



# CONTRAT LOCAL DE SANTE PAYS DU CENTRE BRETAGNE 2015 – 2018



Sigène

## EDITO

Le Pays du Centre Bretagne, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, la Préfecture des Côtes d'Armor, la région Bretagne, le Conseil Départemental des Côtes d'Armor, la CARSAT Bretagne, la CPAM des Côtes d'Armor et la MSA d'Armorique s'engagent sur le territoire dans le déploiement d'un Contrat Local de Santé afin de mieux répondre ensemble aux enjeux de santé de la population.

La population, les professionnels et les institutions doivent trouver dans ce dispositif un cadre commun d'intervention garantissant une meilleure lisibilité et stabilité des actions engagées au service de l'amélioration de l'état de santé des populations sur la période du contrat.

Ce contrat veut promouvoir une approche décloisonnée des politiques de santé en associant des partenaires des secteurs du social, de l'éducation, de l'environnement, du travail, du logement et de la santé.

En lien avec la réalité du territoire, huit thématiques de santé prioritaires ont émergé de nos échanges et des diagnostics ; ils vont être les fils conducteurs d'un programme qui se déploiera de 2015 à 2018 : l'accès à une offre de soins et de services de proximité de qualité, la coordination et la formation des acteurs, l'accès à la prévention primaire et secondaire, la santé environnementale, la santé au travail ainsi que l'accompagnement des personnes âgées, handicapées et du public démuné.

Les actions engagées feront l'objet d'un suivi régulier permettant de faire évoluer le contrat pour atteindre les objectifs fixés.

## SOMMAIRE

<b>Edito.....</b>	<b>2</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
Contexte règlementaire .....	4
Contexte du contrat .....	4
L’articulation du CLS avec les politiques publiques portées par les signataires du contrat .....	10
<b>Le Contrat Local de Santé .....</b>	<b>19</b>
Article 1 - Les parties signataires.....	19
Article 2 - Le périmètre géographique du contrat .....	20
Article 3 - Les partenaires et opérateurs.....	20
Article 4 - La démarche et les instances .....	21
Article 5 - Axes stratégiques, objectifs et actions du contrat.....	22
Article 6 - Engagements réciproques des partenaires du contrat.....	55
Article 7 - Durée et révision du contrat.....	77
Article 8 - Suivi et évaluation du contrat.....	78
Annexe 1 - Liste des sigles utilisés.....	80
Annexe 2 - Liste des membres du COPIL.....	80

# INTRODUCTION

## CONTEXTE REGLEMENTAIRE

### ► Rappel du cadre réglementaire

Les CLS font l'objet d'une disposition d'ordre général dans le cadre de la loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, patients, santé et Territoires ».

L'article L1434-17 du code de la Santé Publique dispose que « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

### ► Le CLS, outil de contractualisation au service d'une politique de santé territorialisée

Le contrat local de santé est un outil de contractualisation au service d'une politique de santé territorialisée. Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local, dans le respect des objectifs du Projet Régional de Santé, en favorisant une meilleure coordination des politiques publiques, des financements et des acteurs. Cette démarche s'inscrit aussi dans les orientations de la stratégie nationale de santé et constitue un levier de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les CLS permettent donc de :

- Partager des objectifs de santé entre une collectivité et l'agence régionale de santé ;
- Faire partager les priorités de santé par les citoyens d'une collectivité ;
- Affiner et compléter le diagnostic local de santé grâce aux outils d'observation mis en place par la collectivité et faire remonter les besoins et les demandes des concitoyens ;
- Bénéficier de la connaissance qu'a la commune de la population, des réseaux sociaux, des associations, de la réalité des quartiers pour améliorer l'efficacité des actions en santé, notamment de prévention ;
- Mieux prendre en compte et réduire les inégalités d'accès à la prévention ou aux soins ;
- Inscrire l'action dans le temps, dans le cadre d'un partenariat de 3 ans ;
- Soutenir la collectivité dans sa volonté de prendre en compte la santé dans toutes les politiques conduites par le territoire en développant des stratégies cohérentes et coordonnées de mise en œuvre d'activités visant un même objectif de santé, pour exemples, en matière de lutte contre l'obésité (information, formation, actions sur la restauration collective, actions sur l'offre et l'accès à l'activité physique, etc.), logements, déplacements, loisirs et culture ;
- Intégrer les problématiques d'aménagement du territoire dans les décisions santé.

## CONTEXTE DU CONTRAT

Chaque contrat local de santé s'inscrit dans l'histoire de son territoire. Le Pays Centre Bretagne est un territoire rural confronté depuis de nombreuses années à la problématique de la désertification médicale. En effet, le

nombre de professionnels libéraux ne cesse de diminuer avec de nombreux professionnels qui vont partir à la retraite ces prochaines années.

Plusieurs initiatives ont émergé sur le territoire. Les communautés de communes ont investi dans la création d'équipements de santé avec pour objectif principal de favoriser la mise en réseau des acteurs de santé. Cependant, la problématique reste aujourd'hui prégnante. Le territoire, qui manque d'une certaine attractivité et relativement éloigné des centres de formation, peine à attirer de nouveaux professionnels de santé.

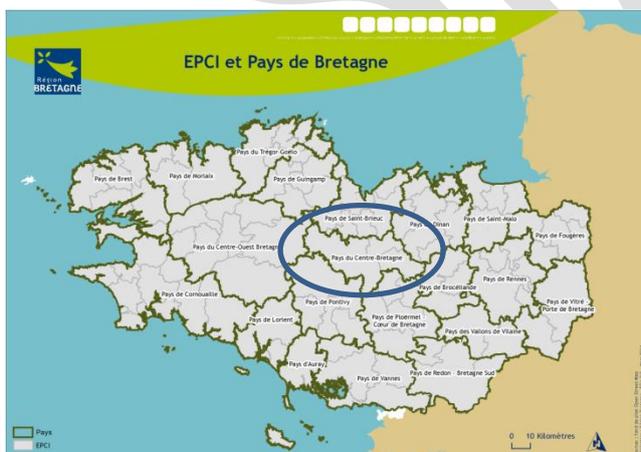
En matière de prévention, de multiples initiatives de mise en réseau des acteurs ont émergé entre 2002 et 2009, débouchant sur la mise en place d'actions de prévention auprès des jeunes et des publics précaires. Aujourd'hui, il existe de nombreux acteurs de la prévention, mais ceux-ci ne se connaissent pas toujours entre eux, ce qui peut entraîner des doublons dans certaines actions et d'autres thèmes restent inexploités.

Face à ce constat, le souhait des élus du Pays Centre Bretagne est de donner de la cohérence à l'action des collectivités en matière de santé en liant toutes les initiatives existantes. Pour cela, le syndicat mixte a décidé d'embaucher en Avril 2014 une chargée de mission, à mi-temps pour l'animation territoriale de santé (ATS) et à mi-temps pour l'élaboration d'un Contrat Local de Santé.

Dans cet objectif, un diagnostic de l'offre de soins et de l'état de santé de la population a été réalisé d'avril à septembre 2014 avec l'aide de statistiques locales sur la santé et la réalisation d'entretiens auprès d'environ 80 acteurs de la santé, du social et médico-social (établissements de santé, collectivités locales, professionnels de santé libéraux, associations ...). Ensuite, de Septembre 2014 à Avril 2015, des groupes de travail thématiques ont été organisés afin de prendre en compte leur regard, avis et propositions. Ceci a permis d'engager la discussion entre Pays, ARS et de définir, au regard des besoins de santé et du PRS, le périmètre et les priorités du CLS.

Un comité de pilotage (COFIL) a été installé le 16 Juin 2014 et s'est réuni 3 fois. Co-présidé par l' élu référent santé du Pays Centre Bretagne Joseph SAUVE, et la coordinatrice du territoire de santé n°8 de la délégation territoriale de l'ARS, Marie GESTIN, il a réuni 30 personnes représentant les partenaires et acteurs locaux de santé (voir composition du COFIL en annexe).

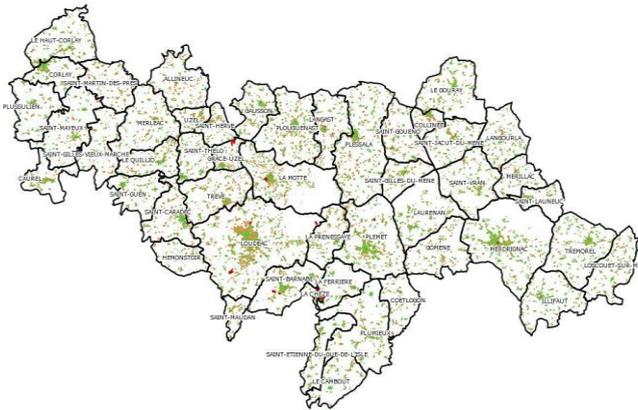
### ► Caractéristiques du Pays Centre Bretagne



### Caractéristiques géographiques et démographiques

Le Pays du Centre Bretagne est composé, depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2014, de **49 communes regroupées en trois intercommunalités** : la Communauté intercommunale pour le développement de la région et des agglomérations de Loudéac (Cidéral), la communauté de communes du Mené et la communauté de communes d'Hardouiniais-Mené. Il se situe dans la partie sud du **département des Côtes-d'Armor**, au croisement des zones d'influence de Saint-Brieuc au nord, de Pontivy au

sud et dans une moindre mesure de Rennes à l'est.



Le territoire est traversé par **deux axes routiers importants** : la route nationale (RN) 164 reliant Rennes à Châteaulin et l'axe Triskell, future voie rapide qui reliera Saint-Brieuc à Lorient et Vannes, traversant Loudéac et Pontivy.

Concernant les territoires de santé, Le Pays du Centre Bretagne est situé en majeure partie dans le territoire de santé n°8 (Loudéac-Pontivy). Néanmoins, 2 cantons sont situés dans

le territoire de santé n°7 (Saint-Brieuc-Lannion-Guingamp).

En superficie (954 km<sup>2</sup>) mais également en population, le Pays est l'un des plus petits de la région. En 2010, la population du Pays Centre Bretagne est de **49 583 habitants**<sup>1</sup>, soit 1,5% de la population bretonne. La densité de population y est très inférieure à la densité régionale avec **44 habitants/km<sup>2</sup>** contre 118 habitants/km<sup>2</sup>.

La population est concentrée dans la commune de Loudéac qui constitue le pôle majeur du Pays où les différents services sont regroupés. Avec près de 9 800 habitants<sup>3</sup>, **Loudéac regroupe 20% des habitants du territoire**. C'est un territoire à large dominante rurale, puisqu'excepté Loudéac et ses communes périphériques, toutes les autres communes du territoire sont rurales (moins de 3 500 habitants).

Avec une augmentation annuelle de population égale à 0,4 % entre 1999 et 2010<sup>4</sup>, le pays du Centre Bretagne retrouve **une croissance démographique** qui lui faisait défaut à la fin du siècle dernier. Néanmoins, la croissance annuelle moyenne reste relativement faible comparativement à l'ensemble de la Bretagne (+0,9%).

En 2011, le nombre de naissances vivantes est de 518. Entre 2006 et 2011, on observe une évolution positive du nombre de naissances vivantes avec une augmentation de 5%. L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 2,26 pour le Pays Centre Bretagne, ce qui le situe au-dessus de la moyenne régionale (2,01) et nationale (1,99).

Le territoire se caractérise par **un vieillissement plus accentué de sa population** avec une part plus faible des moins de 30 ans : 32,8 % en 2010<sup>5</sup>, soit – 2,7 points par rapport à la moyenne bretonne. Entre 1999 et 2008, la part des 15-29 ans a diminué de 12,3 % (cf. tableau ci-dessous). A contrario, la part des 60 ans et + est plus élevée qu'en Bretagne : 28,9 % versus 25%. Cette tendance se confirme chez les plus âgés avec 12,9% de personnes âgées de + de 75 ans contre 10% en Bretagne. Entre 1999 et 2008, la part des personnes âgées de plus de 75 ans augmente de trois points (+1,8 points en Bretagne). En revanche, on peut noter la diminution parallèle de la part des 60-74 ans (-3,1 points entre 1999 et 2008 dans le pays) (cf. encadré ci-dessous).

