 8 MSP ont été sélectionnées sur 13 candidatures.

Evolution du nombre de maisons de santé en fonctionnement depuis 2008



STRUCTURER LES ORGANISATIONS PLURI-PROFESSIONNELLES AVEC UN SYSTEME D’INFORMATIONS PARTAGE

Pour favoriser l’exercice coordonné et pluri-professionnel, il importe que les professionnels de santé échangent et partagent les informations sur la prise en charge des patients.

Afin d’harmoniser les démarches et coordonner la réflexion sur ce sujet, l’ARS de Bretagne et ses partenaires ont rédigé un cahier des charges permettant de qualifier les besoins fonctionnels communs et spécifiques à chacun des métiers représentés dans les maisons de santé. Un dépliant décrivant l’ensemble de ces démarches a été élaboré et diffusé à l’ensemble des acteurs concernés.

L’ARS, avec le GCS e-santé, accompagne les MSP qui le souhaitent et peut prendre en charge jusqu’à 70 % des dépenses engagées limitées à un plafond dès lors que l’éditeur de logiciel choisi est labellisé par l’ASIP Santé. Les appels à projets annuels entre 2013 et 2015 ont permis à 7 sites de bénéficier de cet accompagnement, qui se poursuit en 2016 avec environ 12 sites.

ORGANISER LA CONTINUITE DES SOINS DANS LES TERRITOIRES INSULAIRES

Une démarche concertée avec les acteurs concernés a été lancée en 2015 pour définir un contrat local de santé (CLS) sur les îles bretonnes du Ponant. Le diagnostic est réalisé et le premier comité de pilotage s’est tenu début 2016.

PROMOUVOIR LA QUALITE ET L’EFFICIENCE DES SOINS EN AMBULATOIRE

Au nombre de trois au démarrage en 2001, les « groupes qualité » en médecine générale sont aujourd’hui 39, soit environ 350 médecins généralistes associés dans une démarche réflexive de leurs pratiques. Indemnisés par l’ARS, ces médecins, exerçant sur un même territoire, se réunissent une fois par mois pour échanger sur leur pratique autour d’un thème choisi conjointement entre les partenaires

du projet (Assurance Maladie, Union régionale des professionnels de santé (URPS), , ARS et APIMED⁴, l'association porteuse). Plusieurs évaluations du dispositif, la dernière datant de 2014, ont permis de mettre en évidence l'atteinte des objectifs poursuivis, à savoir une amélioration de la pratique et de l'efficience des soins par rapport à l'ensemble de la profession.

Perspectives

En termes d'axes de travail, dans la continuité du PRS actuel, il s'agit de :

- Accompagner les maisons de santé pluri-professionnelles existantes vers le règlement arbitral et poursuivre le déploiement de nouvelles, en les soutenant particulièrement sur la mise en place de systèmes d'informations partagés ;
- Développer des centres de santé pluri-professionnels selon les besoins du territoire ;
- Contractualiser avec les MSP sur des thématiques prioritaires de santé publique dans le cadre de la prévention et des dépistages, des soins, de l'éducation thérapeutique ;
- Renforcer les coopérations entre l'offre de soins de premier et de deuxième recours ;
- Elaborer, signer et mettre en œuvre un Contrat Local de Santé avec l'association des îles du Ponant.

De manière plus globale, associer les acteurs concernés par les nouvelles dispositions de la loi de santé aux évolutions organisationnelles et structurelles de l'offre de santé de proximité, portant notamment sur la structuration des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles de territoire.

⁴ association pour l'amélioration des pratiques et de l'information médicale

Démographie et installation des professions de santé

Malgré une démographie médicale assez favorable, la Bretagne (12^{ème} rang/France) présente des inégalités territoriales particulièrement marquées pour la médecine générale libérale et certaines spécialités médicales. Si en Bretagne la médecine générale ne rencontre pas une crise de vocation, l'exercice libéral demeure encore peu attractif comparé à un exercice salarié, souvent du fait d'un manque de connaissance des étudiants de l'environnement de travail et de ses modalités d'exercice.

Les actions menées dans le cadre du PRS se sont donc concentrées sur l'amélioration de la répartition des professionnels de santé, en insistant sur les mesures destinées à anticiper, favoriser et accompagner les installations des médecins généralistes.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

IDENTIFIER LES TERRITOIRES SOUFFRANT D'UN DEFICIT EN OFFRE DE SOINS

- Elaboration et mise à jour du zonage pluri-professionnel permettant l'attribution des aides à l'installation pour les médecins généralistes (conventionnelles, PTMG, CESP, ...) et servant de support au déploiement de la politique régionale en matière de structuration de l'offre de soins de 1^{er} recours ;
- Publication des zonages conventionnels pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes pour la mise en œuvre des aides conventionnelles et des mesures de régulation à l'installation ;
- Bilan du zonage infirmier ;
- Publication d'une étude sur l'accès aux pharmacies d'officine, identifiant notamment les zones en situation de fragilité ;
- Elaboration de zonages qualifiant les territoires en offre de soins de 2^{ème} recours pour la cardiologie et l'ophtalmologie permettant de proposer des mesures individuelles d'incitation à l'installation (CESP, PTMA, PIAS, ...).

FACILITER ET FAVORISER L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

- Désignation d'un référent installation, interlocuteur identifié pour : l'accompagnement individualisé, la coordination des actions destinées à favoriser l'installation des médecins généralistes, les interventions auprès des futurs médecins généralistes etc...
- Mise en place et promotion des contrats incitatifs à l'installation :
 - ➔ Contrats d'engagement de service public : 39 signés avec des futurs médecins (3 ont pu honorer leur engagement d'installation en zone fragile - Cf ci-dessous focus sur les territoires), 15 avec des futurs chirurgiens-dentistes. Une procédure de suivi annuel a été mise en place.
 - ➔ Contrats de praticien territorial de médecine générale : 35 signés depuis mi 2013 et une procédure de suivi annuel mise en place. Levier également pertinent pour structurer l'offre de soins, le dispositif comprend des engagements individuels déterminés entre l'ARS et le signataire (généralement participation à la PDSA et contribution à la mise en place d'un exercice coordonné).
- Elaboration et coordination d'une convention réunissant 20 partenaires (URPS, Facultés de médecine, Conseil régional, CPAM, MSA, etc...) destinée à favoriser l'installation des MG libéraux, avec un programme de travail conjoint et annuel.

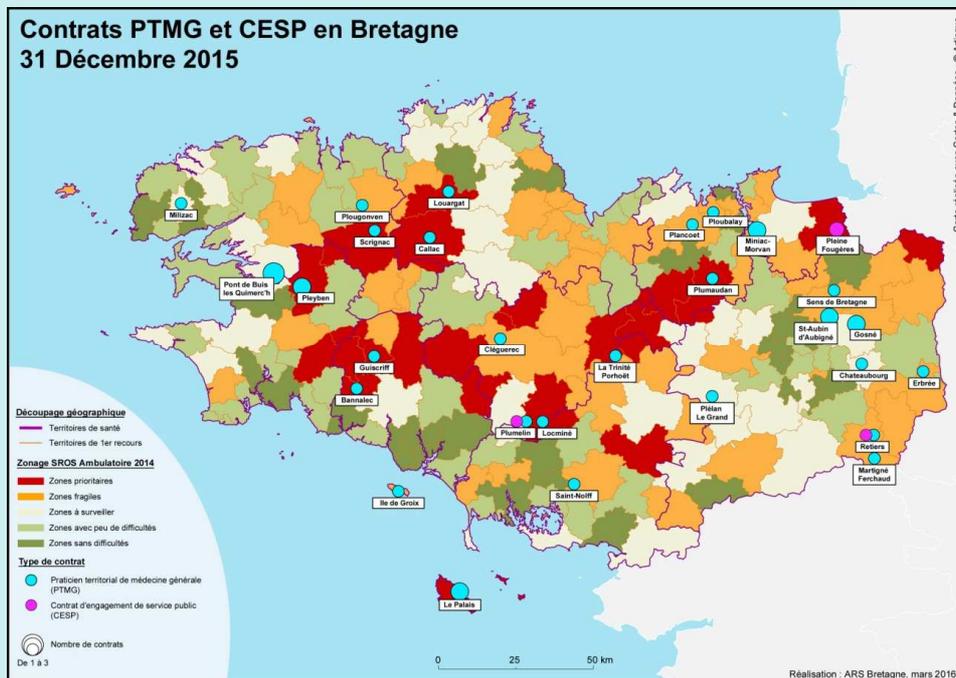
Issue du programme de travail annexé à la convention de partenariat destinée à favoriser l'installation des médecins généralistes bretons, l'opération Généraliste dating a été mise en place en Bretagne à travers 2 sessions : le 13 juin 2015 à la faculté de médecine de Brest et le 8 octobre suivant à la faculté de médecine de Rennes.



Destiné à mettre en relation de futurs médecins et les professionnels de santé déjà installés, cet événement se voulait dynamique et dans un format original : les professionnels de santé étaient invités à réaliser une vidéo de 60 secondes présentant et valorisant leur pratique et leur exercice. Diffusés devant des étudiants en médecine et des remplaçants, les films donnaient lieu à des échanges sur des stands tenus par les professionnels de santé, accompagnés des élus des Pays, dont le rôle était de mettre en avant les services du territoire. Largement relayée par les médias, cette opération a eu des retombées très positives et sera reconduite en 2016 (20 octobre à Brest et 17 novembre à Rennes).



Focus sur les territoires



PERSPECTIVES

- Sur la territorialisation :
 - Publication de zonages pour de nouvelles professions de 2ème recours ;
 - Bilan de l'impact des mesures de régulation à l'installation sur la répartition des professionnels de santé ;
 - Révision du zonage pluri-professionnel.
- Sur les actions destinées à faciliter et favoriser l'installation libérale
 - Sur les mesures incitatives :
 - Contrats d'engagement de service public : poursuite de la promotion du dispositif et extension aux spécialités au regard des zonages établis ;
 - Praticien territorial de médecine générale : poursuite de la promotion du dispositif ;
 - Praticien territorial de médecine ambulatoire : dans l'attente des textes d'application et des zonages spécialités. Dispositif à mettre en place et à promouvoir auprès des médecins spécialisés en médecine générale et aux autres spécialités médicales ;
 - Praticien isolé à activité saisonnière : dans l'attente des textes d'application ;
 - Dispositif à mettre en place et à promouvoir.
 - Poursuite de la déclinaison et du suivi du Pacte Territoire Santé ;
 - Reconduction du Généraliste dating ;
 - Elargissement des actions aux problématiques des spécialités médicales ;
 - Promotion et mise à jour du Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé.

Réseaux de santé et dispositifs d'appui à la coordination

La bonne orientation du patient et la continuité des prises en charge sont des éléments primordiaux en matière d'égalité des chances et d'efficacité.

L'objectif de mieux organiser la coordination du parcours de santé des Bretons est commun à de nombreuses thématiques du PRS 2012-2015. Il apparaît donc tant dans les chapitres thématiques que dans le volet des actions transversales. Il s'est vu renforcé par les orientations de la Stratégie Nationale en Santé en faveur des parcours de santé, prélude aux dispositions de la loi relative à la modernisation de notre système de santé instaurant notamment des missions d'appui à la coordination des situations complexes. La transformation des réseaux de santé thématiques en plateformes territoriales d'appui constitue un axe majeur de cette orientation.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

RENFORCER L'EFFICACITÉ DES RESEAUX DE SANTE VILLE/HOPITAL

Dès juillet 2012, l'ARS a lancé la concertation avec les porteurs de réseaux ville-hôpital, fédérés au sein de l'Union des réseaux de santé bretons. Il s'agissait d'évoluer à partir d'une approche thématique dont les limites ont été pointées par les évaluations triennales et certains rapports nationaux.

Le groupe thématique régional sur l'évolution des réseaux de santé a permis aux représentants des acteurs de santé de tous statuts d'échanger avec les réseaux sur le contenu du service attendu :

- apporter un appui à la coordination des cas complexes ;
- mieux mailler le territoire breton ;
- clarifier le rôle et le statut des réseaux régionaux spécifiques.

Un accompagnement méthodologique et juridique financé fin 2013 par l'ARS a permis la fusion mi-2015 de six associations dans le Nord Finistère (cf. focus sur les territoires) et deux associations dans le Trégor-Goëlo pour constituer les deux premières plateformes d'appui à la coordination.

En octobre 2015, les autres réseaux ont transmis leurs propositions conjointes de mutualisation. Les travaux se poursuivent en intégrant les mesures de la récente loi de santé. L'évolution des réseaux spécifiques donne lieu de son côté à l'élaboration de CPOM qui seront finalisés en 2016. Après une première phase avec les réseaux diabète, une concertation est en cours avec les réseaux en périnatalité. La réflexion se poursuit sur les questions de handicap, troubles de l'apprentissage, pathologies neuro-dégénératives et soins palliatifs pédiatriques.



Evolution du nombre et de la nature des réseaux de santé financés par le FIR entre le 31 décembre 2012 et le 1^{er} janvier 2016

Actions non priorisées / en cours

Dans ce contexte d'évolution généralisée des réseaux, le projet de refonte du dispositif d'évaluation a été suspendu. L'élaboration d'indicateurs spécifiques au sein des CPOM de chaque réseau constitue un premier élément en vue d'une remise à plat des conditions de suivi et d'évaluation de ces dispositifs d'appui.

Focus sur les territoires

- La Plateforme d'appui à la coordination du Finistère : APPUI SANTE NORD FINISTERE

S'appuyant sur les orientations ministérielles, 3 réseaux de santé implantés sur le territoire brestois ont engagé une première opération de regroupement en fin d'année 2013. Cette initiative demeurait toutefois incomplète car limitée à des aspects d'ordre logistique et ne répondait pas totalement au souhait de l'ARS de développer une coordination d'appui polyvalente en s'appuyant sur l'ensemble des réseaux du territoire. Il s'agissait en effet d'offrir une réponse homogène à l'ensemble de la population, en particulier sur le secteur de Carhaix qui ne disposait pas d'une offre semblable jusqu'à présent.

Au total, ce sont donc 6 réseaux de santé qui se sont engagés dans une démarche de mutualisation et d'élaboration d'un projet de santé. A l'issue de plus d'une année de travail, associant promoteurs, consultants et ARS, la plateforme « Appui Santé du Nord Finistère » a été créée. Pour favoriser la démarche, l'ensemble des moyens dont disposaient les réseaux de santé ont été reconduits (soit un budget annuel de 2 M € et des effectifs à hauteur de 27 ETP).

La plateforme a pour mission de coordonner le parcours de santé des patients qui, au-delà de leur pathologie principale, cumulent d'autres difficultés liées à leur âge, leur handicap, des problèmes d'ordre social et/ou médico-social, et qui, de ce fait, ne peuvent être pris en charge par leur seul médecin traitant. Un CPOM formalise ces engagements pour les 4 prochaines années, un comité de suivi a été instauré afin d'évaluer la montée en charge et d'effectuer les éventuels ajustements nécessaires. Le travail accompli est capitalisé pour un déploiement sur les autres territoires de la région.

Perspectives

La nouvelle loi de modernisation du système de santé confie aux ARS la mission d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. L'évolution des réseaux de santé forme une première étape dans la constitution des plates-formes territoriales évoquées par la loi.

Les travaux doivent être poursuivis sous trois angles :

- développer la couverture territoriale de ces dispositifs ;
- renforcer la synergie de ces plates-formes avec les autres dispositifs d'appui, les réseaux thématiques et les pôles d'expertise au service de la fluidité des parcours des patients bretons ;
- articuler ces dispositifs d'appui à la coordination avec les dispositifs d'intégration, également en cours d'implantation.

Transports sanitaires

La thématique transports sanitaires n'a pas fait l'objet d'un chapitre spécifique lors de la rédaction en 2012 du PRS. Pour autant, dans le cadre du volet « transports » du Programme pluriannuel régional de gestion du risque, conduit par l'ARS Bretagne en lien avec l'Assurance Maladie sur le versant établissements de santé ainsi que dans le cadre des travaux réalisés avec les ambulanciers, l'ARS a mis en œuvre une politique de rééquilibrage de l'offre en transports et de suivi des dépenses.

En effet, selon un rapport de la Cour des comptes de 2012, 450 millions d'euros d'économies pourraient être réalisés sur les dépenses de transports de patients. Ainsi, depuis dix ans, les dépenses de transports de patients progressent inexorablement et sont passées de 2,3 milliards d'euros en 2003 à 4 milliards d'euros en 2013. Des facteurs objectifs et inéluctables expliquent cette augmentation comme le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients atteints d'une ALD, le regroupement géographique de plateaux techniques, le développement des alternatives à l'hospitalisation, et enfin l'offre de transports. Ce rapport indique également que « si les établissements de santé supportent 7 % des dépenses de transports sanitaires, les praticiens hospitaliers sont à l'origine de 53 % des prescriptions de transports sanitaires (hors urgences) ». En 2014, les praticiens hospitaliers bretons sont à l'origine de 73,9 % des prescriptions de transports.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

DETERMINER LES ORIENTATIONS REGIONALES DE REGULATION DE L'OFFRE EN TRANSPORTS SANITAIRES

La région Bretagne comptant en 2015 un excédent de 214 véhicules par rapport à l'indice théorique, le Directeur général de l'ARS Bretagne ne peut donc délivrer aucune nouvelle autorisation de mise en service de véhicules affectés aux transports sanitaires (hors SMUR). En revanche, le transfert ou la modification des autorisations de mise en service de transports sanitaires, qui n'impacte pas le nombre total de véhicules par département, reste à la main de l'ARS afin de rééquilibrer l'offre en région. Pour ce faire, l'ARS a mis en place un dispositif de régulation des autorisations de mise en service des véhicules en application du décret n°2012-1007 du 29 août 2012. Ainsi, leurs transferts ou modifications ne sont autorisés (sur la base des indicateurs retenus et de l'état des lieux réalisés) que lorsqu'ils ont pour conséquence de permettre le rééquilibrage de l'offre, tant géographique que structurel. Dans les autres cas, ils sont refusés. Les cessations d'activité pour départ en retraite, maladie...sont analysées au cas par cas.

Sur les 1648 véhicules autorisés en Bretagne et détenus par 308 entreprises, 45 % sont des ambulances et 55 % des VSL (véhicules sanitaires légers : transport assis).

HARMONISER LES OUTILS DE PROCEDURES D' AUTORISATION DES DELEGATIONS DEPARTEMENTALES

L'ARS Bretagne a mis en place dès 2013, un groupe de travail ayant pour objectifs d'harmoniser les outils de procédures d'autorisation dans les départements, de réaliser un guide de la réglementation, de mettre à jour les arrêtés fixant le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres ainsi que la liste des personnels des délégations départementales chargés d'effectuer les contrôles des véhicules. Un état des lieux annuel est dorénavant réalisé sur les données de transports par département, intégrant l'évolution des indicateurs retenus pour les orientations régionales (nombre théorique de véhicule par secteur, part de la population à plus de 30 minutes d'un SMUR, nombre d'entreprises par secteur de garde, densité pondérée, part des prescriptions de VSL sur l'ensemble des prescriptions...).



Les orientations régionales de régulation de l'offre en transports sanitaires privés ont été présentées aux comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS TS) et ont reçu un avis favorable des quatre départements : Côtes d'Armor le 5 décembre 2014 ; Finistère le 2 juin 2015 ; Morbihan le 3 juillet 2015 ; Ille-et-Vilaine le 3 septembre 2015.

REVISER LES CAHIERS DES CHARGES DEPARTEMENTAUX DE LA GARDE AMBULANCIERE

Les travaux de concertation relatifs à la révision des cahiers des charges départementaux de la garde ambulancière sont en cours avec les quatre départements. A ce jour, 2 réunions régionales et 8 réunions départementales ont déjà eu lieu. Celles-ci ont permis de définir les axes régionaux suivants :

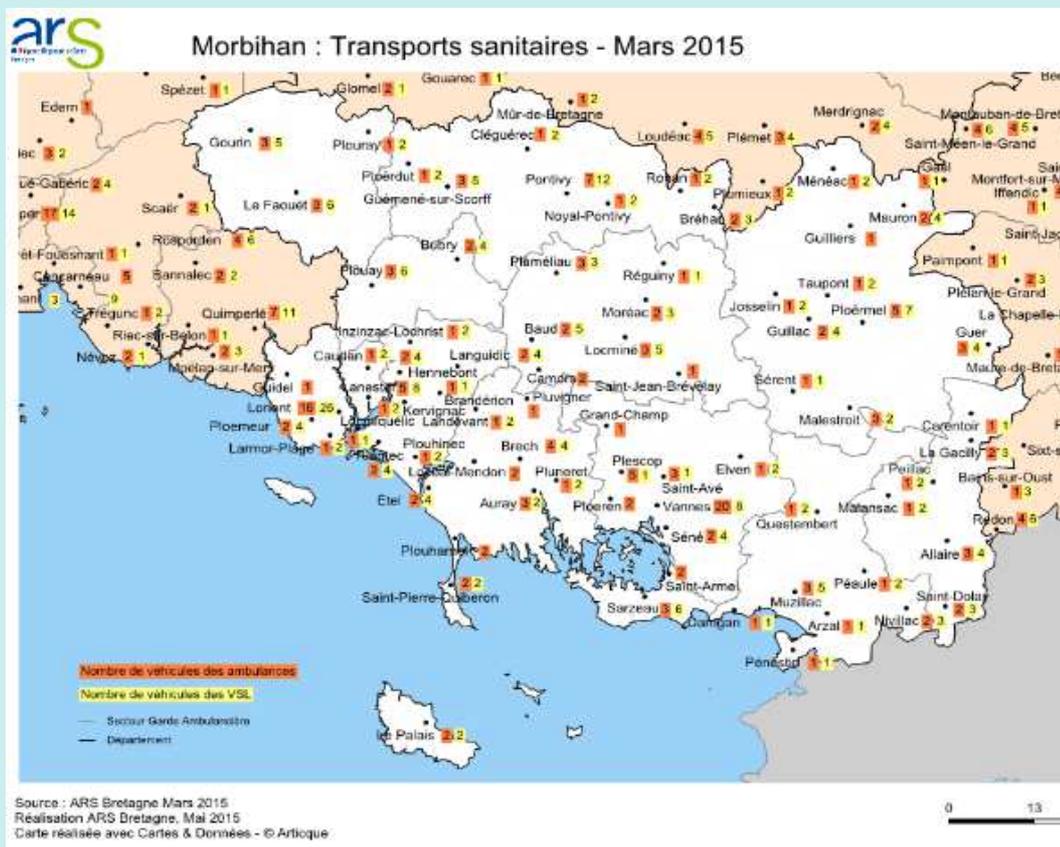
- Contour des secteurs de garde : pas de refonte souhaitée globalement ;
- Mobilisation des ressources : souhait de ne faire intervenir de façon prioritaire que des ambulances de catégorie A (grand volume ASSU) ;
- Géo-localisation des transports sanitaires (déjà effectif en Ille-et-Vilaine et Morbihan) ;
- Régulation des transports au sein des Centres 15 : mise en œuvre à titre expérimental en Ille-et-Vilaine avec un financement par les transports sanitaires.

Les cahiers des charges sont finalisés depuis la fin du 1er semestre 2016.

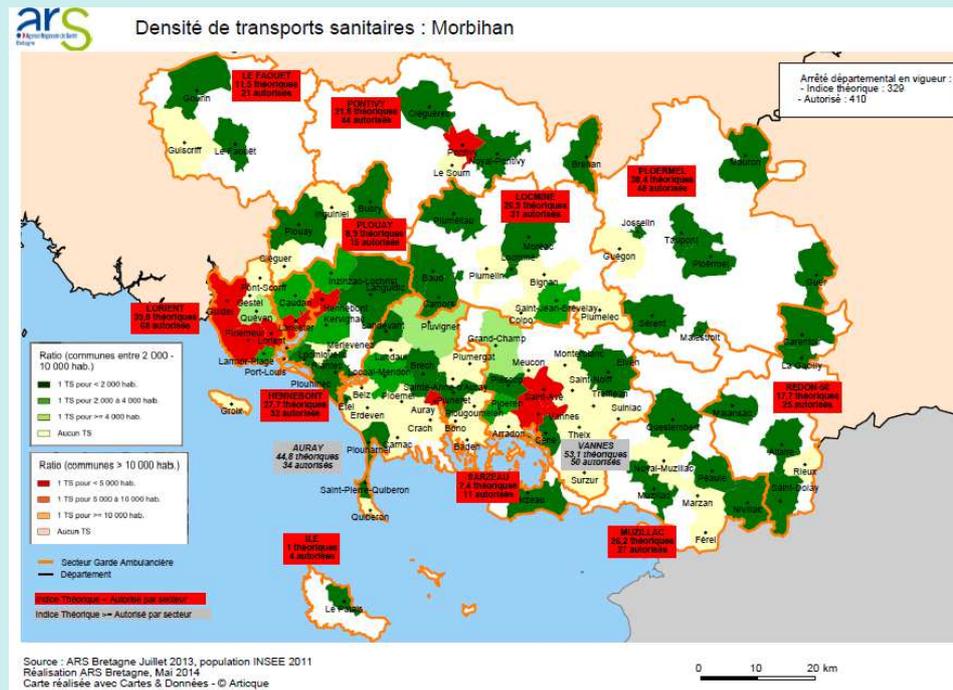


Focus sur les territoires

Carte 1 : Etat des lieux des transports sanitaires



Carte 2 : Densité de TS



Réalisation d'outils d'aide à la décision pour les délégations départementales dans le cadre des demandes de transfert ou de modification d'autorisation de mise en service de véhicules de la part des entreprises de transports sanitaires.

Perspectives

En Bretagne, si le taux d'évolution des dépenses de transports a augmenté entre 2010 et 2012, il a en revanche diminué entre 2012 et 2014. La même tendance est observée au niveau de la moyenne nationale entre 2010 et 2014. Si le taux d'évolution des dépenses de transports diminue depuis quelques années en Bretagne, le montant des dépenses n'a en revanche quant à lui cessé de croître entre 2010 et 2014.

Le plan triennal (ou plan triennal) est un plan ambitieux qui vise une évolution structurelle du système de santé en 3 ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé. Cette ambition trouve une déclinaison sur la thématique du transport en introduisant une dimension qualitative à la gestion de son enveloppe dans chaque établissement concerné. Les structures bénéficient des travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) (guide, autodiagnostic...) dans sa mise en œuvre. La poursuite de la contractualisation dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) avec des établissements ciblés conjointement avec l'Assurance Maladie est un objectif de l'ARS en vue de maîtriser les dépenses de transports.

Quant aux travaux conduits avec les représentants des ambulanciers dans le cadre de la garde ambulancière et de la régulation de l'offre en transports, ceux-ci ont pour objectif d'une part de répondre dans de meilleures conditions aux sollicitations de la régulation des SAMU et d'autre part, d'apporter une offre en transport plus conforme aux besoins de la population bretonne.

Enfin, sur le plan de la répartition de l'offre, l'ARS Bretagne a vu son site internet complété d'une rubrique « Transports sanitaires » permettant aux entreprises de transports de télécharger les outils mis à leur disposition (guide de la réglementation, dossiers d'autorisation de mise en service de véhicule, dossier de demande d'agrément)

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

VOLET HOSPITALIER

Sur sa composante spécifiquement hospitalière, le SROS 4 est resté naturellement construit par « volets », très liés aux disciplines d'équipement et spécialités médicales. Ce n'est bien sûr pas la liste des résultats acquis pour chacune de ces spécialités qui résumerait le mieux les acquis du SROS 4, mais plutôt le questionnement sur le service rendu aux Bretons après quatre années de projets et de plans d'actions.

Le SROS a contribué à améliorer la réponse de l'offre de soins à des besoins insuffisamment couverts

Le SROS 4 prolonge les schémas antérieurs. Il n'a pas bouleversé la carte sanitaire, mais il a complété ou porté attention à l'amélioration d'offres structurantes dans les territoires pour les ajuster à des besoins de santé publique évolutifs.

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

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

L'intervention de l'HAD au sein des établissements médico-sociaux est également encouragée.

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) a aussi été au cœur des décisions et projets visant l'amélioration de l'offre. Le processus de renouvellement des autorisations conduit en 2014-2015 a été préparé pour influencer l'évolution de l'offre aux besoins des territoires, notamment pour les prises en charge neurologiques, cardio-vasculaires et respiratoires. L'offre de SSR nutritionnels a enfin émergé dans quelques territoires non pourvus. Plusieurs ont aussi efficacement travaillé à l'amélioration des filières pédiatriques et gériatriques. A titre expérimental une organisation nouvelle des parcours BPCO a été engagée dans le Finistère. La mise en œuvre du plan Alzheimer a été poursuivie avec l'installation de nouvelles unités cognitivo-comportementales et l'expérimentation de deux équipes mobiles SSR articulées avec les acteurs du soin à domicile. Le secteur d'activité SSR a enfin suscité une dynamique d'organisation territoriale à l'aide d'un système d'information régional partagé, simple et innovant (ORIS), contribuant à la fluidité des parcours entre MCO et SSR.

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

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

Dans un domaine plus spécifique, l'offre de soins aux détenus a été renforcée, la région bénéficiant de l'ouverture de deux unités de soins hospitalières dédiées à cette population spécifique sur la durée du SROS 4 (une UHSI et une UHSA).

Le SROS a favorisé le renforcement de la gradation des soins

Le principe fondateur de gradation des soins a été d'application constante dans le suivi et l'adaptation des autorisations et activités aux besoins, conformément aux recommandations de l'INCa, qui visent à concilier au mieux qualité et proximité des soins. C'est aussi ce principe qui a conduit à la mise en place du pôle régional de cancérologie, ou encore au développement de la chimiothérapie en site autorisé ou associé. Il a guidé les décisions de l'agence pour favoriser le regroupement et la coordination de centres de radiothérapie.

Avec les SROS antérieurs, la Bretagne avait déjà développé l'offre de soins palliatifs dans des conditions souvent meilleures qu'au niveau national. Le SROS 4 a poursuivi la dynamique, grâce à un engagement fort des professionnels, avec l'aide de la Cellule d'animation régionale en soins palliatifs (CARESP) et de la Coordination bretonne en soins palliatifs (CBSP). Après une analyse approfondie des pratiques et des organisations en 2014, la région a écrit en 2015 son plan d'action pour 3 ans et défini des objectifs qui anticipent en grande partie ceux du plan national publié pour la période 2015-2018.

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

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

En médecine, une attention particulière a été portée à l'organisation et à la mission de proximité des hôpitaux locaux dans leur territoire.

Et en génétique, l'offre de consultations de génétique clinique a été renforcée avec l'appui des deux CHU bretons (consultations médicales avancées, conseillers en génétique), et l'investissement des laboratoires de génétique moléculaire soutenu (séquençage haut débit).

Le SROS a contribué au développement des alternatives à l'hospitalisation

La chirurgie ambulatoire bretonne a connu une progression marquée (+ 34% de séjours en chirurgie ambulatoire), rythmée par plusieurs appels à projets régionaux (en 2011, 2013 et 2015), et jalonnée par les objectifs différenciés par établissement dans le cadre de la contractualisation (CPOM). Pour faciliter la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et des expériences positives, des actions de communication et d'information ont été conduites : site internet régional dédié, passeport ambulatoire, plateforme d'appui de premier recours pour les interventions en chirurgie ambulatoire (PAPRICA).

En SSR, le développement des hôpitaux de jour a été privilégié lors de la campagne de renouvellement des autorisations de 2014-2015, ou de certains projets territoriaux (SSR pédiatriques). Des recommandations régionales ont été émises en ce sens pour plusieurs spécialités (SSR nutritionnels, personnes âgées, loco-moteurs, cardiologiques et respiratoires).

En HAD, l'innovation a été recherchée pour susciter une offre en néonatalogie ou en SSR. En traitement de l'insuffisance rénale, de nouvelles unités de dialyse médicalisées ont été implantées en Bretagne (+ 7) en alternatives à la dialyse en centre.

Le SROS a contribué à l'amélioration de la qualité

Les initiatives ont été nombreuses en ce domaine. Sans viser l'exhaustivité, peuvent être cités : l'engagement des établissements de santé dans une démarche d'amélioration de la gestion des lits en aval, le projet régional d'amélioration des pratiques professionnelles en chirurgie de l'obésité, ou encore en périnatalité les démarches de labellisation des sites de naissance, le développement de l'entretien prénatal précoce et des staffs médico-sociaux.

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

La région a aussi innové dans le champ des systèmes d'information en santé : plusieurs appels à projets en télémédecine favorisant les collaborations sanitaire / médico-social, articulée à la mise en œuvre d'une plateforme régionale de télémédecine, ou encore un soutien pluriannuel régional à une démarche expérimentale de télésurveillance en cardiologie. Ces projets confirment une capacité régionale déjà reconnue au cours des SROS antérieurs en matière d'organisations innovantes grâce à l'usage des technologies de l'information.

Les perspectives

Sans anticiper sur les travaux du futur PRS, la nécessité de poursuivre le renforcement de l'offre de soins se conjuguera avec les enjeux du vieillissement de la population et son influence sur la consommation de soins. L'offre à venir n'aura pas les moyens de projeter à l'identique les organisations antérieures, dans un environnement (notamment démographique et économique) de plus en plus contraint, et qualitativement de plus en plus exigeant.