<sup>1</sup> Source : Insee, exploitation ORS Bretagne

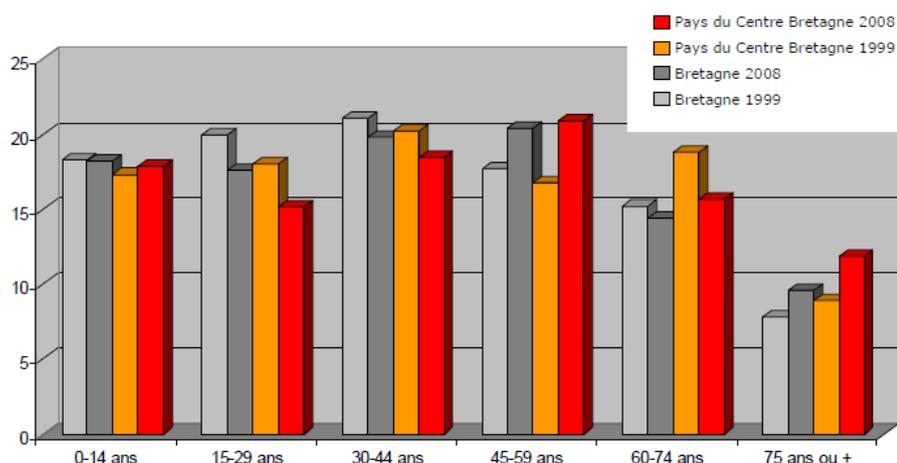
<sup>2</sup> Données 2011

<sup>3</sup> Source : Insee Analyses Bretagne, n°4, Juillet 2014, le Pays du Centre Bretagne : des enjeux de connectivité avec son environnement, et d'aménités pour ses populations

<sup>4</sup> Source : Insee, exploitation ORS Bretagne

<sup>5</sup> Source: Insee, exploitation ORS Bretagne

### Evolution de la population entre 1999 et 2008 par tranche d'âge (en %) :



Source : Insee, recensements de la population 1999 et 2008

### Caractéristiques socio-économiques :

En 2008, 21 200 personnes travaillent dans le Pays du Centre Bretagne, soit 1,7% des Bretons en emploi.

Comparé à l'ensemble régional, la répartition de la population par activité est très différente :

- Les ouvriers sont nettement surreprésentés, avec une part de 21,2% en 2008, contre 14,6% en Bretagne, de même que les agriculteurs exploitants (5,8% contre 1,8% en Bretagne) ;
- En revanche, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont beaucoup moins nombreux (2,8% contre 6,7% en Bretagne) et les professions intermédiaires sont également sous-représentées (9,3% contre 12,9%).
- Par ailleurs, les retraités, dont le nombre a cru le plus en 10 ans, sont significativement plus nombreux. Ils représentent 34,6% de la population de plus de 15 ans du territoire, contre 29,6% à l'échelle régionale.

Ces observations s'expliquent par le fait que nous sommes en présence d'un Pays où les secteurs de l'agriculture et de l'industrie agroalimentaire sont très développés par rapport à la France ou à la Bretagne, à l'inverse des activités tertiaires moins représentées sur le territoire<sup>6</sup>.

En 2009, la médiane du revenu fiscal par Unité de consommation est de 16 287 € dans le Pays du Centre Bretagne, soit près de 1 800 € de moins que le revenu médian breton (18 080 €). Par ailleurs, la proportion de ménages imposés est nettement inférieure dans le Pays du Centre Bretagne, à 49,0% en 2009, contre une moyenne régionale de 55,5%. Enfin, le poids des impôts locaux acquittés par les ménages est également plus faible, les taxes locales prélevant dans le Pays du Centre Bretagne 3,78% des revenus des ménages (4,30% en moyenne régionale).

Les données utilisées pour le taux de chômage concernent la zone d'emploi de Loudéac, zone incluant l'emploi du Pays du Centre Bretagne. Le taux de chômage de la zone de Loudéac est de 7 % fin 2012<sup>7</sup>, un des taux les

<sup>6</sup> ORS Bretagne, « La santé dans le pays du Centre-Bretagne », mai 2010, p. 9

<sup>7</sup> Données Insee

plus faibles de la région par rapport aux autres zones d'emploi, et nettement inférieur aux taux de chômage régional et national (respectivement 9% et 10,2%<sup>8</sup>).

Cependant, l'effet de la crise économique en termes d'emploi s'est fait davantage sentir sur la zone de Pontivy-Loudéac avec une augmentation importante du niveau de chômage. Par ailleurs, dans le Pays du Centre Bretagne, le nombre de demandeurs d'emploi de catégories A, B et C a augmenté de 19% entre 2009 et 2011, ce qui semble confirmer un effet important de la crise économique sur le territoire.

#### ► Constats épidémiologiques

L'ensemble de ces données provient de l'ORS Bretagne. Pour les données sur la période 2006-2010, celles-ci correspondent à la nouvelle délimitation des pays en vigueur au 01/01/2014. Pour les données 2000-2006, celles-ci respectaient l'ancien périmètre du Pays Centre Bretagne, c'est-à-dire que ce découpage ne comprenait pas la zone de Corlay.

#### **La mortalité : un état de santé plutôt favorable**

Sur la période 2006-2010, le Pays du Centre Bretagne affiche un niveau de mortalité générale supérieur de +6% à la moyenne nationale comparable à celui de la région Bretagne (respectivement +7%).

Selon les chiffres de la période 2000-2006, on constate que la situation en Centre Bretagne est relativement bonne, dans un contexte de surmortalité régionale. Pour les hommes, seul le canton de La Chèze présente un niveau de surmortalité par rapport à la moyenne française (+17%). Pour les femmes, le canton d'Uzel est en sous-mortalité (-16%) et le canton de la Chèze en surmortalité (+20%).

#### **Mortalité prématurée : une situation défavorable**

Sur la période 2006-2010, le Pays du Centre Bretagne comme la région Bretagne affichent une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale chez les hommes avec respectivement une surmortalité prématurée de +12% et +13%. Chez les femmes, le niveau de mortalité prématurée est comparable à la moyenne française.

#### **Mortalité prématurée évitable : une situation favorable comparativement à la Bretagne**

Entre 2006 et 2010, alors que la situation en Bretagne est défavorable comparativement à la France (+28%), la situation est plutôt favorable en Pays Centre Bretagne, surtout pour les femmes avec un niveau comparable à la moyenne nationale (+4%) et un niveau largement inférieur comparé à la Bretagne (respectivement +24%). Pour les hommes, la mortalité prématurée évitable est supérieure à la moyenne nationale (+19%) mais reste inférieure à la moyenne bretonne (respectivement +29%).

#### **Les principales causes de décès :**

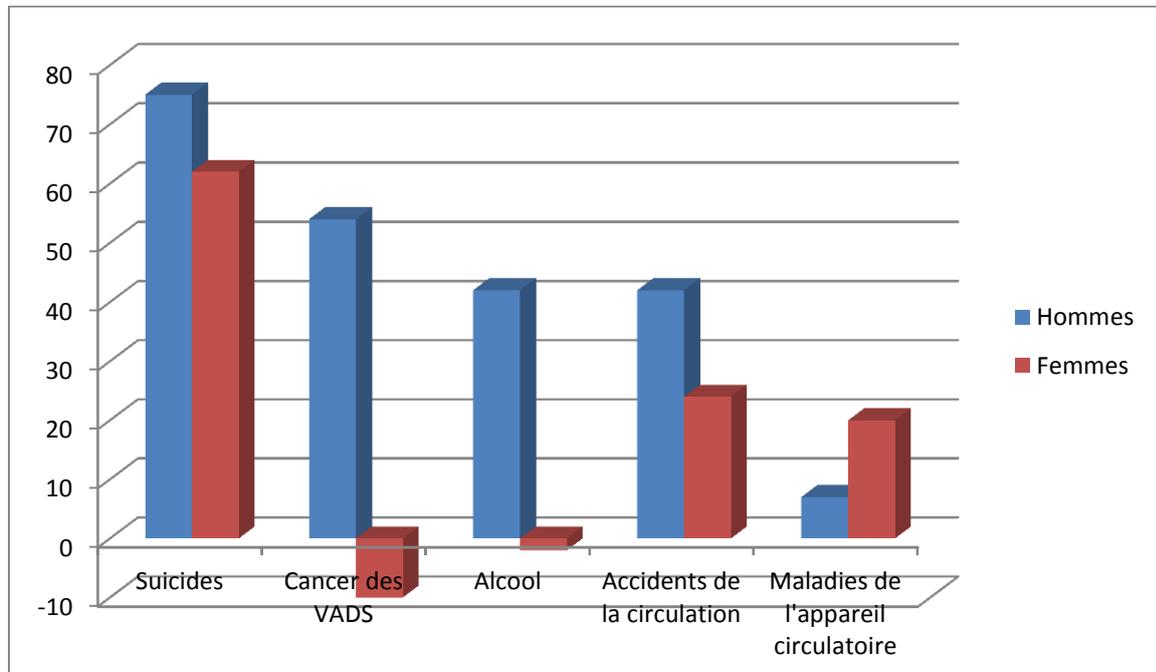
En 2010, les principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire (187 décès, soit 30,8% des décès) et les cancers (167 décès, soit 27,5% des décès). Parmi les cancers, les plus fréquents sont ceux du colon rectum (25 décès, soit 14,9% des décès par cancer), des voies aérodigestives supérieures<sup>9</sup> (17 décès, soit 10,1%

<sup>8</sup> Direccte de Bretagne, Unité territoriale des Côtes d'Armor, « Le Marché du travail dans les Côtes d'Armor à fin avril 2013 »

<sup>9</sup> Lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage

des décès par cancer), de la trachée, des bronches et du poumon (15 décès, soit 8,9% des décès par cancer) et du sein pour les femmes (12 décès, soit 17,9% des décès par cancer féminin).

**Les écarts les plus importants, comparativement à la France (période 2006-2010) en pourcentage :**

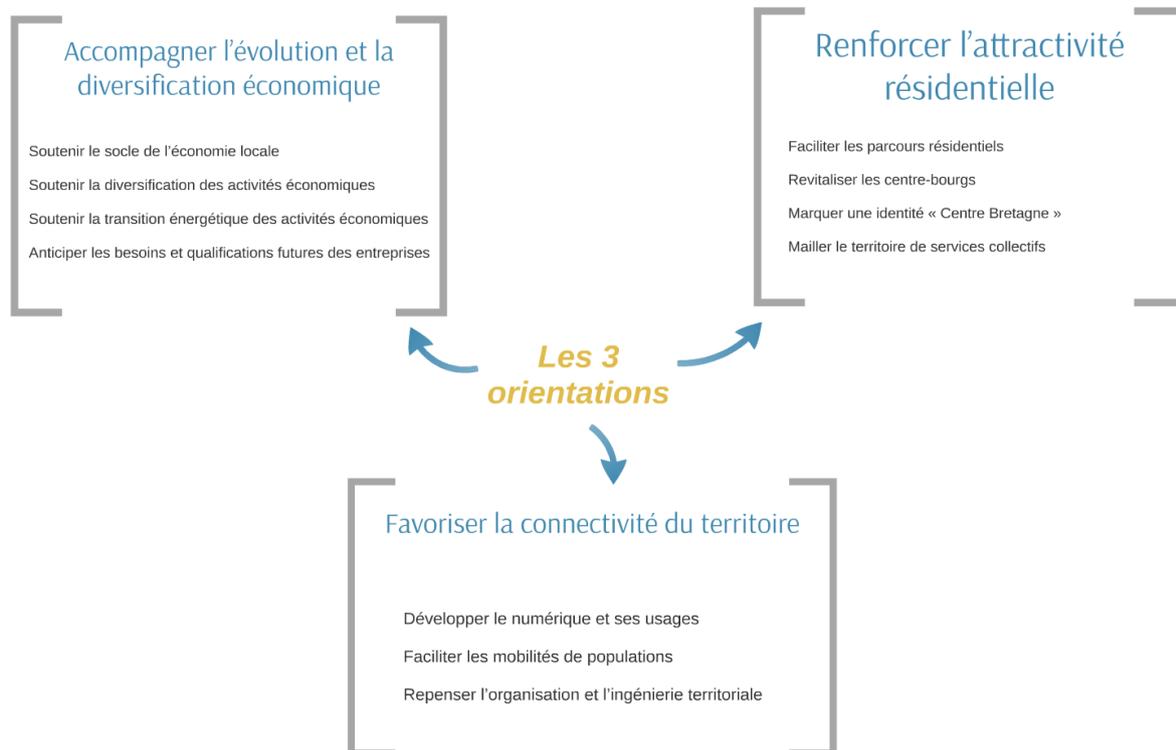


**NB :** VADS signifie « voies aéro-digestives supérieures ».

## L'ARTICULATION DU CLS AVEC LES POLITIQUES PUBLIQUES PORTEES PAR LES SIGNATAIRES DU CONTRAT

### ► Le Pays du Centre Bretagne

Territoire rural de 50 000 habitants au sud des Côtes d'Armor, **le Pays du Centre Bretagne** est un établissement public local fédérant 3 communautés de communes autour d'un projet commun de développement, son « projet de territoire ». Celui-ci comporte 3 axes prioritaires définis pour la période 2014-2020.



Ce projet de territoire trouve sa traduction concrète dans la mise en œuvre de programmes contractuels concourant à l'aménagement et au développement du Pays du Centre Bretagne. Le contrat de partenariat Europe – Région – Pays du Centre Bretagne 2014-2020 en est le principal et permettra de mobiliser des fonds publics en vue de soutenir les projets s'inscrivant dans ces axes prioritaires.

Parmi ces outils contractuels se trouve également le présent Contrat Local de Santé. En articulation avec le contrat de partenariat, le Contrat Local de Santé traitera plus spécifiquement des problématiques inhérentes à la santé et notamment la désertification médicale.

Ainsi, depuis 2006, les communautés de communes du territoire – la CC CIDERAL, la CC du Mené et la CC Hardouinai-Mené – ont mené des politiques volontaristes en décidant de s'investir sur le champ de la santé. Ainsi, proposant des solutions concertées et un mode d'exercice coordonné répondant aux aspirations des professionnels de santé, des équipements de type maisons de santé pluridisciplinaire, Pôle médico-social ont émergé ces dernières années.

**La Communauté de Communes CIDERAL** - compte tenu de sa spécificité territoriale avec une ville centre (LOUDEAC – 10 000 habitants) et une commune d'importance moyenne (PLEMET – 3 000 habitants) – a souhaité assurer une offre de soins répartie de façon homogène sur son territoire, en créant deux pôles et en s'appuyant sur les moyens sanitaires existants (CHCB, Hôpital de jour, Centre de Rééducation de Plémet). Cette

offre s'est complétée par des équipements de type maisons de santé réalisées sur les communes de Plouguenast et de Corlay.

**La Communauté de Communes Hardouinai-Mené** s'est lancée, depuis début 2008, dans une politique globale d'études et d'élaboration de propositions dans le secteur des soins de proximité à l'échelle du territoire. L'objectif étant d'offrir aux citoyens du canton un maillage durable afin de favoriser l'accès à tous à des soins de qualité, et de participer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie, condition sine qua non pour une image attractive du territoire permettant l'accueil de populations nouvelles. La réalisation d'un pôle médico-social rural pluridisciplinaire répond à ces besoins en réunissant l'ensemble des professionnels du secteur médico-social (déjà installés sur le territoire ou désireux de le faire) et souhaitant travailler à l'élaboration d'une infrastructure adaptée à leurs besoins actuels et futurs.

**La Communauté de Communes du Mené** a engagé une réflexion avec les professionnels de santé libéraux du territoire afin de définir un projet de santé aboutissant à la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. En effet, afin de maintenir une offre de soins de proximité sur un territoire rural vieillissant, une maison de santé bipolaire sur les communes de Plessala et Collinée a été réalisée.

Constatant une réelle dynamique locale, le Pays du Centre Bretagne s'est donné comme ambition de mettre en réseau et fédérer l'ensemble des acteurs de la santé. Pour cela, une mission santé à l'échelle du territoire a été mise en place en septembre 2013, chargée de définir un projet territorial de santé, démontrant ainsi l'engagement du territoire, des collectivités, des acteurs institutionnels et professionnels dans ce domaine.

Ce travail collectif engagé depuis plus d'un an a abouti à la définition d'axes stratégiques déclinés en actions et présentés dans ce Contrat Local de Santé.

#### ► **L'articulation avec les priorités du Projet Régional de Santé**

Le PRS breton adopté en mars 2012 est structuré autour de 3 priorités : prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ; améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ; favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire. Autour des grands enjeux bretons de santé publique (addictions, santé mentale, vieillissement, environnement ...) la stratégie régionale vise à renforcer qualité, proximité, gradation de l'offre de santé (prévention, soins et accompagnement médico-social), à améliorer l'état de santé de la population et à faciliter l'accès et le « parcours » de chaque personne recourant au système de santé.

Le PRS intègre également 8 programmes territoriaux de santé qui contribuent à la déclinaison du PRS par territoire de santé en prenant en compte l'identité de chaque territoire.

#### ► **L'articulation avec le Programme Territorial de Santé**

Le programme territorial de santé (PTS) du territoire n°8 « Loudéac – Pontivy » et le PTS du territoire de santé n°7 « Saint-Brieuc / Guingamp / Lannion » viennent décliner le projet régional de santé à l'échelle de ces deux territoires de santé et ont vocation à répondre aux priorités de santé identifiées sur ce territoire. Co-élaboré par la conférence de territoire n°8 et n°7 et la Délégation Territoriale des Côtes d'Armor de l'ARS, ils ont été arrêtés le 28 mars 2013.

**Le présent CLS s'inscrit donc en cohérence tant avec le PRS que le PTS**, dont les travaux ont permis d'alimenter le plan d'actions du présent contrat, notamment sur les problématiques suivantes :

- La prévention et la prise en charge des conduites addictives

- La promotion de la santé mentale et la prise en charge du risque suicidaire
- La prise en charge des personnes âgées
- Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés
- Le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé
- La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale en chirurgie, en obstétrique et en imagerie
- La prise en charge et l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement

#### ► **L'articulation avec le PRAPS**

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) est un outil de pilotage et de planification par lequel l'Agence régionale de santé (ARS) et ses partenaires agissent pour réduire les inégalités sociales de santé. Dans ce cadre, l'un des objectifs spécifiques du PRS est celui de promouvoir la santé des publics les plus fragiles, en particulier les publics précaires. L'objectif principal du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles.

Des problématiques sont communes avec le CLS et ce, notamment sur l'accès aux droits et aux soins des publics précaires.

#### ► **L'articulation avec le Programme Régional santé-environnement**

Le PRSE2 (2011-2015) a été approuvé par arrêté préfectoral le 26 août 2011 et co-signé par le Préfet de région, le Président du Conseil Régional et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne. Il s'articule autour de douze objectifs prioritaires et de 37 actions concrètes qui visent à promouvoir la santé, à favoriser la construction d'une culture santé environnement en Bretagne et à agir sur tous les moments de la vie quotidienne des Bretons, à l'image des ateliers mis en place pour la concertation : habiter-accueillir, produire-travailler, consommer, bouger-se détendre.

Une problématique du Pays du Centre Bretagne concernant le taux de prévalence de l'asthme supérieur de 10% à la moyenne régionale les données exige une bonne articulation entre le PRSE et le CLS par des actions portant sur la qualité de l'air intérieur et extérieur.

#### ► **La Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Côtes d'Armor**

La direction départementale de la cohésion sociale est compétente en matière de politiques de cohésion sociale et de politiques relatives à la jeunesse, aux sports, à la vie associative et à l'éducation populaire. Elle met en œuvre ces politiques, sous l'autorité du Préfet de département et en étroite coordination avec la DRJSCS et notamment celles relatives à la prévention et à la lutte contre les exclusions, à la protection des personnes vulnérables, à l'insertion sociale des personnes handicapées, aux actions sociales de la politique de la ville, aux fonctions sociales du logement, à la lutte contre les discriminations, à la promotion de l'égalité des chances et aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes. Dans le département des Côtes d'Armor, elle est aussi chargée de l'intégration des populations immigrées, de l'organisation de l'accueil et de l'hébergement des demandeurs d'asile et de l'identification et de la prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables et à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances (sous l'autorité du directeur de cabinet à travers la MILDECA). Elle est également chargée du pilotage, avec le conseil départemental et la CAF, du schéma territorial des services aux familles.

Ces politiques doivent s'articuler de manière territorialisée avec les objectifs du présent contrat local de santé

et notamment la prévention et la lutte contre les exclusions, la lutte contre les drogues et les toxicomanies, la prise en compte des besoins des familles, etc...

#### ► La DRAAF

La DRAAF met en œuvre à l'échelle régionale la politique publique de l'alimentation pour l'avenir définie en Octobre 2014 par le ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt. S'agissant du Programme National pour l'Alimentation dont l'objectif est de faire de notre modèle alimentaire une force pour l'avenir, la DRAAF décline au niveau régional un plan régional de l'offre alimentaire structuré selon 4 axes :

- La justice sociale ;
- L'éducation alimentaire de la jeunesse ;
- La lutte contre le gaspillage alimentaire ;
- L'ancrage territorial et la mise en valeur du patrimoine.

#### ► La politique du Conseil Régional de Bretagne

Depuis 2005, le Conseil régional de Bretagne s'engage, en dehors de toute compétence directe, pour la promotion de la santé des Bretons. Cette intervention répond à une situation régionale contrastée, à la fois marquée par une espérance de vie en progression et par des écarts importants avec la situation nationale, notamment pour les décès liés aux comportements à risques tels que les conduites addictives et le suicide. Si cette situation touche l'ensemble de la population bretonne, les jeunes semblent particulièrement concernés et les difficultés sont inégalement réparties sur le territoire breton, de même que les moyens déployés en matière de prévention et d'offre de soins.

L'intervention régionale repose sur une démarche concertée, à l'écoute des besoins de santé exprimés sur l'ensemble du territoire régional. Dans le cadre d'un partenariat avec l'Observatoire régional de santé, la Région participe au développement et à la diffusion des connaissances indispensables à la conduite d'une politique de santé en adéquation avec les réalités vécues par la population. Son implication dans les instances consultatives de santé mises en place par l'Agence régionale de santé lui permet d'assurer une veille sur les enjeux de santé.

Dans le prolongement de la Charte d'engagement pour la jeunesse adoptée en 2011, la Région donne la priorité à la promotion de la santé des jeunes, dont elle souhaite promouvoir une approche positive, globale et durable. Elle s'est engagée sur la période 2012-2015 pour soutenir l'écoute et l'information des jeunes sur la santé ainsi que la mise en œuvre de projets de prévention au plus près des besoins. Son intervention vise également à donner aux jeunes les moyens d'agir sur les déterminants de leur santé, à l'image de la journée d'échange et d'information organisée sur les questions de santé environnementale en février 2013.

Pour apporter une réponse aux inégalités de santé, la Région a choisi de décliner sa politique au plus près des territoires en apportant son soutien aux démarches engagées par les territoires de projets. La poursuite du dispositif d'animation territoriale de santé évalué après 10 ans de fonctionnement en Bretagne illustre cette volonté partagée avec l'ARS et les collectivités de favoriser l'intégration de la santé dans les politiques locales. Dans un souci d'aménagement du territoire, la Région s'est également engagée dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins en dotant le territoire régional d'un appareil de formation adapté aux besoins en professionnels paramédicaux et en soutenant le regroupement des professionnels de santé sur les territoires les plus en difficultés.

La prise en compte des déterminants territoriaux de la santé se traduit également par l'engagement de la Région de lutte contre l'impact des risques environnementaux sur la santé humaine : en cohérence avec son Agenda 21 et avec le Programme régional santé environnement 2011 – 2015, elle mobilise ses différentes politiques pour répondre à ces enjeux cruciaux, en particulier dans les domaines de sa compétence tels que la qualité de l'air, la formation professionnelle ou l'élimination des déchets dangereux. Elle s'implique par ailleurs dans la prévention des troubles musculo-squelettiques, en lien avec l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail, en portant une attention particulière à l'industrie agro-alimentaire.

C'est à ce titre que la Région apporte depuis plusieurs années son soutien à la mise en œuvre de réponses aux enjeux de santé du Pays du Centre Bretagne, tel que le soutien au dispositif d'animation territoriale de santé. Elle souhaite poursuivre cette contribution dans le cadre du Contrat local de Santé, dans la limite des orientations de sa politique de santé publique.

#### ► Le Conseil Départemental des Côtes d'Armor

Chef de file de l'action sociale et médico-sociale depuis la loi du 13 août 2004, le Département est chargé de définir la politique d'action sociale et médico-sociale et de veiller à la cohérence des actions menées sur son territoire par les différents acteurs (Etat, collectivités territoriales, associations, organismes divers....) en assurant leur coordination.

Dans le cadre de la construction du Schéma Départemental d'Action Sociale 2013-2017, les travaux engagés en 2012 ont permis aux acteurs de chaque Pays de prendre connaissance du Panorama social départemental qui aura ainsi contribué à la priorisation des priorités confirmées par les diagnostics locaux.