Les perspectives se dessinent donc autour de :

- D'une anticipation des besoins liés à la consommation de soins des personnes âgées, et à l'évolution des pathologies chroniques ;
- Du virage ambulatoire, où l'effort régional est à poursuivre, en chirurgie mais aussi dans le champ de la santé mentale ;
- De la construction des parcours personnalisés de soins (cancérologie, maladies neuro-dégénératives...) qui doivent aller au-delà de la prise en charge de la phase aiguë et s'intéresser aux conséquences globales sur la vie du malade et de sa famille tout au long de la maladie ;
- Du maintien à domicile, dont l'enjeu qui dépasse le seul secteur hospitalier (I'HAD en coordinations avec les autres formes de service à domicile en secteur social et médico-social) ;
- D'une consolidation de la gradation des soins et de l'accessibilité des populations aux services de soins au sein des territoires ;
- Des mutualisations et de la territorialisation renforcées de l'offre ;
- De la qualité et de la pertinence des soins ;
- Du développement de la télémédecine, pour poursuivre l'innovation sur de nouveaux terrains sanitaires, dans les hôpitaux de proximité, au domicile du patient comme dans les EHPAD ou les établissements accueillant des personnes handicapées ;
- De stratégies volontaristes autour des systèmes d'information au minimum convergents, au mieux partagés entre acteurs de soin au sein des territoires, y compris au domicile du patient, et sûrement au sein des GHT. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR), que la région a tardé à mettre en œuvre, sera un pivot de l'information utile à la mise en perspective lisible et cohérente des dispositifs structurants de l'offre globale, sanitaire et médico-sociale.

Biologie médicale

L'objectif premier est l'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme de la biologie médicale introduite par l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, et par la loi n°2013-442 du 30 mai 2013, visant l'efficacité et la qualité des pratiques, par la mise en place de l'accréditation complète des laboratoires de biologie médicale (LBM) privés et publics, au plus tard le 1^{er} novembre 2020.

La répartition équilibrée de l'offre de biologie médicale doit répondre à un souci d'accessibilité à la population, y compris la permanence des soins, en respectant les besoins de la population et les règles d'implantation des laboratoires sur les territoires de santé prévues par l'ordonnance du 13 janvier 2010. Les mutualisations ont permis de favoriser l'entrée dans le processus d'accréditation des laboratoires, et de rationaliser l'organisation de la permanence des soins. Pour les établissements de santé publics, l'organisation de coopérations territoriales entre établissements sous forme de GCS de LBM se met progressivement en place.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

MUTUALISER, REGROUPER, COOPERER

Les regroupements de laboratoires se poursuivent pour les laboratoires privés.

Dans le public, les coopérations hospitalières se renforcent par la création de GCS de laboratoires. Trois GCS ont été créés à cet effet en Bretagne dans les territoires de santé 2, 3, et 6.

En 2014, les laboratoires de biologie médicale publics et privés sont au nombre de 55 (62 LBM en 2013) dont 35 LBM privés (siège), 17 LBM relevant d'établissements de santé, 1 de l'EFS, et 2 de centres d'examen de santé.

Il est parallèlement observé une stabilité du nombre de sites de LBM : 142 sites en 2014 (138 en 2013) ; 21 LBM multi-sites en 2014 (20 LBM multi-sites en 2013). Le nombre de LBM mono sites a diminué : 17 en 2014 (21 en 2013).

ORGANISER LA RELOCALISATION DES EXAMENS SPECIALISES REALISES HORS REGION

Les réunions régulières (une fois par an) du groupe thématique régional biologie médicale ont permis de réaliser le travail de re-localisation des examens spécialisés sur la région Bretagne. L'indicateur d'évolution de la relocalisation en Bretagne de ces examens est attentivement suivi, grâce aux déclarations annuelles d'activité des LBM et les données du système BioMed. L'activité totale transmise hors région était de 1,8 % en 2011. Il est de 1,2 % en 2013 et de 0,8 % en 2014.

Actions non priorisées / en cours

Tous les LBM publics et privés de la région Bretagne sont rentrés dans la démarche d'accréditation.

Au 1er novembre 2016, les LBM publics et privés doivent être accrédités sur 50 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent. L'application informatique nationale BioMED recense les LBM publics et privés de notre région, mais aussi recueille la déclaration annuelle d'activité des laboratoires. Le système BioMED doit permettre aussi de suivre le degré d'avancement des laboratoires dans l'accréditation par une déclaration volontaire du laboratoire en cours d'année (télé-déclaration « intercurrente » jusqu'au 31 octobre 2016).

Tous les LBM publics et privés de la région Bretagne ont déposé un dossier de demande d'accréditation auprès du Comité français d'accréditation (COFRAC) au 30 avril 2015.

EN 2016, il sera nécessaire de suivre plusieurs LBM privés mono-sites. Pour les établissements de santé mono-sites, les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires vont inciter les coopérations territoriales en vue de l'échéance du 1er novembre 2016.



Focus sur les territoires

Les établissements de santé des territoires de santé 2, 3 et 6 ont chacun créé un GCS Laboratoire de Biologie Médicale multi sites :

- sur le TS n°2 entre le CHIC de Quimper, Douarnenez, et Pont-L'Abbé ;
- sur le TS n°3 entre le CH de Lorient et le CH Quimperlé ;
- sur le TS n°6 entre le CH de Saint-Malo et le CH de Dinan.

Perspectives

Les coopérations hospitalières vont se poursuivre dans le cadre des GHT entre les établissements de santé ayant une activité de biologie médicale et notamment :

- sur le TS n°1, entre le CHU de Brest et le CH de Landerneau ;
- sur le TS n°5 entre Fougères et le CHU de Rennes ;
- sur le TS N°7, entre le CH de Saint-Brieuc, Guingamp, Lannion, et Paimpol.

Le Territoire de santé n°7 va quant à lui s'engager dans l'expérimentation du dossier médical personnel (DMP) pilotée par l'Assurance Maladie. Dans ce cadre, les LBM vont être sollicités afin de transmettre dans le DMP les résultats d'examen de biologie dans un format standard structuré et donc permettre aux prescripteurs de visualiser de façon ergonomique et cohérente les résultats de biologie, quel que soit le laboratoire producteur. Chez les patients nécessitant le plus de coordination, tels que ceux atteints de pathologie chronique, le partage des comptes rendus d'examen de biologie médicale apportera une plus-value importante à la prise en charge.

Accidents vasculaires cérébraux

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une priorité de santé publique. En effet, dans les pays occidentaux, l'AVC est une cause majeure de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité. Les conséquences des AVC impactent lourdement le quotidien du patient et de son entourage.

L'AVC, priorité de santé publique a donné lieu à un plan d'actions national 2010-2014. Dans ce contexte, le PRS 2012-2016 de la région Bretagne a inscrit l'AVC comme une thématique transversale de son schéma d'organisation des soins.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AGIR SUR LA PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE POUR PREVENIR LES FACTEURS DE RISQUES VASCULAIRES

L'ARS Bretagne participe chaque année à la journée nationale AVC de sensibilisation de la population à l'appel immédiat au centre 15 devant tout symptôme évocateur d'AVC avec l'organisation d'une conférence de presse, d'une campagne d'affichage dans les lieux ciblés en lien avec les animateurs de filière.

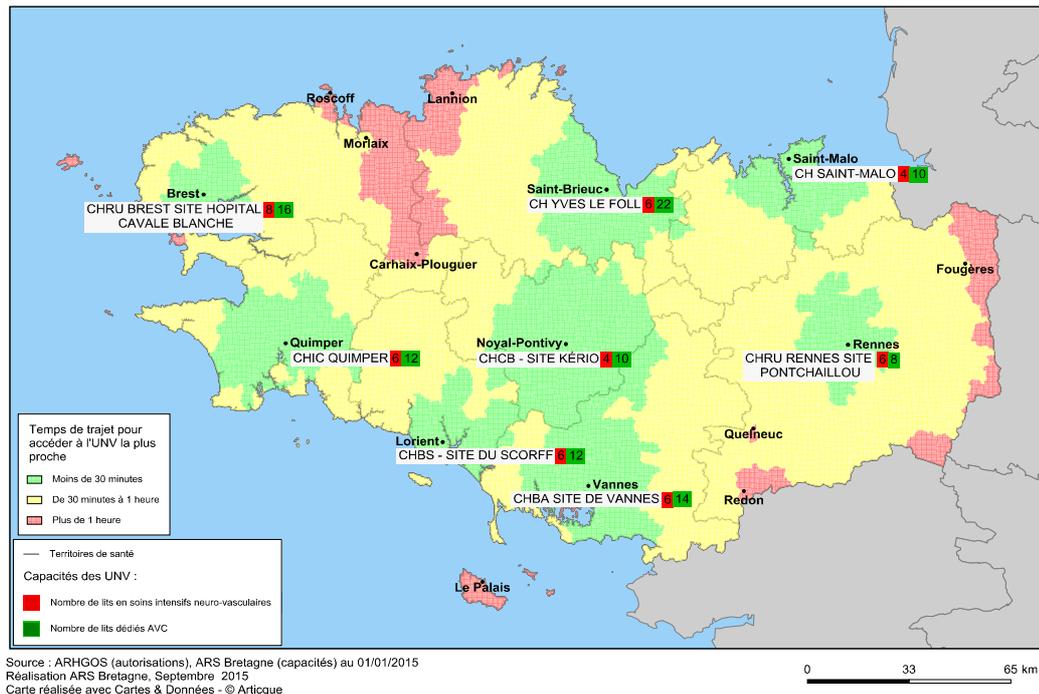
METTRE EN PLACE 8 FILIERES AVC CENTREES SUR 8 UNITES NEUROVASCULAIRES

Le maillage en étoile préconisé par le plan d'actions national AVC est réalisé en huit filières de soins, (une filière par territoire de santé) centrées sur 8 unités neuro-vasculaires dont 2 UNV de recours sur les 2 CHU disposant de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie. L'animation de ces filières est confiée à un médecin neurologue sénior sur chaque territoire. Le maillage régional rend l'UNV accessible en urgence en moins d'une heure pour une majorité de la population bretonne.

LA TELEMEDECINE POUR AMELIORER LA REPONSE A L'URGENCE AVC EN PHASE AIGÛE

La télé-médecine permet le transfert et l'interprétation d'images à distance, en temps réel, par des neuroradiologues interventionnels : le réseau de télé-imagerie CREBEN en place depuis 2009, permet d'obtenir l'avis à distance et en urgence du neuroradiologue interventionnel des UNV de recours des deux CHU (Brest et Rennes). Cet avis permet d'affiner le diagnostic et de poser les indications à thrombolyse et/ou à transfert pour traitement par thrombectomie mécanique.

En 2016, les urgentistes des CH de Morlaix et de Lannion pourront en liaison par télé-médecine avec les neurologues des UNV, thrombolyser les patients éligibles à ce traitement d'urgence.



Temps de trajet pour accéder à l'UNV la plus proche

Zoóm Focus sur les territoires

L'ARS de Bretagne a financé la mise en place et le fonctionnement de deux équipes mobiles de réadaptation-réinsertion (EMRR) basées chacune sur un centre de SSR spécialisés pour les affections neurologiques : le Pôle St-Hélier à Rennes (35) et le centre de rééducation fonctionnelle de Kerpape à Ploemeur (56).

Ces équipes apportent une expertise SSR aux soignants et aux patients, pour des affections neurologiques lourdes ou complexes, que ce soit lors d'une hospitalisation en court séjour, en SSR non neurologiques, ou à domicile. Elles n'ont pas vocation à effectuer des soins, mais proposent une aide à la décision en matière d'orientation ou d'élaboration d'un programme de soins, ainsi qu'une aide à la coordination.

Perspectives

La prise en charge de l'AVC est assez emblématique du recours à de nombreux acteurs (professionnels et structures) impliqués dans notre système de santé. L'organisation et la coordination de ces acteurs en santé impactent la qualité de la prise en charge.

Les organisations actuelles doivent évoluer et s'adapter aux évolutions thérapeutiques. Ainsi, depuis mars 2015, plusieurs études scientifiques ont élargi les indications de la thrombectomie. Cette technique nécessite une réactivité des professionnels pour rendre ce traitement accessible dans un délai maximal de 6h après le début des symptômes. L'ensemble des professionnels devront être mobilisés pour que l'ensemble des bretons puissent bénéficier de cette technique réalisée sur les deux CHU.

Des marges de progrès existent également sur l'articulation ville / hôpital. Les patients victimes d'AVC doivent pouvoir bénéficier si besoin d'une évaluation pluri-professionnelle postérieure à l'épisode aigu dans les 2 à 6 mois après l'AVC, pour mettre en place les mesures destinées à limiter les complications et la perte d'autonomie (mise en œuvre de l'instruction ministérielle du 3 août 2015).

Médecine

L'activité de médecine couvre le champ de différentes missions dévolues aux établissements de santé : une mission d'accueil, le développement des alternatives à l'hospitalisation, une mission de bilan, une mission d'orientation et une mission de préparation de la sortie. L'autorisation pour exercer l'activité médecine recouvre des situations d'offre de soins très hétérogènes entre établissements de santé depuis l'accès ponctuel à un plateau technique pour un acte interventionnel précis à l'offre complète d'un CHU intégrant urgences, hospitalisation complète polyvalente et filières de spécialités médicales.

Certaines prises en charge médicales spécifiques font l'objet de propositions et de recommandations dans les différents volets du schéma régional (Prise en charge des AVC, soins palliatifs, HAD, filières gériatriques, médecine d'urgences...).

Les objectifs généraux sont donc de proposer une clarification des missions des divers acteurs et des organisations cohérentes, en lien avec la médecine de ville, pour assurer la qualité, la fluidité et la continuité de la prise en charge à toutes les phases de la maladie.

Cette activité est au cœur du système de soins et donc est fortement impactée par les grandes orientations et réformes : Stratégie Nationale de Santé, virage ambulatoire, plan triennal...

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ETABLIR UN REFERENTIEL REGIONAL SUR LES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX

Dans un contexte marqué par l'évolution des besoins, des organisations territoriales et de la démographie médicale, l'ARS a mis en place un référentiel régional sur les centres hospitaliers locaux. Son objectif est de donner un cadre aux missions de ces établissements et d'établir un consensus régional sur des recommandations de fonctionnement.

Un groupe de travail régional associant des représentants des Conseils départementaux, des fédérations d'établissements, et de l'URPS médecins a permis de constater les diversités territoriales et d'établir des recommandations consensuelles.

DEVELOPPER L'HOSPITALISATION DE JOUR

Un des objectifs du PRS est de développer l'hospitalisation programmée. Le plan triennal a conforté cet objectif. Dans leur feuille de route stratégiques et opérationnelles, les établissements de santé se sont engagés dans le développement de l'hospitalisation de jour en alternative à l'hospitalisation complète mais également dans l'objectif de soulager les urgences et d'améliorer la qualité de prise en charge.

ACCOMPAGNER LA DEMARCHE GESTION DE LITS INITIEE PAR L'ANAP

L'ARS a fortement appuyé et accompagné la démarche de gestion de lits initiée par l'ANAP. Cette démarche a pour objectif d'améliorer la régulation des flux de patients au quotidien et au cours de l'année. Elle doit permettre l'optimisation des ressources et des capacités d'hébergement.

La gestion des lits au sein des établissements oblige à appréhender le parcours du patient dans sa globalité, depuis son entrée jusqu'à sa sortie, de s'interroger sur la place donnée à l'ambulatoire et aux alternatives à l'hospitalisation ainsi que sur la dimension territoriale de ce parcours.

Les Chiffres

L'activité de médecine est l'ossature du système de soins en établissement de santé, elle vient en complément d'une prise en charge ambulatoire.

En Bretagne, il existe 134 autorisations de médecine sur 87 sites. Cette offre est graduée avec une structuration en 3 niveaux.

- Les sites d'expertises (les deux CHU) ont un rôle spécifique de recours, d'expertise et de formation sur l'ensemble des spécialités médicales.
- Les centres de référence remplissent des missions de proximité et doivent également pouvoir répondre à l'ensemble des besoins médicaux d'un territoire de santé.
- Les centres de proximité assurent une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient, dans le cadre de la coordination et de la continuité des soins.

Zoom

Focus sur les territoires

Les travaux relatifs à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été menés sur l'ensemble des territoires de santé bretons.

Plusieurs contrats établissant des communautés hospitalières de territoire (CHT) ont été signés permettant au niveau territorial d'organiser ou de consolider des filières de soins, de partager des ressources médicales, de développer la télémédecine... sur les territoires de santé 1, 4 et 7.

Perspectives

La mise en œuvre et le suivi du plan triennal va impacter la thématique médecine dans la plupart de ses aspects dont notamment le virage ambulatoire et l'objectif de fluidifier les parcours.

La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire doit permettre d'organiser les différentes filières de soins avec les membres des GHT mais également avec les différents partenaires et intervenants dans ces filières : l'ambulatoire, les établissements et services médico-sociaux, l'hospitalisation à domicile.

Le dispositif des hôpitaux de proximité est à déployer (réforme des CH locaux). Il renforce leurs missions de coopération et de coordination sur les territoires et les sécurise financièrement avec la dotation forfaitaire garantie (DFG).

L'autorisation de médecine met en jeu des activités et des populations très diverses dont l'évolution sera à aborder en terme de parcours de soins : filière populationnelle (enfant, personnes âgées...), prise en charge des maladies chroniques, filière thématique (AVC ...), etc.

Prise en charge en urgence et articulation avec la permanence des soins

Les objectifs du PRS portaient sur l'informatisation en médecine d'urgence, la mise en œuvre d'un schéma de PDSES et le maillage de maisons médicales de garde articulées avec les structures d'urgences. Les objectifs du PRS ont été complétés de ceux ajoutés par les priorités nationales : la feuille de route urgence avec les objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, le traitement de la saturation des urgences et des tensions aux urgences, et plus récemment la mise en œuvre des nouvelles règles de gestion du temps de travail des urgentistes des établissements publics invitant à la territorialisation de la gestion des urgences. Les travaux régionaux sont menés en lien avec le GCS Réseau Bretagne urgences et le groupe de travail régional sur la permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

CONTRIBUER A LA REGULATION MEDICALE, LE PIVOT DU SYSTEME

Dans le cadre d'un comité de pilotage SAMU régional, un logiciel de régulation commun a été déployé dans les 4 SAMU bretons et un référentiel commun de régulation médicale a été élaboré.

ORGANISER LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

Le dispositif régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, mis en œuvre en Bretagne depuis le 1er juin 2012 par l'ARS et ses partenaires, repose sur le principe d'une régulation assurée par les SAMU centres 15. Celui-ci oriente le patient selon son état de santé, soit sur le lieu de consultation du médecin de garde (maison médicale de garde ou cabinet du médecin de garde), soit fait intervenir le médecin de garde qui se déplace en visite au domicile du patient, soit il apporte un conseil médical ou bien, en cas d'urgence, une prise en charge hospitalière est réalisée. Les maisons médicales de gardes (MMG) implantées en Bretagne à proximité d'un établissement de santé disposant d'un service d'urgence ont élaboré avec celui-ci des protocoles de gestion des urgences entre le SU et la MMG.

METTRE EN PLACE UN SCHEMA DE PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Un schéma de permanence des soins en établissements de santé a été élaboré et arrêté dans le SROS. Ce schéma individualise des lignes de gardes et d'astreintes par spécialité médicale au sein des établissements publics et privés disposant de structures d'urgences et de maternité. Il répond au principe de gradation territoriale des soins.

FAVORISER L'ACCES AUX SOINS EN MOINS DE 30 MINUTES

Parmi les zones à plus de 30 minutes d'une SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation), les îles et la presqu'île de Crozon ont été priorisées comme zones d'implantation de médecins correspondant SAMU. Ce sont des médecins volontaires formés et équipés par les SAMU qui interviennent sur site à sa demande, dans l'attente de l'arrivée de la SMUR. 14 médecins participent à ce dispositif qui est en cours d'extension. Le transport sanitaire hélicoptéré participe à cet objectif (2 hélicoptères sanitaires et 2 aéronefs de la sécurité civile) d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. La région Bretagne gère depuis 2015 ses deux hélicoptères « blancs » dans le cadre d'un marché interrégional avec les Pays de la Loire.

Les Chiffres

Informatisation exhaustive des services d'urgences

100 % des services d'urgences transmettent leurs résumés de passage aux urgences (RPU) à l'ARS depuis 2015 contre 45 % en 2012. Un observatoire régional des urgences (ORU) est désormais installé. Son équipement en moyens et compétences de traitement des données issues de ces RPU est en préparation.

Actions non priorit es / en cours

MISE EN ŒUVRE DU REFERENTIEL D'ORGANISATION DU SECOURS A PERSONNE ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

Des conventions bipartites SAMU/SDIS et SAMU/Transports sanitaires ont été sign es dans trois départements entre 2009 et 2013 ainsi qu'une convention tripartite (SAMU/SDIS/ Transports sanitaires) en Ile-et-Vilaine. Dans le cadre de la mission interministérielle d'évaluation du référentiel, l'ARS précisait que dans les départements où les conventions avaient été sign es, il y avait une meilleure mise en cohérence des moyens de secours à personne, paramédicaux et médicaux, avec un constat par les SDIS d'une diminution de ses interventions au titre du secours à personne. L'amélioration de la réponse tendait à augmenter sensiblement l'appel aux transports sanitaires. Il n'y avait pas d'augmentation d'activité des SMUR, ni des appels secondairement à la mise en place de ces conventions.

Une nouvelle convention bipartite SAMU/SDIS est en cours d'élaboration dans les Côtes d'Armor.

Perspectives

Suite au diagnostic régional de la prise en charge des soins urgents et non programmés en Bretagne réalisé avec le groupe technique régional de médecine d'urgence, au nouveau référentiel sur le temps de travail des urgentistes, et au rapport national élaboré par Jean-Yves Grall, un Comité de Suivi des Réorganisations Territoriales en Médecine d'Urgence (CSRTMU) a été mis en place. Il est chargé de suivre les travaux d'organisation de la médecine d'urgence au sein des projets médicaux partagés de territoires dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Un travail sur la prise en charge des soins non programmés va être mené parallèlement avec l'ensemble des acteurs.

Chirurgie

Le PRS place en priorité de son volet « chirurgie/chirurgie ambulatoire » les objectifs d'amélioration de la structuration graduée de l'offre de soins en chirurgie conventionnelle et de développement de la chirurgie ambulatoire. Il s'agit aussi d'une priorité nationale aux enjeux multiples dont la recherche d'une meilleure qualité de soins, d'un meilleur confort pour les patients et d'une performance accrue du système et des organisations de santé.

Compte tenu de sa position initiale en 2012 parmi les régions françaises, l'ARS Bretagne a mis un fort accent sur le développement de la chirurgie ambulatoire, qui est une « alternative à l'hospitalisation complète permettant de mettre en œuvre dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre son domicile le jour même, des actes chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire... » (article R 6121-4 du CSP). Cela impose aux professionnels de santé une évolution des organisations et des pratiques professionnelles. Le défi a été collectivement relevé par une progression importante de la part de chirurgie ambulatoire.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ACCOMPAGNER LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Entre 2012 et 2015, l'ARS a accompagné financièrement le développement de la chirurgie ambulatoire via des appels à projets : soutien au développement global, soutien aux pratiques innovantes, centre de formation au processus ambulatoire, prise en charge spécifique des personnes âgées, aide à l'investissement, soutien à des programmes de réhabilitation accélérée après chirurgie. Le CPOM de chaque établissement chirurgical contient une annexe spécifique à la chirurgie ambulatoire, alliant à la fois des objectifs qualitatifs et quantitatifs fixés en fonction du profil d'activité de chacun des établissements.

DEVELOPPER DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

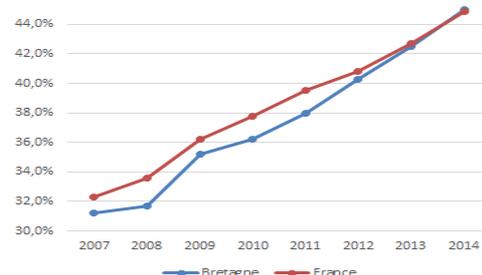
L'ARS a démultiplié les actions de promotion de la chirurgie ambulatoire à destination des usagers, du grand public, des professionnels de santé : plateforme internet PAPRICA, conférences de presse, émissions radio, articles presse, participation à des revues et articles destinés aux professionnels, via le collectif inter-associatif des usagers (CISS), courriers et sensibilisation répétée des directions des établissements et des équipes chirurgicales, journées régionales d'information.

IDENTIFIER ET FORMALISER DES FILIERES SPECIFIQUES (ODONTOLOGIE LOURDE ET OBESITE)

L'ARS a souhaité la mise en place d'une organisation spécifique, sur appel à projets, permettant les prises en charge lourdes en stomatologie et odontologie notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées, au plus près des territoires. Il a été procédé à la reconnaissance d'un site par territoire de santé.

Un centre régional spécialisé pour la chirurgie de l'obésité, conforme à un cahier des charges national, a été identifié en lien avec une prise en charge médicale et SSR. Il est basé au CHP de Saint-Grégoire, travaille en réseau avec les différents offreurs de soins de la région, et contribue à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques.

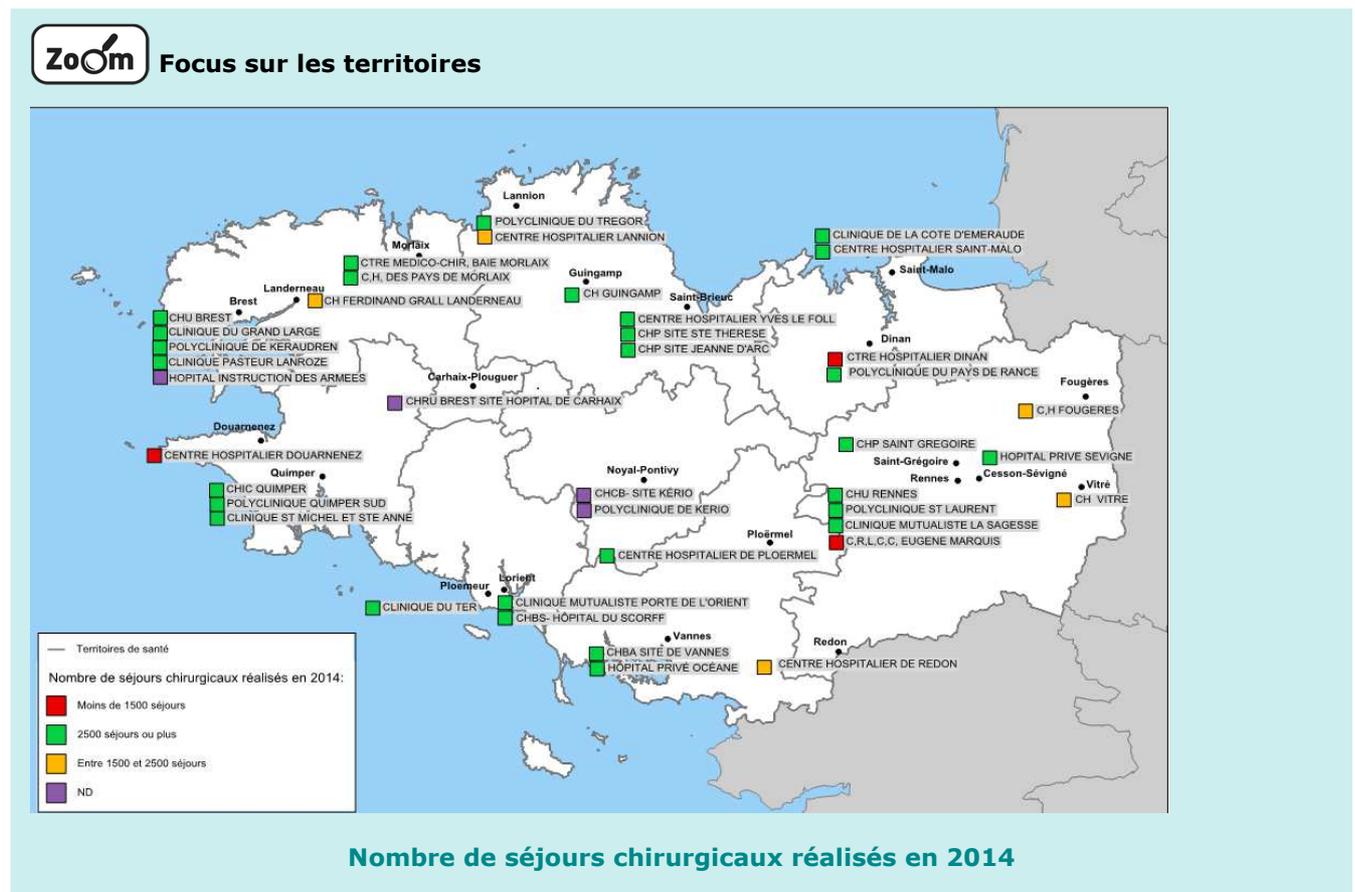
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire entre 2007 et 2014



ELABORER UNE PLATEFORME D'APPUI DE PREMIER RECOURS POUR LES INTERVENTIONS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE (PAPRICA)

L'ARS a financé et participé à l'élaboration de la plateforme PAPRICA (Plateforme d'Appui de Premier Recours pour les Interventions en Chirurgie Ambulatoire) avec les URPS médecins et IDE. Partant des besoins exprimés par les professionnels du domicile et les souhaits des équipes d'établissement de mieux communiquer, un parcours a été défini soutenu par une plateforme web dématérialisée.

Cet outil permet l'accès à des vidéos expliquant geste par geste les techniques chirurgicales ainsi que les étapes du parcours des patients. PAPRICA permet en outre de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles.



Perspectives

La chirurgie ambulatoire continue d'être une priorité. Elle est un des axes du virage ambulatoire et un des leviers du plan triennal. Son développement sera fortement structurant pour l'évolution des plateaux techniques et de l'offre de soins des différents centres hospitaliers dans l'avenir. Elle engendre une nécessaire amélioration du fonctionnement en parcours et filière de soins (rôle du médecin traitant, prise en charge de la douleur,...) qui devra être accompagnée par l'ARS tout comme l'accès à cette offre de soins par les personnes les plus vulnérables, personnes âgées et handicapées notamment, en institution ou non.

Périnatalité

Le champ de la périnatalité recouvre l'activité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale ainsi que l'assistance médicale à la procréation et l'interruption volontaire de grossesse.

Après 3 plans périnatalité ayant abouti à une restructuration des maternités, les objectifs du SROS visent à stabiliser et sécuriser le fonctionnement des maternités en les inscrivant dans une organisation territoriale et graduée, et d'impliquer les réseaux de périnatalité dans le développement des actions en direction des femmes enceintes et des nouveaux nés.

Dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation (AMP), les objectifs étaient d'améliorer l'accessibilité aux différentes techniques, de développer le don d'ovocytes et de s'assurer de la qualité des prises en charge.

Dans le domaine de l'interruption volontaire de grossesse, l'objectif était de maintenir opérationnel les centres d'IVG existant en favorisant l'accès à toutes les techniques et en garantissant la qualité des pratiques.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ORGANISATION GRADUEE DES MATERNITES AU NIVEAU DES TERRITOIRES

Le nombre de villes (18) disposant d'une maternité a été maintenu sur la durée du PRS avec deux regroupements de plateaux techniques au sein d'une même ville permettant le maintien de l'accessibilité de la population bretonne à un lieu de naissance. L'organisation des maternités en 3 niveaux a permis d'assurer une adéquation entre les modalités de la prise en charge et le niveau de risque materno-fœtal (89 % des enfants prématurés de moins de 32 semaines naissent dans un établissement de niveau 3).

METTRE EN PLACE UN SUIVI DES NOUVEAUX NES VULNERABLES

Les 4 départements se sont dotés d'un dispositif de suivi des nouveaux nés vulnérables (grands prématurés et nouveaux nés hospitalisés en service de réanimation néonatale) réunissant les services de néonatalogie, les CAMSP, les services de PMI et un réseau de professionnels de santé libéraux (pédiatres, médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens...) permettant le repérage et la prise en charge précoce des troubles du développement des nourrissons.

AMELIORER LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

Des formations des personnels d'accueil des centres d'IVG et des échanges de pratiques, initiés par des praticiens des centres d'IVG, des représentants des centres de planification gérés par les Conseils Départementaux et du planning familial se sont mises en place pour assurer la pérennité et la qualité des interventions ainsi que le développement de l'IVG médicamenteuse.

Actions non priorisées / en cours

Tous les centres d'assistance médicale à la procréation (AMP) ont fait l'objet d'une inspection, mais la rencontre annuelle des centres d'AMP dans l'optique d'un échange des pratiques n'a pu être mise en place.



Focus sur les territoires

Le maillage territorial des maternités n'a pu se maintenir que par une plus grande mutualisation des équipes de pédiatrie entre les établissements. C'est le cas notamment dans le territoire de santé n°4 où le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes et le Centre hospitalier de Ploërmel ont conclu une convention de partenariat renforçant la sécurisation de la prise en charge des nouveaux nés à la maternité de Ploërmel et une diversification des prestations de consultations pédiatriques.

D'autres territoires sont engagés dans des démarches du même type. Les organisations ainsi constituées restent toutefois fragiles.

Perspectives

Plusieurs initiatives sont en cours pour améliorer l'individualisation des prises en charges en maternité et permettre une plus grande adéquation entre les projets de naissance des futures mères et les conditions de suivi de grossesse et d'accouchement. Un bilan de ces initiatives et la promotion des plus intéressantes d'entre elles sera à assurer.

La coordination des nombreuses interventions proposées aux femmes enceintes pendant leur grossesse par des professionnels de différentes disciplines, en privilégiant des approches de promotion de la santé prenant en compte l'environnement global des femmes enceintes reste à développer.

Les réseaux de périnatalité auront à favoriser et à accompagner ces évolutions en associant les acteurs de l'offre ambulatoire en périnatalité pour construire les parcours en périnatalité, et notamment les étapes de la grossesse physiologique, du retour à domicile et de la transition vers les dispositifs d'accompagnement de la petite enfance. Les réseaux eux même auront à évoluer vers une intégration d'une partie de leurs missions au niveau régional.

Soins de suite et de réadaptation

Le champ des Soins de Suite et de Réadaptation représente un secteur stratégique de l'offre de soins, carrefour entre le secteur médecine / chirurgie / obstétrique (MCO) et le retour à domicile. Cette offre a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques et cognitives, les limitations de capacités des patients ; et ainsi de promouvoir leur réinsertion sociale et professionnelle. A ce titre, les SSR participent à la qualité, à la fluidité et la pertinence des parcours.

Un développement des besoins en SSR est actuellement observé ; il résulte d'un vieillissement de la population, d'une prévalence accrue des maladies chroniques et d'évènements de santé invalidants, mais aussi d'une diminution des durées de séjour en MCO. Ce secteur d'activité est encadré par les décrets n°2008-376 et n°2008-377 qui détaillent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement pour chacune des 9 spécialités. Les autorisations délivrées en 2010 répondaient à un double principe : offrir une prise en charge de qualité, de proximité, et graduée sur les territoires.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

REAJUSTER L'OFFRE DE SOINS SSR

La structuration régionale de l'offre est construite sur un maillage de proximité pour les SSR polyvalents et spécialisés pour personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD), territorial pour les autres spécialités voir régional pour les brûlés et certaines activités nécessitant un niveau d'expertise et de technicité élevés.

Les visites de conformité en 2012 ont concerné 85 % de l'offre régionale. Si toutes les unités ont reçu un avis conforme, il reste quelques autorisations non mises en œuvre, en particulier en hôpital de jour. Ces visites ont permis de dresser un état des lieux régional et de poser un diagnostic comparatif entre territoires. L'étude du lien entre taux de recours et taux d'équipement confirme un accès aux soins très inférieur lorsque l'offre de proximité n'existe pas sur une spécialité. Des disparités importantes entre établissements sont objectivables : elles concernent tant les ratios de personnel que les équipements et la charge rééducative.

En 2014-2015, le renouvellement des autorisations délivrées en 2010 a permis une mise à plat des organisations en lien avec un référentiel régional. Dans le même temps, une attention particulière a été portée sur le renforcement de certaines filières, pour lesquelles le SSR joue un rôle majeur et qui répondent à des enjeux de santé publique: neurologie (AVC et maladies neuro-dégénératives), nutrition (obésité), personnes âgées.

FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES

La Stratégie nationale de santé, les axes de travail du plan triennal et la réforme du financement SSR appellent à un virage ambulatoire des SSR spécialisés, dès lors que l'hospitalisation complète n'est pas médicalement nécessaire.

En 2013, pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre des alternatives, et en l'absence de référentiel national, 3 groupes de travail ont été constitués avec des professionnels médicaux et rééducateurs. Ils ont permis l'élaboration d'un cahier des charges régional pour l'organisation ambulatoire des SSR dédiés aux personnes âgées polypathologiques dépendantes, des SSR respiratoires et nutritionnels.

L'évolution des techniques chirurgicales, le développement d'une culture du domicile et le renforcement des liens avec la médecine de ville permettent aujourd'hui de convertir une proportion significative de l'offre traditionnelle SSR locomoteurs en hôpital de jour. Cette stratégie est complémentaire de la politique Assurance Maladie avec le déploiement du PRADO orthopédie et la mise sous accord préalable pour limiter le recours en SSR après 6 gestes de chirurgie orthopédique.

Ainsi, croisée avec le principe de gradation des soins, et d'une technicité de plus en plus forte sur certaines spécialité, la priorité dans le développement des alternatives a été portée sur 5 spécialités de proximité : SSR cardio-vasculaires, SSR respiratoires, SSR nutritionnels, PAPD et locomoteurs . Lorsque le taux d'équipement est satisfaisant, ce développement des alternatives s'entend par conversion. Les données épidémiologiques et l'insuffisance de l'offre ont amené à un développement spontané des hôpitaux de jour pour les SSR respiratoires, cardio-vasculaires et nutritionnels.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE POUR LES BESOINS NON OU MAL COUVERTS

Le suivi des activités produites par spécialités en lien avec les taux de recours observés et les projections épidémiologiques a permis de définir les cibles suivantes, à la faveur des renouvellements d'autorisations ou du développement de l'offre sur les territoires :

- SSR pédiatriques : demande de projets médicaux de territoire avec une équipe médicale commune. Les écarts de recours aux soins restent une préoccupation et doivent être lissés à travers une meilleure lisibilité et cohérence de l'offre ;
- SSR respiratoires et cardio-vasculaires : non renouvellement des autorisations lorsque l'activité ne correspond pas aux attendus, demande d'une réflexion territoriale et d'une mutualisation des équipements lorsque cela est possible entre ces 2 spécialités ;
- Filière des patients cérébro-lésés : visite en 2013 de tous les établissements accueillant des patients en état végétatif chronique et des unités post-réanimation. Restitution régionale des conclusions : s'il n'y a pas lieu d'augmenter l'offre capacitaire, une restructuration avec une unité spécialisée par territoire est souhaitée, pour améliorer la lisibilité et la qualité de cette offre. Le suivi neurologique des patients et donc la construction de liens fonctionnels avec la médecine de spécialité est indispensable, ainsi que le partage des bonnes pratiques ;
- SSR nutritionnels : la prévalence de l'obésité et le développement de la chirurgie bariatrique font apparaître de nouveaux besoins. L'organisation régionale est celle d'une gradation de l'offre autour de 2 sites experts détenteurs des autorisations Hospitalisation Complète et Hospitalisation de Jour, et d'une offre territoriale satellite en hôpital de jour pour patients obèses, diabétiques ou en relais d'une HC.

AMELIORER L'ORIENTATION DES PATIENTS TOUT AU LONG DE LEUR PRISE EN CHARGE

Cet objectif a été travaillé sous deux angles, avec la préoccupation d'éviter la perte de chance et de préparer les unités fonctionnelles à la réforme du financement en SSR :

- L'adressage direct en SSR, en valorisant le SSR dans les parcours de soins et la construction des filières. Cet adressage direct et programmé des patients, sans passage aux urgences et en MCO, est évident pour l'hôpital de jour mais plus difficile en hospitalisation traditionnelle. Il exige de consolider les liens avec les différents professionnels de santé impliqués en amont et en aval, notamment lorsque les patients sont âgés ou porteurs de maladies chroniques ;
- Un travail de concertation sur la pertinence des prises en charge, en particulier en SSR spécialisés a été réalisé à plusieurs niveaux : conférences de territoire, groupes dédiés aux alternatives, actualisation des projets médicaux à la faveur de restructurations. Le déploiement du logiciel d'orientation ORIS doit améliorer la fluidité des parcours et la transparence des orientations.

Les Chiffres

84 établissements sont concernés en Bretagne par l'activité SSR pour environ 6 000 lits et places.

Ils bénéficient d'une dotation annuelle de fonctionnement ou de tarifs journaliers par spécialité pour les établissements ex-OQN. Une réforme du financement est en cours, tenant compte de l'activité mais aussi des missions d'intérêt général et des équipements innovants. Elle devrait être déployée à horizon 2020.

Actions non priorisées / en cours

Concernant la structuration régionale de l'offre sur les plaies chroniques, un état des lieux offre/besoins par territoire apparaît nécessaire, il n'a pu être conduit en 2014 et 2015.

S'agissant de la réflexion sur la prise en charge de l'anorexie mentale de l'enfant, la structuration de l'offre globale en SSR pédiatriques a été prioritaire, compte tenu des disparités de recours. Lors de l'élaboration des projets territoriaux, cette thématique a été travaillée sur le TS5 en collaboration avec le secteur psychiatrique.



Focus sur les territoires

Améliorer la prise en charge pour les besoins non ou mal couverts et réajuster l'offre de soins SSR.

Porté par la fondation Ildys (ESPIC multi-sites) et en collaboration étroite avec le CHU de Brest, un projet médical départemental a été défini pour répondre de manière équitable et efficiente aux besoins des enfants des 2 territoires de santé : une équipe médicale commune, des consultations avancées sur plusieurs sites, une répartition des spécialités et des plateaux techniques. Ce projet, finalisé en 2015, organise et structure l'offre en améliorant la lisibilité des parcours, pour les familles mais aussi pour les professionnels de santé.

Perspectives

Réforme du financement SSR et gradation de l'offre / lien avec les autorisations

L'ARS Bretagne est associée à la démarche ANAP (membre du comité stratégique national de pilotage). Il s'agit de construire une méthode qui permette de s'interroger, en région, sur le positionnement des offres SSR dans les parcours patients : réalisation d'une cartographie de l'offre et de 4 monographies sur 4 spécialités. En parallèle, la mise en œuvre de la réforme du financement fait l'objet d'une attention constante, en particulier lors de l'instruction de projets et dans l'accompagnement des restructurations. La méthodologie ATIH permettant de réaliser des simulations n'est pas encore disponible et oblige à la plus grande prudence. Un enjeu majeur est celui du maintien des financements aux établissements experts, pour lesquels l'application de coûts moyens ENC se traduirait pas une baisse significative des ressources. La gradation de l'offre implique de maintenir une offre d'excellence et innovante à l'échelle régionale. L'identification de profils de patients traceurs en SSR locomoteurs et neurologiques est en cours.

Vieillesse de la population

Le SSR, carrefour des secteurs sanitaire et médico-social, peut devenir une variable d'ajustement si les parcours ne sont pas fluides. A travers une stratégie régionale partagée par le groupe « personnes âgées » et dans le contexte du Plan maladies Neuro-Dégénératives, il s'agit de proposer des solutions pour assouplir les dispositifs et développer les solutions d'aval. Une démographie et des besoins en croissance rendent nécessaire de travailler au calibrage de l'offre gériatrique en SSR, à travers des programmes de soins appropriés. Les réflexions portent sur une anticipation des prises en charges SSR (programmation, adressage direct et développement de l'hôpital de jour), et sur le développement de l'hébergement temporaire en post hospitalisation ou pour des patients souffrants de démence.

Projets médicaux partagés et coopérations

L'offre SSR se positionne sur la plupart des filières reprises dans les projets médicaux de territoire. Une réflexion sur l'articulation MCO/SSR et la pertinence des orientations est indispensable, en partenariat avec les acteurs ESPIC, notamment en addictologie.

Equipes mobiles SSR (EMRR) et HAD SSR

2 EMRR sont déployées depuis 2013 en Ille-et-Vilaine et Morbihan. Un déploiement sur les 2 autres départements permettrait de compléter la couverture régionale, de soutenir les HAD et d'améliorer le quotidien de patients neurologiques lourds à domicile. Ces équipes sont force de proposition experte pour améliorer la coordination et la qualité des prises en charge. En établissement, l'EMRR répond à 3 missions : évaluer le besoin et le potentiel rééducatif ; préconiser l'orientation la plus pertinente ; coordonner la prise en charge initiale pour préparer le retour au domicile. Elles peuvent mettre à disposition des HAD des compétences rares de rééducateurs, afin de développer cette offre à domicile pour les adultes et les enfants.

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Cette thématique est le volet du PRS dédié aux pathologies cardio-vasculaires. Depuis 2009 (publication de nouvelles bases réglementaires), une liste de 3 types d'actes définit le champ de la prise en charge spécifique de certaines maladies cardiovasculaires (troubles du rythme, insuffisance cardiaque, pathologies coronaires, cardiopathies congénitales) et est soumise à autorisation.

Le champ spécialisé de ces activités est limité aux actes les plus complexes, en excluant la pose des stimulateurs cardiaques dits classiques ou conventionnels (simple et double chambre) qui relèvent désormais de l'autorisation de médecine. Les objectifs généraux du PRS sur la thématique sont la mise en œuvre de la gradation de l'offre de soins sur le territoire et de garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficacité.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN ŒUVRE LA GRADATION DE L'OFFRE DE SOINS

Les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie mentionnées au 11° de l'article R. 6122-25 du Code de la Santé Publique comprennent :

- les actes de type 1 : actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme : 7 sites autorisés ;
- les actes de type 2 : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence : 1 site autorisé ;
- les actes de type 3 : actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte : 9 sites autorisés.

Dans le PRS, en accord avec les professionnels concernés, l'ARS a ajouté une gradation complémentaire des plateaux techniques de rythmologie interventionnelle (actes de types 1) pour les ablations (pour lesquels il existe 3 niveaux) en réservant les procédures d'ablation de niveaux 2 et 3 aux centres experts (les deux CHU).

FINANCER L'OBSERVATOIRE REGIONAL BRETON SUR L'INFARCTUS DU MYOCARDE (ORBI)

L'objectif de l'ORBI est de pouvoir évaluer la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde sur le plan quantitatif et qualitatif en Bretagne. Il doit permettre d'estimer sur le plan régional la qualité de cette prise en charge et les difficultés éventuelles empêchant une prise en charge optimale. L'observatoire permet ainsi de connaître avec précision les circuits et délais de prise en charge des patients, et d'évaluer la mise en œuvre des stratégies thérapeutiques.

La participation à ce registre breton est inscrite dans le CPOM des établissements autorisés pour cette activité de cardiologie interventionnelle.

**Les
Chiffres****L'ARS soutient la télécardiologie**

La télécardiologie concerne les patients porteurs de prothèses cardiaques qui nécessitent une surveillance particulière pour éviter toute complication ou défaillance technique. Elle permet d'améliorer l'accès à l'expertise médicale associé à un gain de temps. Par ailleurs, elle rassure et sécurise les patients.

Ces dispositifs ne sont pas encore pris en charge par l'Assurance Maladie. En 2015, l'ARS Bretagne a alloué 268 000 € pour un panel de 3 000 patients sur 13 sites des 8 territoires de santé.

Zoom**Focus sur les territoires**

La présente thématique est très spécialisée, il y a très peu de sites autorisés, au maximum un par territoire.

Pour le type 2 (cardiopathies congénitales de l'enfant), un seul site est autorisé : le CHU de RENNES. Ce site est à la limite du seuil réglementaire permettant de maintenir l'autorisation. Le constat est qu'il existe des fuites extrarégionales. L'ARS en lien avec les partenaires agit afin de consolider la filière bretonne en réunissant les différents intervenants pour analyser la situation et proposer des actions.

Perspectives

A court terme, une campagne de prévention-promotion de la santé par rapport aux facteurs de risques concernant les maladies cardio-vasculaires devrait être déployée.

Un travail sur la télécardiologie doit être engagé afin de pérenniser puis déployer ces dispositifs novateurs dont les bénéfices médico-économiques sont prometteurs à défaut d'être précisément documentés pour le moment.

A moyen terme, plusieurs réflexions sur l'évolution du maillage territorial et de la gradation des soins sont à mener et notamment d'une part la pérennisation de l'autorisation bretonne de type 2 en articulation avec le Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire chirurgie cardiaque (dont l'autorisation interrégionale est portée par le CHU de Nantes) ; et d'autre part, le maintien de la gradation complémentaire inscrite dans le PRS et remise en cause par certains établissements hospitaliers.

Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

L'accroissement global de la population, le vieillissement attendu de cette population et son corollaire, la montée en puissance des états de poly-pathologies risque d'accroître les situations à risque de décompensation nécessitant le recours à la réanimation et aux unités de surveillance continue (USC), que ce soit en situation de suite immédiate de chirurgie ou de décompensation d'une ou plusieurs pathologies à la faveur d'un épisode aigu médical.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN ŒUVRE LA GRADATION DES SOINS ET ORGANISER LE MAILLAGE TERRITORIAL

L'organisation et le regroupement variable de ces unités de soins, par site et par territoire, sont définis en 3 niveaux de prise en charge graduée :

- niveau de proximité : USC non adossée à une unité de réanimation ;
- niveau de recours sur les établissements de référence, qui disposent chacun d'une unité de réanimation adulte avec USC adossée, d'une unité de soins intensifs cardiologiques et d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires. La réanimation pédiatrique se situe à ce niveau ;
- niveau de recours spécialisé, CHU et interrégional.

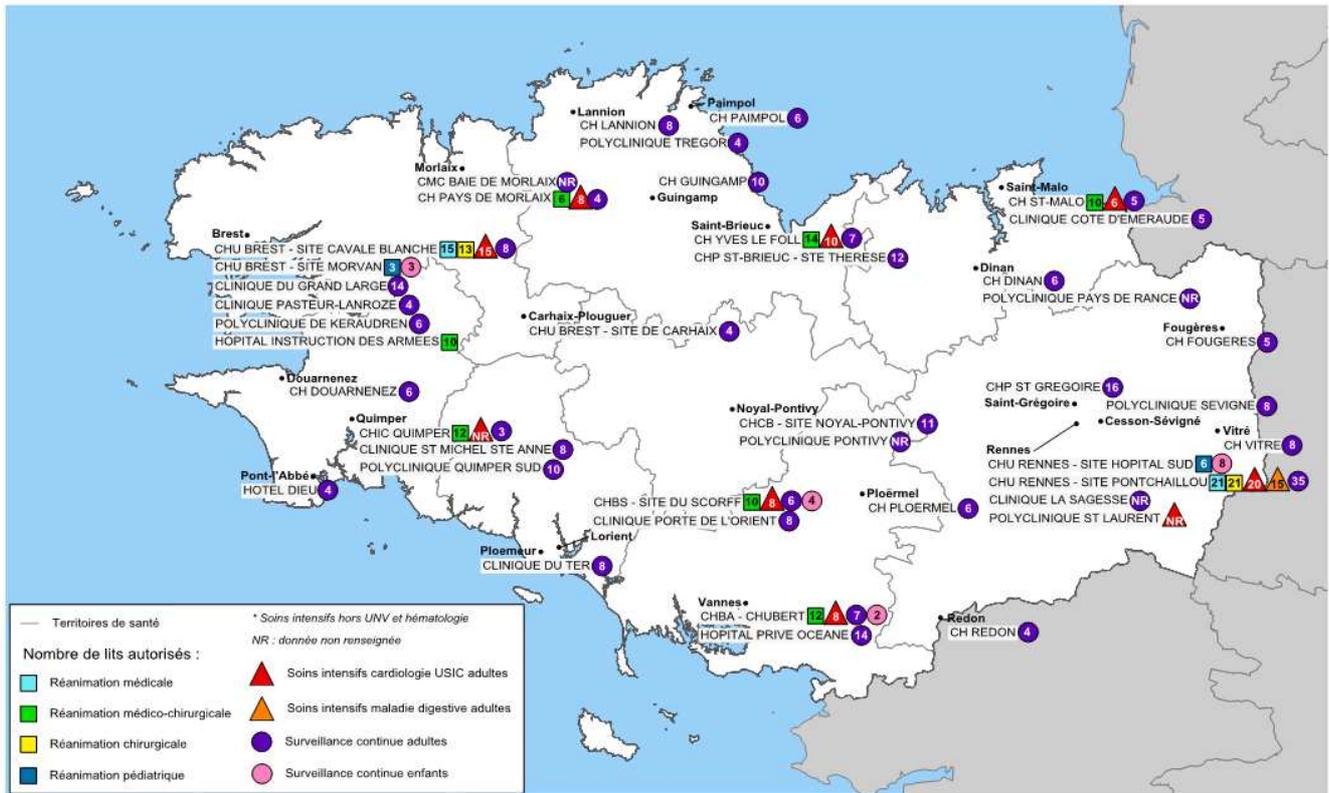
Les capacités supplémentaires d'USC prévues au PRS ont été installées.

De nouvelles modalités d'organisation fonctionnelle ont émergé. A côté des unités de réanimation et USC juxtaposée (les unités de St-Brieuc, Vannes, réanimation médicale de Brest et les deux réanimations de Rennes), les unités de Quimper, Lorient, St-Malo et Brest (réanimation chirurgicale) sont organisées en USC intégrée. Ce mode d'organisation se révèle particulièrement pertinent quand les USC sont de capacité réduite et permet une souplesse d'accueil des profils de patients qui renforce la fluidité de la filière.

UN REFERENTIEL REGIONAL POUR LES USC AUTONOMES

En concertation avec les acteurs dans un groupe pluri professionnel associant médecins anesthésistes, réanimateurs, urgentistes, cadres IDE et direction des soins, un cahier des charges régional des USC adultes autonomes a été travaillé afin d'inscrire ces USC autonomes dans une filière territoriale de prise en charge de patients "critiques" polyvalente ou de spécialité permettant l'engagement des USC sur un objectif qualité : revue de mortalité et de morbidité (RMM), évaluations des pratiques professionnelles (EPP) partagées entre les professionnels et la réévaluation de l'adéquation à la structure en cours de séjour.

Sites de réanimation, soins intensifs et surveillance continue en Bretagne



Actions non prioritaires / En cours

L'ARS a pour objectif de favoriser les coopérations en équipe médicale de territoire, qu'il reste difficile de mettre en œuvre du fait d'une démographie médicale défavorable en anesthésie-réanimation, et d'organisations historiques dans les établissements. Un territoire est cependant parvenu à définir une organisation territoriale, au moyen de temps médicaux partagés entre deux établissements. La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire devrait donner une nouvelle impulsion à la poursuite de cet objectif.

Zoóm Focus sur les territoires

Sur le territoire de santé 7, il existe une filière Réanimation Soins Intensifs et USC qui fonctionne au niveau du territoire avec des réunions annuelles et des échanges continus entre professionnels de santé. Cela est essentiellement dû à l'implication des acteurs et notamment de la réanimation de Saint-Brieuc.

Perspectives

La région Bretagne a toujours une offre très limitée en lits de réanimation et USC adossée avec des taux d'occupation très élevés, supérieurs aux 80 % recommandés et un taux de recours de la population, inférieur au taux national. Avec l'augmentation prévisible du besoin, le mode de fonctionnement « intégré » permettra d'absorber une partie de celle-ci mais l'adéquation du volume capacitaire sera à étudier à nouveau dans le prochain PRS.

La difficile démographie médicale des spécialités concernées (anesthésiste-réanimateur et réanimateur médical) sera un véritable défi dans les prochaines années. Le travail en réseau sera une nécessité même si cela ne sera pas suffisant pour y faire face.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Au stade évolué de l'insuffisance rénale, la greffe et la dialyse sont les deux traitements mis en œuvre. Ils sont porteurs d'enjeux médico-économiques forts qui ont conduit le PRS à poser plusieurs objectifs complémentaires de prise en charge : mieux prévenir, retarder l'arrivée au stade terminal, graduer l'offre en favorisant les alternatives, améliorer la qualité de vie des patients en proposant des soins de qualité et de proximité.

L'éducation thérapeutique du patient et la télémédecine sont deux outils à développer pour poursuivre dans la mise en œuvre de ces orientations.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

Poursuivre le développement de la transplantation rénale par :

- Le maintien d'un fort taux de prélèvement d'organe au niveau régional ;
- L'amélioration de la qualité des transplants en ayant recours aux machines à perfusion ;
- Le renforcement des équipes de prélèvements.

Accentuer les prises en charge hors centre par :

- L'implantation d'unité de dialyse médicalisée à distance des centres d'hémodialyse ;
- La poursuite du développement de la dialyse péritonéale.

Les Chiffres

Transplantation rénale : parmi les insuffisances rénales chroniques terminales, la part des transplantés est de 51,5 % en Bretagne en 2013 vs 44,0 % au niveau des 26 régions recensées dans le REIN (en 2012, 51,8 % en Bretagne contre 44,2 % au niveau national).

Le nombre de transplantations rénales réalisées en Bretagne fluctue d'une année à l'autre (minimum 106 - maximum 136) avec une moyenne sur 6 ans de 123.

De 2012 à 2016, 7 unités de dialyse médicalisées ont été installées.

Au 31/12/2012, 97 patients sont pris en charge en dialyse péritonéale et 99 en 2013.

Actions non priorisées / en cours

En dépit d'objectifs affichés dans le PRS, le développement de la dialyse péritonéale (DP) reste en retrait. En 2013 : 6,52 % des dialysés bretons utilisent cette technique contre 7,16 % au niveau national. Le nombre de patients traités par DP est en diminution (de 106 patients en 2011 à 99 en 2013) et illustre les difficultés à mettre en œuvre les diverses mesures du plan régional de développement de la dialyse péritonéale : formation des internes, reconnaissance aux associations dans la formation des internes, sensibilisation des EHPAD, des usagers lors des informations pré-dialyse.



Focus sur les territoires

Quand on s'intéresse aux territoires de santé, on remarque que 3 d'entre eux ont davantage de patients greffés que dialysés. Ce sont les territoires Vannes Ploërmel Malestroit, Pontivy Loudéac mais surtout Rennes Redon Fougères qui comportent plus de 60 % de greffés.

Perspectives

Dans le cadre de l'approche parcours, un accent particulier doit être mis sur la prévention secondaire notamment par le biais de l'éducation thérapeutique, de la mise en œuvre des bonnes pratiques médicamenteuses pour éviter les prescriptions de médicaments néphrotoxiques, de la surveillance des patients à risque en élargissant le rôle des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP).

Dans le champ de la transplantation, il faut conforter les équipes de transplantations, (et a minima mettre en œuvre les moyens qui leur sont alloués), trouver des organisations permettant de réduire la durée de réalisation des bilans pré greffes.

Dans le champ de la dialyse, il convient d'assouplir la réglementation de façon à ce que la technique de l'hémodiafiltration, reconnue plus performante que l'hémodialyse classique, puisse être proposée en autodialyse.

En matière de qualité et de proximité, il s'agit de développer l'hémodialyse quotidienne et la dialyse péritonéale à domicile ou en substitut de domicile (EHPAD...) ainsi que les techniques d'hémodialyse longues nocturnes ou plus fréquentes pour les patients moins autonomes. Cet objectif passe aussi par l'amélioration de l'information du patient.

Par ailleurs, des réflexions sont à engager sur une approche « conservatrice » pseudo palliative et à raisonner davantage en termes d'autonomie/fragilité du patient dans sa technique de traitement plutôt qu'à opposer les activités de centre/hors centre.

Traitement du cancer

Première cause de mortalité en France, le cancer est aussi la première cause de mortalité prématurée évitable pour près de la moitié des décès qui lui est imputable. La Bretagne connaît ici une position défavorable : surmortalité masculine toutes localisations confondues, forte progression du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les femmes, forte prévalence du tabagisme quotidien, consommation d'alcool supérieure à la moyenne nationale et importance des ivresses chez les jeunes.

Portés par la présidence de la République, les divers Plans cancer français ont consacré dès 2003 une approche harmonisée, intégrée et transversale de la lutte contre la maladie. L'ARS Bretagne a rédigé sa feuille de route 2015 du Plan cancer 2014-2019 en tenant compte de ces constats, repris dans le PRS, et de cette vision partagée.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

STRUCTURER LES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE EN ONCOGÉRIATRIE : ORGANISATION RÉGIONALE AUTOUR DE L'UNITÉ DE COORDINATION EN ONCOGÉRIATRIE (UCOG)

L'UCOG Bretagne a été labellisée par l'INCa courant 2012, grâce à la volonté des oncologues et des gériatres des 4 départements bretons et des établissements sanitaires publics et privés. Elle dispose d'une antenne au CHRU de Rennes et de Brest, ainsi que d'infirmières territoriales pour chacun des 8 territoires de santé bretons.

PROMOUVOIR L'ACCÈS À DES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT ADAPTÉES À L'ÉVOLUTION DES PRISES EN CHARGE

L'ARS Bretagne finance depuis plusieurs années le Centre régional de lutte contre le cancer de Rennes, afin d'offrir un hébergement non médicalisé à tout enfant sous chimiothérapie pluri-hebdomadaire et/ou non disponible ailleurs, ainsi qu'à sa famille, dans le cas d'un grand éloignement (convention avec une chaîne hôtelière).

ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL

En mai 2015, a été lancée une campagne de communication régionale sur le dépistage et la prévention des cancers, à l'initiative du groupe Télégramme, elle a réuni 16 partenaires publics et l'INCa.



Actions non priorisées / en cours

A ce stade, le renforcement du dispositif d'appui régional dans le champ de la cancérologie reste à réaliser en misant sur le rapprochement des structures.

Sont en cours les actions suivantes : déploiement des Plateformes Territoriales d'Appui, redéfinition nationale des nouvelles missions des réseaux régionaux de cancérologie, redéfinition nationale des nouvelles missions des pôles régionaux de cancérologie, etc..



Focus sur les territoires

Dépistages expérimentaux avec généralisation actée par le Plan cancer 2014-2019 (Action 1.1) :

Dans le cas du dépistage du cancer du col de l'utérus (environ 3 000 cas/an pour 1 000 décès/an), celui-ci est majoritairement spontané et individuel.

En Bretagne, le taux de couverture pour le frottis cervico-utérin (FCU) est à 59,1% sur les années 2012 à 2014, chez les femmes de 25 à 65 ans, soit un taux supérieur à la moyenne nationale (56,5%). Pour autant, une étude (« PApU29 ») a été réalisée sur 6 cantons finistériens (territoire de santé n°1), auprès d'une population cible de 15 000 femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas réalisé de FCU depuis trois ans. Les résultats de cette étude ont montré un taux de participation 5,7 fois supérieur et 5 fois plus de lésions confirmées. Cette étude confirme l'intérêt très significatif de la généralisation de ce dépistage.

Perspectives

Les prochaines actions à engager sont :

- Le développement des chimiothérapies orales, afin de développer et de sécuriser les traitements au domicile du patient (virage ambulatoire) ;
- Le développement de la médecine personnalisée : création d'outils de compréhension et d'interprétation des anomalies moléculaires qui ont entraîné la progression tumorale chez un individu ;
- La facilitation de l'accès à l'innovation des médicaments anticancéreux : essais cliniques, programme AcSé (INCa) ou PROFILER, etc.

Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette analyse a pour objet soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ; soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ; soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AMELIORER L'ACCÈS AUX CONSULTATIONS DE GENETIQUE CLINIQUE

En 2013, le dispositif suivant a été mis en place en concertation avec les acteurs de santé :

- Un renforcement des deux équipes des CHU de Rennes et de Brest permettant notamment de déployer des consultations avancées à St-Brieuc, Lorient et Quimper : + 0,5 ETP de praticien hospitalier en oncogénétique et 1 ETP généticien à Rennes, + 0,5 ETP généticien à Brest (campagne budgétaire 2013) ;
- 3 postes supplémentaires de conseillers en génétique ont été financés et mis à disposition à partir de 2013 dans les effectifs des CH de St-Brieuc, CH de Vannes et CHU de Brest.

DEPLOYER LE PROJET « PHARE GRAND-OUEST »

Dans le cadre d'un appel à projets lancé par l'INCa, le projet PHARE Grand Ouest a été déployé en Bretagne sous la coordination d'un médecin du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Eugène Marquis. Il consiste à mettre en place et organiser le suivi des patients génétiquement prédisposés aux cancers.

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre les consultations d'oncogénétique des quatre régions composant le Cancéropôle Grand Ouest : Bretagne, Pays de Loire, Centre et Poitou-Charentes. Les structures publiques et privées qui participent sont situées à Angers (CHU/CLCC), Brest (CHU), Nantes (CHU/CLCC/privé), Niort (CH), Rennes (CHU/CLCC), Tours (CHU) et Vannes (CH).

Il joue également un rôle de coordination de réseau, en participant notamment à la mise en place de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) locales d'oncogénétique et en organisant une RCP de recours interrégionale.

RENFORCER L'EQUIPEMENT DES LABORATOIRES DE GENETIQUE MOLECULAIRE

La Bretagne compte 4 structures de génétique moléculaire, à Brest (CHU), Rennes (CHU), Quimper (CHIC) et Lorient (LBM BIOLOR). Dans le cadre du « Plan national maladies rares » les efforts d'équipements des laboratoires de génétique moléculaire ont été soutenus financièrement en 2013 pour renforcer les plateformes de génétique moléculaire et le développement du séquençage haut débit (CHU).