Au final, ce sont cinq orientations transversales qui ont été identifiées et retenues pour la mise en œuvre du Schéma Départemental d'Action Sociale :

- Repérer les situations de fragilité, mieux connaître pour agir se traduit en 2 axes de travail :
  - Développer des réseaux de repérage actif des personnes en situation de fragilité,
  - Favoriser une culture de l'observation partagée des besoins et de l'évaluation de l'action sociale.
- Informier, orienter, simplifier et renforcer l'accès aux droits. 4 axes sont priorisés :
  - Informer les costarmoricains sur leurs droits
  - Mieux orienter les usagers,
  - Faciliter l'accès aux droits,
  - Associer les citoyens au développement des dispositifs d'action sociale.
- Prévenir les situations de fragilité, agir en amont du cumul des difficultés. Les actions de prévention sont définies :
  - Agir en prévention de l'endettement,
  - Soutenir la parentalité,
  - Accompagner le choix de vie des personnes âgées,
  - Favoriser l'accès à la santé et promouvoir la santé des populations les plus fragiles,
  - Bien vivre dans son territoire.
- Accompagner les personnes à tous les âges de la vie, agir aux côtés des plus fragiles pour :
  - Accompagner les personnes dans leur projet de vie,
  - Assurer la coordination des parcours des personnes,
  - Favoriser l'inclusion des plus fragiles.
- Coordonner et coopérer en apportant une réponse globale.

Cet axe développe, notamment, l'engagement de participation au rapprochement entre secteur social et secteur sanitaire. Cette action vise à proposer la mise en place d'outils communs de coordination dans le cadre des PTS et CLS afin d'assurer la continuité des parcours et des accompagnements dans une approche globale de la personne.

Plus largement cette réflexion partenariale s'inscrit dans le cadre de la construction des deux prochains Schémas départementaux d'orientation médico-sociale, Autonomie et Enfance-Famille 2016-2020 et dans la politique territoriale du Département qui se matérialise à travers les Contrats départementaux de Territoire.

Les Contrats Locaux de Santé permettent aujourd'hui de catalyser les énergies des usagers, élus locaux, associations et professionnels et d'asseoir les coopérations et mutualisations nécessaires afin de répondre au mieux aux priorités de santé dégagées, contribuant ainsi au développement du territoire du Centre Bretagne.

Signataire du Contrat Local de Santé, le Département des Côtes d'Armor s'engage aussi par sa participation à la gouvernance et aux instances techniques, en faveur d'une complémentarité et d'une efficacité accrue de nos politiques respectives autour d'objectifs communs.

#### ► La CARSAT

Ses missions :

- **La préparation et le paiement de la retraite**
  - Suivre les carrières des assurés.  
Elle gère le compte retraite tout au long de la vie professionnelle.
  - Informer les salariés  
Elle envoie aux assurés de façon régulière les relevés de situations individuelles tous les 5 ans à partir de 35 ans.
  - Conseiller les futurs retraités  
Au moment du passage à la retraite, elle s'engage à faciliter les démarches des assurés, elle intervient régulièrement en entreprise pour des actions d'information
  - Payer les retraites  
Elle calcule les retraites et en assurent le versement.
  
- **La prévention et la tarification des risques professionnels**
  - Prévenir les risques professionnels et engager les entreprises dans la prévention.  
Elle intervient dans les entreprises, organise des actions collectives auprès de Branches professionnelles, offre des cycles de formations pour contribuer à la réduction du nombre et la gravité des accidents de travail et des maladies professionnelles.
  - Cibler les risques majeurs  
Dans cette optique, la CARSAT travaille notamment sur la prévention des risques musculo-squelettiques, le risque routier, les risques psycho-sociaux, les cancers professionnels et intègre la prévention dès la conception des lieux de travail.  
Fixe le taux de cotisations des accidents de travail et des maladies professionnelles.  
Elle calcule et notifie chaque année le taux de cotisations.
  
- **L'aide et l'accompagnement des assurés fragilisés**
  - Informer et conseiller  
En partenariat avec les autres régimes MSA, RSI et les caisses complémentaires Agirc-Arrco, la CARSAT sensibilise les retraités aux enjeux du vieillissement. Diffusée au niveau national, la communication mise en place couvre tous les aspects du « Bien vieillir » et valorise les bonnes pratiques pour chaque tranche d'âge.
  - Sensibiliser par des actions collectives de prévention  
Destinées aux retraités fragilisés mais toujours autonomes, ces actions de prévention collectives sont menées en partenariat interrégimes (MSA, RSI et les caisses complémentaires Agirc-Arrco). Le principe de prévention étant d'agir en amont, la CARSAT a mis en place un «

observatoire des fragilités » qui vise à repérer et identifier les publics fragilisés et cibler les actions prioritaires.

- Accompagner les retraités fragilisés  
L'action sociale propose aux retraités des réponses diversifiées afin de favoriser leur maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles. L'évaluation qui est au cœur du dispositif, consiste à identifier leurs fragilités et leurs besoins en vue de la mise en place d'un plan d'action personnalisé.

Autre aspect essentiel de la prévention : l'adaptation du logement.

- Participer à l'amélioration des lieux de vie collectifs  
La CARSAT peut apporter une aide financière, sous forme de subvention ou de prêt, pour la réalisation de projets immobiliers (construction ou rénovation) visant à améliorer la qualité de vie des retraités dans les établissements ou à favoriser le développement des modes d'accueil intermédiaires entre domicile et hébergements collectifs.
- Accompagner les assurés en difficulté  
La CARSAT propose un accompagnement social aux assurés et leurs ayants droits confrontés à la maladie, l'accident du travail, le handicap... Elle a aussi pour mission de favoriser les démarches de soins et de sensibiliser les assurés sur les questions de santé, en mettant en œuvre notamment des parcours de prévention santé. Elle informe et conseille sur les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
- Aider les assurés à prévenir le risque de désinsertion professionnelle.  
Pour prévenir le risque de désinsertion professionnelle des personnes en arrêt de travail et/ou en invalidité, la CARSAT développe en partenariat des offres de service de manière précoce visant à favoriser et accompagner leur projet de reprise de travail.
- Prévenir la perte d'autonomie  
La CARSAT accompagne les assurés en sortie d'hospitalisation pour préparer le retour à domicile. Elle peut également intervenir lorsque la situation provoque une rupture dans la vie de l'assuré telle que le veuvage, l'entrée en établissement d'un conjoint...

#### ► La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Côtes d'Armor

Ces dernières années l'engagement de l'Assurance Maladie s'inscrit dans une volonté de renforcer l'égal accès aux droits et aux soins de qualité, de contribuer à une meilleure gestion du risque maladie et de participer à la durabilité et la soutenabilité de notre système solidaire.

**Dans ce cadre, l'Assurance Maladie contribue à la stratégie nationale de santé.**

La Stratégie Nationale de Santé fait des modifications de comportements et de la prévention deux axes majeurs d'évolution du système de santé, au travers notamment du développement de l'éducation thérapeutique et d'une approche intégrée et segmentée en fonction des populations (jeunes, femmes, personnes âgées et handicapées...), des milieux de vie ...

Pour y répondre, l'Assurance Maladie, en accord avec les priorités de santé publique définies par l'Etat, offre des services de prévention aux assurés en fonction de leurs facteurs de risque tout en renforçant le rôle du médecin traitant.

La CPAM-22 propose notamment :

- Un renforcement des actions de promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière auprès des populations à risque ;
- Un développement de la prévention buccodentaire avec la poursuite du programme M'T Dents pour les enfants et adolescents et des actions d'accompagnement dans les écoles primaires des zones défavorisées ;
- Un enrichissement des actions de prévention des facteurs de risque de la grossesse dans le cadre notamment du parcours attentionné maternité. La femme enceinte est invitée dès le 4ème mois de grossesse à un examen bucco-dentaire;

D'une façon générale, le Centre d'Examen de Santé de la CPAM est mobilisé sur les actions de prévention au bénéfice de l'ensemble de la population en veillant à apporter des réponses plus ciblées en fonction des besoins et des attentes aux différents âges (ex. : ateliers d'éducatifs thérapeutiques pour patients diabétiques de Type 2, ateliers d'Education pour la santé pour des groupes de jeunes en insertion, examen de santé pour les seniors). Son rôle en faveur de la réduction des inégalités de santé est consolidé (maintien d'une part majoritaire de populations précaires parmi les consultants, partenariat avec les missions locales jeunes, les centres de formation, les associations d'insertion...)

Enfin, pour accroître la participation des populations ciblées aux programmes de dépistage des cancers, l'Assurance Maladie participe à l'amélioration de leur organisation en donnant au médecin traitant les moyens d'être l'interlocuteur privilégié de ses patients pour y avoir accès.

Dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal et du passage au test immunologique en il est ainsi proposé aux médecins de commander directement les tests via leur espace professionnel internet.

#### **D'autre part l'Assurance Maladie s'attache à conforter son offre de service intégrée.**

Depuis trois ans, la CPAM-22, assureur solidaire en santé, a renforcé ses actions de gestion du risque en proposant des services novateurs à ses assurés tout en développant les outils de maîtrise médicalisée auprès des professionnels de santé. En ce qui concerne les services en santé, la période a notamment été marquée par la généralisation de *Sophia* pour les patients diabétiques et par le lancement du programme d'aide au retour à domicile après une hospitalisation (PRADO maternité et orthopédie).

#### **► La Mutualité Sociale Agricole d'Armorique**

La MSA gère la protection sociale des actifs et retraités du régime agricole, ainsi que celle de leur famille. A ce titre elle gère leurs prestations d'assurance maladie, assurance retraite, et prestations familiales. Dans le prolongement de cette mission elle met en œuvre une politique d'action sociale et une politique de prévention et promotion de la santé.

Dans le cadre de la prévention et promotion de la santé la MSA s'implique dans les actions pilotées par l'état : les campagnes de vaccination, les actions bucco-dentaires, les campagnes de dépistage des cancers, le sevrage tabagique... Sur le plan institutionnel, la MSA propose par ailleurs à ses ressortissants des bilans de santé : les « Instants Santé » et elle développe des actions en lien avec les programmes nationaux et /ou régionaux. C'est le cas en particulier du plan institutionnel de prévention du suicide, des actions du Bien Vieillir, et de la prévention des maladies cardio-vasculaires. L'ensemble de ces actions est déclinée dans le plan de prévention santé de la MSA d'Armorique. La MSA d'Armorique s'appuie pour la mise en œuvre de ces actions de prévention, sur ses ressources internes (médecins-conseil, infirmières de prévention, travailleurs sociaux) et sur son réseau de délégués, élus par les assurés, et répartis sur l'ensemble de son territoire (Départements des Côtes-d'Armor et du Finistère).

Dans le cadre de la Santé et sécurité au travail, la MSA met en œuvre des actions de prévention des risques professionnels au sein des entreprises relevant du régime agricole. Un plan national de santé et sécurité au travail est défini pour 5 ans et définit les priorités d'action. Parmi ces priorités figurent en particulier les risques psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques. Les acteurs de ce plan sont les médecins du travail, les conseillers de prévention, et les infirmiers de santé et sécurité au travail.

## LE CONTRAT LOCAL DE SANTE

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L. 1434-2, L. 1434-17, L.1435-1 ;

Vu l'arrêté en date du 9 mars 2012 portant adoption du Projet Régional de Santé (PRS) de Bretagne et vu la délibération de la commission permanente de l'ARS en date du 7 Mai 2015 ;

Vu la délibération du Comité syndical du Pays du Centre Bretagne en date du 26 Mai 2015 ;

Vu la délibération de la commission permanente du Conseil Départemental des Côtes d'Armor en date du 25 Juin 2012 ;

Vu la délibération de la commission permanente du Conseil Régional en date du 2 Juillet 2015 ;

Il est convenu ce qui suit :

### ARTICLE 1 - LES PARTIES SIGNATAIRES

En 2014, le Pays du Centre Bretagne et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne s'engagent avec leurs partenaires membres du Comité de Pilotage du CLS (Services déconcentrés de l'Etat, Education Nationale, établissements publics de santé, professionnels de santé, associations, CPAM, Conseil Général, Conseil Régional, représentants des usagers ...) dans la mise en œuvre d'un Contrat Local de Santé sur son territoire pour :

- Permettre une meilleure connaissance entre les acteurs qui œuvrent en faveur de la santé sur le territoire du pays Centre Bretagne et partager les diagnostics,
- Favoriser les coopérations et la cohérence des actions développées sur le territoire en décloisonnant les approches,
- Mettre en place une programmation partagée au service d'une stratégie locale en santé sur plusieurs années.