Les Chiffres

Consultations d'oncogénétique en Bretagne :

81,8 pour 100 000 habitants en 2013 (*rapport INCa 2014*)

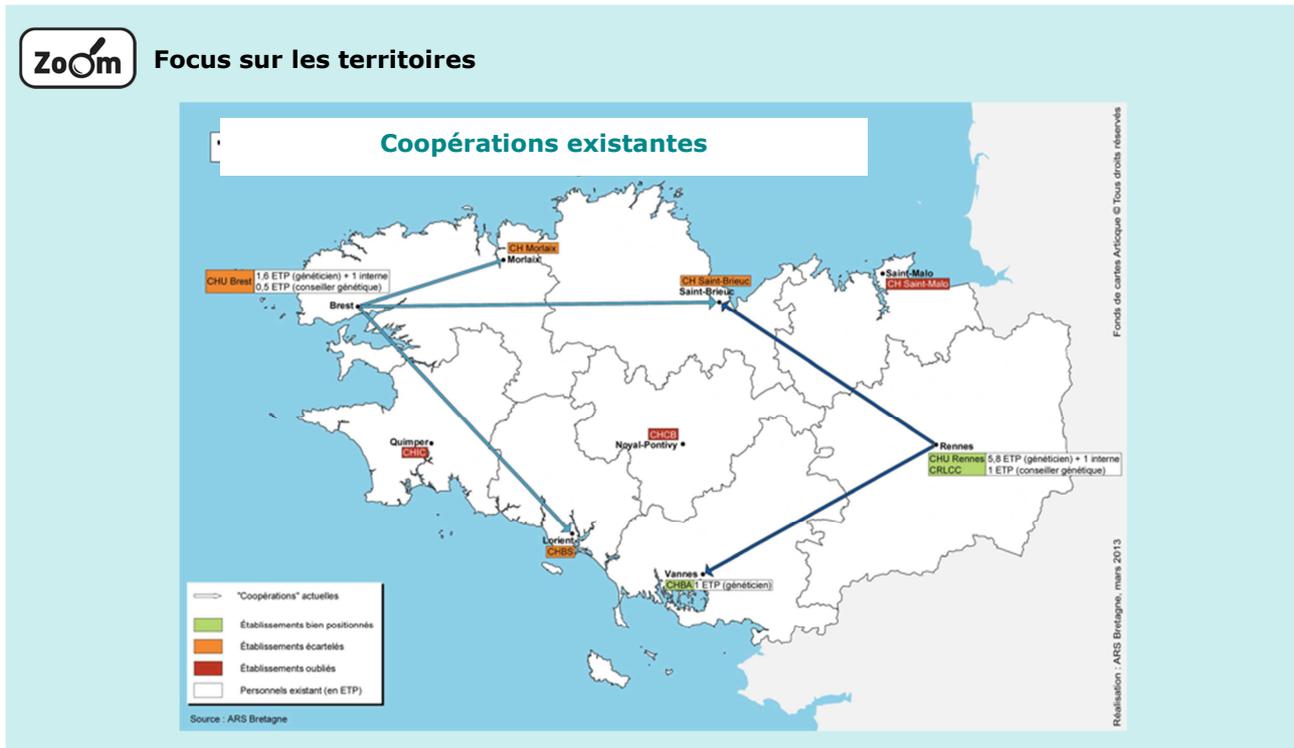
Actions non priorisées / en cours

A ce stade, n'ont pu être réalisés :

- La mise en place d'une observation partagée des activités de génétique dans la région ;
- La mise en place d'un système d'information adapté, facilitant le partage sécurisé des informations utiles au suivi des parcours des patients.

Zoom

Focus sur les territoires



Perspectives

Les prochaines actions à engager sont :

- La mise en place de nouveaux modèles de financement pour les laboratoires de génétique ;
- La poursuite et l'amélioration de la structuration des filières maladies rares, notamment la coordination entre les centres de référence et les centres de compétence pour les maladies rares (CRMR et CCMR) ;
- L'amélioration de la lisibilité du dispositif pour la population et les professionnels : La prise en charge des maladies rares représentant plus de 7 000 maladies est organisée autour de 131 CRMR labellisés par le ministère de la santé, dans le cadre du 1er plan national maladies rares, entre 2004 et 2008 ;
- Le développement de traitements personnalisés dans la lutte contre le cancer, grâce à la montée en puissance de la médecine génomique.

Imagerie médicale

L'activité d'imagerie est en expansion, compte tenu de l'évolution des pratiques médicales et du code de déontologie, alors que la démographie des radiologues est amenée à connaître des difficultés fluctuantes et importantes au sein des territoires de la région dans les années à venir.

Le développement de l'imagerie en coupe, le maintien de l'activité de radiologie conventionnelle nécessitent la justification des actes et l'optimisation des expositions aux radiations ionisantes, en s'appuyant notamment sur le guide professionnel du bon usage des examens d'imagerie médicale, les recommandations de l'HAS et de l'ASN. La substitution tant que faire se peut par les techniques non irradiantes (échographies, IRM) doit être encouragée et privilégiée.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

FAVORISER L'ACCES A L'IMAGERIE

43 IRM sont autorisées au 31/12/2015, dont 2 en 2015 ; 6 ne sont pas encore actuellement installées.

Le taux global d'équipement régional autorisé est de 13,2 appareils par million d'habitant et de 11,35 appareils installés par million d'habitants. Néanmoins les délais d'accès aux examens demeurent élevés, a fortiori au regard de l'élargissement des indications de la technique, voire des substitutions de techniques.

Les scanographes à usage médical sont plus diffusés, du fait de l'historique de leur implantation. 51 appareils demeurent autorisés (deux autorisations ont été retirées), 2 ne sont pas actuellement installés. Les taux d'équipement par million d'habitants sont donc de 15,6 pour les autorisés et de 15 pour les installés.

PRIORISER LES IMPLANTATIONS DES IRM SELON DES TYPOLOGIES DE POPULATION ET DE PRISES EN CHARGE

Ces actions sont globalement réalisées au titre des populations spécifiques, mais encore à coordonner concernant la prise en charge de l'obésité. Deux IRM spécialisés ostéo-articulaires ont été mis en œuvre, l'implantation d'un troisième paraissant plus difficile. Il conviendra également de préciser les critères qui pourraient être considérés en termes d'implantations d'IRM 3T.

CONFORTER L'ACTIVITE D'ECHOGRAPHIE ET L'ADAPTER AUX CONTRAINTES FONCTIONNELLES

L'appréciation des besoins, en termes de santé publique, d'accès à l'échographie dans les différentes spécialités (urgences, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, radiologie) tant en activité réglée que lors de la permanence des soins, a été réalisée en termes de sites. Elle demeure à affiner en termes de besoins, notamment dans le cadre de l'appendicite de l'enfant.

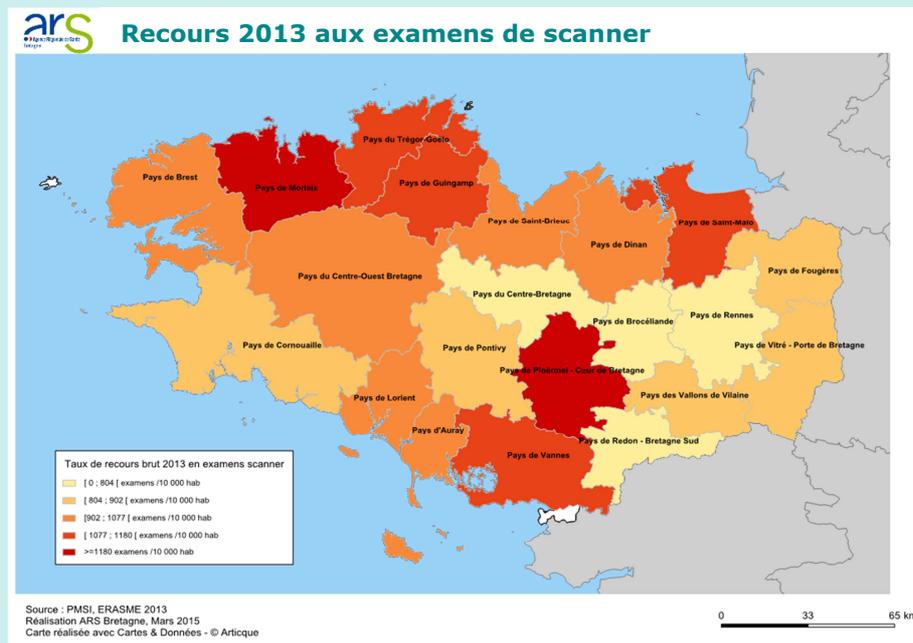
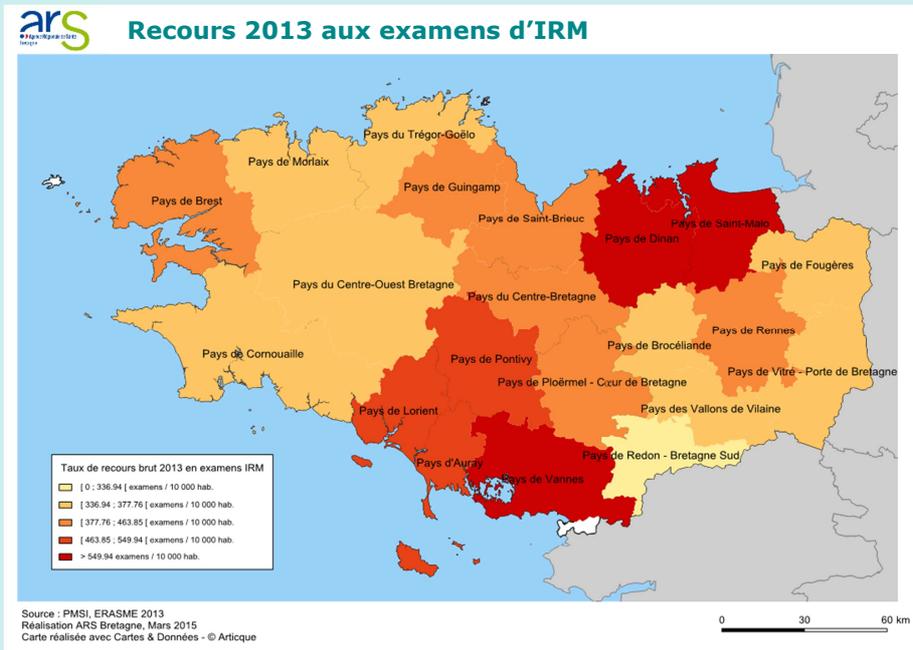
DEVELOPPER LES ACTIVITES DE TELE-IMAGERIE

La télé-imagerie permet de favoriser l'accès de l'imagerie sur les territoires dans le cadre de l'activité réglée, de faciliter les prises en charge dans le cadre de la permanence des soins, de permettre la télé-expertise dans le cadre des sur-spécialités en imagerie.

Depuis 2012 les actes de télé-imagerie ont doublé, en progressant de 25 708 échanges à 49 096 actes en 2015.



Focus sur les territoires



L'APPRECIATION DES TAUX DE RECOURS PAR TERRITOIRE A L'IMAGERIE DE COUPE

Cette appréciation a été réalisée en 2015, montrant des disparités suivant les secteurs géographiques. L'appréciation des possibilités d'amélioration de l'exhaustivité de prise en compte des examens sera réalisée en 2016, voire testée avant généralisation éventuelle.

Perspectives

L'inégalité d'accès aux techniques d'imagerie doit être réduite, tant en termes géographiques que techniques, en recourant, compte tenu de la démographie des professionnels, aux différents moyens d'y pallier et notamment à la délégation de tâches, à la télé-imagerie, à la télé-expertise. Il importe par ailleurs d'adapter les taux d'équipement en tenant compte des taux de recours des territoires géographiques et du caractère soutenable de la mise en œuvre de nouveaux équipements.

La substitution par les techniques non irradiantes (échographies, IRM) doit être encouragée et privilégiée, notamment en adaptant les pratiques en fonction des organisations possibles (délégation de tâche sur site, à distance, recours à la télé-échographie).

La structuration de la télé-imagerie est un des leviers permettant de pallier les difficultés liées à la démographie médicale et d'apporter une réponse aux besoins de la population alliant les aspects de proximité, qualité et sécurité des soins. En 2016, une étude médico-économique sur les huit territoires de santé va être conduite permettant la définition d'une trajectoire de mise en œuvre de la télé-imagerie (feuille de route régionale définissant des scénarii pour chaque territoire de santé, des modalités d'usage et de mise en œuvre opérationnelle sur les périmètres pertinents et réalistes).

Soins palliatifs

En 2013 et 2014, l'ARS Bretagne a établi, en partenariat avec les acteurs de la filière et selon les constats et orientations du PRS, un bilan de l'offre en soins palliatifs au niveau régional et dans chacun de ses 8 territoires de santé. Si la Bretagne apparaît assez bien dotée en structures spécialisées en soins palliatifs au regard des autres régions françaises, des adaptations sont encore nécessaires.

C'est en ce sens qu'un plan régional concerté d'actions en soins palliatifs 2015-2017 fut adopté en février 2015. Les 26 actions qui y sont recensées trouvent un large écho dans les 40 actions du récent Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN PLACE UNE ANIMATION REGIONALE POUR L'EXPERTISE EN SOINS PALLIATIFS

La Coordination bretonne de soins palliatifs (CBSP) a été créée en juillet 2000, dans le but «de rassembler, fédérer, coordonner, promouvoir toute initiative dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie». Pour autant et malgré un développement satisfaisant de la culture et des structures palliatives en Bretagne, est apparue dès 2006 la nécessité collective de mettre en place un réseau régional d'expertise. Ainsi, fut installée au 1^{er} trimestre 2012 la Cellule d'animation régionale des soins palliatifs (CARESP), portée par le CHU de Rennes.

ELABORER UN PLAN D'ACTION REGIONAL (26 ACTIONS)

La structuration de l'animation régionale a fortement contribué à la dynamique régionale des professionnels de santé dans le domaine des soins palliatifs. Après un important travail d'inventaire et de diagnostic, un plan d'actions régional en 26 points a été élaboré collégalement. Il préfigure en grande partie la mise en œuvre des orientations du nouveau plan national 2015-2018.

CONSTITUER UN GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL, AFIN DE DÉFINIR UNE FICHE « ANTICIPATION ET/OU URGENCE PALLIATIVE » COMMUNE, DE LA DIFFUSER ET DE FORMER CES UTILISATEURS

Les acteurs de terrain ont souhaité faire évoluer et harmoniser sur les 4 départements bretons la fiche de repérage dite « SAMU-Pallia ». Dans ce cadre, un groupe de travail a été créé ; la chefferie de celui-ci a été confiée à la CARESP. Un questionnaire a été créé puis validé de manière concertée avant la mise en œuvre effective d'une version harmonisée définitive d'une fiche « Anticipation et/ou urgence palliative » depuis février 2016.



Fédération des
Equipes Ressources
Régionales en Soins
Palliatifs Pédiatriques

Actions non priorisées / en cours

Suite au recueil des besoins de formations des IDE travaillant en USP réalisé à fin 2015 par questionnaire individuel, les résultats sont les suivants : 53 % de réponses, 44 % des IDE ont bénéficié d'une formation continue dans les 5 dernières années (en moyenne de 3,5 jours) et 42 % sont acteurs de formations. Pour autant, 98 % des IDE interrogés sont en demande de formation.

Un groupe de travail réunissant la CBSP et la CARESP a été mis en place début 2016, afin d'élaborer un projet de programme de formations avec l'idée de créer une dynamique de formation.



Focus sur les territoires

Avec l'amélioration du maillage territorial acquis au fil des années du PRS, il apparaît parfois utile de définir les zones d'intervention de chacun des acteurs (réseaux et/ou dispositifs d'appui, Équipes Mobiles de Soins Palliatifs) pour couvrir l'ensemble de la Bretagne sans zone blanche, en évitant les doublons, dans un délai raisonnable, tout en garantissant une expertise intra et extrahospitalière.

Chaque territoire de santé est doté d'au moins une EMSP et la cible régionale de 16 EMSP est désormais atteinte. Il convient de veiller à ce que les EMSP répondent aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux de leur territoire. Ainsi, sur le territoire de santé n°5 (Rennes/Fougères/Vitré/Redon), les quatre EMSP concernées ont été réunies en septembre 2015, afin de redéfinir leurs zones d'intervention (doublons, zones blanches, équilibre populationnel entre EMSP, etc.), et ont acté une nouvelle organisation territoriale en février 2016.

Perspectives

Les prochaines actions à engager sont :

- Le développement et la sécurisation de la prise en soin à domicile par les EMSP et les services d'hospitalisation à domicile (HAD), notamment (virage ambulatoire) ;
- La création d'une Unité de Soins Palliatifs à vocation universitaire de 24 lits, dans le cadre d'un projet commun entre le CHU de Rennes et la Polyclinique St-Laurent : 12 lits seront dédiés aux prises en soin innovantes et/ou expérimentales ;
- La reconnaissance de la médecine palliative comme discipline universitaire à part entière ;
- La poursuite du plan d'actions régional « soins palliatifs ».

Hospitalisation à domicile

Confortant le premier recours, travaillant avec les professionnels de santé libéraux, favorisant le maintien à domicile et la coopération entre professionnels de santé, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrit pleinement dans la Stratégie nationale de santé. L'HAD propose une offre de soins spécifique qui intègre la prise en compte de l'ensemble des besoins de la personne sur les plans sanitaire et psychosocial. Elle prend en compte les contraintes imposées par le domicile sans rien concéder aux impératifs de qualité et de sécurité des soins incombant à tout établissement de santé.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a rendu l'HAD plus visible dans le contexte sanitaire français, puis la circulaire du 4 décembre 2013 a conforté son positionnement. Enfin, le récent plan triennal a renforcé son développement.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ETENDRE LA COUVERTURE A L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Avec 14 HAD autorisées, la totalité du territoire Breton est couverte par un ensemble cohérent et exhaustif d'autorisation. Afin d'assurer à chaque HAD une capacité de développement, des restructurations ont été menées sur le TS2 (Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé) avec la création d'une seule HAD territoriale et des regroupements sont prévus sur le TS1 (Brest / Morlaix / Carhaix). Le plan d'action de l'ARS Bretagne vise un doublement du nombre de prises en charge d'ici 2018. Dans ce but, elle a notamment organisé une campagne de communication à destination de tous les médecins généralistes de Bretagne ainsi qu'une journée régionale.

DEVELOPPER LE RECOURS A L'HAD ET LES PRISES EN CHARGE INNOVANTES

Le recours à l'HAD a progressé passant de 12,6 patients jours /100 000 habitants en 2011 à 16,6 en 2015.

Pour autant, ce taux est toujours inférieur à celui du national. Les soins palliatifs représentent le principal mode de prise en charge, comme au national, suivi des pansements complexes et des soins de nursing lourds ; mais la diversification des prises en charge recherchée ne s'est pas produite. Les patients admis en HAD proviennent pour 70 % d'un établissement de santé et pour 30 % du domicile. L'intervention de l'HAD dans les établissements service médico-sociaux est, en Bretagne, le double de celle du national.

AMELIORER LA QUALITE ET ASSURER LA PERMANENCE DES SOINS

L'ensemble des HAD est certifié par la HAS et assure une permanence des soins. Des partenariats sont constitués avec les établissements de santé et médico-sociaux. Par ailleurs, 2 HAD ont été financées dans le cadre du programme Hôpital numérique permettant un développement de leur système d'information.



Focus sur les territoires

Malgré une couverture de l'ensemble de la région, les taux de recours sont inégaux selon les territoires de santé. En 2015 celui-ci variait de 6 patients/jour/100 000 habitants sur le TS2 à 45 sur le TS3, pour une moyenne de 16,6. Pour favoriser le développement de l'activité, les restructurations devront se poursuivre, après le TS2, suivront les territoires de santé 1 (Brest, Morlaix, Carhaix) et 7 (St Brieuc, Guingamp, Lannion).

Perspectives

L'HAD est désormais identifiée comme une alternative à l'hospitalisation avec hébergement et elle est un élément significatif du « virage ambulatoire ».

Afin d'accompagner la croissance du recours, actuellement modeste, et dans l'objectif ambitieux de doubler le taux d'ici 2018, chaque établissement s'est engagé, dans le cadre du plan triennal, à développer un plan d'action afin d'atteindre des cibles quantitatives d'adressage en HAD. De même l'adressage provenant du domicile ou des établissements médico-sociaux est à promouvoir, afin que l'HAD joue pleinement son rôle d'alternative à l'hospitalisation avec hébergement.

L'évolution de l'activité ne pourra cependant pas se faire sans un renforcement des équipes au sein des structures, notamment en coordination médicale et agents de liaison avec les prescripteurs.

Si les soins palliatifs demeurent le principal motif de prise en charge en HAD, offrant ainsi le droit d'une fin de vie au domicile, une diversification de l'offre est encouragée par exemple sur le territoire de santé 5 avec des projets de développement des activités de néonatalogie et de SSR, en s'appuyant sur les fonctions d'expertise et de recours de l'hôpital.

La place des HAD sera renforcée avec le développement des groupements hospitaliers de territoire et la possibilité offerte dans certains territoires de jouer un rôle dans les plateformes territoriales d'appui.

Soins aux personnes détenues

Depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été confiée au service public hospitalier. Ces personnes doivent recevoir le même type de prestation de santé que la population générale.

Les soins généraux sont délivrés dans des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantées au sein des établissements pénitentiaires. Ce sont des unités hospitalières à part entière, rattachées à des services et des pôles des établissements de santé. Y interviennent des médecins généralistes, des infirmières, des équipes de psychiatrie, mais aussi des dentistes et des équipes des différents dispositifs en addictologie.

La circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a remis à jour et colligé les diverses mesures destinées aux personnes détenues, qui recouvrent peu ou prou l'ensemble des actions du PRS établi en 2012.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

INSTALLER L'UHSA ET L'UHSI

Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont des structures hospitalières sécurisées par l'administration pénitentiaire. Elles prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, hors hospitalisations urgentes et de courte durée, ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé. En Bretagne, comme prévu dans la cadre du PRS, l'UHSI est installée ; elle est située au CHU de Rennes.

L'hospitalisation au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) est le principe général pour toute hospitalisation complète (avec et sans consentement) en psychiatrie d'une personne détenue. Ces unités sont sécurisées par l'administration pénitentiaire. En Bretagne, l'UHSA est située au sein du CH G. Régnier de Rennes.

DESIGNER DES CSAPA REFERENTS

Dans le cadre du plan d'actions stratégique 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », il a été prévu la désignation d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA) référent.

Outre leurs missions d'intervention en milieu pénitentiaire, les CSAPA référents pénitentiaires ont, par ailleurs, pour mission l'organisation de la continuité des soins et l'aide à l'insertion au moment de la sortie. Ils sont dotés pour cela de 0,5 ETP de travailleur social complémentaire.

6 CSAPA référents pénitentiaires ont été désignés pour les 7 établissements pénitentiaires de la région.

ACCOMPAGNER LES PERSONNELS INTERVENANT DANS LES UCSA

De septembre 2013 à décembre 2015, l'ARS Bretagne a financé un dispositif régional, mené par l'IREPS, de formation et d'accompagnement des personnels intervenant dans les unités sanitaires des sept établissements pénitentiaires (EP) bretons. L'objectif était de renforcer les compétences des professionnels de santé des 7 EP, pour inscrire les principes de la promotion de la santé dans leurs pratiques professionnelles au sein des services et soutenir l'élaboration de projets de santé globale avec les personnes incarcérées.

Les Chiffres

En Bretagne, dix établissements de santé sont concernés pour intervenir dans les sept établissements pénitentiaires :

- le CHU de Brest pour la maison d'arrêt (MA) de Brest,
- le CHBS de Lorient et l'EPSM de Caudan pour le centre pénitentiaire (CP) Ploemeur,
- le CHBA de Vannes et l'EPSM de St-Avé pour la MA de Vannes,
- le CHU de Rennes et le CH Guillaume Régnier pour les CP hommes de Rennes-Vezin et celui des femmes à Rennes,
- le CH de St-Malo pour la MA de St-Malo,
- les CH de St-Brieuc et St Jean de Dieu – Dinan pour la MA de St-Brieuc.

Actions non priorisées / en cours

Les protocoles prévus par le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice entre l'établissement de santé, l'établissement pénitentiaire, l'ARS et la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) ne sont pas signés mais quasi-finalisés excepté à Rennes où un accord sur la convention entre l'établissement de santé assurant les soins somatiques (CHU) et celui assurant les soins psychiatriques (CH G. Régnier), préalable au dit protocole, n'a pas été trouvé.

Perspectives

Les protocoles sont à finaliser et à signer. Ensuite, il s'agira de veiller à leur bonne application à travers les comités de coordination annuels au niveau de chaque établissement pénitentiaire/établissement de santé afin d'analyser les difficultés de mise en œuvre et les manques au regard des besoins de la population détenue.

L'étude de besoins concernant la télémédecine en UCSA est réalisée. Un des enjeux est de limiter les extractions qui mettent en tension les équipes pénitentiaires. La prochaine étape est de définir et mettre en œuvre des projets.

L'accompagnement des personnels des unités sanitaires mené par l'IREPS a été fortement apprécié des professionnels. La poursuite et/ou l'évolution de cette action est à étudier.

Il est annoncé depuis plusieurs années une réforme des financements alloués aux UCSA via les établissements de santé et les établissements psychiatriques de référence. La mise en œuvre de cette réforme nécessitera la mise à plat des moyens actuellement consacrés à cette mission.

Qualité en établissement de santé

Selon l'OMS la performance est la « recherche des meilleurs résultats avec les mêmes ressources ». La qualité et la pertinence des prises en charge est une des composantes indissociable de la performance.

La démarche qualité et la sécurité des soins est une exigence qui reste à renforcer en Bretagne, elle participe à l'efficacité de notre système de santé, permet d'offrir à la population une offre de soins de qualité et un accès équitable aux soins. C'est ainsi que le périmètre d'actions du pôle qualité concerne à la fois les secteurs hospitalier, médico-social, et ambulatoire. Par ailleurs, la structuration du pôle qualité inclut la mission inspection contrôle, ce qui permet une complémentarité des acteurs impliqués dans la démarche qualité et gestion des risques.

Cette exigence se traduit au niveau d'un programme régional qualité et sécurité des soins défini à partir des données recueillies et analysées dans le cadre d'un observatoire régional permettant de dégager les axes prioritaires à améliorer. Ce programme vise, à partir du point de situation en Bretagne, à définir d'une part des actions d'accompagnement des professionnels de santé et des structures sanitaires et médico-sociales dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et d'autre part à améliorer les parcours de santé des usagers tant dans l'accès, la prise en charge et la coordination des soins qui leur sont offerts.

L'action du pôle est articulée dans le cadre d'une politique de qualité et de gestion des risques et du risque portée par l'Agence régionale, de manière plus globale.

Pour mener les actions d'accompagnement auprès des professionnels des établissements et des structures, l'ARS Bretagne a structuré son réseau régional des vigilances et d'appui (RREVA) et développe un programme d'actions régionales permettant aux structures régionales de vigilance et d'appui d'aborder les axes prioritaires de façon conjointe et exhaustive.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

L'OBSERVATOIRE REGIONAL

Le premier chantier a été la mise en place d'un observatoire régional permettant d'objectiver la situation des établissements de santé au regard des différents résultats issus des démarches nationales (certification HAS, indicateurs IAS, indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS), ainsi que des résultats des inspections en liens avec les prises en charge.

Cet observatoire permet d'avoir :

- une vision régionale, départementale des résultats ;
- une vision par statut d'établissement ;
- une fiche d'identité qualité par établissement, outils d'aide aux instructeurs CPOM ;
- la visibilité sur l'évolution des itérations ainsi que sur les thématiques et/ou critères à améliorer.

Par ailleurs, ce travail permettait de faire évoluer favorablement l'indicateur CPOM ARS/ETAT : Taux d'établissements ayant une réserve ou réserve majeure.

Le pôle statistique a apporté un appui technique au projet. Cet observatoire de la qualité est à présent intégré à un l'outil polyvalent qu'est l'observatoire des territoires.

Grâce à cet outil, ont été mises en évidence les thématiques pour lesquelles il existait des marges d'amélioration concernant :

- Les certifications HAS, notamment sur les thèmes suivants :
 - 1 - Management de la prise en charge médicamenteuse ;
 - 2 - Management de la qualité et des risques ;
 - 3 - Droit des patients : Information sur le dommage lié aux soins ;
 - 4- Identitovigilance
- Les indicateurs IPAQSS notamment sur les thèmes suivants :
 - 1 - Tenue du dossier patient
 - 2 - Délai d'envoi des courriers de liaison
 - 3 - Nutrition
- Les indicateurs des infections liées aux soins (ciblage des établissements classés C et B).

UN GROUPEMENT DE COOPERATION REGIONAL POUR FAVORISER LA QUALITE EN ETABLISSEMENT

Au sein de l'ARS, la gestion des événements indésirables a fait l'objet d'une procédure afin de gérer les interfaces entre les différents services : veille et sécurité sanitaire, pôle qualité et délégations départementales. Ont été ciblés en premier lieu les circuits de traitement et de décision.

L'ARS a soutenu la mise en place d'une structure régionale d'appui à la qualité, le groupement de coopération sanitaire « Coopération pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé » (GCS CAPPSS Bretagne). Cette structure, approuvée par l'ARS en 2013 a été créée en 2013 pour aider au développement des démarches qualité et gestion des risques des établissements de santé de Bretagne.

Ce GCS aide, par ailleurs, l'ARS à la déclinaison des orientations régionales en matière de qualité et sécurité des soins et plus récemment en matière de pertinence des soins. Ce groupement est soutenu financièrement par l'ARS.

LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Depuis 2013, le pôle qualité participe activement avec la VSS à l'organisation du Réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) qui regroupe :

- l' Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (Omédit),
- l'Agence Régionale de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN) ;
- le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ;
- le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ;
- le Centre antipoison et de toxicovigilance (CATPV) ;
- le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)
- laCordination pour l'amélioration des pratiques des professionnels de santé (CAPPSS).

Cette démarche a été initiée suite à la commande du ministère souhaitant une restructuration du processus de déclaration des événements et de leur gestion.

La réorganisation du dispositif de vigilance et d'appui a permis de mettre à plat la cartographie de chacune des structures, de mettre en évidence les thèmes qui pouvaient être travaillés en commun avec comme objectif de mutualiser les moyens, d'apporter des réponses complémentaires et exhaustives quand cela est nécessaire.

Pour 2017, un 1^{er} programme du RREVA est en cours de construction.

Perspectives

A chaque nouvelle version de la certification de la HAS, le niveau d'exigence s'accroît. Ainsi la nouvelle version du référentiel intègre de nouvelles exigences relatives au parcours du patient et à la coordination des acteurs. Les établissements seront par conséquent tenus de satisfaire à ces nouvelles conditions et l'ARS devra les y accompagner.

De même, l'ARS poursuivra la promotion de la réalisation d'analyses de cause d'évènements indésirables et de retours d'expérience, pour développer la « culture de l'erreur » dans les établissements et ainsi diminuer la sous-déclaration des évènements indésirables.

Le RREVA devra par ailleurs poursuivre son déploiement et rendre opérationnel son appui aux établissements et aux professionnels sur les thématiques qui posent problème (prise en charge médicamenteuse, les évènements indésirables graves (EIG), management de la qualité).

En interne, il s'agira de continuer la structuration de l'observatoire de la qualité en intégrant les éléments susceptibles de conforter l'analyse de la situation régionale (éléments d'inspection, réclamations).

Enfin le développement de la simulation au sein des établissements doit être recherché, pour l'apprentissage des bonnes pratiques (actes, conduites à tenir), la validation de compétences, la reprise de confiance pour les professionnels, la gestion des risques associés aux soins (RMM simulées, reconstitution d'évènements indésirables graves, gestion de crise, annonce d'un dommage...).

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) prend place au sein de la politique de Santé profondément renouvelée par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais non seulement les soins, hospitaliers et ambulatoires mais aussi la prévention et les accompagnements médico-sociaux.

L'élaboration et la mise en œuvre du SROMS présentent la particularité de prendre en compte les orientations des schémas des acteurs locaux (départements/ex Conseils généraux), essentielles « pour mieux prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux. Ces éléments de contexte ont fait de la fonction d'observation portée à un niveau institutionnel au sein de l'ARS, un enjeu majeur pour mieux connaître les besoins des personnes, en situation de fragilité. Les travaux autour des dispositifs d'observation partagés en sont une illustration. Une meilleure connaissance des besoins des personnes (particulièrement dans le champ du handicap) et une volonté d'adéquation de la réponse à ces besoins constituent les points forts du SROMS.

Enjeu très complémentaire à celui de la connaissance, l'adaptation de l'offre synonyme de diversification des réponses passe par la meilleure prise en compte des demandes et des besoins sur chacun des territoires de proximité.

Les actions mises en œuvre dans le SROMS sur la période 2012-2015 ont tenté de répondre à ces enjeux d'une offre territorialisée mieux adaptée aux besoins, en intégrant la question des coordinations assurant la fluidité du parcours des personnes handicapées comme des personnes âgées, et développant les coopérations avec les acteurs sanitaires et sociaux autour de la personne.

L'action régionale et les plans nationaux

Le PRS de 2012 rappelait l'ancrage de ses orientations dans les plans alors en cours de déploiement :

- Le plan solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012 ;
- Le plan Alzheimer 2008-2012, qui visait à améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, à développer la recherche et à sensibiliser le grand public ;
- Le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014) ;
- Et le plan autisme (2008-2012), pour mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches.

De 2012 à 2015, la réalisation des objectifs du SROMS a été poursuivie par la déclinaison de ces plans et des nouveaux (nouveau plan Autisme, schéma Handicaps rares) et par la mise en œuvre des autorisations de créations de places, avec une vigilance particulière soit pour éviter ou limiter les retards de projets. Parmi les points clés de la période écoulée, on citera en particulier :

- L'effort particulier conduit pour la mise en œuvre du 3^{ème} plan autisme, avec la restructuration d'une organisation régionale : la refondation du Centre de ressources Autisme (CRA), l'élaboration d'un schéma cible, des actions de formation, et la création de places nouvelles pour la prise en charge des troubles envahissants du développement (TED) (création d'unités d'enseignement maternelles, extension des capacités en SESSAD d'appui TED, développement d'équipes mobiles...) ;
- La mise en œuvre du schéma handicap rare : l'ARS Bretagne réalise un diagnostic de l'offre sur le handicap rare, avec l'appui de l'équipe relais, installée en décembre 2014 ;
- La mise en place du plan maladies neurodégénératives (PMND) en 2015, dans le prolongement du plan Alzheimer, mais étendu à des pathologies chroniques plus étendues.

Les enjeux transversaux pour les champs PA et PH :

Avec l'accord cadre signé le 24 avril 2013, et la corrélation entre la planification ARS et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, le partenariat a été privilégié entre l'ARS et les 4 conseils départementaux. La préparation des réformes issues de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement a été l'occasion d'une approche commune supplémentaire, le département d'Ille-et-Vilaine ayant été candidat à l'expérimentation de la conférence des financeurs en 2015, avant une généralisation prévue par la loi en 2016.

Dans le champ du handicap, plusieurs axes de partenariats ARS / CD ont été privilégiés et notamment :

- L'amélioration de la bientraitance : création de documents uniques ARS/CD pour le signalement, le traitement et le suivi des situations de maltraitance ou encore journées sur la qualité de l'accompagnement des personnes en EHPAD ;
- La mise en place d'une observation partagée : un projet de système d'information partagé de gestion des listes d'attente en ESMS PH a été conçu conjointement par l'ARS et les CD. La définition d'un cahier des charges sera suivie en 2016 d'une recherche de solution régionale adaptée, compatible avec les projets nationaux portés par la CNSA ;
- L'amélioration des connaissances sur le fonctionnement et l'organisation des ESMS : plusieurs études ont été conduites dans le cadre d'un partenariat ARS / CD pour mieux connaître certaines conditions de prise en charge et entre autres : études CAMSP et SESSAD (2012), étude relative aux jeunes de plus de 20 ans maintenus en institution (2012), étude sur les SAMSAH (2013), mission d'expertise sur le Centre de ressources autisme (2013 - 2014), étude qualitative conjointe ARS/CD sur les modalités d'accompagnement des personnes autistes dans les ESMS (2014), études sur l'accueil temporaire des PH (2015) ;
- Le dépistage et la prise en charge précoce du handicap : un groupe technique régional (GTR) a été constitué de représentants de CAMSP, CMPP, SESSAD, conseils départementaux ; il a produit un socle d'indicateurs communs pour les rapports d'activité des CAMSP, et un document de préconisations régionales qui contribuera à l'harmonisation des pratiques entre CAMSP ;
- La prise en compte du vieillissement de la population handicapée. La réflexion est engagée avec les conseils départementaux sur les conditions favorisant l'accompagnement de qualité des personnes handicapées vieillissantes, quelles soient à domicile ou en établissements. L'objectif est de proposer, sur les territoires, une palette diversifiée de réponses ;
- Mais un enjeu important demeure en ce qui concerne la situation des jeunes handicapés de plus de 20 ans, puisque l'évolution traduite par les résultats des enquêtes annuelles révèlent un nombre croissant de jeunes de plus de 20 ans maintenus en institutions pour enfants - sauf pour l'année 2012 qui a connu une augmentation importante du nombre de places en ESAT et en FAM. En Bretagne, plus de 500 jeunes adultes de plus de 20 ans sont donc en attente d'une réponse adaptée en structures pour adultes (et plus particulièrement en ESAT), et se heurtent à un problème persistant de places. Cette situation se retrouve en termes comparables au niveau national. Le sujet reste donc une priorité régionale, en faveur de laquelle tous les leviers possibles doivent être utilisés, notamment celui des CPOM avec les gestionnaires, ou la mise en place d'un outil régional d'observation partagée pour une meilleure gestion des besoins en attente.

Le champ de l'accompagnement des personnes âgées :

- Une meilleure coordination du parcours des personnes âgées (filières de soins gériatriques, MAIA, ...) développé par ailleurs dans ce rapport ;
- L'amélioration, l'adaptation et le développement des dispositifs d'accompagnement en institution et services :
 - ⊕ Le PRS avait fait le constat d'une offre médico-sociale « personnes âgées » majoritairement réalisée en EHPAD, moyennant un taux d'équipement globalement supérieur au niveau national, mais avec des disparités entre territoires. Ces disparités demeurent, et pénalisent aujourd'hui particulièrement le territoire de santé n°3.
 - ⊕ Malgré une volonté de l'ARS et des Conseils départementaux à développer les places en Accueil de Jour (AJ) et Hébergement Temporaire (HT) - objectifs affichés dans les quatre schémas départementaux - ce type d'accueil reste insuffisamment utilisé en Bretagne. Une étude conjointe ARS / CD relative à l'accueil temporaire des personnes âgées a été conduite en 2015. Ses résultats devront contribuer à redéfinir des principes d'actions conjoints pour améliorer cette situation.
- Télémédecine : les appels à projets conduits par l'ARS en 2013 et 2014 ont facilité le développement de projets de télé-expertise et de téléconsultation entre EHPAD et établissements de santé, autour d'une plateforme régionale de télésanté dont les usages devront se développer au cours des prochaines années, en dépit d'un modèle économique difficile à stabiliser tant que les expérimentations nationales dites « de l'article 36 » n'auront pas abouti.

Observation partagée

Dans les constats faits en amont du choix des thèmes de travail du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale, le besoin de mieux connaître les populations prises en charge dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) de la région s'est révélé prégnant. Or, les données disponibles sont éparses et rendent aujourd'hui difficiles une analyse exacte des besoins pouvant faciliter le type d'accompagnement à mettre en œuvre auprès des ESMS ainsi que la planification.

La population prise en charge étant très diversifiée, le périmètre de ce thème, dans le cadre du premier schéma régional médico-social, a été volontairement centrée sur les personnes handicapées, population particulièrement importante pour laquelle les seules données facilement accessibles pour l'ARS sont celles concernant l'activité des établissements. L'objectif est alors d'avoir une vision d'ensemble du champ « personnes handicapées » enfants et adultes.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AMELIORER LA QUALITE DES DONNEES DONT DISPOSE L'ARS BRETAGNE

Outre les opérations qualité requises par le national, des opérations qualité régionales sont réalisées « au fil de l'eau », permettant d'actualiser les données du répertoire FINESS : confrontation régulière des données de FINESS et de l'application HAPI (plate forme des données budgétaires des ESMS), rapprochement des données de FINESS avec les bases de données des Conseils Départementaux, validation des données d'identification à l'occasion du lancement des enquêtes nationales handicap et EHPA.

Un guide de procédure de rédaction des arrêtés d'autorisation et des arrêtés d'autorisation type ont été rédigés et validés par l'ARS et les quatre Conseils départementaux.

Un rapport d'activité standardisé pour les CAMSP a été bâti en concertation avec les professionnels du secteur breton (définition d'un socle commun d'indicateurs). Une version nationale a ensuite été proposée, en concertation avec l'ARS Bretagne et d'autres acteurs du secteur.

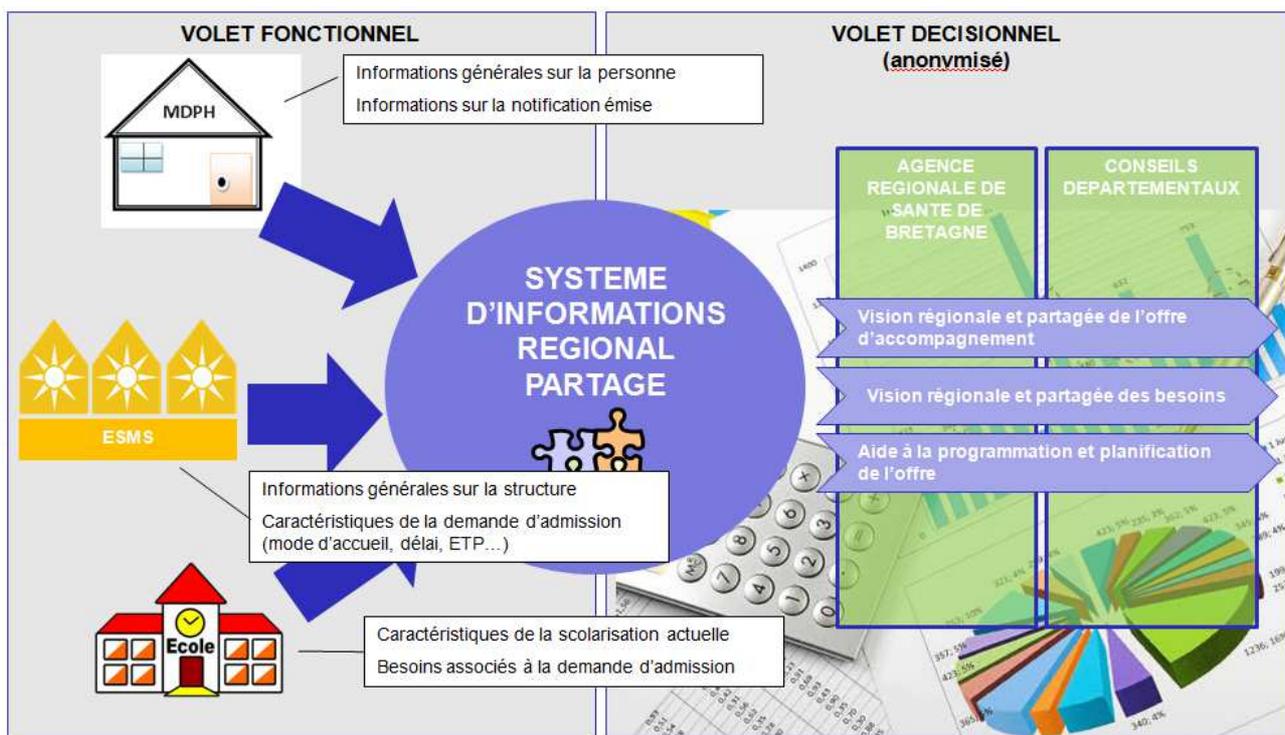
Pour les structures pour lesquelles un rapport d'activité type a été élaboré par le national (CSAPA, CAARUD, CAMSP), une procédure de concaténation des données a été mise en place pour constituer annuellement des bases de données et faciliter ainsi l'exploitation de ces données.

EXPLOITER LES DONNEES DE L'ENQUETE NATIONALE ES 2010 HANDICAP

L'exploitation de cette enquête a permis la réalisation d'états des lieux des établissements et services : capacité d'accueil et caractéristiques du personnel (sexe, âge, statut, fonction principale exercée, diplôme, ancienneté...), caractéristiques des personnes accueillies dans les établissements (sexe, âge, déficience principale, modalité de scolarisation...). Outre l'exploitation générale des données, des exploitations thématiques ont été réalisées : vieillissement des personnes handicapées, travailleurs d'ESAT, personnes atteintes de troubles envahissants du développement.

METTRE EN PLACE UN SYSTEME D'INFORMATIONS PARTAGEES DES LISTES D'ATTENTE EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

L'objectif est de proposer l'utilisation d'une solution informatique pour la mise en œuvre d'un système d'information partagé dans tous les établissements pour personnes handicapées (enfants et adultes) des quatre départements. La finalité consiste à avoir un outil informatique régional qui permet de connaître, en temps réel et dans toutes les structures médico-sociales pour personnes handicapées de Bretagne le nombre de places disponibles et le nombre de personnes sur liste d'attente. Actuellement, le document de recensement des besoins a été finalisé, en concertation avec le groupe de travail régional et validé en Commission de Coordination des Politiques Publiques.



Perspectives

Dans l'objectif de consolider le répertoire FINESS, des opérations qualité auront lieu régulièrement. Concernant les rapports d'activités type, l'ARS Bretagne souhaite continuer le travail d'harmonisation en concertation avec les professionnels concernés. A partir de 2016, l'enquête nationale ES Handicap 2014 fera l'objet d'analyses et de publications. Enfin, pour le système d'information sur les listes d'attente en ESMS pour personnes handicapées, le document de recensement des besoins devra faire l'objet d'un cahier des charges en vue du lancement d'un marché public. L'ARS Bretagne et ses partenaires attendent l'aval de la CNSA pour lancer ce marché.

Efficiency and quality : welfare and evaluation

Le développement de la bienveillance en faveur des personnes fragiles et la lutte contre la maltraitance constituent une priorité nationale dans le secteur social et médico-social comme dans le secteur sanitaire. Trois circulaires des 23 juillet 2010, 12 juillet 2011 et 20 février 2014 sont venues renforcer cette politique.

Les ARS sont chargées du pilotage régional de ces politiques dans le champ médico-social en relation avec les préfets de département et avec les services des conseils départementaux de la région. Quatre actions prioritaires ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre concertée des objectifs du SROMS sur la thématique bienveillance, à savoir :

- *Améliorer le signalement, le traitement et le suivi des situations de maltraitance, dans le cadre d'une démarche concertée avec les Conseils Départementaux et les Directions de la Cohésion Sociale ;*
- *Promouvoir une politique concertée de bienveillance ;*
- *Accompagner les structures dans l'appropriation des bonnes pratiques ;*
- *Développer une réflexion sur l'éthique.*



Face aux enjeux des évaluations internes et externes des structures médico-sociales, il a été acté en Commission de Coordination des Politiques Publiques d'inclure les évaluations dans la thématique « Efficience et Qualité ».

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ELABORER DES DOCUMENTS SUR LE SIGNALEMENT, LE TRAITEMENT ET LE SUIVI DES SITUATIONS DE MALTRAITEMENT DANS LES ESMS

Dans le cadre de l'amélioration des signalements, du traitement et du suivi des situations de maltraitance, un courrier commun ARS/CD/DRJSCS à destination des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux de la région a été élaboré pour présenter la démarche conjointe de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bienveillance. Il était accompagné de documents destinés à prévenir la maltraitance et gérer les événements de maltraitance en interne aux structures ainsi que de fiches de déclaration pour la transmission des informations aux autorités de tutelle. Un protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables dans les ESMS était joint et devait être retourné, signé par les directeurs d'établissements.

PROCÉDER A L'ANALYSE REGIONALE DES ENQUÊTES BIENVEILLANCE

Le plan national de développement de la bienveillance incite les établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que les foyers et maisons d'accueil médicalisés (FAM/MAS) à s'inscrire dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques de bienveillance. Pour faciliter cette démarche, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) a lancé une enquête portant sur ces structures afin de favoriser une réflexion en interne sur les facteurs favorisant la bienveillance, réaliser un diagnostic sur les actions déjà mises en œuvre et les difficultés rencontrées, et identifier les actions susceptibles d'être développées.

Le groupe technique régional (GTR) bientraitance a analysé et publié en mars 2014 les principaux résultats de l'enquête sur les MAS/FAM en Bretagne et proposé des axes d'amélioration.

ASSURER LA GESTION ET LE SUIVI DES EVALUATIONS EXTERNES

L'action sur la gestion et le suivi des évaluations externes s'inscrit plus globalement dans la structuration des outils permettant une analyse de la bientraitance. Dans ce cadre et en concertation avec les Conseils Départementaux, une procédure régionale de gestion et d'analyse des rapports d'évaluations externes ainsi qu'un tableau d'analyse et de suivi ont été élaborés. L'objectif était de disposer d'outils régionaux conjoints à l'ARS et aux CD afin d'harmoniser les pratiques et de disposer d'une grille de lecture commune pour une analyse homogène des évaluations externes.

Actions non priorisées / en cours

Le développement d'une réflexion sur l'éthique dans le cadre de la thématique bientraitance dans le champ médico-social est en cours. Cette action est portée par l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB) dont la convention constitutive a été actée au recueil des actes administratifs du 7 janvier 2015 par le Directeur général de l'ARS.

D'ores et déjà, deux rencontres intégrant l'éthique dans les ESMS ont eu lieu en 2015. Les thèmes de ces deux rencontres étaient « Les EHPAD, vieillissement et société : nouveau mode d'accompagnement en EHPAD » et « L'éthique de la sollicitude ».

En 2016, le EREB intégrera des actions spécifiques bientraitance dans son programme de travail.



Focus sur les territoires

L'ARS Bretagne, en lien avec les Conseils départementaux, a organisé en 2012 quatre journées d'échanges départementales sur la qualité de la prise en charge en EHPAD sur les thèmes du risque infectieux, de la nutrition, des troubles du comportement et de leur prise en charge non médicamenteuse, de la prescription de psychotropes et particulièrement de neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Ces journées ont pour objectifs de diffuser des informations et outils portant sur les bonnes pratiques de soins, et de valoriser les actions mises en œuvre dans les établissements.

Près de 700 personnes ont participé à ces rencontres.

Perspectives

La bientraitance et la prévention de la maltraitance ne proviennent pas d'une action unique à effet immédiat.

La mise en œuvre de l'amélioration de la qualité ne peut provenir que d'actions qui prennent en compte la nécessité du long terme et de prendre le temps avec l'utilisateur.

Deux actions seront réalisées en 2016, une sur la bientraitance et une autre sur les évaluations.

- S'agissant de la bientraitance, il s'agira de développer nos actions sur la réflexion éthique en intégrant dans le programme de travail 2016 de l'Espace de réflexion éthique de Bretagne (EREB) des actions sur la thématique « bientraitance » des établissements médico-sociaux ;
- Sur les évaluations, le retour auprès des structures via des journées bi-départementales sur le sujet seront réalisées au cours du dernier trimestre 2016.

Enfants handicapés : prévention du handicap et prise en charge précoce

La généralisation du dépistage dans les périodes prénatales, périnatales et maternelles (avant 6 ans) est à l'origine d'une demande d'accompagnement et de soins de plus en plus précoce et pour un plus grand nombre d'enfants à risque, ou en situation de handicap. Ces soins et accompagnements ne peuvent pas toujours être assurés par les acteurs de droit commun, c'est pourquoi une offre médico-sociale spécifique a été développée par les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico psycho pédagogiques (CMPP), et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour les enfants scolarisés de moins de 6 ans (SESSAD). Les objectifs généraux de l'accompagnement des CAMSP, CMPP et SESSAD consistent à garantir la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement des 0-6 ans, à risque de handicap par la complémentarité de cette offre et leur accès pour la totalité de la population bretonne. L'objet est aussi d'améliorer l'accueil et la participation sociale des enfants dans les structures de droit commun.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

MIEUX CONNAITRE LE FONCTIONNEMENT ET LES MISSIONS DES STRUCTURES BRETONNES

Deux études ont été réalisées par le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations (CREAI) afin de disposer d'une photographie du fonctionnement actuel des CAMSP et des SESSAD en Bretagne et d'identifier les leviers d'action pour optimiser l'offre en termes de couverture et d'accès aux structures, d'équilibre dans l'exercice des différentes missions, de fluidité des prises en charge entre CAMSP, SESSAD, CMPP et CMP.

L'objectif était aussi d'analyser de façon comparative les modalités des prescriptions des SESSAD par les MDPH ainsi que les durées de prise en charge, de dresser une typologie des modalités d'accompagnement par les SESSAD et d'analyser l'organisation des passages de relais entre acteurs médico-sociaux et acteurs de pédopsychiatrie.

Concernant les CAMSP, l'idée était d'améliorer la connaissance de l'ARS et des Conseils départementaux par l'harmonisation des rapports d'activités permettant une analyse de l'activité et du fonctionnement de ces services (analyse annuelle diffusée ensuite aux CAMSP). De plus, l'ARS Bretagne a participé au groupe de travail national pour la constitution d'un rapport type CAMSP aujourd'hui diffusé dans toutes les régions.

Il s'agissait aussi d'accompagner l'organisation territoriale des CAMSP et CMPP en lien avec les SESSAD afin de renforcer la fluidité des parcours.

Afin de réduire les inégalités d'accès à ces dispositifs, l'ARS Bretagne, en lien avec le Conseil Départemental, a créé un nouveau CAMSP à Pontivy dont l'ouverture a eu lieu en 2016. De plus, un travail a été réalisé avec l'ensemble des CAMSP de Bretagne concernant l'analyse de leur offre de service et une orientation plus forte donnée sur la fonction de dépistage. Ce travail a abouti à la rédaction d'un document intitulé « Préconisations régionales pour les CAMSP » qui sera prochainement diffusé à ces services mais aussi à l'ensemble de leurs partenaires.

Il apparaissait également nécessaire d'améliorer et de valoriser le partenariat notamment par une animation des travaux de mise en œuvre d'un dispositif régional de suivi des nouveau-nés vulnérables. Sous le pilotage des réseaux de périnatalité, le dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables est maintenant opérationnel dans les 4 départements bretons, sur la base d'un cahier des charges régional. Les objectifs principaux de ce dispositif sont de repérer précocement les troubles du développement des nouveau-nés prématurés ou ayant été exposés pendant la grossesse ou en période néonatale à des facteurs de vulnérabilité, afin de faciliter une intervention précoce des personnels spécialisés et de mettre en place des actions de guidance parentale voire d'intervention préventive. Le dispositif s'appuie sur des formations communes des professionnels, des outils de suivis partagés et sur un suivi alterné et/ou raisonné entre les consultations hospitalières de néonatalogie, les CAMSP, les PMI et les pédiatres ou médecins généralistes dit « relais ». Près de 500 enfants sont ainsi inclus dans le dispositif chaque année.



Focus sur les territoires

Depuis 2014, un travail animé par la DD35 en lien avec le siège de l'ARS, permet de redéfinir les missions et rôles des CAMSP et CMPP du bassin rennais. Ainsi, les publics prioritaires et les principales missions ont été définis avec les gestionnaires de ces structures.

L'objectif consiste aussi à mettre en œuvre des relations fortes entre ces services afin de coordonner leurs actions, harmoniser leurs pratiques et rendre lisible par les partenaires et le public leurs fonctions.

Perspectives

L'objectif prioritaire reste d'améliorer l'accès aux solutions d'aval des CAMSP et CMPP et notamment fluidifier les entrées en SESSAD. Les campagnes budgétaires 2016 et 2017 comporteront des objectifs opérationnels en lien avec la mise en œuvre du plan Autisme.

Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre du plan régional autisme, afin d'améliorer la lisibilité du rôle des CMPP dans le dispositif de repérage, de diagnostic et de prise en charge précoce de l'autisme, il conviendra d'inclure une représentation de ces structures au sein du GTR Santé Mentale.

Jeunes adultes handicapés maintenus en institutions pour enfants

Arrivés à la limite d'âge, de nombreux jeunes adultes en situation de handicap se retrouvent à devoir rester en structures médico-sociales pour enfants faute de place adéquate dans les structures pour adultes. Depuis 1989, l'amendement Creton permet le maintien de jeunes adultes de plus de 20 ans dans les établissements pour enfants handicapés, dans l'attente d'une place dans une structure adaptée pour les adultes.

En Bretagne, fin 2014, les jeunes sous amendement Creton occupent 10,14% des places en établissements pour enfants handicapés. La majorité des jeunes concernés présente une déficience intellectuelle et est accueillie au sein d'IME. Il s'agit d'une difficulté prégnante concernant la fluidité des parcours des personnes handicapées. Cette thématique a été retenue comme prioritaire au niveau du SROMS. L'objectif est double : dresser un état des lieux de la situation et réduire le nombre de jeunes en amendement Creton pour améliorer la fluidité des parcours.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

REALISATION D'UNE ETUDE PERMETTANT DE MIEUX APPREHENDER LA PROBLEMATIQUE

Conformément au plan d'actions inscrit au PRS 2012-2016, les sous-actions suivantes ont été menées :

- Enquête annuelle auprès des structures concernées afin de disposer d'éléments de diagnostic plus fins sur la situation des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants ;
- Etude et analyse des freins à la sortie de jeunes handicapés de plus de 20 ans d'institutions pour enfants. Il s'agit d'appréhender les obstacles à leur insertion en établissement pour adultes (étude CREAI) ;
- Cartographie permettant d'affiner le diagnostic du nombre de places en établissements et services pour adultes par territoire : cartes régionales et par territoire.

La poursuite de cette action implique d'étoffer l'enquête annuelle afin de disposer d'éléments plus qualitatifs sur les mesures prises par les établissements pour enfants, d'analyser plus avant les dispositifs (bretons ou non) ayant pour mission l'accompagnement des jeunes à la sortie des IME. Ce point est notamment un sujet lors du dialogue avec les gestionnaires au cours de la négociation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.



Réalisation et diffusion auprès des établissements médico-sociaux des résultats des enquêtes annuelles sur les jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants handicapés
Diffusion d'une synthèse de l'étude CREAI sur le site de l'ARS Bretagne

Actions non priorisées / en cours

Les actions suivantes sont décalées dans le temps :

- Examiner avec les Conseils départementaux les moyens de réguler le nombre de jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfant ;
- Libérer des places sur le champ adulte en lien avec les Conseils départementaux.

Certaines actions, inscrites au PRS 2012-2016, ont finalement été abandonnées :

- Mieux préparer les jeunes handicapés à l'insertion professionnelle en travaillant avec les familles et les établissements en amont de la sortie pour trouver une meilleure orientation ;
- Lancement d'un appel à projets relatif à un service expérimental innovant d'accompagnement adapté pour assurer la continuité des parcours des jeunes adultes handicapés maintenus dans des établissements pour enfants.

Perspectives

Il s'agira de mener une réflexion en lien avec les Conseils départementaux afin de définir un plan d'actions concerté.

Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

« Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou cause, avant de connaître de surcroît les effets du vieillissement » (définition retenue par la CNSA). Le vieillissement des personnes handicapées est un phénomène relativement récent. L'augmentation de cette population et l'évolution de ses besoins rendent nécessaires l'adaptation des prises en charge aux problématiques du vieillissement : modalités d'accueil des structures dans le secteur du handicap et des personnes âgées et autres possibilités d'accompagnement. L'enjeu étant à la fois : de diversifier l'offre d'accompagnement pour ce public, afin d'apporter des réponses aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes, qu'elles se trouvent en établissement ou à domicile ; de libérer des places afin de permettre l'accueil d'entrants plus jeunes en secteur du handicap adulte.

La question du vieillissement ne relève pas de la seule compétence de l'ARS, mais aussi des Conseils départementaux, lesquels sont tous engagés dans ce chantier, reconnu comme prioritaire au niveau national.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

Le plan d'actions inscrit au PRS 2012-2016 intégrait deux grands objectifs :

- Affiner la connaissance des Personnes Handicapées Vieillissantes en Bretagne ;
- Améliorer le repérage des besoins et adapter l'accompagnement de la Personne Handicapée Vieillissante.

Afin de répondre à ces objectifs, des actions ont été menées afin d'améliorer la connaissance :

- du nombre de Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) en établissements et services médico-sociaux (étude ARS réalisée sur la base de l'enquête ES 2010) ;
- des modalités d'organisation mises en œuvre pour l'accompagnement des PHV et les effets induits. Un bilan qualitatif des places de foyer de vie transformées en foyer d'accueil médicalisé suite au vieillissement des personnes handicapées accueillies a été réalisé. Il a permis d'identifier les points positifs, négatifs et de vigilance concernant les modalités de transformation et de médicalisation.

Adapter l'accompagnement des PHV peut d'abord consister à adapter les méthodes et outils au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS). A cet effet, des principes ont été posés dans les cahiers des charges dans le cadre des appels à projets ou appels à candidatures pour l'installation d'unités PHV. Des créations ou des transformations de places au sein d'établissements et services pour personnes âgées et dans le secteur du handicap ont été mises en place.

L'élaboration de cahiers des charges a été conduite avec le Conseil départemental concerné (Cf. partie perspectives). Ces actions vont permettre d'accroître et de diversifier l'offre.

Pour les travailleurs handicapés vieillissants, l'ARS accompagne l'Association Régionale des ESAT et entreprises adaptées (ARESAT) dans ses actions concernant l'accompagnement à la retraite des travailleurs d'ESAT.

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) Bretagne a mis en place un groupe de travail sur la thématique « vieillissement des personnes en situation de handicap ». Elle développe différents axes de réflexion parmi lesquelles les PHV à domicile (pour lesquelles les données quantitatives font défaut), et le recueil d'expériences existantes sur le terrain afin de modéliser les plus pertinentes sur la région Bretagne. La CRSA a également lancé en mars 2014 à Pont l'Abbé, un débat régional sur le thème du Vieillissement des personnes handicapées, qui a réuni plus de 400 participants (professionnels de santé, représentants d'association, élus et usagers).

Enfin, les conférences de territoire (territoires de santé 1 et 8) ont intégré la thématique des PHV au sein de leur programme territorial de santé.



Publication du dossier

« Les personnes handicapées vieillissantes en établissements et services médico-sociaux : une augmentation qui se poursuit »

Les études de l'ARS, mai 2015



Focus sur les territoires

Des réflexions avec les partenaires (Conseils départementaux, ESMS) ont été engagées et ont permis la mise en œuvre de projets visant à l'adaptation de l'offre notamment dans 2 départements :

- Côtes d'Armor, le projet de Moncontour : création de 13 places d'hébergement permanent, de 2 places d'hébergement temporaire et de places d'accueil de jour ;
- Finistère : lancement prochain des procédures suivantes :
 - ➔ appel à projets (AAP) pour un service d'accueil de jour de 10 places à Brest ;
 - ➔ appel à candidatures (AAC) pour la requalification de places en unité pour PHV en EHPAD et en foyer-logement (52 au total) ;
 - ➔ création de 18 places d'EHPAD pour PHV dans le Finistère.

Perspectives

Il s'agit de poursuivre les actions engagées, notamment la concertation avec les Conseils départementaux afin de mener des politiques coordonnées, des actions d'accompagnement des ESMS pour l'adaptation des projets de vie et projets de soins... qui sont les premiers axes à souligner. Il est notamment prévu le développement de formations professionnelles avec le CREAI. Dans le cadre de la concertation menée régulièrement avec les Conseils départementaux, il conviendra d'élaborer des documents d'orientations partagées concernant l'accompagnement des PHV afin de décliner ensuite des actions par territoire animées conjointement, en lien avec les schémas départementaux.

Une diversité de solutions d'hébergement et d'accompagnement à domicile doit pouvoir constituer le cœur des réflexions à poursuivre et à mettre en œuvre. L'accompagnement des aidants vieillissants des PHV notamment à travers le développement de l'accueil de jour et l'hébergement temporaire (préparation de la personne handicapée vieillissante à une éventuelle entrée en établissement médicalisé) est également un axe fort à développer.

PROGRAMMES

Programme régional de gestion du risque

L'instruction du 19 juillet 2010 a confié aux ARS dix priorités de gestion du risque (GDR) visant à améliorer l'efficacité du système de soins. Depuis lors, la démarche GDR est entrée dans une dynamique d'approfondissement, qui s'est accompagnée d'une acculturation des différents acteurs impliqués dans la démarche, au niveau national comme au niveau régional. Le PRGDR a été annexé au PRS et a évolué vers le plan triennal en 2015.

En termes de pilotage, la commission régionale de gestion du risque assure l'élaboration et le suivi du PRGDR.

Dans les faits, cette commission constitue un point de rencontre entre les directeurs des organismes d'Assurance Maladie (dont la MSA et le RSI) et du service médical du régime général, un représentant des organismes complémentaires d'Assurance Maladie de la Région et le Directeur général de l'ARS. Elle a progressivement permis de traiter des sujets s'étendant au-delà de son périmètre réglementaire et touchant à l'ensemble des relations ARS / Assurance Maladie.

En complément, le comité technique ARS/AM mis en place dès juin 2010 a joué un rôle de préparation de la commission et, à ce titre, a instruit les sujets avant qu'ils parviennent en commission régionale de gestion du risque.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

Parmi l'ensemble des priorités GDR que sont les transports, les prescriptions hospitalières délivrées en ville, les listes en sus, l'imagerie, la chirurgie ambulatoire, l'insuffisance rénale chronique, la qualité des soins en EHPAD, l'efficacité des EHPAD, les soins de suite et de réadaptation, la permanence des soins ambulatoires en 2010-2011, la pertinence des actes, les soins et séjours en 2014 ; voici l'illustration de quelques actions mises en œuvre dans le cadre de ce programme :

Insuffisance Rénale Chronique : Les objectifs du programme sont d'améliorer, la prévention et le dépistage de l'IRC, renforcer la greffe et le prélèvement, favoriser les prises en charge de dialyse de proximité des nouveaux patients, veiller à la qualité et à la sécurité des soins, assurer l'accès des patients à l'information et aux programmes. L'ARS Bretagne a poursuivi ses actions en faveur du renforcement de la greffe rénale : elle a notamment financé l'acquisition de 6 machines à perfusion dans les 2 CHRU et relayé les campagnes d'information organisées par l'ABM sur les dons de rein. De plus, l'ARS Bretagne a soutenu les actions des établissements qui favorisent l'orientation des patients vers les modalités de traitement « hors centre » et notamment de dialyse péritonéale. 2 unités de dialyse médicalisées ont été autorisées en 2013, à Redon et à Guingamp.