Le présent contrat est conclu entre :

- L'Agence Régionale de Santé de Bretagne, représentée par son Directeur Général, Monsieur Olivier DE CADEVILLE ;
- Le Pays du Centre Bretagne, représenté par son Président, Monsieur Guy LE HELLOCO ;

- La Préfecture des Côtes d'Armor, représentée par le sous-préfet de Dinan, Monsieur Michel LABORIE;
- Le Conseil Régional, représenté par son Président, Monsieur Pierrick MASSIOT ;
- Le Conseil Départemental des Côtes d'Armor, représenté par sa Vice-Présidente en charge des personnes âgées, également Présidente de la commission de la cohésion sociale, Madame Sylvie GUIGNARD ;
- La Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail, représentée par sa Directrice, Mme Marie-Hélène PALMIER ;
- La Caisse Primaire D'Assurance Maladie des Côtes d'Armor, représentée par sa Directrice, Mme Danielle LAU ;
- La MSA Armorique, représentée par son Directeur Adjoint, M. Jean LE QUEMENER ;

## ARTICLE 2 - LE PERIMETRE GEOGRAPHIQUE DU CONTRAT

Le périmètre géographique retenu est celui du territoire du Pays du Centre Bretagne et de ses 3 communautés de communes : CIDERAL (33 communes), Communauté de communes Hardouinai-Mené (9 communes) et communauté de communes du Mené (7 communes).

## ARTICLE 3 - LES PARTENAIRES ET OPERATEURS

- Le Centre Hospitalier Centre Bretagne
- L'Association Hospitalière de Bretagne (AHB)
- La Conférence de Territoire n° 8 « Loudéac - Pontivy »
- La maison du Département de Loudéac (PMI, CLIC, service d'Action Sociale de Proximité,...)
- L'association ADALEA
- L'Education Nationale
- L'ANPAA
- L'association Douar Nevez
- La Mutualité Française Bretagne
- La mutualité française des Côtes d'Armor
- Le CISS de Bretagne
- Kiné Ouest Prévention

- L'ADAPEI des Côtes d'Armor
- L'association ARESAT
- L'association Itinérance
- La mission locale de Loudéac
- L'Union Régionale de Professionnels de Santé Médecins
- L'association ADEC ARMOR
- L'association Capt'air Bretagne
- Les représentants d'usagers
- La polyclinique de Kerio
- Etc.

## ARTICLE 4 – DEMARCHE ET INSTANCES DU CONTRAT

**L'équipe technique** chargée de préparer les réunions du Comité de Pilotage et de conduire le travail entre les réunions du COFIL était composée :

- Pour le Pays du Centre Bretagne, de Pauline PETTRE, chargée de mission ;
- Pour l'ARS, de Marie GESTIN, Inspectrice principale et coordinatrice du territoire de santé n°8. Cette dernière a assuré les interfaces au sein de l'ARS avec les directions métiers.

**Le Comité de pilotage** présidé par Joseph SAUVE, Vice-Président en charge de la santé du Pays Centre Bretagne, a rassemblé 27 participants (Cf. liste annexe 2). Le COFIL s'est réuni à 3 reprises pendant la phase d'élaboration du contrat.

### **COFIL du 16 Juin 2014 au syndicat mixte du Pays du Centre Bretagne**

- Présentation du Pays et son syndicat mixte
- Présentation de la démarche CLS et ATS (Animation Territoriale de Santé)
- Méthodologie de travail
- Premiers éléments diagnostic

### **COFIL du 24 Octobre 2014 au syndicat mixte du Pays du Centre Bretagne**

- Présentation des principaux éléments de diagnostic
- Validation du diagnostic
- Echanges sur les pistes d'actions

### **COFIL du 3 Avril 2015 au syndicat mixte du Pays du Centre Bretagne**

- Présentation des actions identifiées
- Calendrier

La méthode de travail validée en COPIL a privilégié la mise en place de trois groupes de travail thématiques :

- L'accès aux soins
- Les déterminants de la santé
- L'accompagnement des publics

Chaque groupe s'est réuni à trois reprises, au mois de Novembre 2014, Janvier et Mars 2015. Ces groupes ont permis d'identifier les actions à mettre en œuvre sur le territoire, les prioriser et les détailler.

- ▶ Le comité de pilotage deviendra le comité de suivi du CLS après la signature. Il se réunira deux fois par an pour préparer le programme annuel de travail et d'actions et faire un bilan annuel de réalisation.

## ARTICLE 5 - AXES STRATEGIQUES, OBJECTIFS ET ACTIONS DU CONTRAT

### Axes stratégiques du CLS Pays Centre Bretagne

- ▶ **Axe 1 - Permettre aux habitants d'accéder à une offre de soins et de services de proximité de qualité**
- ▶ **Axe 2. Améliorer la coordination et la formation des acteurs**
- ▶ **Axe 3. Améliorer l'accès à la prévention primaire et secondaire**
- ▶ **Axe 4. Promouvoir la santé au travail**
- ▶ **Axe 5. Promouvoir un environnement favorable à la santé**
- ▶ **Axe 6. Améliorer l'accès aux droits, aux soins et aux services, favoriser la continuité des parcours pour les plus démunis**
- ▶ **Axe 7. Agir en faveur des personnes en situation de handicap**
- ▶ **Axe 8. Agir pour la santé des personnes âgées**

# ***AXE STRATEGIQUE 1 : PERMETTRE AUX HABITANTS D'ACCEDER A UNE OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES DE PROXIMITE DE QUALITE***



## PROBLEMATIQUE

### LA MEDECINE GENERALE : UN ENJEU PRINCIPAL

Bien qu'un nombre de médecins élevé par habitant ne soit pas une garantie de bénéficier d'un bon accès aux soins, la qualité des soins et les autres facteurs entrant aussi en compte, il existe malgré tout une probabilité plus grande d'être bien soigné lorsque la population médicale est importante.

Par ailleurs, la perte de médecins peut avoir une répercussion sur l'installation ou le maintien d'autres professionnels de santé, notamment paramédicaux et pharmaciens, dont le niveau d'activité et donc la viabilité économique, dépend de la présence d'une offre médicale sur le territoire. Le maintien d'une médecine générale de proximité est donc un enjeu majeur, au risque de renforcer les inégalités spatiales d'accès aux soins par l'augmentation des distances à parcourir.

En Bretagne, la densité des professionnels de santé est satisfaisante, mais on constate une inégale répartition territoriale des médecins généralistes, avec des inégalités entre le littoral et le Centre Bretagne. Par ailleurs, on constate que les médecins qui partent à la retraite ne sont pas systématiquement remplacés. Ceci peut être lié à deux phénomènes :

- La nouvelle génération ne s'installe plus systématiquement à la sortie des études, en privilégiant le statut de médecins remplaçants en début de carrière ou une orientation vers l'exercice salarié, jugés moins contraignants ;
- Le nombre de départs (retraite, cessation d'activité...) augmente chaque année, ce qui tend à diminuer le solde positif entre le nombre d'installations et de départs au fil des années.

Depuis plusieurs années, les acteurs politiques et institutionnels réfléchissent sur la façon dont on peut inciter les jeunes professionnels à s'installer en zone sous dotée. Des leviers ont pu être identifiés, comme par exemple :

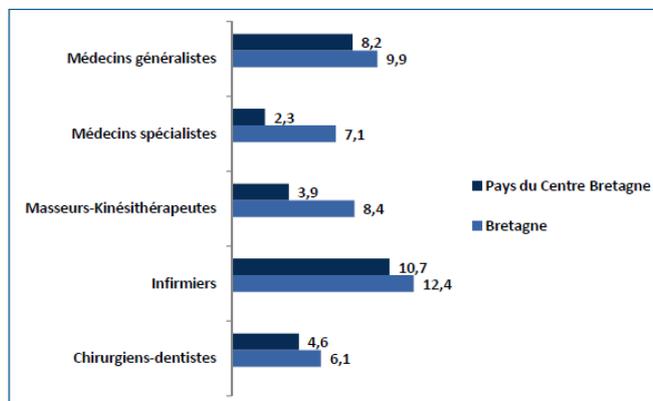
- Favoriser le travail en groupe pluridisciplinaire avec un projet de soins établi et validé par l'ARS (pôle de santé, maison de santé) ;
- Développer des stages en libéral dès le 2ème cycle des études médicales. La réalisation du stage praticien est déterminante dans le choix des internes de leur futur mode d'exercice et dans leur choix de la médecine libérale ;
- Alléger les tâches administratives et la gestion du cabinet du médecin.

Par ailleurs, de nouvelles formes de pratiques de la médecine apparaissent, notamment la télémédecine, qui permet des prestations de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

### OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

Densité des professionnels de santé libéraux dans le pays du Centre-Bretagne et en Bretagne (pour 10 000 habitants) en 2009



Sources : Urcam Bretagne, fichier de l'offre de soins libérale en janvier 2009, Insee RGP 1999 et 2006 - Exploitation ORS Bretagne

En 2014, **33 médecins généralistes libéraux et 10 médecins spécialistes libéraux** exercent dans le pays du Centre-Bretagne. Les densités médicales libérales dans le pays se situent parmi les plus faibles de la région et sont nettement inférieures à celles observées en Bretagne, notamment chez les spécialistes. Sur trois spécialités parmi les plus fréquemment consultées, à savoir les pédiatres, psychiatres et gynécologues, le Pays du Centre Bretagne est très peu doté. On recense en effet sur le territoire un seul gynécologue et aucun pédiatre, ni médecin psychiatre. Pour pallier ce problème, le CHCB a mis en place des consultations avancées de spécialistes à Loudéac

en néphrologie, deux mercredi après-midi par mois.

La densité en médecins libéraux risque encore de diminuer dans les années à venir avec plus de la moitié des médecins âgés de plus de 55 ans. Il existe déjà actuellement un manque de médecins dans les petites communes. Pour les médecins qui sont en place, les services de soins sont engorgés et la charge de travail est importante.

On constate également que la densité en professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes) est également nettement inférieure à celles observées en Bretagne. L'écart le plus important concerne les kinésithérapeutes, avec un écart de 4,5 points.

Il existe actuellement 4 maîtres de stage situés à Loudéac (maison médicale), Merdrignac (maison médicale), Plémet (maison médicale) et Plessala (le médecin travaille seul mais est intégré dans un pôle de santé).

A l'aide des données de densité en professionnels de santé libéraux, l'ARS Bretagne a réalisé une cartographie de l'offre de soins de premier recours en Bretagne afin de qualifier des zones prioritaires. Au sein du Pays Centre Bretagne : quatre territoires sont situés en **zone prioritaire** (Plémet<sup>10</sup>, Merdrignac<sup>11</sup>, Mûr-de-Bretagne<sup>12</sup> et Broons<sup>13</sup>), 3 territoires sont situés en **zone fragile** (secteur de Loudéac<sup>14</sup>, de Plœuc-sur-Lié<sup>15</sup> et Josselin<sup>16</sup>), deux territoires sont situés en **zone à surveiller** (Secteur de Saint-Nicolas-du-Pélem<sup>17</sup> et de St-Meen-le-Grand<sup>18</sup>)

<sup>10</sup> Comprend les communes de Laurenan, La Chèze, Coëtlogon, La Ferrière, Plémet, Plumieux, La Prénessaye, Saint-Etienne-du-Gué-de-l'isle

<sup>11</sup> Comprend les communes de Gomené, Illifaut, Merdrignac, Saint-Launeuc, Saint-Vran

<sup>12</sup> Comprend les communes de Caurel, Saint-Gilles-Vieux-Marché et Saint-Guen

<sup>13</sup> Comprend les communes de Langourla et Mérillac

<sup>14</sup> Comprend les communes de Grâce-Uzel, Hémonstoir, Loudéac, La Motte, Saint-Barnabé, Saint-Caradec, Saint-Maudan, Saint-Thélo, Trévé, Saint-Hervé, Uzel

<sup>15</sup> Comprend les communes de Gausson, Plouguenast et Allineuc

<sup>16</sup> Comprend la commune de Le Cambout

<sup>17</sup> Comprend les communes de Corlay, Haut-Corlay, Plussulien, Saint-Martin-des-Prés, Saint-Mayeux

<sup>18</sup> Comprend les communes de Trémoré et Loscouët-sur-Meu

et un territoire est situé en **zone avec peu de difficultés** (Collinée<sup>19</sup>). Ce zonage conditionne l'éligibilité des territoires à des aides publiques, seuls les trois premiers niveaux pouvant en bénéficier.