Imagerie médicale : Le programme met en œuvre la diversification du parc des IRM et finalise l'accompagnement sur l'imagerie conventionnelle. Le plan d'équipement 2012-2016 se poursuit. La cible initialement prévue pour 2016 est de 42 IRM dont 9 ostéo-articulaires. L'ARS a poursuivi la mise en œuvre de la diversification du parc IRM via la procédure de renouvellement des autorisations. En 2013, 5 autorisations d'IRM ont été accordées dont 3 ostéo-articulaires. Au 31 décembre 2013, 28 IRM ont été installées dont 1 IRM mobile. Une évaluation des effets de l'implantation des équipements IRM ostéo-articulaires a été réalisée. Suite à l'actualisation du guide de bon usage des examens d'imagerie de la HAS, un plan d'accompagnement sur les indications des examens IRM visant à améliorer leur pertinence a été mis en œuvre par l'Assurance Maladie. Un accompagnement sur les actes de radiologie conventionnels sur 3 topographies a été relancé en 2013.

Soins de Suite et de Réadaptation : L'évolution de la consommation de soins en SSR, en légère augmentation, suit la tendance nationale et de fortes disparités sont observées selon les territoires. L'objectif du programme est de mieux positionner les SSR dans l'offre de soins régionale, d'améliorer la fluidité du parcours de soins du patient entre SSR et champ médico-social, d'améliorer l'efficacité à court terme des nouveaux SSR et l'orientation des patients entre MCO et SSR. Il s'agit également de faire progresser la part des patients pris en charge à domicile pour leur rééducation de 31 % à 45 %, ce qui permettrait des gains de 40 millions d'euros.

Enfin, des établissements ont été mis sous accord préalable, conformément aux préconisations nationales en 2013 et 2015.

Analyse de l'efficacité dans les EHPAD et de la qualité des prises en charge : Ce programme a vocation à renforcer l'efficacité de l'organisation des EHPAD et évaluer la qualité de la prise en charge et des soins, notamment en réduisant la iatrogénie médicamenteuse en EHPAD. Il vise également à déployer un suivi et une analyse de l'efficacité des EHPAD.

Une réunion régionale a été organisée à Rennes le 4 décembre 2013 et a réuni 117 EHPAD. Les thèmes du risque infectieux, de la dénutrition, et des alternatives à la prescription de neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont été abordés.



La contractualisation avec les établissements sur les prescriptions de transports, médicaments et dispositifs médicaux (CAQOS)

Entre 2012 et 2015, 19 contrats « transports » et 11 contrats « médicament » ont été signés avec les établissements sanitaires publics et privés à but non lucratif - ayant des activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique et Psychiatrie de la région. 7 établissements ont été signataires des 2 contrats.



Focus sur les territoires

Les prescriptions des établissements représentant 3/4 des dépenses de transports en Bretagne, et ces dépenses ne cessant d'évoluer depuis 2010. Afin de tenter d'infléchir cette tendance, l'ARS Bretagne a lancé fin 2014 une enquête régionale, sur la base d'outils développés par l'ANAP, auprès de 54 établissements de santé - publics et privés à but non lucratif - ayant des activités médecine-chirurgie-obstétrique et psychiatrie. Cette enquête a poursuivi un double objectif : réaliser un état des lieux régional des organisations et de la gestion des transports auprès des établissements de santé ayant une activité MCO et/ou de psychiatrie (dont les établissements signataires d'un CAQOS) et identifier les bonnes pratiques en matière d'organisation des transports en établissements de santé et capitaliser sur celles-ci.

Les résultats de l'enquête ont permis à chaque établissement d'avoir une photographie de son organisation actuelle et des différents axes pouvant faire l'objet d'une amélioration (procédure interne, modalités de prescriptions, actions de communication, relations avec les prestataires, suivi des dépenses, etc...).

Les résultats de l'enquête ont été restitués aux établissements en avril 2015, ainsi que les bonnes pratiques pouvant être mises en place par les établissements afin d'améliorer leur organisation et infléchir l'évolution des dépenses de transports (ex: actions de communication rappelant la réglementation, regroupement des examens sur une journée, contractualisation avec les transporteurs, etc.). Ces travaux ont servi :

- soit de base de contractualisation avec les établissements éligibles à un CAQOS ;
- soit de base aux échanges CPAM-établissement dans le cadre de l'accompagnement sur la maîtrise médicalisée ;
- soit à l'élaboration du volet « transport » de la feuille de route stratégique des établissements dans le cadre du plan triennal.

Perspectives

Le plan triennal 2015-2017 a pris le relais du Programme Régional de Gestion Du Risque.

La Commission régionale de GDR devient l'instance commune du pilotage et du déploiement du plan en région. Elle organise les conditions de coordination ARS - Assurance Maladie, le partage de données et d'informations utiles, et s'assure de la cohérence et de la non redondance des actions. Elle s'assure de l'avancement des plans d'actions et suit leur impact en terme de résultats (tableau de bord du plan.)

Le plan triennal comprend 12 blocs : 4 propres à l'ARS, 4 propres à l'Assurance Maladie, 4 avec une mise en œuvre partagée entre l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie.



Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d' autonomie

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est un outil de programmation régional et pluriannuel qui organise l'adaptation et l'évolution de l'offre régionale de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) et des personnes âgées dépendantes.

Le PRIAC est le programme de déclinaison du schéma régional d'organisation médico-sociale qui organise l'état de l'offre sur cinq ans en fonction des crédits délégués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Celui-ci est actualisé chaque année afin de suivre l'évolution dans la programmation des places sur les années à venir.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

De 2012 à 2016, l'ARS Bretagne a bénéficié de crédits pour installer des places nouvelles en établissements et services pour personnes âgées dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age et du Plan Alzheimer et maladies apparentées.

Concernant les personnes handicapées, cette période a permis la clôture du Plan Pluriannuel de créations de places et la mise en œuvre, à partir de 2013 du plan Autisme.

En lien avec nos partenaires des conseils départementaux, l'orientation de ces crédits s'est réalisée, prioritairement, pour consolider l'accompagnement à domicile des publics âgés et en situation de handicap qui s'est traduit par un accroissement de places en services d'accompagnement à domicile.

- **SECTEUR PERSONNES AGEES**

Créations de places sur le secteur Personnes Agées entre 2012 et 2016 : **1 647 places**

Année d'installation	AJ	HP	HT	SSIAD
Places 2012	85	282	36	51
Places 2013	87	162	37	10
Places 2014	87	410	31	
Places 2015	49	97	50	
Prévision Places 2016	33	114	26	
Total général Places	341	1 065	180	61

Créations de places secteur Personnes Agées de 2012 à 2016 : traduction financière : **14 904 102 €**

Année d'installation	AJ	HP	HT	SSIAD
2012	927 010,02 €	2 801 933,71 €	381 600,00 €	535 500,00 €
2013	948 822,00 €	1 615 044,63 €	392 200,00 €	105 000,00 €
2014	948 822,00 €	4 017 600,00 €	328 600,00 €	
2015	490 770,01 €	931 200,00 €	530 000,00 €	
Prévision 2016	316 274,00 €	1 089 881,00 €	275 600,00 €	
Total général	3 315 424,03 €	9 365 778,34 €	1 632 400,00 €	640 500,00 €

Plan Alzheimer (mesures médico-sociales qui entrent dans le PRIAC) : **11 818 700 €**

	PASA	ESA	UHR	Plateformes
Nombre de dispositifs	95	28	7	8
Région au 31/12/2015				
Prévision 2016	3			
Région au 31/12/2015	5 901 481,00 €	2 940 000,00 €	1 994 937,50	800 000,00 €
Prévision 2016	182 282,00 €			
Total général	6 083 763,00 €	2 940 000,00 €	1 994 937,50	800 000,00 €

SECTEUR HANDICAP

 Créations de places sur le secteur Personnes Handicapées entre 2012 et 2016 : **1 084 places**

DEP	Institution ENFANT	Services ENFANT	Institution ADULTE	Services ADULTE
2012	18	116	138	0
2013	34	69	72	0
2014	36	19	7	14
2015	66	22	58	94
Prévision 2016	16	78	105	122
Total général	170	304	380	230

 Créations de places secteur Personnes Handicapées de 2012 à 2016 : traduction financière : **27 377 764 €**

DEP	Institution ENFANT	Services ENFANT	Institution ADULTE	Services ADULTE
2012	946 787,00 €	1 939 907,00 €	3 522 302,45 €	0,00 €
2013	1 251 313,00 €	1 137 113,00 €	3 563 271,00 €	0,00 €
2014	2 757 960,84 €	374 686,16 €	194 600,00 €	189 000,00 €
2015	1 081 047,91 €	37 883,00 €	400 172,20 €	322 416,67 €
Prévision 2016	1 090 000,00 €	2 020 267,00 €	4 872 037,00 €	1 677 000,00 €
Total général	7 127 108,75 €	5 509 856,16 €	12 552 382,65 €	2 188 416,67 €

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

L'un des objectifs spécifiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) est celui de promouvoir la santé des publics les plus fragiles, en particulier les publics précaires. Ainsi le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) s'adresse aux plus démunis (sans domicile, migrants précaires...) qui éprouvent des difficultés importantes d'accès au système de santé de droit commun.

Pour parvenir à la réalisation de cet objectif, l'ARS, avec ses partenaires, a élaboré et met en œuvre une nouvelle génération de PRAPS. Ce programme, rendu obligatoire par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, se propose de favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics précaires à travers un ensemble de dispositifs spécifiques existants sur le territoire breton. Le nouveau PRAPS s'inscrit dans la continuité des programmes précédents en Bretagne (PRAPS1 : 2000-2002 et PRAPS2 : 2003-2006).

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

RESTRUCTURER LES POINTS SANTE

Souvent les personnes précaires éloignées des structures de soins, présentent des pathologies multiples, et peuvent être confrontées fréquemment à des problèmes d'addictions, d'hygiène ou de souffrance psychique. Pour répondre à ces problématiques multiples, les points santé, situés dans des périmètres de passage des publics démunis, constituent un facilitateur entre la personne et les dispositifs de droit commun. Les points santé s'adressent à des publics démunis qui sont particulièrement touchés par la précarité (sans « chez soi », routards, jeunes en rupture, personnes désocialisées, population errante, migrants précaires) et concernés par des difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. En 2011, un travail d'analyse du rôle des points santé a été mené. Ainsi, sur la base d'un document de cadrage régional, les actions des points santé ont été redéfinies selon un socle commun régional et mises en œuvre à travers une procédure de contractualisation. Les 8 types d'actions précisées dans les CPOM doivent permettre de mieux accompagner les publics à travers une démarche articulée et complémentaire d'accès aux droits et aux soins, de réinsertion et de développement des comportements favorables à la santé. Actuellement 10 points santé sont financés et accompagnés par l'ARS sur l'ensemble de la région.

RESTRUCTURER LES PASS

L'ARS a proposé un rapport d'activité standardisé des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en 2014. Cet outil est construit sur la base de l'enquête nationale 2013 complétée d'items proposés par un groupe de travail régional comprenant des représentants des PASS et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Des critères de précarité ont été définis, afin de mieux identifier les accompagnements réalisés par la PASS et de les différencier de l'activité du service social de l'établissement. Sur la base de ces résultats, l'ARS a procédé à une nouvelle répartition des financements dont ont été exclus les établissements pour lesquels l'activité déclarée était inférieure à 100 patients (seuil minimal requis par la circulaire du 18 juin 2013) amenant à une réorganisation des PASS dans les territoires.



ELABORATION D'UN REPERTOIRE DES DISPOSITIFS EN SANTE PRECARITE

Le PRAPS a vocation à impulser une action coordonnée entre plusieurs dispositifs et actions qui facilitent l'accès aux droits, aux soins et à la prévention en situation de précarité. Ces dispositifs et actions sont trop souvent méconnus. Ainsi, l'élaboration d'un répertoire des dispositifs en santé précarité a permis de rendre plus visible aux acteurs et professionnels les dispositifs présents dans notre région.



Actions non priorisées / en cours

Après une démarche d'analyse sur le fonctionnement des différents dispositifs santé/précarité (points santé, PASS, lits halte soins santé (LHSS) et un travail de structuration pour certains dispositifs (points santé, PASS), il s'agit de s'interroger sur leurs articulations dans les territoires. A la notion de schéma cible des dispositifs de santé précarité, on préférera la notion de schéma cible des missions aux profits des personnes précaires (ouverture des droits, accueil, consultation, prise en charge des soins, soutien psychologique, démarche active du aller vers pour les non requérants, dépistage, prise en charge des médicaments, élaboration d'un plan personnalisé de soins pour les cas les plus complexes) s'appuyant sur les dispositifs existants actuellement, dispositifs santé mais aussi dispositifs sociaux ou de l'Assurance Maladie qui portent aussi des dispositifs d'accès aux soins. Ce travail est en cours.



Focus sur les territoires

Un état des lieux des actions et des dispositifs PRAPS a été réalisé en 2014 dans chaque territoire de santé par les référents PRAPS selon une trame commune régionale. Pour approfondir la déclinaison territoriale du PRAPS, il a été convenu de mettre en place une instance technique départementale. Ces instances, appelées Comités départementaux du PRAPS, sont animées par les référents des Délégations départementales et connaissent des configurations différentes en fonction de l'existant précédent dans chaque département. Ainsi dans l'Ille-et-Vilaine, la DD-ARS participe à un comité de pilotage « Accès aux droits, aux soins et à la prévention » animé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Ces comités départementaux du PRAPS ont réalisé des états des lieux partagés et définit des plans d'actions multi-partenariaux. A titre d'exemple, dans le Finistère une charte de coopération en faveur de l'égalité devant l'accès aux droits et aux soins a été signée entre l'ARS, la Préfecture du Finistère, la CAF, la CPAM, le Conseil Départemental.

Perspectives

Le PRAPS continue la dynamique enclenchée mettant notamment l'accent sur quelques aspects structurants comme : l'articulation des dispositifs santé/précarité, la territorialisation, l'accompagnement et la formation des professionnels. Le PRAPS continuera sa démarche partenariale indispensable pour l'accompagnement des publics dont les problématiques de santé sont très interconnectées avec des aspects d'ordre social.

L'article 158 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit à l'article 158 que le Projet Régional de Santé comprenne un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Ainsi, le PRAPS fera partie intégrante du futur Projet Régional de Santé. Par ailleurs, il faudra veiller particulièrement à l'intégration du PRAPS dans la politique de santé telle qu'elle est définie à l'article 1 de la nouvelle loi. Enfin, il faudra porter une attention spécifique à l'articulation des dispositifs du PRAPS avec le droit commun afin de favoriser le parcours de vie des personnes les plus démunies.

Une méthodologie d'élaboration du nouveau PRAPS sera conçue en cohérence avec la méthodologie et le calendrier du futur PRS.

Programme régional de télémédecine et des systèmes d'information partagés

Les systèmes d'information et la télémédecine ont acquis une importance particulière dans l'élaboration du projet régional de santé. D'un enjeu essentiellement hospitalier dans le SROS précédent, ce programme est devenu transversal s'adressant aux patients comme à l'ensemble des structures et professionnels du champ hospitalier, médico-social et ambulatoire, mais aussi aux collectivités territoriales, soutenant les différentes orientations stratégiques de la politique régionale : égalité d'accès aux soins et à la prévention, permanence des soins, coordination des acteurs dans une logique de parcours de santé.

La période de 2012-2016 a été marquée par le lancement d'initiatives nationales autour des nouvelles technologies en santé pour assurer les évolutions attendues du système de santé : plan national de télémédecine (2011), programmes « Hôpital Numérique » (2012), « déploiement du dossier médical partagé (DMP) » (2012), « territoires de soins numériques » (2013), plan de déploiement de la messagerie sécurisée (2013), du dossier communicant en cancérologie (2014), du répertoire opérationnel des ressources (2015). Toutes ces initiatives témoignent de nouvelles organisations de soins, qui doivent permettre de mieux répondre aux besoins de santé de la population bretonne.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PAR LE DEPLOIEMENT DU DMP EN REGION

L'objectif de cette action était d'assurer en région la promotion et le déploiement du DMP afin d'assurer une prise en charge coordonnée du patient par le partage informatisé des informations médicales. La Bretagne a été retenue en 2012 dans l'appel à projet national de l'ASIP Santé « DMP accompagnement » et a pu expérimenter sa mise en œuvre sur le territoire de santé pilote n°4. La conduite du changement menée auprès des établissements et des professionnels libéraux a permis d'atteindre la cible de près de 17 500 DMP impliquant 17 structures et 269 médecins généralistes. Récemment, la Bretagne a également été choisie comme une des régions « test » du DMP « nouvelle génération » pour une expérimentation sur le territoire de santé n°7, qui sera désormais pilotée par l'Assurance Maladie, conformément aux dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé, avant la phase de généralisation prévue d'ici 2021.

ELEVER LE NIVEAU DE MATURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS

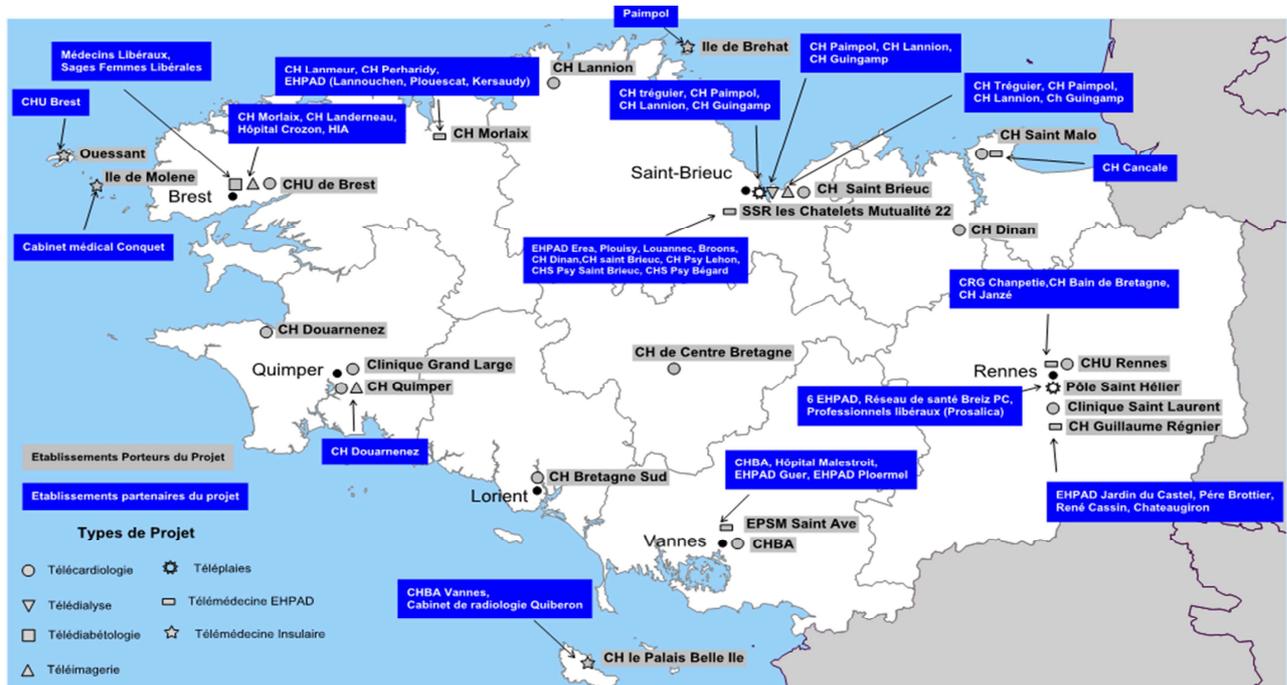
L'objectif majeur de cette action était d'assurer l'instruction du programme national « Hôpital Numérique ». Après avoir finalisé en 2014 le plan antérieur « H2012 », impliquant 14 établissements de santé bretons, ayant permis d'accélérer significativement leur niveau d'informatisation autour du dossier patient et du circuit du médicament, la dynamique « Hôpital Numérique » assure la continuité de cette montée en charge en mobilisant, à ce jour, 35 établissements de santé avec plus de 60 projets autour des domaines de la production de soins et du pilotage médico-économique.

FAVORISER UN AMENAGEMENT EQUITABLE DU TERRITOIRE PAR UNE EGALITE D'ACCES AUX SOINS QUELQUE SOIT LE LIEU DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

L'objectif de cette action était de mobiliser la télémédecine pour répondre aux problématiques de déficience de l'offre de soins dans les territoires isolés autour de deux axes : santé des détenus et territoires insulaires.

Sur le premier volet, une étude de faisabilité de mise en place de la télémédecine dans les établissements pénitentiers bretons a été menée et finalisée en 2015. A partir de ce livrable, l'objectif est de planifier, dès lors, des projets pilotes sur les périmètres prioritaires identifiés (psychiatrie, plaie chronique, consultation pré-anesthésie). Sur le second volet, après avoir conduit un diagnostic des besoins sur toutes les îles bretonnes en 2013, 4 projets ont été mis en place en 2015 (téléconsultation mémoire entre Belle-île et le CHBA, téléconsultation en psychiatrie entre Ouessant et le CHU de Brest, téléconsultation entre Bréhat et le CH de Paimpol, téléconsultation généraliste entre Molène et le cabinet médical du Conquet).

Projets des territoires sur la télémédecine



Actions non prioritaires / en cours

L'action majeure non réalisée est relative à la mise en œuvre du répertoire opérationnel des ressources permettant de disposer d'une vision fiable et actualisée des ressources des établissements et des professionnels de santé. L'ampleur d'un tel projet régional au niveau de l'organisation de sa mise en œuvre et de son exploitation nécessite le recours à des ressources spécifiques en termes de pilotage opérationnel qui n'étaient pas encore présentes au sein du GCS E-santé Bretagne et qui sont actuellement en cours de recrutement. Par ailleurs, les dispositions nationales ont été formalisées relativement récemment dans le cadre d'une instruction DGOS publiée le 7 avril 2015.



Focus sur les territoires

Dans le cadre du lancement de l'appel à projet télémédecine 2013, l'ARS a identifié la prise en charge des personnes âgées en EHPAD comme une priorité des axes de déploiement. En effet, le secteur médico-social cumule des difficultés d'accès aux soins, notamment en raison des ressources des structures et des patients concernés, et des déplacements physiques souvent traumatisants pour les personnes prises en charge. La télémédecine doit permettre de mieux gérer les situations en urgence mais aussi d'améliorer l'accès et le suivi aux consultations programmées de spécialités. L'objectif de cet appel à projet était de soutenir des projets permettant aux EHPAD :

- D'assurer une meilleure surveillance sanitaire de personnes âgées, de jour comme de nuit ;
- De sécuriser les décisions des soignants (les équipes se sentant démunies dans les situations d'urgence) ;
- D'apporter une réponse aux besoins d'avis spécialisés pour les patients, hors urgence ;
- De diminuer les transferts de personnes vers les établissements sanitaires, parfois inutiles, voire dangereux.

6 projets ont été retenus regroupent au total 23 EHPAD, 14 établissements MCO et SSR, 4 établissements de soins psychiatriques et des professionnels de santé libéraux (voir cartographie ci-dessus)

- ➔ **TELEHPAD** (Mutualité 22),
- ➔ **TELEFIGAR** (CHU de Rennes),
- ➔ **TELEPLAIES Chroniques** (Pôle Saint-Hélier),
- ➔ **TELEPSY** (EPSM Saint-Avé),
- ➔ **AGETELEPSY** (CHGR Guillaume Régnier),
- ➔ **TELECONSULTEHPAD** (CH Morlaix).

Ils visent la mise en œuvre d'actes de télémédecine avec un large spectre de prise en charge : gériatrie, suivi des plaies chroniques, psychiatrie, dermatologie, diabétologie et cardiologie.

Perspectives

Fin 2012, l'élaboration du Programme Régional de Télémédecine et des Systèmes d'Information Partagés a permis de déterminer les initiatives à poursuivre et à mettre en œuvre en Bretagne pour les années à venir. La nécessité de trouver de nouvelles modalités d'organisation des soins a ainsi fait naître de nombreuses initiatives en région ; celles-ci concernent de nombreuses spécialités et champs d'activités au sein des huit territoires de santé bretons.

Les chantiers à venir devront voir se concrétiser :

- la finalisation du schéma directeur SI du GCS Esanté ;*
- la consolidation de l'existant en développant les usages de la télémédecine autour de projets comme l'imagerie et la permanence des soins, la montée en charge des activités entre le sanitaire et le médico-social ;
- la mise en œuvre du Répertoire Opérationnel des Ressources ;
- la conduite de la mutualisation des SI dans le cadre des GHT ;
- la disposition d'une meilleure connaissance des systèmes d'information des ESMS.

D'autres projets comme :

- le renouvellement du dossier communicant en cancérologie, élément stratégique pour le plan Cancer III ;
- la mise à disposition du serveur régional transfusionnel ;
- le DMP nouvelle génération ;
- la mise en place d'un système d'information partagé dans les maisons et pôles de santé conformément aux dispositions du règlement arbitral...

L'ARS continuera ainsi à veiller à la cohérence de ces projets avec les préoccupations des acteurs du sanitaire, du médico-social et de l'ambulatoire, et en lien avec les opportunités qu'apportent l'innovation autour de la mobilité et des objets connectés, de telle sorte que le développement de la santé numérique en Bretagne soit une vraie réussite, partagée par les différents intervenants et au profit de tous les patients.

Programme médicaments et infections associés aux soins

Les médicaments occupent une place centrale dans les questions de santé. Les principes éthiques sous-jacents aux usages des médicaments, sont associés aux principes d'autonomie du patient, d'efficacité, de sécurité et de justice. C'est ainsi que le volet médicaments de ce programme s'est attaché à encourager les prises de décisions éclairées par les patients et les professionnels, améliorer la qualité des pratiques professionnelles, de la prescription, prévenir les risques individuels liés à la iatrogénie mais aussi collectifs liés à l'antibiorésistance et améliorer la performance économique. La question du bon usage des médicaments a été posée dans un contexte où doivent être conciliés intérêts de santé publique, maîtrise de la surconsommation et des dépenses et bien être des citoyens.

Le schéma cible relatif aux infections associées aux soins permet de conforter la lutte contre les infections nosocomiales en établissements de santé, d'étendre cette lutte aux établissements médico-sociaux ainsi que de renforcer la prévention des infections à bactéries multi-résistantes. Il a permis l'amélioration de la pertinence et l'exhaustivité des signalements (par le déploiement de l'application e-sin). En revanche, une amélioration est attendue sur le secteur ambulatoire, notamment par la mise en place d'actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé libéraux.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

SUR LE VOLET MEDICAMENT

DEFINIR ET METTRE EN PLACE UN PILOTAGE STRATEGIQUE DE LA POLITIQUE REGIONALE DU MEDICAMENT

Un comité de pilotage de la politique du médicament, composé de représentants des gestionnaires, prescripteurs et professionnels de santé des différents secteurs (sanitaires, médico-sociaux et libéraux) et des usagers a été mis en place. Une structure opérationnelle d'appui a été constituée au sein de l'OMEDIT et ses moyens ont été adaptés au développement du programme régional.

FAVORISER L'AMELIORATION CONTINUE DES PRATIQUES, L'EVALUATION ET LE PARTAGE D'INFORMATION LE LONG DU PARCOURS PATIENT

L'ensemble des établissements de la région éligibles, a signé un Contrat de Bon Usage sur les médicaments et les dispositifs médicaments (CBU), un contrat de performance qui avec plus de 80 indicateurs les engage dans un processus d'amélioration du circuit des médicaments et de respect des référentiels de prescription. Ce respect est suivi par l'analyse annuelle de la conformité de plus de 2 250 prescriptions de médicaments anticancéreux à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et aux référentiels. En complément, une campagne d'inspection en établissements de santé, qui a concerné près de la moitié des établissements, s'est assurée de la conformité du processus de prise en charge médicamenteuse à l'arrêté du 6 avril 2011.

Une équipe régionale multidisciplinaire chargée de l'animation de la politique régionale en antibiothérapie a été construite avec l'appui des : CCLIN, ARLIN, OMEDIT, infectiologues, et l'Assurance Maladie. Elle a pour but de promouvoir des actions de sensibilisation, de formation et d'information à destination des établissements, des professionnels et des usagers, d'organiser une réponse régionale à des questions cliniques, par des infectiologues experts (projet ABRI), de déployer des outils de suivi et de bon usage des antibiotiques dans les établissements. L'ensemble des établissements de la région a été équipé du logiciel de suivi des consommations et des résistances (CONSOIRES).

Un programme régional encourageant la déclaration et la prévention des événements indésirables médicamenteux dit « never events » a été développé en partenariat avec l'OMEDIT et les Centres Régionaux de Pharmacovigilance.

FAVORISER LES CONDITIONS D'UNE INFORMATION INDEPENDANTE

La Bretagne expérimente un service régional d'information destiné aux professionnels de santé ; le volet usagers est expérimenté par d'autres régions. Ce projet national est issu des recommandations consécutives à l'affaire du Médiateur. Les professionnels de la plateforme Médicament Info Service de l'OMEDIT, au CHU de Brest, appuient les hospitaliers ou libéraux afin de fournir des informations actualisées, applicables, personnalisées et libres de toute influence promotionnelle sur les médicaments et les dispositifs médicaux d'obtenir une réponse adaptée à leurs questions, de proposer une orientation le cas échéant vers d'autres structures compétentes spécialisées (Centres régionaux de Pharmacovigilance, autres).

SUR LE VOLET INFECTIONS ASSOCIES AUX SOINS

ASSURER LE PILOTAGE ET LE SUIVI DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Cela s'est traduit par la poursuite et le renforcement du programme de contrôle des éléments de preuve du cahier des charges et de validation des données, en lien avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). En 2014, les indicateurs composant le tableau de bord des infections nosocomiales (IN) ont évolué d'une part, pour s'adapter au principe du recueil en alternance adopté par la DGOS et la Haute autorité de santé (HAS) au regard d'indicateurs devenus plus nombreux, et d'autre part, pour supprimer (Score agrégé) ou remplacer certains indicateurs (Indice SARM) pour répondre à de nouveaux objectifs.

Les indicateurs ICSHA.2⁵, ICA-BMR⁶ et ICATB.2⁷ opposables aux établissements de santé ont été recueillis et les résultats de chaque établissement sont rendus publics sur le site Scope Santé d'information des usagers.

L'indicateur ICALIN.2, est proposé en recueil optionnel pour les établissements de santé qui souhaitent maintenir la périodicité annuelle. L'évaluation menée à partir des indicateurs (nombre annuel et répartition des établissements contrôlés) a montré un niveau satisfaisant à partir de 2013 permettant de conforter la lutte contre les IN en établissements de santé. Le nombre d'établissements contrôlés dans ce cadre était de **2 en 2012, 10 en 2013, 14 en 2014 et 11 contrôles en 2015.**

STRUCTURER LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES COMPLEXES EN BRETAGNE

Un avenant au CPOM entre ARS et établissements siège du Centre de référence pour la prise en charge des Infections Ostéo-Articulaires complexes dit CIOA (CHU de Rennes et antenne de Brest (CHU) pour le CRIOGO région Bretagne), lié à la reconnaissance du CIOA et à son financement par la MIG a été mis en place. Un suivi du fonctionnement du centre de référence de Rennes et du centre correspondant de Brest a été assuré. Les rapports annuels d'activité ainsi que la réunion nationale de coordination ont permis de faire le point sur les projets annoncés (DU interuniversitaire, site internet, plaquette patient notamment).

⁵ Indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques

⁶ Indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes

⁷ Indicateur de bon usage des antibiotiques

DEVELOPPER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Un accompagnement de l'ARLIN dans la mise en œuvre de coopérations entre établissements de santé et EHPAD a été poursuivi. Parmi les coopérations déployées, il importe de souligner le projet d'expérimentation d'infirmières hygiénistes en EHPAD lancé à l'été 2015. Il a pour objectif de structurer cette prévention par la réalisation d'un programme d'actions annuel, à la fois communes et spécifiques, aux EHPAD fédérés (protocoles formations, et interventions sur le terrain : sensibilisation, gestion des épidémies, audits). Des outils de surveillance des infections fréquentes - infections respiratoires aiguës (IRA) et gastro-entérites aiguës (GEA) ont été élaborés parallèlement par un groupe de travail pluridisciplinaire associant les établissements, l'ARLIN, l'ARS et la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE). Une intégration de la sous-direction de l'offre médico-sociale à participer aux échanges s'est mise en place progressivement, en particulier dans le suivi du projet IDE EHPAD.

INITIER LA PREVENTION DES IAS AUX SOINS DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

En termes de sensibilisation des professionnels de santé libéraux au bon usage des antibiotiques et aux règles d'hygiène, des actions restent à redéfinir en lien avec l'OMEDIT en vue de l'extension de la lutte contre les IAS en secteur ambulatoire.

AMELIORER LA PERTINENCE ET L'EXHAUSTIVITE DU SIGNALEMENTS DES IN

Le déploiement de l'application e-sin a été poursuivi en renforçant la communication auprès des établissements de santé. Une revue régulière des signaux réunissant CVAGS et ARLIN/CCLIN Ouest a été maintenue en y associant la CIRE Ouest. Cette réunion, qui se tient en principe mensuellement, permet de suivre les cas enregistrés, de faire le point sur les communications avec les établissements de santé sur les aspects liés à la télédéclaration sur la plateforme e-sin. Le nombre de signalements pour 2013 a été de 66 correspondant à 812 cas (malades ou colonisés par une bactérie multi-résistante ou une bactérie hautement résistante aux antibiotiques émergente). Le chiffre a baissé en 2014 à 52 signalements ; il est ensuite remonté à 66 pour l'année 2015.

DISPOSER D'UN PLAN LOCO-REGIONAL DE MAITRISE D'UNE EPIDEMIE

Une procédure a été signée avec l'ARLIN et le CCLIN Ouest sur la gestion des signalements. Une réflexion en cours au sein de l'ARS Pays-de-la-Loire avec la mise en place d'une cellule régionale de la gestion des épidémies en situation de crise opérationnelle devrait permettre de réfléchir à notre organisation en Bretagne.

Programme professions de santé

Les actions ambitieuses inscrites au PRS en termes d'installation de services et d'équipements, de qualité de prise en charge et de parcours de l'utilisateur, ne sont viables qu'adossées à une disponibilité des professionnels compétents adaptée. Au moment de la rédaction du PRS, la connaissance de la démographie des professions de santé était assez limitée, incomplète et avec peu de logique prospective, assez peu partagée. Il s'avérait donc nécessaire de constituer des outils de connaissance et de suivi des démographies des professions de santé et de structurer les relations partenariales favorisant l'appropriation collective de ces ressources, pour définir les politiques de formation les plus adéquates.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

AMELIORER LA CONNAISSANCE DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DAVANTAGE PARTAGER AUTOUR DES ENJEUX AFFERENTS

Cette recherche d'une meilleure disponibilité de ressources démographiques s'est traduite au travers de plusieurs actions convergentes et complémentaires : parution et mise à disposition sur notre site Internet du recueil ARS DemoPS 2011, puis DemoPS 2012, DemoPS 2014. Ce recueil basé sur l'exploitation des fichiers RPPS et Adeli caractérise la démographie d'un nombre croissant de professions de santé sur la période, en incluant des comparaisons territoriales et progressivement une vision davantage prospective. S'agissant des professions de médecins, cet outil a permis de mettre en place une note annuelle en lien avec les décanats intégrant des taux de renouvellement par spécialité, aux fins de contribuer à la réflexion sur les ouvertures de postes aux nouveaux internes.

Outre cette démarche, le Contrat d'Objectifs Emploi Formation - au travers duquel l'ARS s'est engagée avec le Conseil régional et la Direction Régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et de nombreux autres partenaires du secteur - a également permis la production conjointe de fiches métiers avec des données quantitatives plus complètes et un complément qualitatif, avec une vocation notamment à enrichir la réflexion portant sur l'appareil de formation paramédicale.

Le comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé a été par ailleurs constitué en Bretagne en 2013 ; il est depuis réuni sur un rythme semestriel et consulté et informé sur les données démographiques disponibles, sur les décisions en matière de flux de formation et sur les politiques menées en faveur d'un accès adapté aux ressources.

RENFORCER LES COOPERATIONS HOSPITALIERES ET PROMOUVOIR LA RECHERCHE EN HOPITAL NON UNIVERSITAIRE POUR FAIRE FACE AUX TENSIONS DEMOGRAPHIQUES

S'agissant des coopérations hospitalières, l'ARS a accompagné avec volontarisme les hôpitaux dans leur recherche de densification de leurs coopérations, avec la mise en place du dispositif régional « assistants spécialistes partagés », qui soutient le post-internat hospitalier sous condition de partage territorial d'activité. Environ 80 jeunes médecins parachèvent leur formation dans ce cadre annuellement en contribuant à l'activité de soins d'établissements de villes non universitaires, pour une enveloppe annuelle d'un peu moins de 3 M€. Une évaluation du dispositif a été conduite en 2015 mettant en lumière un certain nombre de fidélisation ultérieure de jeunes médecins en périphérie forts de leur expérience.

Le dispositif du contrat hospitalier de territoire a également contribué, en sus d'objectifs de gradation et de qualité des soins, à compléter le temps médical sur des villes de taille moins importantes. 3 territoires sont couverts en ce début d'année 2016 : la communauté hospitalière de territoire d'Armor depuis 2012, la CHT VOBA (territoire 4) depuis avril 2015 et la CHT Finistère Nord depuis février 2016.



Focus sur les territoires

Le contrat hospitalier de territoire de la CHT VOBA (territoire 4) permet d'accompagner la sécurisation de la couverture pédiatrique de la maternité du CH Ploërmel sur la base d'une seule équipe de pédiatres hospitaliers couvrant à la fois le CHBA et le CH Ploërmel. De même, ce contrat accompagne la constitution d'une fédération médicale inter-hospitalière c'est-à-dire le fonctionnement en équipe médicale de territoire des sites d'urgences du CHBA de Vannes et du CH Ploërmel.

Concernant la recherche clinique, l'ARS Bretagne a lancé en 2013 deux appels d'offres relatifs à la promotion et au développement de la recherche clinique en Bretagne.

- Le premier appel d'offres a porté sur l'aide à la mise en place d'unités de gestion et d'accompagnement des projets de recherche clinique dans les établissements hospitaliers non universitaires.
- Le second appel d'offres a porté sur l'aide à la mise en place de réseaux d'investigateurs en région Bretagne sur les thématiques identifiées comme prioritaires par le PRS breton. L'ARS a permis le démarrage et la structuration des réseaux et unités de gestion. Ces actions en plus de favoriser une plus grande facilité d'accès à l'innovation thérapeutique sur le territoire breton, ont contribué à rendre plus attractifs auprès des professionnels médicaux les CH non universitaires.

AGIR SUR LA QUALITE DE LA FORMATION

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017, l'ARS Bretagne a choisi d'accompagner financièrement le développement de la simulation en santé en deux phases : 2013 : Appel à projets à destination des instituts de formation et 2014 : Action visant les UFR de santé.

Ces enveloppes de crédits conséquentes vont faciliter une formation initiale et continue de plus grande qualité sur notre territoire breton.



Focus sur les territoires

Le CHU de Brest-Carhaix bénéficie par exemple fortement de la politique régionale des Assistants spécialistes partagés. Les dépenses d'intérim constatées pour l'activité du CH Carhaix ont ainsi baissé sensiblement sur la période récente particulièrement pour les spécialités ayant pu faire l'objet de plusieurs recrutements en partage d'activité notamment les urgences.

Perspectives

Le plan annoncé pour l'attractivité médicale doit apporter de nouveaux outils qu'il conviendra de mobiliser au service d'un accès facilité à des soins de qualité et avec un moindre recours à l'intérim médical. Ce chantier fera écho à la mise en place en 2014 de la commission régionale paritaire bretonne laquelle a déjà vu aboutir plusieurs travaux (mise en place d'une commission de conciliation, étude sur les déterminants d'exercice des médecins anesthésistes réanimateurs...).

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire mobilise par ailleurs très fortement les acteurs hospitaliers autour des enjeux de territorialisation de l'offre hospitalière et ces GHT se voient attribuer des compétences en matière de gestion prévisionnelle des compétences en lien avec les CHU.

La réforme du 3ème cycle des études médicales doit profondément modifier la fin des études médicales et la trajectoire de leur insertion dans l'emploi avec une individualisation des projets de formation davantage anticipée.

L'exploitation de la démarche gestion prévisionnelle des métiers et des compétences menée en partenariat avec l'ANFH et la FHF devra également permettre d'affiner encore davantage la connaissance des ressources humaines en santé et leurs perspectives d'évolution.

Programme régional santé environnement

Il est aujourd'hui parfaitement établi que notre environnement fait partie des déterminants de notre santé, à travers l'air que nous respirons à l'extérieur comme à l'intérieur des locaux, l'eau et les aliments que nous ingérons, le bruit et les rayonnements auxquels nous sommes exposés, la qualité de notre cadre de vie (...).

Ce second PRSE (2011-2015), signé par le Préfet de Région, le Président du Conseil régional et le Directeur général de l'ARS comportait 12 objectifs articulés autour de ces thématiques et d'enjeux plus transversaux tels que la réduction des inégalités ou la construction d'une culture en santé environnement avec la population. La Stratégie Nationale de Santé vient conforter la nécessité de travailler sur les environnements, en priorisant les actions de prévention, d'éducation à la santé, et le développement d'approches globales de la santé intégrant l'ensemble des déterminants.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

LES PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ÉVALUATION DU PRSE REALISEE EN 2015 (Rapport complet disponible sur : www.prse-bretagne.fr)

Parmi les points forts, on relève que 100% des actions ont été engagées et 60% sont réalisées ou bien avancées.

L'appel à projets annuel est venu enrichir les actions programmées d'actions innovantes. Les acteurs reconnaissent au PRSE un rôle d'impulsion et de renforcement des actions. La diffusion des enjeux SE et le développement de partenariats, sont, selon les acteurs, des effets majeurs du PRSE. Toutes les instances de la gouvernance du PRSE ont joué leur rôle selon les participants, malgré parfois des difficultés de production. Les outils d'animation et de communication mis en place (site internet, lettre d'information, tableaux de bord) sont appréciés des acteurs qui les consultent, mais leur portée reste limitée aux partenaires les plus impliqués.

Parmi les points faibles, on relève qu'il n'est pas possible, en l'état des connaissances, d'évaluer dans quelle mesure les actions du PRSE ont permis de répondre aux objectifs fixés. La durée considérée (4 ans entre 2011 et 2014) ne permet pas d'observer des évolutions significatives des indicateurs, ni d'attribuer d'éventuelles évolutions observées aux effets du PRSE.

- Peu d'évolution pour les indicateurs relatifs à la qualité des milieux (eaux, air, habitat) : par exemple, le pourcentage de population alimentée par une eau ponctuellement non conforme en nitrates reste stabilisé à un niveau très bas (0,03% pour les nitrates en 2014 contre 0,35% en 2011).
- Evolution plutôt défavorable pour le niveau d'information ressenti des Bretons qui se déclarent en 2014 moins informés qu'en 2007, en particulier sur la qualité de l'eau du robinet, la pollution des sols, ou le bruit. Ils se sentent en revanche mieux informés sur l'utilisation des téléphones portables.
- Evolution plutôt favorable pour les changements en matière de consommation, d'achats, de déplacements, le développement du bio, la prise en compte des liens entre santé et urbanisme. Ainsi près de 8 Bretons sur 10 disent agir en matière de consommation et d'achats, 62 % au niveau des déplacements. Ils étaient 51 % en 2007. Ils sont également la moitié à déclarer consommer des produits alimentaires issus de l'agriculture biologique régulièrement ou le plus souvent possible.

Actions non priorisées / en cours

Certaines catégories d'acteurs restent difficiles à toucher (élus, professionnels de santé, acteurs économiques, grand public). La dynamique de l'appel à projets est également inégale selon les territoires. Le niveau de connaissance du PRSE par les partenaires est souvent limité à 1 ou 2 objectifs, ceux en lien avec leur activité propre, ce qui dénote un manque de vision globale des enjeux SE de la région. Par ailleurs, l'articulation du PRSE avec les autres plans et sa déclinaison dans les politiques locales reste difficile.



Focus sur les territoires

La « campagne radon » sur Concarneau Cornouaille Agglomération, puis le Finistère

Le radon est un gaz radioactif émis naturellement par les sols riches en granit. La Bretagne est donc particulièrement concernée : chaque année environ 20 % des décès par cancer du poumon seraient dus au radon dans la région. En 2012, une action de sensibilisation des habitants à la mesure de radon à leur domicile a été engagée sur la communauté d'agglomération de Concarneau Cornouaille : 4 500 kits de mesure ont été distribués aux habitants par la CLCV (Consommation, Logement, Cadre de vie). En 2014, l'action a été étendue à l'ensemble du département du Finistère : les 1 400 dosimètres restants ont été distribués via les pharmacies, dans le cadre d'un partenariat constitué avec l'ARS, les conférences de territoire 1 et 2, et l'union régionale des pharmaciens de Bretagne. Cette action se poursuit désormais par la constitution d'un réseau de professionnels du bâtiment capables de réaliser des diagnostics radon et de conseiller les habitants sur les travaux à réaliser.

Ainsi en 2015, l'association Approche Ecohabitat a formé 4 professionnels du bâtiment. 42 habitations, identifiées lors de la campagne de mesure comme étant particulièrement touchées par le radon, ont pu bénéficier d'un diagnostic et de conseils en matière de travaux.

Perspectives

En 2016, vont se dérouler les travaux d'élaboration du PRSE3. Ils devront prendre en compte les orientations du Plan national santé environnement 2015-2019, les données actualisées de l'état des lieux régional, ainsi que les recommandations issues de cette évaluation du PRSE2 :

1. La prise en compte de l'environnement comme déterminant de la santé par l'ensemble des acteurs est à renforcer. Il faut notamment veiller à ce que les liens avec le PRSE soient explicitement inscrits dans les autres plans de santé et environnementaux, en favorisant la transversalité et la mobilisation large des différents services. La culture de la population en santé environnement, ainsi que l'accès aux données sont à développer. Enfin, certains acteurs sont à impliquer, en particulier les professionnels de santé, les élus et les acteurs économiques.
2. L'objectif de réduction des inégalités est à prioriser. Cela implique d'étendre la territorialisation du PRSE dans les politiques locales, et de conduire des actions de promotion de la santé, en ciblant prioritairement les publics démunis.
3. La coordination des acteurs est à soutenir afin de faciliter le travail partenarial, par la mise en commun de référentiels ou de séminaires d'échanges de pratiques.
4. La visibilité du PRSE est à accentuer auprès de l'ensemble des acteurs et du grand public.
5. La prise en compte de l'urbanisme comme déterminant de la santé est à développer.
6. La prise en compte des « nouvelles problématiques », telles que les champs électromagnétiques ou les nanomatériaux, est à améliorer.

Programme territorial de santé N°1

Deuxième territoire breton en termes de population, l'état de santé de la population du territoire de Brest- Morlaix - Carhaix reste préoccupant au regard des indicateurs de santé pour partie défavorables.

La prévention et la promotion de la santé, ainsi que la répartition de l'offre et la coordination au profit des parcours de santé figurent parmi les enjeux forts du programme territorial de santé n°1.

Pour répondre à ces enjeux, le territoire de santé 1 a pu compter sur le fort dynamisme de ces acteurs qui ont par ailleurs inscrits leurs travaux en pleine collaboration avec le territoire de santé 2, dans le cadre d'une approche favorisant échanges de pratiques et partage.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN PLACE UNE COORDINATION DE LA FILIERE GERIATRIQUE SUR CARHAIX

Dans la continuité de la mise en place d'une instance de pilotage institutionnelle autour des personnes âgées à Carhaix, les projets menés ont contribué à améliorer et structurer la coordination autour de la personne âgée. Un dispositif MAIA a été mis en place sur les parties finistérienne et costarmoricaine du Pays du Centre Ouest Bretagne depuis septembre 2015. Le travail d'animation et d'intégration des professionnels, s'inscrit également en lien avec la formalisation d'une filière gériatrique sur le bassin de Carhaix qui permettra de mieux coordonner et structurer l'offre en gériatrie.

FAVORISER LA COORDINATION LOCALE DES ACTEURS EN SANTE MENTALE

Priorité de santé régionale et territoriale au regard des indicateurs de mortalité défavorables, la région reste la plus touchée par le suicide sur la période 2010-2012, surmortalité masculine de 59 % et féminine de 71 %. On constate une mortalité par suicide de 24,7 pour 100 000 habitants entre 2011-2013. Les actions menées dans le cadre du programme territorial de santé visent à optimiser la coordination des acteurs et leur intégration au sein d'un réseau professionnel.

La mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) à l'échelle de Morlaix Communauté est un outil plébiscité par les professionnels et les partenaires du territoire. Les acteurs de terrain s'en saisissent pour concourir à une meilleure intégration et interconnaissance entre le sanitaire, le médico-social et le social. Plusieurs outils sont mis en place à disposition des professionnels ou des usagers, tels que des annuaires ou mémento.

PROPOSER DES ALTERNATIVES AU PUBLIC DES ENFANTS PRIS EN CHARGE AU LONG COURS DANS LE SECTEUR SANITAIRE

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées a été retenue comme priorité. Les acteurs ont observé des taux d'équipement disparates en établissements médico-sociaux, notamment au regard de la moyenne régionale, mais également l'existence de listes d'attente à l'admission dans ces établissements qui traduisent des besoins non satisfaits ou des inadéquations. La nécessité de mettre en place dans les établissements médico-sociaux un accueil et un accompagnement personnalisé a émergé ; ainsi que la mise en œuvre d'une concertation pour éviter les ruptures de parcours des enfants accueillis ou orientés dans les établissements médico-sociaux. Une convention de partenariat a été formalisée en avril 2015 entre 4 établissements médico-sociaux et un établissement de santé SSR du département. L'objectif est de fluidifier le parcours des jeunes enfants handicapés moteurs ou polyhandicapés admis en SSR pour des séjours de longue durée. Cette convention permet de proposer des séjours ponctuels en établissement médico-sociaux à des enfants en attente de place.

PROMOUVOIR LE DEPISTAGE DES CANCERS

Le dépistage des cancers renvoie à l'impact de la mortalité par cancer dans les territoires finistériens. Au cours de la période 2009-2011, le taux de mortalité par cancer dans le TS1 était de 242,9 pour 100 000 habitants, soit 14 points de plus que le reste de la Bretagne. En complément des actions déjà menées, tels que la formation et la sensibilisation des médecins généralistes lors de soirées dédiées, par la distribution de la valise CancéroBox, les acteurs finistériens se sont impliqués dans la campagne régionale de promotion du dépistage des cancers publiée notamment dans le quotidien Le Télégramme.

Actions non priorisées / en cours

Concernant l'action relative à la mise en œuvre d'une équipe médicale de territoire en imagerie, une réflexion et des travaux ont été lancés en 2013 par le GCS e-santé. L'objectif était de définir un projet de téléradiologie territorial public/privé afin d'apporter une réponse aux problématiques de démographie médicale et d'attractivité du territoire. Le projet d'organisation territorial n'a pas pu être concrétisé à ce jour malgré un enjeu de fluidification de l'activité d'imagerie et d'amélioration de la prise en charge sur le territoire.

Perspectives

Les perspectives de travail sont nombreuses pour améliorer et structurer le parcours du patient.

L'accompagnement et l'amélioration de l'accès à la santé et aux soins des personnes en situation de handicap est un des enjeux pour le territoire de santé. Le programme territorial a identifié les problématiques, notamment en termes de coordination du parcours de soins de la personne handicapée au sein des établissements de santé et de besoins de santé. Ces actions devront s'inscrire en lien avec les structures médico-sociales et les professionnels de santé libéraux afin de structurer des dispositifs d'accompagnement au plus près du patient. C'est un objectif régional, qui s'inscrit dans le cadre de la charte Romain JACOB signée par les partenaires bretons en octobre 2015.

Programme territorial de santé N°2

Marqué par un vieillissement élevé et une surmortalité traduisant des indicateurs d'état de santé plutôt défavorables, le territoire de Quimper-Douarnenez-Pont l'abbé a retenu dans le cadre du Programme territorial de santé N°2 des thématiques qui reflètent ces enjeux de santé, partagés par les acteurs de la conférence de territoire 1, avec l'objectif d'améliorer la lisibilité du parcours de soins du patient et de partager les dynamiques.

Des actions ont également été entreprises par les acteurs du territoire de santé n°2 pour favoriser l'adaptation de l'offre d'accompagnement et de prise en charge aux besoins des personnes, et ainsi faire face au vieillissement de la population et faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN PLACE UNE COORDINATION DE LA FILIERE ADDICTOLOGIE

Le diagnostic territorial a fait émerger un dispositif de prise en charge en addictologie incomplet et manquant de lisibilité.

L'un des enjeux de cette thématique est d'améliorer la structuration de la filière de prise en charge et favoriser une meilleure identification des différents niveaux de soins. Le développement des partenariats et l'intégration des différentes structures et services de prises en charge se sont concrétisés par la signature en juin 2015 d'une convention de coopération entre les acteurs du territoire. Cette convention permet d'instituer le comité de coordination de la filière de soins en addictologie du territoire de santé n°2, porté par l'EPSM Etienne Gourmelen de Quimper.

La filière de soins addictologiques a pour objectif de donner la possibilité à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées (somatiques, psychologies ou psychiatriques).

L'ensemble des équipes de soins du territoire doivent évoluer en relais et en complémentarité en fonction de l'évolution des troubles addictologiques et des complications associées. L'une des actions à venir est la diffusion de la plaquette de présentation de la filière de soins à l'ensemble du territoire.

DEVELOPPER UNE PLATEFORME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

La plateforme territoriale est ouverte depuis septembre 2015 avec pour vocation de devenir un outil de référence des territoires 1 et 2 pour l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Elle intervient auprès des professionnels de santé et des établissements. Après avoir réalisé un diagnostic de l'offre sur le territoire en 2015 et 2016, elle pourra valoriser, développer, organiser de façon cohérente l'offre et améliorer la qualité de l'ETP.

Elle participe également à l'information, l'orientation et la mise en œuvre des acteurs finistériens sur la thématique ; notamment pour accompagner et intégrer les acteurs de l'ETP et développer les programmes en proximité des patients, en lien avec l'ambulatorio (professionnels de santé 1er et 2nd recours).

La plateforme concourt également à améliorer la visibilité des acteurs en ETP et s'intègre dans le cadre de l'organisation régionale de l'ETP, en collaboration avec le pôle régional de ressources et de compétences. A ce jour, la plateforme a également permis d'accompagner deux Maisons de Santé Pluri-professionnelles dans leur réponse à l'appel à projets de l'ARS Bretagne pour le développement de l'ETP en ambulatorio.

Pour mieux identifier et faciliter son activité un site internet a été créé : <http://www.etp29.fr/lrportal/presentation>

STRUCTURER LES FILIERES GERIATRIQUES ET GERONTOLOGIQUES DU TERRITOIRE

Pour améliorer le parcours de santé des personnes âgées, le plan d'actions du Programme territorial de santé n°2 prévoit d'organiser deux filières gériatriques sur le territoire et assurer la couverture et la coordination sur l'ensemble des bassins de vie, et développer les coopérations puis garantir un accès direct à l'avis gériatrique et psycho-gériatrique. Les conventions constitutives de filière gériatrique ont poursuivi les travaux engagés dans le cadre des groupes PTS pour la constitution d'une instance de coordination à l'échelle de chacune des filières. Ainsi, les territoires de Douarnenez-Pont l'Abbé et de Quimper-Concarneau-Châteaulin sont désormais identifiés comme filières. Celles-ci, s'intégreront avec la mise en place des dispositifs MAIA qui couvre les mêmes territoires, depuis 2013 sur l'Ouest Cornouaille et depuis 2014 sur le territoire de l'Est-Cornouaille. La coordination stratégique des financeurs est menée à l'échelle départementale avec le Conseil départemental du Finistère depuis 2016.

Actions non priorisées / en cours

Concernant l'action relative à la mise en place d'un dossier de suivi de grossesse commun aux territoires de santé 1 et 2, une réflexion a été engagée par le réseau périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) dès 2012. Cependant, le dossier commun n'a pas été développé dans les deux territoires, les établissements sont à la recherche d'un dossier informatisé intégrant le suivi de la déclaration jusqu'à la sortie de la maternité.

Perspectives

Les acteurs de la prise en charge de la douleur et de l'accompagnement du handicap se sont rencontrés dans le cadre d'une action des programmes territoriaux de santé 1 et 2, animée par l'ARS et les conférences de territoire. Une première enquête a permis d'identifier les démarches engagées en termes de prise en charge de la douleur chez les personnes handicapées non communicantes. L'objectif à venir est un partage des connaissances, disposer d'un espace de discussion et diffuser les différentes pratiques professionnelles. Cette démarche s'appuiera, entre autres sur les établissements médico-sociaux et les comités de lutte contre la douleur (CLUD). Une réunion est à construire, identifiant une thématique et un établissement pilote afin de fédérer plusieurs acteurs de chaque territoire de santé.

Programme territorial de sante N°3

Le territoire de Lorient-Quimperlé se caractérise comme un territoire disparate sur le plan démographique avec une population inégalement répartie et sur le plan de la santé avec une offre globalement satisfaisante et reconnue mais qui recouvre des réalités différentes.

Pour apporter réponse aux enjeux du Programme territorial de santé n°3, à savoir :

- *Soutenir les structures de prévention et renforcer la filière de prise en charge des conduites addictives ;*
- *Assurer une prise en charge coordonnée et intégrée de la personne âgée sur le territoire de santé ;*
- *Optimiser l'accès aux soins pour l'ensemble des soins programmés et urgents ;*
- *Développer une offre de soins équilibrée territoriale et de proximité, graduée et coordonnée ;*
- *Favoriser les prises en charge pluri-professionnelles et la fluidité du parcours de santé du patient ;*
- *Prioriser le développement des prises en charge de populations spécifiques.*

Un certain nombre d'actions ont été menées depuis 2013.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

DEPLOYER UNE ACTION DE DEPISTAGE DE L'ANEVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE (AAA) CHEZ L'HOMME DE PLUS DE 65 ANS

En 2013, la Clinique Mutualiste de Lorient a initié une action de dépistage de l'AAA auprès de 10% des hommes de plus de 65 ans de l'agglomération. Cette démarche a démontré que le dépistage diminue la mortalité spécifique, alerte sur les facteurs de risque, et que leur prise en charge diminue la prévalence des AAA. Conformément aux recommandations HAS, il conviendrait de promouvoir un dépistage ciblé opportuniste. Une sensibilisation de la population aux facteurs de risques constituerait par ailleurs une action de prévention efficace.

CREER DES MODULES DE FORMATION SUR DEUX DES PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES : LES CHUTES ET LA DEPRESSION

Les acteurs du territoire ont repris à leur compte les conclusions du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur les causes majeures d'hospitalisation des personnes âgées. Deux modules de formation ont été créés : la prévention des chutes chez la personne âgée et le repérage de la dépression du sujet âgé. Ces deux programmes ont été confiés à l'Institut de formation paramédicale et sociale (IFPS) de Lorient pour validation en programme développement personnel continu. Ils sont désormais ouverts aux professionnels des secteurs sanitaire et médico-social auprès du Centre de simulation en santé (C3S) de Lorient.

ORGANISER LA PERMANENCE DES SOINS EN IMAGERIE

Le CHBS, le CH de Quimperlé et les radiologues libéraux ont décidé de s'associer pour organiser la permanence des soins en imagerie médicale au travers une coopération médicale public/privé sur le territoire. Depuis le mois de mars 2015, ils ont mis en place un dispositif organisé en gardes sur place au CHBS et par téléradiologie sur le service de scanner du CH de Quimperlé.

CREER UNE PLATEFORME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

La plateforme ETP du territoire de santé n°3 a été installée au début de l'année 2015. Elle a pour missions de répertorier l'offre d'ETP (les programmes hospitaliers, ambulatoires et actions d'accompagnement), informer et orienter les professionnels de santé, proposer une aide méthodologique aux promoteurs de programmes, développer des coopérations entre la ville et l'hôpital et promouvoir les formations en ETP. Ce dispositif, qui est pionnier au niveau de la région a vocation à se fondre dans les dispositifs régionaux en cours de construction.

DEPLOYER UNE PROCEDURE VISANT A FACILITER L'HOSPITALISATION D'UNE PERSONNE AGEE A PARTIR D'UN EHPAD, PUIS SON RETOUR APRES UNE HOSPITALISATION

Cette procédure intègre la mise en circulation d'un outil dressant l'ensemble des informations à partager entre un établissement de santé et un EHPAD (compte-rendu d'hospitalisation, fiches de liaison infirmières, prescription de traitement médicamenteux, prescription de dispositifs médicaux...). Ce travail s'inscrit dans le cadre des micro-chantiers personnes âgées du territoire. Partant d'une difficulté identifiée par les acteurs, ils ont vocation à proposer des solutions, selon un principe de co-construction et en utilisant une méthodologie simple. Ils ont également vocation à concourir à la mise en œuvre d'un dispositif territorial coordonné et intégré sur le territoire. 10 micro-chantiers parmi les 16 lancés depuis le 2nd semestre 2013 sont à ce jour finalisés.

CREER UN COMITE DE COORDINATION BI TERRITORIAL POUR LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Au regard du besoin de coordination et d'échanges partagés par les partenaires de la prévention des addictions des territoires de santé n°3 et 4, un comité bi-territorial a été installé en février 2014. Depuis, il se réunit deux fois par an. Les objectifs de ce comité sont déclinés dans la partie dédiée au PTS n°4.

DIFFUSER UN FLYER SUR L'OFFRE TERRITORIALE EN SOINS PALLIATIFS

La Cellule d'Animation Régionale des Soins Palliatifs et l'ARS se sont associées pour créer des documents sur les ressources en soins palliatifs sur chaque territoire de santé. Ces flyers sont le fruit d'un travail réalisé en liens étroits avec les professionnels de santé du territoire. Deux supports distincts ont été conçus : un premier en direction des professionnels de santé et un second à destination des familles et patients. Ces plaquettes ont fait l'objet d'une présentation en plénière de la Conférence de territoire et ont été largement diffusées auprès des établissements médico-sociaux, des établissements de santé et des membres des groupes de travail de la Conférence de territoire.

Actions non priorisées / en cours

CREER UN COMITE DE COORDINATION TERRITORIAL POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Afin d'améliorer la lisibilité de la coordination des acteurs institutionnels et conformément aux orientations du PRS, des schémas gérontologiques 29 et 56, il a été proposé d'installer un comité de coordination qui serait chargé de : fluidifier le parcours de la personne âgée, mener une gouvernance collégiale des acteurs et des institutions et définir collégialement les propositions d'actions à mettre en œuvre. Ce comité n'a pas pu être instauré pour le moment.

SOUTENIR DES ACTIONS DE PREVENTION EN DIRECTION DES PUBLICS CIBLES

Le niveau de mise en œuvre de certaines fiches-action du PTS est difficilement appréciable, à l'instar de cette action de la thématique « Prévention et prise en charge des addictions ». L'instauration d'un comité de coordination bi-territorial sur la prévention des conduites addictives (entre les territoires de santé n°3 et 4) répond pour partie aux objectifs de cette fiche-action.

AMELIORER LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DU HANDICAP

Le territoire de santé n°3 est insuffisamment doté en solutions de prise en charge pour les tout-petits. L'accès aux structures de la petite enfance doit être renforcé et concerté par les acteurs du secteur. Sans la participation de certains d'entre eux, le groupe territorial a été contraint de mettre en suspend toute initiative sur ce sujet.

A noter également que le déploiement de certaines actions a été quelques fois freiné par le caractère incitatif mais non contraignant des propositions de la Conférence de territoire. La mise en pratique des préconisations, procédures et outils mis en œuvre dans le cadre de la Conférence souffre d'une absence de « label Conférence de territoire ».

Perspectives

La mise en œuvre de certaines actions inscrites au PTS 3 et plus largement par la Conférence de territoire, a démontré la nécessité de travailler sur une stratégie de communication propre au territoire de santé. Parmi les pistes évoquées, une newsletter territoriale a été instaurée depuis la fin 2015. Elle est largement diffusée dans le territoire via les membres de Conférence et partenaires, chaque trimestre.

En dehors des réflexions engagées dans le cadre du PTS 3, la Conférence de territoire de Lorient - Quimperlé a fait le choix d'opter pour une action volontariste en réponse à certaines préoccupations locales. Après une année 2014 marquée par l'organisation d'un colloque sur le thème de la santé environnement et une année 2015 dédiée au soutien aux aidants, en lien avec le territoire de santé n°4, la priorité devrait être prochainement donnée à la santé précarité, avec l'organisation d'un débat public sur le territoire.

A l'issue du colloque sur le thème de la santé environnement qui a eu lieu en juin 2014, il est apparu nécessaire de pouvoir disposer d'une meilleure connaissance des facteurs de risques propres au territoire de santé et identifier les priorités locales. Le territoire de santé n°3 devrait bénéficier d'un diagnostic territorial d'ici la fin de l'année 2016, en lien avec l'ORSB et grâce au soutien de l'ARS.

Dans la continuité des précédents chantiers lancés sur le volet personnes âgées du PTS, un prochain micro-chantier devrait être lancé via une formation des acteurs à la prise en charge de la personne âgée dénutrie.

La Conférence de territoire a organisé une soirée territoriale sur la déclinaison orthopédique de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en juin 2016. Les prochaines étapes seront la formation des professionnels libéraux volontaires au 2ème semestre 2016 et l'organisation d'un temps d'échanges spécifique entre les usagers et professionnels de santé à la fin du 1er semestre 2017.

Programme territorial de santé N°4

Pour apporter réponse aux enjeux du Programme Territorial de Santé n°4, à savoir :

- Renforcer et structurer les coordinations à l'échelle du territoire, entre les champs hospitalier et médico-sociaux, les acteurs de la prévention et les professionnels de premiers recours ;
- Faire face au vieillissement croissant de la population ;
- Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social ;
- Permettre l'égal accès aux soins pour tous ;
- Consolider l'organisation de la permanence des soins.

les acteurs du territoire de Vannes-Ploërmel-Malestroit ont mené à bien un certain nombre d'actions.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

METTRE EN PLACE UNE PLATEFORME DEPARTEMENTALE « TROUBLES DES APPRENTISSAGES DE L'ENFANT »

Cette plateforme, ouverte en mai 2013, s'adresse à l'ensemble des familles et des professionnels confrontés à des problématiques complexes de prise en charge des enfants avec troubles des apprentissages et suspicion de trouble spécifique. Les missions de la plateforme sont les suivantes :

- ➔ Proposer une 1^{ère} analyse sur dossier et une 1^{ère} réponse aux familles et aux professionnels, puis orienter l'enfant vers une consultation spécialisée le cas échéant ;
- ➔ Améliorer la prise en charge de ces enfants en favorisant la coordination des professionnels ;
- ➔ Evaluer les besoins pour la prise en charge des enfants avec des troubles de l'apprentissage.