En matière de projets de regroupement sur le Pays Centre Bretagne, il existe :

- Un pôle de santé déjà constitué (Collinée - Plessala - Plouguenast) et un pôle est en cours de constitution (Loudéac). D'autres zones n'en sont pas pourvues: Uzel, Merdrignac, Corlay et La Chèze. Certains professionnels sont intéressés mais ne connaissent pas les démarches à suivre.
- 3 maisons de santé pluridisciplinaires (Collinée, Plessala et Plouguenast)
- 3 maisons de santé libérales à Loudéac, Plémet et Merdrignac

Outre le problème d'une faible densité en professionnels de santé, on constate d'autres problématiques sur le territoire :

- Une offre de transports en commun insuffisante / inadaptée, notamment vers le CH de Saint-Brieuc et Pontivy. L'ensemble des acteurs ont indiqué ce problème comme prioritaire, néanmoins il ne fera pas l'objet d'une fiche-action dans ce présent Contrat Local de Santé. En effet, cette thématique est traitée dans les autres politiques menées par le Pays Centre Bretagne, notamment dans le contrat de partenariat avec la région Bretagne et dans le contrat LEADER ;
- Un éloignement relatif des services d'urgence. L'ARS de Bretagne a défini les « zones blanches » qui correspondent aux zones situées à plus de 30 minutes d'un SMUR. Au sein du Pays Centre Bretagne, il existe plusieurs zones blanches, notamment au sein du Canton de Collinée et de Merdrignac.

## L'OFFRE DE SOINS EN PERINATALITE

Il existe 2 maternités à proximité du Pays Centre Bretagne: Noyal-Pontivy (Niveau 2A) et Saint-Brieuc (Niveau 3). Pour le suivi des femmes, des services de proximité sont mis à disposition à Loudéac : un service de Protection Maternelle et Infantile (au sein de la Maison du Département), un centre périnatal de proximité (CPP) et un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF);

Au niveau du CPP:

- Les cours de préparation à l'accouchement sont prioritairement réservés aux femmes ayant choisi d'accoucher au CHCB ;
- Les horaires d'ouverture du CPP ont dû être adaptés à la demande ; Certaines prestations supprimées ont pu être à nouveau proposées (notamment au niveau de la préparation à l'accouchement). Cependant aujourd'hui les carnets de RDV ne sont pas remplis ;
- Le nombre de patientes suivies est en constante diminution.

Une étude est actuellement en cours au sein de la conférence de territoire sur le thème des addictions et périnatalité. Un étudiant a été engagé sur cette étude. Au vu des 1403 certificats médicaux du 8<sup>ème</sup> jour (PMI 22 et 56) des 1461 avis de naissance des enfants du T8 nés en 2014, des taux de fuite importants sont constatés : plus d'une femme sur deux du Pays Centre Bretagne n'accouche pas au CHCB (cantons de La Chèze taux de fuite de 37,5%, Loudéac 26,9%, Merdrignac 82,7%, Plouguenast 70,1%, Uzel 83,3%). Ces chiffres sont nécessairement à relativiser du fait des grossesses à risque. La proximité de certains territoires avec d'autres maternités peuvent aussi expliciter ces chiffres (cantons de Merdrignac 82,7% de fuite, Plouguenast 70,1%, Uzel 83,3%.

<sup>19</sup> Comprend les communes de Langast, Collinée, Le Gouray, Plessala, Saint-Gilles-du-Mené, Saint-Gouëno et Saint-Jacut-du-Mené

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- ▶ Améliorer l'offre de soins de premier recours au plus proche de la population ;
- ▶ Promouvoir le Pays du Centre Bretagne auprès des professionnels de santé ;
- ▶ Encourager les professionnels de santé à élaborer des projets de santé ;
- ▶ Améliorer la gestion des urgences ;
- ▶ Favoriser la venue de stagiaires en médecine ;
- ▶ Améliorer la visibilité des services de soins.

## OBJECTIFS ET ACTION SOUTENUS POUR RELEVER CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

### Objectif spécifique 1 : faciliter le parcours de soins

#### Action 1. Favoriser la mise en place de pôles de santé sur le territoire

- Organiser des réunions d'information auprès des professionnels de santé en fonction du degré de maturation des projets.
- Impulser la création d'un pôle de santé à Merdrignac, Corlay et Uzel.
- Pour les professionnels souhaitant s'engager dans la démarche, leur proposer un accompagnement par un consultant (financement ARS) : aide à la détermination des axes de travail, aide à la rédaction, aide au démarrage des premières actions, etc.

#### Action 2. Proposer une offre de télémédecine

- Action a) : proposer une offre de télémédecine sur le secteur d'Uzel en intégrant le projet Telehpad :
  - Evaluer la possibilité d'inclure le CHCB, l'AHB dans le projet ; évaluer les possibilités du CH de Saint-Brieuc d'intervenir également sur le Pays Centre Bretagne; et si évaluations positives :
  - Création d'une salle de télémédecine au sein de l'EHPAD de Le Quillio (Le Cosquer);
  - Information auprès des professionnels de santé du secteur : médecins libéraux, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ...
  - Adressage pour une consultation de télémédecine par le médecin traitant;
  - Réalisation de téléconsultations pour les résidents de l'EHPAD + population locale, reliées à des établissements hospitaliers généraux et psychiatriques : consultations de gériatrie, psychiatrie, dermatologie, cardiologie et neurologie à distance.  
Possibilité pour les professionnels de s'appuyer sur la plateforme d'échange d'informations sécurisée et accessible en ligne (nécessité de cotisation), mis en place par le GCS e-santé
- Action b) : proposer aux pôles et maisons de santé pluridisciplinaires d'avoir un service de télé-dermatologie et vasculaire : les professionnels de santé libéraux auront la possibilité de demander un avis sur des plaies complexes pour des patients à domicile ou en structure :
  - Phase d'expérimentation avec l'interpole Centre Bretagne

- Si évaluation positive sur l'interpole : proposer à l'ensemble des pôles et maisons de santé du territoire de participer au projet. Possibilité d'accompagnement par l'URPS

### Action 3. Améliorer l'information sur l'offre de services existants en périnatalité

- Profiter d'avoir des éléments chiffrés des taux de fuite du T8 concernant les accouchements pour en étoffer le contenu : réaliser un sondage au sein des maternités (Saint Briec, Plœrmel, voire Rennes) pour comprendre les motivations des femmes dans leur choix de maternité (pourrait être réalisé par un étudiant).
- Rendre plus attractif le centre périnatal de proximité : le réinvestir et en faire un lieu de suivi, mettre à disposition le plateau technique aux sages-femmes libérales, travailler avec les sages-femmes libérales et médecins libéraux du territoire, développer des activités nouvelles et faire connaître le centre périnatal de proximité
- Améliorer l'information sur l'offre de services (CPP, centre de planification) auprès du Public:
  - Améliorer l'information apportée sur internet et les pages jaunes;
  - Améliorer la signalétique : mettre en place des panneaux d'indication pour le CPP et le centre de planification et d'éducation familiale;
  - Demander aux collectivités de relayer l'information sur l'offre de services notamment par les journaux des collectivités (journaux municipaux, des communautés de communes, du pays): montrer les services qui sont proposés, sans faire de publicité. Informer également sur les services proposés par les pharmacies (conseils apportés aux femmes enceintes);
  - Malgré la diminution de l'activité du CPP, maintenir l'offre libérale et hospitalière tout en la diversifiant en fonction des besoins : favoriser notamment la présence de gynécologues au sein du CPP de Loudéac.
  - Proposer un relais téléphonique lorsque la sage-femme du CPP est absente.
  - Mettre en place des actions de prévention du bébé secoué (en lien avec le service de PMI).

### Action 4. Ouvrir des consultations avancées dans les territoires de proximité

- Ouvrir des consultations avancées dans les territoires de proximité (Loudéac, Merdrignac) en soins spécialisés:
  - A Loudéac : pédiatrie (dans les locaux du CPP), pneumologie, endocrinologie, orthopédie, cardiologie,...
  - A Merdrignac : ophtalmologie, gynécologie, dermatologie, cardiologie, ORL
- Développer les consultations délocalisées de médecins généralistes dans les communes sans médecin. Travail en lien avec le conseil de l'ordre.

### Objectif spécifique 2 : favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé

#### Action 5. Améliorer la communication auprès des étudiants en médecine et médecins libéraux installés sur d'autres territoires surdotés

- Elaboration d'une plaquette d'information pour promouvoir le Pays Centre Bretagne, en valorisant l'existant: insister sur l'attractivité du territoire (équipements, activités culturelles,...), diffuser la plaquette lors de l'évènement « speed dating » organisé à Rennes et Brest ;
- Diffuser des annonces dans les médias des territoires surdotés bretons et nationaux et dans la

presse médicale : organiser un accompagnement si une personne est intéressée de s'installer en libéral ;

- Donner des informations sur le site internet du Pays Centre Bretagne : plaquette d'information sur internet, témoignages de médecins montrant les avantages de travailler sur le Pays Centre Bretagne,...

#### **Action 6. Augmenter le nombre de maîtres de stage**

- Augmenter le nombre de médecins généralistes maîtres de stage et les faire connaître :
  - Présentation aux médecins généralistes de la fonction de médecin généraliste maître de stage au Conseil de l'ordre;
  - Faire connaître aux internes les lieux de stage chez le médecin généraliste dès le choix des stages de médecine générale afin de l'éclairer.

#### **Action 7. Participer activement aux actions de recrutement auprès des étudiants en médecine**

- Inciter les professionnels à participer aux réunions d'information sur les projets des pôles de santé et maisons de santé au sein de la faculté de médecine de Rennes (par exemple le « speed dating » organisé au mois de Juin 2015 à Rennes) et au sein de la faculté de médecine de Brest en octobre.
- Participation de la chargée de mission santé du Pays Centre Bretagne à la réunion du speed dating ; construire des partenariats avec les communautés de communes afin de présenter les différents dispositifs, structures existantes et aides financières apportées, valorisation du territoire (équipements disponibles, lien avec le service tourisme du Pays) ;
- Aide méthodologique apportée par la chargée de mission santé du Pays Centre Bretagne afin de présenter de manière la plus attractive possible les projets des pôles de santé;
- Montrer auprès des étudiants le dynamisme du territoire: Contrat Local de Santé, etc.
- Créer des liens avec le bureau des internes de médecine générale : distribution de la plaquette de présentation du Pays.

#### **Action 8 Augmenter le nombre de contrats de praticiens territoriaux en médecine générale**

- Augmenter le nombre de contrats de praticiens territoriaux en médecine générale (PTMG) : envoyer des candidatures auprès de l'ARS siège qui pourra examiner la candidature

#### **Action 9. Alléger les tâches administratives des médecins libéraux**

- Dégager du temps médical dans le temps de travail du médecin généraliste pour l'inciter à s'installer: proposer une mutualisation entre professionnels de santé pour engager un gestionnaire administratif en s'appuyant éventuellement sur des groupements d'employeurs.

#### **Action 10. Réfléchir à l'intérêt de mise en place de centres de santé**

- Engager un travail de concertation entre professionnels de santé libéraux et élus afin d'envisager l'opportunité d'ouvrir un centre de santé sur le territoire.
- Augmenter le nombre de contrats de praticien territorial : envoyer des candidatures auprès de l'ARS siège qui pourra examiner la candidature.

## **AXE STRATEGIQUE 2 : AMELIORER LA COORDINATION ET LA FORMATION DES ACTEURS**



## PROBLEMATIQUE

Parcours de vie, parcours de santé, parcours de soins : ces concepts sont apparus il y a quelques années alors que s'est développée une culture destinée à rompre les cloisonnements. Ils sont liés à différents phénomènes : l'allongement de la durée de vie avec un risque accru de perte d'autonomie, l'augmentation du poids des maladies chroniques dans la morbidité générale, la volonté des patients d'être à la fois acteur de leur santé et pris en charge dans la globalité de leurs besoins. Tout cela nous amène aujourd'hui au développement d'une meilleure coordination des professionnels de santé afin de diminuer les ruptures dans la prise en charge des patients<sup>20</sup>. Cette meilleure coordination passe également par une bonne articulation avec la prévention, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

La communication ville-hôpital fonctionne mais ne satisfait aucune des deux parties. Le développement des relations avec la médecine de ville est devenu une préoccupation majeure, identifié comme axe de performances de certains établissements. Parce qu'elle doit se faire entre deux acteurs asynchrones de la prise en charge sanitaire, l'un développant une approche globale du patient, l'autre centrée sur une pathologie, l'interface ville-hôpital est un véritable défi.

Le médecin traitant est certes, en tant que responsable du parcours de soins, l'un des premiers acteurs concernés par la qualité des échanges avec l'Hôpital. Les structures hospitalières ne sont pour autant pas « épargnées » : ré hospitalisation, recours non justifiés aux urgences, réalisation d'examen en doublon,.....

Les blocages de la relation ville-hôpital sont principalement organisationnels. Des canaux de communications existent, des outils sont mis en place par les hôpitaux mais ne sont pas suffisamment exploités ou peu adaptés aux pratiques de la ville.

Un certain nombre de caractéristiques sont attendues par les praticiens libéraux dans leurs relations avec l'hôpital : délai de transmission de l'information médicale, niveau d'information donné au patient, participation à la décision de sortie, disponibilité des médecins hospitaliers et stabilité des correspondants internes, structuration et lisibilité des comptes rendus, exhaustivité des données.

Afin de favoriser la coopération entre professionnels et la qualité de la prise en charge, un levier est également identifié, c'est la formation des acteurs.

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

### LE TRAVAIL DE COORDINATION VILLE-HOPITAL

Les différents acteurs expriment des difficultés de coordination entre les soins de ville et hospitaliers, notamment lors de transferts de patients entre l'hôpital et le domicile. Ces difficultés de coordination s'expliquent notamment par un manque d'information des acteurs hospitaliers vers les acteurs de ville (transmission du compte rendu d'hospitalisation, sorties non anticipées, etc.) mais aussi dans le sens inverse (les hospitaliers ne sont pas toujours informés des habitudes de vie du patient, de son traitement, etc.).

Il arrive également que des personnes, notamment des personnes âgées, viennent ou soient adressées aux urgences de manière injustifiée ou inadaptée à la situation. La plupart des professionnels souhaitent davantage

<sup>20</sup> PRS 2012-2016 – Parcours de santé et coordination des acteurs

adresser directement dans les services sans passer par les urgences. Néanmoins, les professionnels libéraux connaissent peu ou mal les médecins des différents services hospitaliers, ce qui ne facilite pas leur communication.

Dans le champ des personnes âgées, le CLIC de Loudéac s'est saisi de cette problématique. Les professionnels du CLIC ont réuni les services à domicile ainsi que les professionnels hospitaliers. Une fiche de liaison papier a été mise en place pour faciliter les liens entre les infirmières. Cette fiche de liaison a finalement été peu ou mal utilisée par les différents professionnels, notamment par oubli ou par manque de temps.

De même, sur le champ des personnes âgées, la méthode MAIA de réponse unique via le guichet intégré, d'intégration des acteurs (quel que soit le champ santé, social, médico-social etc...) pour une réponse complète aux besoins des personnes âgées et par la gestion de cas complexes va être développée grâce à l'extension de la MAIA de Pontivy sur le pays Centre Bretagne. Cette extension sur le pays Centre Bretagne va être portée de manière effective à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015 par Pondiclic et ce en articulation avec le CLIC de Loudéac. Une fiche action de ce CLS prévoit cette nécessaire articulation, elle est intégrée dans l'axe stratégique agir pour les personnes âgées mais aurait également toute sa place dans cet axe stratégique de coordination. Des outils sont développés et utilisés dans le cadre de la méthode MAIA dans le but d'améliorer la fluidité des parcours des personnes âgées et d'apporter réponses à leurs besoins par le guichet unique, l'intégration de tous les acteurs au service des personnes âgées et de la gestion de cas complexes par un gestionnaire de cas qui sera présent sur le territoire MAIA du pays Centre Bretagne.

Par ailleurs, toujours sur le champ personnes âgées, la filière gériatrique hospitalière du territoire de proximité Centre Bretagne se met en place sur 2015 portée par l'établissement support de filière qu'est le Centre Hospitalier Centre Bretagne et l'instance de coordination de filière composée d'acteurs au service des personnes âgées. L'articulation ville hôpital y sera également travaillée pour améliorer le parcours de vie et de soins des personnes âgées par un diagnostic territorial des ressources hospitalières et un plan d'actions triennal intégrant nécessairement la mise en œuvre d'une permanence téléphonique gérée par des gériatres et accessibles aux médecins traitants et médecins coordonnateurs d'EHPAD, la définition d'outils de liaison partagés en lien avec le dispositif MAIA et les coordinations de proximité et par des projets répondant aux ruptures de parcours des personnes âgées

Actuellement, les professionnels de santé souhaitent davantage exploiter l'outil informatique afin d'améliorer la transmission d'information.

Ainsi, depuis Novembre 2014, le CHCB dispose désormais de la possibilité de créer des Dossiers Médicaux Personnels (DMP) qui peuvent être alimentés et partagés par tous les professionnels de santé intervenant auprès du patient (libéraux et hospitaliers). Il s'agit d'un "carnet de santé" dématérialisé dans lequel les professionnels de santé peuvent déposer tous les documents et informations médicales essentielles pour la coordination des soins: antécédents, allergies éventuelles, médicaments pris par le patient, comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examen (radios, analyses biologiques,...). Le DMP est créé à la demande du patient.

Par ailleurs, les médecins généralistes se dotent de plus en plus d'un système informatique leur permettant de communiquer entre eux mais aussi en lien avec les centres hospitaliers, en se dotant d'une messagerie sécurisée. Celle-ci permet notamment la transmission des comptes rendus par voie informatique, ce qui facilite le temps de transmission. Néanmoins, pour que ce système fonctionne, il est nécessaire que les établissements adoptent le même type de format. Les médecins généralistes ont pour la plupart adopté le format Apicrypt.

Fin 2015, la DGOS a donné une instruction aux établissements publics afin qu'ils adoptent en messagerie sécurisée le format MS Santé.

## LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Le CHCB organise actuellement des conférences thématiques qui ne sont ouvertes qu'aux professionnels libéraux. Leur participation reste relativement restreinte.

A Loudéac, il existe la Formation Médicale Continue (FMC): les professionnels libéraux participent activement aux formations proposées dans le cadre de la FMC.

De son côté, le CHCB est labellisé organisme de DPC (Développement Professionnel Continu) et peut organiser des sessions de formation.

## LES PROBLEMATIQUES RENCONTREES EN SANTE MENTALE

Pour la psychiatrie, il existe un manque de liens entre psychiatres et libéraux : un appel à projet de l'ARS a été lancé en 2014 afin de favoriser les collaborations entre psychiatres et professionnels libéraux travaillant en MSP et/ou pôles de santé avec projets de santé validés. L'AHB y a répondu en lien avec les professionnels de santé travaillant en MSP et pôles de santé avec projets de santé validés et sa candidature a été retenue par l'ARS.

La prise en charge ambulatoire a également été renforcée par le rôle accordé au Centre Médico-Psychologique (CMP).

Par ailleurs, un guide régional sur les soins sans consentements a été élaboré par l'ARS Bretagne.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- ▶ Améliorer la circulation d'information entre les professionnels de l'hôpital et les professionnels de ville, améliorer le travail de concertation
- ▶ Améliorer l'interconnaissance entre professionnels
- ▶ Garantir une qualité de prise en charge de la population

## OBJECTIFS ET ACTION SOUTENUS POUR RELEVER CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

### Objectif spécifique 1 : améliorer la coordination ville-hôpital

#### Action 1. Utiliser de nouveaux outils de communication ville-hôpital

- Favoriser l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP):
  - Promotion du DMP en interne: information auprès du patient au cours de son séjour, distribution de flyers;
  - Sensibilisation de la communauté médicale du CHCB pour inciter les médecins à alimenter au mieux l'outil DMP;

- Encourager les initiatives du CISS Bretagne (information grand public);
- A chaque conférence organisée par le CHCB: rappeler l'existence du DMP;
- Dans le cadre de la filière gériatrique portée par le CHCB : simplification des procédures de transfert, harmonisation des outils de partage de l'information (la filière a pour rôle de participer à l'amélioration de la continuité du parcours de soins entre l'hôpital et le lieu de vie par un plan d'action triennal présenté en table tactique MAIA)
- Mise en place de la messagerie sécurisée (mail sécurisé): mise en place du complément Apicrypt au sein du CHCB. Les professionnels de santé libéraux pourront recevoir les comptes rendus d'hospitalisation en pièce jointe (version PDF).  
Passage au système MS Santé d'ici fin 2015 (instruction de la DGOS).

## **Action 2. Améliorer les connaissances entre professionnels libéraux et hospitaliers**

- Renforcer le CHCB en tant que pôle de référence et en tant que chef de filière gériatrique sur le territoire : favoriser l'entrée directe dans les services hospitaliers sans passer par les urgences : favoriser l'orientation des patients par le médecin généraliste vers le CHCB : informer, communiquer sur les services existants du CHCB;
- Conférences thématiques : mieux présenter les activités du CHCB, orienter les soirées thématiques vers les préoccupations des professionnels de santé libéraux:
  - Information scientifique sur une pathologie en présentant les activités du CHCB et/ou polyclinique;
  - Présenter des informations plus générales: par exemple sur le Dossier Médical Personnel, la chirurgie ambulatoire, etc.
- Formation médicale continue: créer des liens entre la Formation Médicale Continue (FMC) de Loudéac et l'organisme de DPC (Développement Professionnel Continu): construction de programmes avec le label DPC (portage de la formation par le CHCB).
- Rencontrer les médecins libéraux à travers des entretiens individuels afin de mieux connaître leurs attentes en matière de collaboration avec les services de psychiatrie (dans le cadre de l'appel à projet ARS). Diffusion par l'AHB du guide régional sur les soins sans consentements à l'ensemble des médecins libéraux du Pays Centre Bretagne.

## **AXE STRATEGIQUE 3 : AMELIORER L'ACCES A LA PREVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE**



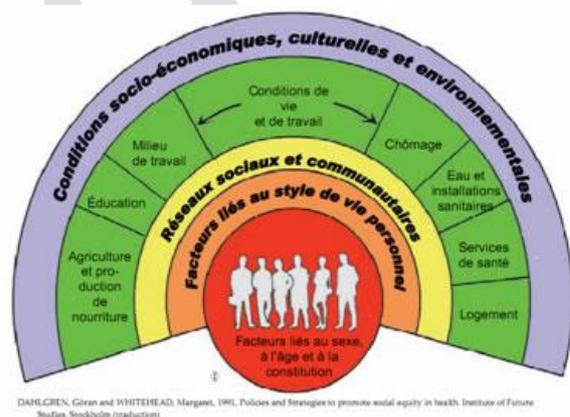
## PROBLEMATIQUE

Comme dans l'ensemble des pays industrialisés, l'espérance de vie est élevée en France et continue à progresser régulièrement. Cependant, le niveau de la mortalité « prématurée » (décès survenus avant 65 ans) est plus marqué en France que dans la plupart des autres pays. Le Pays Centre Bretagne ne fait pas exception à la règle, avec en 2010, 33 décès prématurés, dont une prédominance masculine (82%). Cela représente 35% des décès prématurés et 5,4% des décès en général. Le niveau de ces décès est supérieur à celui de la France, avec des indices supérieurs de 19% pour les hommes et de 4% pour les femmes, sur la période 2006-2010.

Pour les décès survenus à ces âges, le poids de la mortalité liée aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses...), est particulièrement important. Une grande part de ces décès pourrait être évitée par une amélioration des pratiques de prévention.

De manière générale, il existe de nombreux facteurs influençant l'état de santé de la population. On les appelle « les déterminants de la santé ». Il est possible de caractériser ces déterminants selon leur nature :

- Sociaux (revenus, l'éducation, catégorie socioprofessionnelle...)
- Environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, urbanisme, habitat,...)
- Liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins)
- Liés à des facteurs individuels (les déterminants génétiques, les déterminants comportementaux (alimentation, activités physique, addictions, estime de soi) et les déterminants biologiques (stress...)).



Dans le cadre de cet axe stratégique, nous allons particulièrement agir sur les facteurs individuels ainsi que sur la qualité du système de santé, en améliorant l'offre de soins. Les actions de prévention proposées sont de deux types :

- La prévention primaire, qui comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales ;
- La prévention secondaire, qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie ». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

### LES COMPORTEMENTS A RISQUE

Sur le Pays Centre Bretagne, plusieurs problématiques liées à des comportements à risque sont repérées :

- **Les addictions :**

- **L'alcool** : la situation est particulièrement défavorable pour les hommes avec des indices supérieurs par rapport à la France sur la période 2006-2010 : le nombre de maladies liées à l'alcool est supérieur de 36% et le nombre de décès est supérieur de 42%. Néanmoins, cette situation est relativement comparable à l'ensemble de la Bretagne. Pour les femmes, la situation est plus favorable : le nombre de maladies liées à l'alcool est inférieur de 30% par rapport à la France;
- **Le tabac** : il concerne 14,8% des décès masculins et 8,3% des décès féminins. L'incidence des maladies liées au tabac est significativement supérieure à celle de la France pour les femmes avec un indice supérieur de 62% sur la période 2006-2010. Cet indice est supérieur de 15% par rapport à la France pour les hommes. Cette situation défavorable concerne plus particulièrement le Pays Centre Bretagne (en Bretagne, la situation est comparable à celle de la France) ;
- **Les produits illicites** : le nombre d'usagers de drogues reste aujourd'hui peu connu. Néanmoins, au vu de la file active dans les centres de soins, les besoins sont présents. Les représentations des usagers de drogues restent aujourd'hui négatives, les tabous et les peurs restent encore nombreux.