DEVELOPPER LE DISPOSITIF MEDECINS CORRESPONDANTS SAMU DANS LES ZONES PRIORITAIRES DU TERRITOIRE

Des contrats tripartites ARS – SAMU – médecins généralistes volontaires ont été signés en novembre 2014, marquant ainsi le déploiement du dispositif sur les îles de Houat, Belle-Île-en-Mer et l'île-aux-Moines. Les médecins généralistes volontaires ont été formés aux gestes et soins d'urgence, et équipés en matériel et médicaments. Leur rôle est d'intervenir sur la demande du régulateur du SAMU, dans l'attente de l'arrivée du SMUR qui a été déclenchée en parallèle. Ils réalisent un premier bilan et assurent les soins d'urgence, permettant ainsi une prise en charge de qualité et de proximité, et un gain de chance lors d'urgences graves.

CREER UN COMITE DE COORDINATION BI-TERRITORIAL POUR LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

Au regard du besoin de coordination et d'échanges partagés par les territoires de santé n°3 et 4, ce comité initialement territorial a été élargi aux acteurs du territoire de Lorient – Quimperlé. Il est animé conjointement par l'ANPAA et l'ARS et a pour objectifs de :

- ➔ Renforcer la culture commune autour de la prévention des conduites addictives ;
- ➔ Améliorer l'information réciproque des acteurs sur les actions menées et les projets ;
- ➔ Définir des bonnes pratiques pour la prévention des conduites addictives ;
- ➔ Identifier les besoins non ou mal couverts en termes territoriaux, de publics ou d'objectifs ;
- ➔ Préciser les articulations prévention/soins pour les acteurs.

Le premier comité a été installé en février 2014. Il se réunit bi-annuellement.

CREER UNE EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA) TERRITORIALE

L'ELSA du territoire de santé est une équipe unique territoriale qui intervient au bénéfice des patients admis dans les établissements de santé publics du territoire (CHBA, CH du Pays de Ploërmel, CH de Josselin, CH de Malestroit et EPSM). Elle a vocation à : aider au repérage précoce des problèmes addictifs, contribuer à l'évaluation du niveau d'addiction, élaborer un projet de soins et une prise en charge médico-psychosociale au cours de l'hospitalisation. Elle travaille en lien avec les équipes d'addictologie du territoire et peut intervenir sur des actions de sensibilisation et de formation auprès des équipes de soins des établissements du territoire.

DEVELOPPER LA CELLULE D'EVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Expérimenté depuis mars 2010, le dispositif d'évaluation et d'orientation du handicap psychique du Morbihan a vocation à repérer les difficultés des personnes en situation de handicap psychique et leurs besoins d'accompagnement. Elle permet de favoriser une meilleure fluidité du parcours de vie des personnes, qui peuvent avoir recours à différents dispositifs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Au regard de la demande, le rayon d'action de la cellule a été élargi avec une amplification du nombre d'évaluations annuelles, passant de 20 à 40 le nombre de personnes bénéficiaires.

Actions non priorisées / en cours

METTRE EN ŒUVRE DES EVALUATIONS GERIATRIQUES AU DOMICILE

L'enquête régionale qui a été menée sur les équipes mobiles de gériatrie (EMG) au cours du 3^{ème} trimestre 2013 a permis de mettre en exergue une hétérogénéité des organisations dans chaque établissement de santé support et d'objectiver les activités de chaque équipe. Faisant suite à cette étude, l'ARS a rédigé un schéma cible destiné à mieux positionner les EMG au sein des filières et de fluidifier le parcours de soins des patients âgés et fragiles. Compte tenu de l'évolution du cadre d'intervention des EMG, désormais restreint en interne aux établissements de santé, cette action du PTS visant à développer l'évaluation gériatrique à domicile, en s'appuyant sur les EMG, s'est de fait retrouvée inapplicable.

DEVELOPPER UN DISPOSITIF DE COORDINATION DES ACTEURS EN SANTE MENTALE

L'association Convergence Bretagne a été missionnée par l'ARS pour élaborer une méthodologie régionale de mise en place d'un dispositif de coordination des acteurs de santé mentale. Ce projet visant à l'émergence de coordinations de proximité, notamment sous la forme de conseils locaux de santé mentale, n'a pu aboutir sur le territoire de santé 4.

CREATION D'UN ANNUAIRE DES ACTEURS DE LA PREVENTION DU SUICIDE A L'ECHELLE DU TERRITOIRE DE SANTE

De nombreux partenaires œuvrent dans le domaine de la prévention du suicide et il est parfois difficile de tous les identifier. Afin d'aider les professionnels et les particuliers à la recherche de ressources utiles lors d'une situation de souffrance psychique, la Conférence de territoire s'est engagée dans l'élaboration d'un annuaire des ressources du secteur. Ce travail a été mis en suspend à mi-parcours, compte tenu du lancement d'une démarche similaire à l'échelle régionale dédiée au secteur personnes âgées. Le choix a été fait de croiser ces deux initiatives, d'attendre l'effectivité de l'annuaire régional à vocation pluri thématiques et de travailler dans un second temps à l'intégration de l'outil du territoire de santé n°4.

MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE TRAVAIL DEPARTEMENTAL SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES

Conformément au schéma départemental du handicap du Morbihan, le PTS n°4 préconisait la mise en place de réflexions visant à anticiper et adapter les prises en charge, aux besoins évolutifs des personnes en situation de handicap vieillissantes. Sans la participation de certains acteurs incontournables sur le territoire, le groupe a été contraint de mettre en suspend toute initiative sur ce sujet.

Ces illustrations démontrent les limites des actions menées dans le cadre du PTS et plus largement de la Conférence de territoire et notamment : le défaut d'implication des acteurs, la méconnaissance de certaines dynamiques impactant la mise en œuvre de certaines actions, une communication insuffisante sur les réflexions et travaux menés, les contraintes liées aux évolutions politiques et/ou stratégiques régionales voire nationales.

Perspectives

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap a été identifié comme l'un des enjeux prioritaires du volet handicap des PTS 3 et 4. C'est par la mise en place d'un comité de pilotage en février 2016, qu'un travail d'élaboration d'une convention de coopération entre établissements de santé et médico-sociaux a été lancé, afin de faire face aux points de rupture identifiés dans le parcours de santé des personnes en situation de handicap. C'est dans ce contexte que plusieurs micro-chantiers sont à prévoir sur l'année 2016/2017 et pourront ainsi approfondir et compléter la convention cadre.

Suite à la conférence sur le soutien aux aidants ayant eu lieu en octobre 2015 sur les territoires 3 et 4, il est apparu indispensable de mener un travail d'état des lieux des actions de soutien existantes. Même si l'offre demeure perfectible, les acteurs reconnaissent une sous-utilisation de certains dispositifs, qui s'explique en partie par une méconnaissance de l'offre. L'état des lieux piloté par les représentants des usagers des Conférences de territoire n°3 et 4 devrait permettre de créer un annuaire en direction des aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap, et aider d'une part à l'identification de carences sur les territoires et d'autre part, à l'élaboration de préconisations.

Programme territorial de santé N°5

Afin d'adapter les réponses aux problématiques locales, les acteurs du territoire 5 se sont largement mobilisés pour identifier des actions intégrant plus de proximité, plus de transversalité, plus de lisibilité pour un parcours de soins du patient plus compréhensible.

La mise en œuvre du PTS a eu pour objet de répondre aux enjeux transversaux identifiés :

- *Mettre en place une démarche de diagnostic territorial ;*
- *Renforcer la coordination et l'articulation entre le sanitaire, l'ambulatoire, le médico social et le social ;*
- *Garantir une réponse de proximité en tout point ;*
- *Améliorer la communication envers les usagers et les professionnels sur l'offre existante.*

Le travail engagé a permis de réunir les acteurs du champ de la santé et de favoriser l'interconnaissance permettant une approche plus globale de la santé.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

STRUCTURER LES FILIERES GERIATRIQUES EN FAVEUR DU PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES

Afin de faire bénéficier les personnes âgées d'un accès facilité à l'offre de soins près de leur domicile, la structuration territoriale des filières gériatriques hospitalières participe à l'organisation du parcours de soins et à l'accompagnement de la personne âgée en s'articulant avec les coordinations de proximité notamment en complément de la méthode MAIA.

Dans cette perspective, le territoire 5 a été mandaté pour élaborer une « boîte à outil » servant de support à la formalisation des partenariats hospitaliers sur chaque territoire de filière.

Ces travaux conduits dans une démarche de participation des acteurs ont participé à la stratégie régionale de formalisation des filières avec le déploiement d'une convention constitutive-type sur l'ensemble de la région Bretagne. Il est important de souligner ici, le modèle de fonctionnement entre le niveau territorial et régional.

Pour le territoire 5, quatre filières ont été identifiées et les travaux se sont finalisés par la signature de 3 conventions constitutives (janvier 2016 : filière du Pays de Redon, portée par le Centre hospitalier de Redon - mars 2016 : Pays de Fougères, portée par le Centre hospitalier de Fougères - signature prévue en juillet 2016 : Pays de Vitré portée par le Centre hospitalier de Vitré). Les travaux de la filière FIGAR (Fédération Inter hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise) portée par le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes en lien avec le pôle gériatrique de Chantepie et l'Hôpital Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV) de Bain de Bretagne sont en cours.

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PATIENTS EN SITUATION D'ADDICTION VIA LE MEDECIN TRAITANT

Parce que la personne a besoin d'un accompagnement plus long et plus approfondi, ou bien parce que le professionnel de santé ne se sent pas suffisamment à l'aise avec la question des addictions pour intervenir lui-même, l'orientation vers un réseau de spécialistes est un point clé de l'intervention auprès du patient. Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), réseaux de santé, consultations hospitalières... sont autant d'acteurs de proximité qu'il peut être opportun de solliciter.

En mettant en place une réflexion sur la problématique des addictions, les acteurs du territoire 5 ont souhaité réaliser un outil dont l'objectif est d'aider les professionnels de santé de premier recours à mieux repérer les acteurs en addictologie et orienter le patient en fonction de sa situation et de ses

besoins. Cet outil a été conçu selon des profils patients, pour apporter des premiers éléments de réponse sur les parcours en addictologie avec une entrée sous forme de cas cliniques illustrant différentes situations en leur donnant également accès à la description formalisée, fiable et actualisée, des ressources sur le territoire de santé.

ACCOMPAGNER LES AIDANTS, L'ENTOURAGE ET LES PROCHES

Les représentants des usagers de la Conférence de territoire se sont engagés afin de promouvoir le volet « entourage et aidants ». Ils ont fait valider l'organisation d'un débat public sur le thème de l'aide aux aidants à tous les âges qui s'est déroulé le 10 juin 2015 et a réuni 200 personnes. Il avait pour objectif de contribuer à la construction de la démocratie en santé au plus près des usagers et partenaires, et de faire remonter aux institutions (ARS, Département ...) pour décision, les besoins et mesures à mettre en œuvre.

Afin d'intégrer des préconisations à mettre en débat, un important travail participatif basé sur la mise en place de groupes d'aidants par Pays (Brocéliande, Fougères, Redon, Rennes, et Vallons de Vilaine et Vitré) a été mené en amont de la rencontre. La réalisation de ce projet a pu être possible grâce à la coopération des Pays et des CLIC qui ont largement participé à l'importante phase de concertation sur les réalités du vécu des aidants et les réponses à apporter pour améliorer le quotidien. Ainsi 20 préconisations ont été proposées lors du débat visant à soutenir les aidants, allant de la mise en place de formations à la création d'un statut en passant par des actions pour rendre les informations, les services et les différentes formes de soutien plus accessibles.

A la suite de ce débat, la Conférence de territoire, a adopté un vœu reconnaissant cette approche participative et contributive au plus près des usagers comme une référence pour développer la démocratie en santé.

PROMOUVOIR LA SANTE EN MATIERE DE VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE (VAS)

Suite au constat établi que les jeunes ne sont pas tous égaux face aux questions de vie affective et sexuelle (éloignement des structures ressources, difficultés d'accès à l'information...), il est apparu essentiel d'outiller les professionnels de la santé, de la jeunesse, de l'éducation, du social, du médico-social et de les aider à répondre au mieux aux demandes des jeunes au vu des problématiques repérées (grossesses non désirées, recours à l'IVG, difficulté d'accès à l'information...).

Ainsi afin d'améliorer l'accompagnement et l'orientation des jeunes en demande, des fiches thématiques sur les ressources locales et sur les démarches à entreprendre par les jeunes et les professionnels ont été réalisées dans un premier temps avec le Pays de Fougères et seront déclinées sur chaque Pays du territoire venant ainsi compléter le guide départemental « Vie affective et sexuelle » mis en ligne en octobre 2013. Cette action est également le résultat d'un partenariat entre le Pays et le territoire de santé.

Actions non priorisées / en cours

Le caractère ambitieux des fiches actions du PTS s'est parfois heurté à différentes contraintes entraînant des écarts de réalisation entre les projets initiaux et ceux réellement mis en œuvre sur la durée du Programme Territorial de Santé. Ainsi, le contexte budgétaire ou l'évolution des orientations régionales et nationales ont parfois retardé la mise en œuvre de certaines actions. Les attentes fortes identifiées sur le développement de l'offre, n'ont pas pu être satisfaites, le PTS n'étant pas un outil de planification.

Perspectives

La volonté de travailler ensemble a marqué la mise en œuvre du programme territorial. Les différents projets ont bénéficié d'une forte impulsion des acteurs et ont permis de favoriser l'interconnaissance.

Fort de cet engagement collectif, les travaux se poursuivront autour de la mise en place de conseils locaux de santé mentale, du déploiement des MAIA, de la mise en œuvre de plateformes territoriales d'appui dans une logique d'amélioration des parcours. Les travaux sur l'accompagnement des aidants se poursuivront également ; l'objectif étant de mettre en place une dynamique sur la durée avec la constitution d'un collectif d'usagers, point de départ à la réflexion engagée pour l'organisation d'une action collective type "semaine de l'aidant". Il s'agira de repartir de cette dynamique et de définir les contributions attendues des acteurs du territoire dans le cadre des futurs conseils territoriaux.

Par ailleurs, les membres de la conférence de territoire ont manifesté leur souhait de contribuer au sujet des inégalités sociales de santé et de la promotion de la santé avec l'organisation d'un débat public sur ce sujet.

Programme territorial de santé N°6

Le territoire de santé n°6 est implanté sur deux départements : l'Ille-et-Vilaine et les Côtes d'Armor et comprend deux bassins de vie équilibrés autour de Saint-Malo et de Dinan.

L'ensemble des réflexions de la Conférence de territoire 6 a été guidé par la recherche d'une approche globale du parcours de vie et de soins de l'utilisateur dans toutes ses composantes (prévention, social, ambulatoire, hospitalier et médico-social).

Les stratégies développées par les acteurs s'articulent autour de deux axes majeurs :

- Favoriser l'accès aux droits, aux soins et aux accompagnements ;
- Penser les soins et l'accompagnement en termes de parcours.

La mise en œuvre du Programme territorial de santé a largement mobilisé les acteurs et s'illustre par quelques actions symbolisant la dynamique de territoire.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ORGANISER UN FORUM SUR LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Un besoin d'amélioration de l'articulation entre les acteurs de domaines d'intervention différents (champ de l'enfance, champ des adultes handicapés, santé mentale, milieu de vie ordinaire...) a été identifié. Afin de décliner de manière plus opérationnelle cette ambition, un forum territorial sur le parcours de vie de la personne en situation de handicap a été organisé le 27 mai 2015 à Dinan.

Organisée en deux temps avec une table ronde le matin à l'attention des professionnels, et des stands avec échanges entre usagers, familles et professionnels l'après-midi, cette journée a permis d'appréhender les principaux aspects du parcours de vie de la personne en situation de handicap (santé, éducation et aide à la parentalité, formation, travail, habitat, hébergement).

Cette rencontre qui a réuni plus de 250 personnes a favorisé les échanges entre les professionnels et les familles et a ainsi permis aux familles de connaître les établissements et de réfléchir sur l'accompagnement de leur proche en termes de parcours, aux professionnels de favoriser l'interconnaissance, notamment entre les secteurs enfants et adultes.

DEVELOPPER LE RECOURS A L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Afin de promouvoir l'Éducation Thérapeutique du Patient auprès des professionnels de santé, les acteurs ont souhaité faire connaître les programmes par la réalisation d'un guide et par la mise en place de soirées d'échanges entre professionnels de santé libéraux et porteurs de programmes. Ces rencontres ont permis de présenter le guide faisant état des programmes d'ETP développés sur le territoire en matière de maladies cardiovasculaires, diabète, surpoids, obésité et de faire une présentation concrète d'un programme ETP avec l'intervention d'un patient expert ainsi que des professionnels de santé libéraux. Le renforcement des liens entre médecine de ville et établissements de santé reste un objectif à poursuivre pour développer l'ETP.

METTRE EN PLACE DES FORMATIONS TERRITORIALES POUR LES PROFESSIONNELS

Dans l'objectif de renforcer les compétences des professionnels du territoire 6 tout en développant une dynamique commune aux 2 Pays de Saint-Malo et de Dinan, des formations destinées aux professionnels de ces deux secteurs ont été mises en place (via les animatrices territoriales de santé) :

- ➔ sur la thématique « Addiction » : la question du déni autour de l'alcool (assurée par le CSAPA) ;
- ➔ sur la thématique « Vie affective et sexuelle » (assurée par le Planning Familial).

Au travers de cette action prenant le parti de la proximité, l'interconnaissance entre les acteurs a été développée.

AMELIORER L'ACCES A L'OFFRE EN SANTE MENTALE

L'entrée dans les soins en santé mentale se fait trop souvent en situation de crise ou d'urgence et passe fréquemment par une hospitalisation complète. L'objectif est de favoriser, lorsque cela est possible, une prise en charge du patient en ambulatoire via notamment les centres médico-psychologiques. Par ailleurs, lorsque la situation relève de la crise ou de l'urgence, il importe d'y répondre dans les meilleures conditions possibles afin de favoriser l'inscription du patient dans une démarche de soins.

Au regard de ces différents constats, les acteurs du territoire ont souhaité élaborer un outil présentant les différentes structures ou services existants sur le territoire 6 permettant aux professionnels de proximité (professionnels de santé libéraux, professionnels du champ social et médico-social...) de mieux orienter les personnes en situation de souffrance psychique. Il s'agit de proposer un parcours tenant compte du profil et de la situation de chaque personne.

En mettant en place une réflexion sur le parcours en santé mentale afin d'orienter le patient selon son profil, les acteurs du territoire 6 ont souhaité partager ce travail avec le territoire 5 afin de réfléchir sur la mise en commun de l'outil.

Actions non prioritaires / en cours

L'ambition des plans d'actions du PTS s'est parfois heurtée à différentes contraintes entraînant des écarts de réalisation entre les projets initiaux et ceux réellement mis en œuvre sur la durée du Programme Territorial de Santé. Ainsi, le contexte budgétaire ou l'évolution des orientations régionales et nationales ont parfois retardé la mise en œuvre de certaines actions.

Parmi les 12 thématiques du PTS, certaines ont été traitées à l'échelle régionale ou départementale. Les attentes fortes identifiées sur le développement de l'offre, n'ont pas pu être satisfaites, le PTS n'étant pas un outil de planification.

D'autre part, le PTS qui affichait l'ambition d'impliquer les professionnels libéraux pour mieux travailler ensemble s'est heurté à des difficultés de mobilisation du monde libéral.

Perspectives

La mise en œuvre du Programme territorial a permis d'enclencher une véritable dynamique de décloisonnement, de travail en commun, et de développer ainsi la logique de parcours.

Pour décliner cette logique parcours, les besoins de coordination se déclineront au travers la mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui autour des réseaux de santé thématiques préexistants.

Le vieillissement de la population du territoire 6 nécessitera de mener différentes réflexions tant en terme d'évolution des instances de coordination que d'adaptation de l'offre.

La santé et le bien être des jeunes sera également un sujet de réflexion avec notamment la mise en place d'un débat public sous l'égide de la conférence de territoire.

Fort de la dynamique engagée sur le territoire, il s'agira de poursuivre la démarche d'association de l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé en lien avec les futurs conseils territoriaux.

Programme territorial de santé N°7

Dans un contexte marqué par un vieillissement en constante augmentation et des données épidémiologiques plutôt défavorables, les acteurs du territoire de St-Brieuc – Guingamp – Lannion ont souhaité orienter le programme territorial vers une approche globale du parcours de vie et de santé de l'utilisateur, dans toutes ses composantes : prévention, médico-sociale, sociale et sanitaire.

Ainsi, la mise en œuvre du PTS N°7 a cherché à répondre aux enjeux suivants :

- Fluidifier le parcours de soins et de vie de la population et améliorer la coordination des acteurs en santé ;
- Mieux connaître - informer - communiquer ;
- Développer et conforter l'accès aux soins de proximité en tous points du territoire.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

IDENTIFIER ET FAIRE CONNAITRE LES STRUCTURES RESSOURCES EN ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE DE SANTE N°7

Au vu de la diversité d'acteurs intervenant sur le champ des addictions et afin d'aider les professionnels de santé à orienter les patients et leur famille, deux outils ont été réalisés par la Conférence de territoire n°7 et ses partenaires :

- L'annuaire des structures spécialisées en addictologie des Côtes d'Armor en 2014 répertoriant l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales, associatives et de prévention, diffusé à 4 500 exemplaires ; La fiche-glossaire « Bien s'orienter dans la filière de soins en addictologie », présentant des définitions simples des différentes modalités de prise en charge des conduites addictives présentes sur le territoire.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Enjeu important du PTS, l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées s'est concrètement traduite par le déploiement d'une MAIA à l'échelle du territoire n°7 et par la formalisation des 3 filières gériatriques.

Ainsi, les conditions d'organisation préalablement définies par une mission de préfiguration initiée en juillet 2013, la MAIA s'est déployée en 2015 via une sectorisation est/ouest animée par deux pilotes et coordonnée par une table stratégique. Afin de favoriser les réflexions de proximité, 4 tables tactiques ont été installées en 2016 sur Lannion, Guingamp, Saint-Brieuc et Lamballe.

Parallèlement, la structuration des filières gériatriques s'est finalisée par la signature des 2 conventions constitutives des filières de Saint-Brieuc et Tréguier en 2016, la troisième étant en instance. Les plans d'actions associés ont par ailleurs permis de conforter une action initiée depuis plusieurs années par le CH de Saint-Brieuc et déployée prochainement sur l'ensemble du territoire : le numéro d'appel unique NUAGE.

PREVENTION DU SUICIDE

Enjeu majeur au vu des données épidémiologiques, le territoire de santé n°7 s'est fortement impliqué sur cette thématique en initiant une réflexion autour de la mise en place d'un dispositif d'observation des suicides et des tentatives de suicides. Ainsi, au vu des évolutions récentes, ces réflexions ont permis de réunir les conditions préalables au déploiement territorial du programme régional Vigilans, avec le souhait d'étendre la démarche aux primo-suicidants. Parallèlement, le déploiement du dispositif MISACO sur Saint-Brieuc notamment, concourt à la mise en place d'une dynamique de réseau des acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge du suicide.

HANDICAP

L'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et la lutte contre les inégalités d'accès ont constitué des axes forts pour les acteurs du territoire, à travers deux démarches concrètes :

- La réalisation d'un cahier des charges permettant l'intégration de critères d'accessibilité au portail web « Bretagne Santé Autonomie », visant le recensement des professionnels et services de santé accessibles aux personnes handicapées ;
- La promotion de dispositifs spécialisés, avec le soutien notamment des travaux du réseau Soins Dentaires Spécifiques et des consultations spécialisées accessibles en gynécologie au CH Y. Le Foll de Saint-Brieuc.

Ces initiatives ont rejoint la démarche régionale portée par la CRSA et l'ARS, donnant lieu à la signature de la Charte Romain JACOB par de nombreux acteurs, dont la Conférence de territoire n°7.

PROMOTION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Afin de promouvoir l'accompagnement et l'éducation thérapeutique (ETP) dans le cadre du PTS, les acteurs ont priorisé des actions d'information et de communication. A ce titre, la plaquette « Accompagnement et éducation thérapeutique du patient à risque cardio-vasculaire » permettant une meilleure visibilité de l'offre tant pour les professionnels que les patients, a été éditée à hauteur de 10 000 exemplaires et est diffusée depuis 2014 par la Conférence de territoire n°7.

Par ailleurs, la Conférence de territoire n°7 a souhaité s'investir dans l'organisation de colloques biennaux sur l'ETP dont la première édition 2014 a rassemblé une centaine d'acteurs. L'initiative est renouvelée en 2016 autour de la thématique du patient-acteur en ETP.

Actions non priorisées / en cours

L'ambition des plans d'actions du PTS s'est parfois heurtée à différentes contraintes entraînant des écarts de réalisations entre les projets initiaux et ceux réellement mis en œuvre. L'indisponibilité des crédits ou l'évolution des orientations régionales et nationales ont parfois retardé la mise en œuvre de certaines actions. Dans l'attente de certaines évolutions législatives, certaines actions ont été reportées, comme l'expérimentation, dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires ou dans les Centres de Santé, de la délégation de compétences et/ou de tâches dans le cadre de modalités innovantes favorisant la fluidité des parcours de santé des personnes âgées.

Certains besoins identifiés à l'écriture du PTS n'ont pas été confirmés au moment de la mise en œuvre. Ainsi, le nombre de passages injustifiés des personnes âgées aux urgences s'est révélé bien moins important que celui projeté et n'a donc pas entraîné d'action concrète.

Enfin, des projets structurants pour le territoire non inscrits au PTS ont également animés les acteurs depuis 2013, entraînant une priorisation de certains sujets (élaboration des CLS par exemple).

Perspectives

Le Programme Territorial de Santé n°7 a permis de développer des dynamiques de travail en réseau en favorisant le décloisonnement des acteurs et la logique de parcours. Ces travaux ont ainsi permis de réunir les conditions préalables à la mise en œuvre de la Loi de Modernisation de notre Système de santé, en privilégiant la réponse aux points de rupture et les actions de prévention.

Les travaux se poursuivront autour de la prévention du suicide, en lien avec le programme régional Vigilans.

Le déploiement des MAIA et des Plateformes Territoriales d'Appui constitue également un axe fort pour le territoire, avec des réflexions en cours sur les réseaux briochins et une évolution imminente pour le réseau de Guingamp. Il s'agira également de poursuivre, dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), la mise en œuvre des différentes filières, notamment gériatriques, et de renforcer la coordination en santé mentale. Des dynamiques émergent d'ailleurs autour des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), avec un projet en cours d'installation sur Saint-Brieuc et en réflexion sur Guingamp.

Enfin, l'interconnaissance entre les acteurs demeurant un vecteur essentiel, les actions d'information et de communication se poursuivront avec des événements fédérateurs comme le colloque autour de l'ETP ou la mise à jour des documents de communication du territoire.

Programme territorial de santé N°8

Fort du constat d'un indice de vieillissement le plus élevé de la région, d'une nette surmortalité et d'une fragilité de l'offre de premier recours, les acteurs du territoire de Pontivy-Loudéac se sont mobilisés notamment autour de :

- *l'amélioration de la fluidité des parcours ;*
- *la coordination des acteurs ;*
- *la formation des professionnels ;,*

considérés comme des enjeux majeurs du territoire.

L'investissement conséquent des acteurs a permis la mise en place d'actions concrètes dans le cadre du programme territorial N°8.

Notre action en réponse aux objectifs du PRS

ACCOMPAGNER LES PERSONNES AGEES

En lien avec les orientations régionales, l'amélioration du parcours des personnes âgées a constitué un axe fort du PTS avec, notamment, la formalisation de la filière gériatrique par la signature d'une convention constitutive en décembre 2015 et le déploiement des dispositifs MAIA. En effet, l'ensemble du territoire est couvert par ce dispositif d'intégration, une MAIA couvrant la partie costarmoricaine du Centre-Ouest Bretagne et l'autre MAIA initialement positionnée sur le Centre-Ouest Morbihannais, s'est étendue depuis juillet 2015 pour couvrir la partie sud des Côtes d'Armor.

SENSIBILISATION AU RISQUE SUICIDAIRE

Au vu d'indicateurs défavorables, les acteurs ont souhaité investir la prévention du risque suicidaire par l'identification et le développement des personnes dites « sentinelles ». Ainsi, de nombreuses formations ont eu lieu sur le territoire, relatives au repérage de la souffrance psychique. Par leur rôle de proximité, les élus ont été un public privilégié par le groupe de travail, qui a souhaité organiser des soirées de sensibilisation spécifiques en proximité, à l'échelle du pays ou du canton. A ce jour, une soixantaine d'élus a bénéficié de cette démarche qui se poursuit en 2016.

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Suite au recensement des problématiques rencontrées en matière d'accès et d'accompagnement à la santé des personnes en situation de handicap, les acteurs ont souhaité organiser une journée territoriale d'échanges de pratiques associant les professionnels et associations d'usagers. Cette journée a permis de partager les constats relatifs aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et/ou en situation de handicap et d'échanger sur des initiatives favorisant l'accès aux soins de ces publics. Cet événement a réuni plus de 300 personnes et a précédé la signature de la Charte Romain JACOB pour laquelle de nombreux acteurs dont la Conférence n°8, se sont engagés.

PREVENIR ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

Dans le cadre du PTS, les acteurs du territoire ont identifié la sensibilisation et la formation des professionnels comme levier prioritaire pour répondre aux problématiques de prise en charge des conduites addictives. Ainsi, plusieurs thématiques ont été ciblées, comme la sensibilisation aux traitements de substitution aux opiacés. Suite à la soirée-débat organisée en mars 2014 par la Conférence n°8 ayant réuni 80 participants, le groupe de travail a organisé des cycles de rencontres de proximité entre professionnels libéraux et professionnels de l'addictologie. Ces rencontres mises en place depuis 2015 et co-animées par l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB) et l'association Douar Nevez, se poursuivent en 2016 et ont déjà réunis une vingtaine de participants.

Par ailleurs, l'amélioration de la prise en charge des conduites addictives en périnatalité constituait un enjeu important pour le territoire. Afin d'ajuster les actions au plus près des besoins, une large étude a été menée par un stagiaire pendant 4 mois auprès des femmes enceintes et des professionnels les accompagnant, permettant de dégager des pistes d'actions concrètes et adaptées.

Enfin, plusieurs actions ont été développées et mises en place auprès des établissements hospitaliers, notamment avec le service des urgences du CHCB où des procédures partagées entre le personnel urgentiste, les services d'addictologie et autres partenaires sociaux et médico-sociaux. Le groupe de travail a également organisé un forum d'information sur les conduites addictives au sein du CHCB et prévoit de renouveler l'initiative avec la Polyclinique de Kério.

Actions non priorisées / en cours

L'ambition des plans d'actions du PTS s'est parfois heurtée à différentes contraintes entraînant des écarts de réalisation entre les projets initiaux et ceux réellement mis en œuvre sur la durée du Programme Territorial de Santé.

Ainsi, l'indisponibilité des crédits ou l'évolution des orientations régionales et nationales ont parfois retardé la mise en œuvre de certaines actions, comme l'accès à des places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes en établissements pour personnes âgées ou handicapées.

De plus, certains besoins identifiés à l'écriture du PTS ont évolué lors de la mise en œuvre des actions. Ainsi, le développement d'alternatives comme l'accueil de jour pour les personnes âgées le week-end, n'a pas été confirmé par les acteurs.

Enfin, des projets structurants pour le territoire non inscrits au PTS ont également animé les acteurs depuis 2013, entraînant une priorisation de certains sujets (élaboration des CLS par exemple).

Perspectives

La mise en œuvre du Programme territorial n°8 a permis de développer des dynamiques de travail en réseau en favorisant le décloisonnement des acteurs et la logique de parcours. Ces travaux ont ainsi permis de réunir les conditions préalables à la mise en œuvre de la Loi de Modernisation de notre Système de santé, en privilégiant la réponse aux points de rupture et les actions de prévention.

Le territoire de santé n°8 prévoit donc la poursuite des travaux autour de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des réflexions concernant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Concernant le public âgé, il s'agira de consolider les dispositifs existants, avec la structuration des dispositifs MAIA en lien avec le secteur ambulatoire et la mise en œuvre du plan d'action de la filière gériatrique.

Par ailleurs, la promotion de la santé reste un enjeu majeur avec la poursuite des réflexions autour de la coordination des actions de prévention et de formation sur les conduites addictives d'une part, et le déploiement des actions de formation au repérage de la souffrance psychique, d'autre part.

Enfin, les acteurs ayant participé aux travaux à l'échelle territoriale, renforceront demain leur action de proximité en s'investissant sur les différents projets en lien avec les Contrats Locaux de Santé.