Le Centre Médico Psychologique Spécialisé (CMPS) à Loudéac et Rostrenen (offre hospitalière de l'AHB) accueille les personnes ayant des problèmes avec l'alcool, tabac et produits illicites. Des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sont également proposées à Loudéac, Rostrenen et Pontivy. Celles-ci sont proposées par l'AHB (pour Loudéac et Rostrenen) et l'association Douar Nevez (pour Pontivy).

Le CSAPA de Pontivy et le CAARUD de Saint Briec n'ont pas d'implantation sur le Pays Centre Bretagne. De plus, ces dispositifs ne sont pas ou peu connus des professionnels médico-sociaux. Néanmoins, ceux-ci ont vocation à couvrir le territoire du pays Centre Bretagne.

Plusieurs autres services sont implantés en-dehors du Pays Centre Bretagne mais y étendent cependant leur aire de recrutement:

- Une unité d'hospitalisation à temps complet au CH de Plouguernevel ;
- Un hôpital de jour adultes à Pontivy
- Une ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie en lien avec les urgences)
- une unité d'addictologie sur le CHCB

L'offre en services de proximité est à renforcer et à coordonner.

- **La sécurité routière** : sur la période 2006-2010, les décès liés à des accidents de la circulation sont supérieurs de 42% par rapport à la France pour les hommes (situation est comparable en Bretagne) et de 24% pour les femmes.
- **L'alimentation** : l'alimentation est une thématique de prévention qui a été retenue comme prioritaire par les élus du territoire. C'est un déterminant majeur d'un bon état de santé. Les avancées de la recherche ont précisé le rôle que jouent l'inadéquation des apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardiovasculaires. A Loudéac, il existe l'association Familles Rurales qui propose des ateliers cuisine pour les enfants et adultes. L'association Familles Rurales organise également des repas solidaires : « tables en compagnie » tous les mardis et jeudis (2,50 euros le repas adulte et 1,10 le repas enfant). Un projet est en cours pour la création d'une épicerie solidaire.
- **Le manque d'activité physique** : les professionnels de la santé et du social repèrent des difficultés d'accès aux activités sportives pour les populations manquant de moyens financiers. Sur cette thématique, le plan régional « sport santé bien-être » 2013-2016 est conçu à destination des personnes en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques et avançant en âge.

## LES PHENOMENES SUICIDAIRES

La fréquence des suicides en Pays Centre Bretagne en 2010 est :

- Pour les hommes de 12 décès, soit 3,7% des décès masculins ;
- Pour les femmes : 6 décès, soit 2% des décès féminins.

A travers ces chiffres, nous observons que le suicide reste relativement peu fréquent par rapport à des pathologies telles que le cancer ou les maladies de l'appareil circulatoire. Néanmoins, les écarts observés par rapport à la moyenne française sur la période 2006-2010 est alarmante :

- Pour les Hommes, l'indice est supérieur de 75%. Cette situation est également défavorable comparativement à la Bretagne ;
- Pour les Femmes, l'indice est supérieur de 62%. Les écarts sont encore plus importants sur l'ensemble de la Bretagne (respectivement +67%).

Il existe sur le territoire plusieurs établissements et services qui interviennent auprès des publics en situation de fragilité psychique (services de psychiatrie, médecins libéraux,...) Certains de ces acteurs de terrain sont formés à la prévention du risque suicidaire, mais une grande majorité n'a jamais bénéficié de formations spécifiques. Il existe également un manque d'interconnaissance entre acteurs, ce qui peut générer des difficultés d'orientation des publics fragilisés vers l'offre de soins existante. Par ailleurs, les structures telles que les Centres-Médico-Psychologiques, ont de moins en moins de temps à consacrer aux soins de prévention, ceci étant notamment lié à une augmentation de la file active.

De manière plus générale, le thème du suicide reste relativement tabou au sein de la population générale et des professionnels de santé et du social.

Face à ce constat, la prévention du suicide est une thématique qui a été retenue à la fois par la conférence de territoire n°8 et n°7. Pour le Pays Centre Bretagne, trois acteurs sont particulièrement porteurs des projets :

l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB), la Mutualité Française Bretagne (MFB) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Au sein de la conférence de territoire n°8, un groupe spécifique s'est constitué. Dans le cadre de ce travail, un questionnaire a été envoyé auprès des élus afin de connaître leurs besoins en matière de formation sur le risque suicidaire. Le taux de réponses au questionnaire était très faible. Des actions d'information, sensibilisation sur le territoire de santé n°8 ont déjà été réalisées sur toute la partie morbihannaise mais pas encore sur la partie des Côtes d'Armor alors que cela est prévu dans le programme territorial de santé n°8.

## LE SOUTIEN DE LA JEUNESSE

Un diagnostic des besoins des jeunes sur le territoire du Pays Centre Bretagne met en évidence les problématiques suivantes : alcoolisation massive ou régulière, consommation de cannabis et phénomène de polyconsommation, les violences et la sexualité, le suicide et les tentatives de suicide. Sur ces divers sujets, on observe que les jeunes rencontrent des difficultés à parler autour d'eux et à faire appel à des professionnels du sanitaire et/ou du social. Plus d'un jeune sur 10 ne sait pas vers qui se tourner. Les professionnels du milieu scolaire ou des services jeunesse font part de leurs limites de compétence dans leurs interventions.

Les services CMP et CMPEA sont en tension, priorisent des situations aiguës et ont de fait peu la possibilité de mener des actions préventives auprès des jeunes. Il y a une absence d'offre intermédiaire de type lieu confidentiel d'écoute par des professionnels à destination du public jeune. Certains jeunes se retrouvent sans accompagnement dans leurs prises de décision avec des situations individuelles difficiles (rupture de liens avec les parents, pas de moyen de locomotion, pas d'emploi,...). Ces jeunes se retrouvent ainsi avec un risque supplémentaire d'un mauvais état de santé mentale.

Les acteurs du territoire ont préconisé l'ouverture d'un PAEJ, mais par manque de moyens financiers, l'ouverture de cette structure ne pourra pas avoir lieu.

Parmi les professionnels, l'animatrice jeunesse présente sur la CIDERAL tient un projet appelé "ado'bus". L'animatrice sillonne le territoire avec un bus et propose des animations aux jeunes. Celle-ci bénéficiera prochainement d'une formation sur l'estime de soi (formation de 5 jours par l'IREPS).

Concernant la mission locale, un nouveau dispositif va bientôt ouvrir, intitulé "garantie jeunes" avec la possibilité d'intervention d'intervenants extérieurs. Les jeunes qui seront inscrits dans ce dispositif sont dans une logique de recherche d'emploi.

## LE SOUTIEN A LA PARENTALITE

Certains parents sont démunis face aux réponses à apporter aux problèmes éducatifs et familiaux. Ces questions ne relèvent pas d'une aide éducative ou d'une prise en charge psychiatrique. Les parents sont en besoin de soutien. Trois soirées sur l'estime de soi ont été organisées par l'IREPS (école Sainte Anne) en direction des parents et ceux-ci ont été mobilisés.

Sur le territoire, plusieurs acteurs locaux travaillent sur la thématique du soutien à la parentalité avec également la présence d'un réseau spécifique sur l'ensemble du département: le REAAP (Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents). Une réunion a été organisée le 19 Juin 2014 permettant de réunir

l'ensemble des professionnels. D'autres temps de rencontre sont également organisés par le REAAP. Malgré la présence du réseau, il existe actuellement un manque de coordination des professionnels.

La communauté de communes de la Cidéral mène déjà de nombreuses actions autour de la parentalité, il en existe moins sur les deux autres communautés de communes (Hardouinai-Mené et Mené). Néanmoins, on constate des besoins sur ces territoires : une soirée d'échanges sur la violence à l'école a été menée à Merdrignac et a réuni environ 70 personnes.

## LE DEPISTAGE DES CANCERS

Le cancer colorectal en incidence comme en mortalité se situe au 2ème rang chez la femme et au 4ème rang chez l'homme. Sur le Pays Centre Bretagne, il existe davantage d'hommes atteints du cancer du côlon-rectum: entre 2006 et 2010, l'indice est supérieur de 9% par rapport à la France, un écart de 6% avec l'ensemble de la Bretagne.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en incidence comme en mortalité. Il est la première cause de décès par cancer chez la femme.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est relativement faible. Pour la moitié des cantons du Pays Centre Bretagne, le taux de femmes dépistées est inférieur aux taux départemental (Uzel, Collinée, Merdrignac, Corlay). Pour ceux de Loudéac, Plouguenast, Mûr-de-Bretagne et La Chèze, ceux-ci présentent des taux supérieurs à celui du département. Sur l'ensemble du département, le taux de dépistage du cancer du sein est de 55,32%.

Pour le dépistage du cancer colorectal, 5 cantons ont des taux inférieurs à la moyenne départementale : Collinée, La Chèze, Merdrignac, Plouguenast et Uzel. Le taux de participation est de 24,53% sur l'ensemble du département des Côtes d'Armor.

Afin d'améliorer le niveau de dépistage de ces deux cancers, une association basée à Saint-Brieuc intervient sur l'ensemble du département. Celle-ci mène des actions de prévention en faveur du dépistage organisé des cancers du sein et cancers colorectal :

- Pour le dépistage du cancer du sein : envoi d'un courrier aux femmes âgées de 50 à 74 ans leur proposant de se rendre gratuitement chez un radiologue pour réaliser une mammographie. L'ADEC reçoit la mammographie pour qu'elle puisse être vue par un 2<sup>nd</sup> médecin. Le suivi est assuré par des médecins coordonnateurs.
- Pour le dépistage du cancer colorectal : envoi d'un courrier aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans leur proposant de se rendre chez leur médecin traitant pour réaliser un test hémocult (3 prélèvements de selle). La personne fait son test à domicile. Si le test est positif, la personne doit faire une coloscopie. Depuis Septembre 2013, les pharmaciens du département apportent leur aide pour inciter la population à pratiquer ce test : la personne peut retirer le test directement à la pharmacie sans passer par son médecin traitant. L'ADEC ARMOR envoie dorénavant un 2<sup>e</sup> courrier indiquant cette possibilité. A l'avenir, un test plus performant doit être mis sur le marché (test immunologique).

Par ailleurs, un travail de partenariat est mené dans le cadre de deux mois nationaux de communication : mars bleu et octobre rose. Il n'existe pas de moyens réels pour ces actions. L'ADEC ARMOR donne des supports aux partenaires pour réaliser des actions de communication.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- ▶ Compléter et mieux coordonner les actions de prévention sur le territoire ;
- ▶ Améliorer le travail en partenariat ;
- ▶ Améliorer l'information et la sensibilisation du Public ;
- ▶ Sensibiliser les élus autour des problématiques de santé prioritaires.

## OBJECTIFS ET ACTIONS SOUTENUS POUR RELEVÉR CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

### Objectif spécifique 1 : améliorer le parcours de l'utilisateur dans le cadre de la filière addictologie

#### Action 1. Apporter un service de proximité en addictologie

- Améliorer l'offre et renforcer les partenariats entre les différents acteurs du domaine de l'addictologie dans une démarche de type filière :
  - Formaliser une convention de partenariat entre l'AHB, l'ANPAA et Douar Nevez ;
  - Mailler le territoire en matière d'accès à la réduction des risques chez les usagers de drogues : déploiement du CAARUD de Saint-Brieuc selon des modalités à définir sur le Pays Centre Bretagne : accueil, accès aux soins et aux droits, accès au matériel de réduction des risques, médiation sociale ; Communiquer autour du projet d'intervention du CAARUD auprès des pharmacies du secteur et sensibiliser les pharmacies du secteur afin que ceux-ci puissent distribuer du matériel de réduction des risques tout en faisant passer un message de prévention auprès des consommateurs de drogues ;
- Engager une réflexion sur la possibilité de proposer des co-interventions en proximité : par exemple créer un partenariat entre le CAARUD de Saint-Brieuc et le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit de Pontivy, compétent sur le T8, dont l'appellation deviendra CeCIGG ;
- Mise en place de consultations avancées du CSAPA de Pontivy (association Douar Nevez). Mener une réflexion pour éventuellement ouvrir une consultation avancée au sein du pôle rural de santé de Merdrignac.
- Sensibiliser les élus autour de la thématique des addictions et créer des liens entre jeunesse, parentalité, addictions,...

### Objectif spécifique 2 : repérer et prendre en charge des personnes présentant des problèmes d'addiction

#### Action 2. Mettre en place des actions de prévention autour des thèmes de l'alcool et du tabac

- Mise en place d'actions plus ciblées pour le personnel d'entreprises : intervention lorsqu'un médecin du travail constate un problème d'addiction (alcool-tabac-drogues-jeux) dans une entreprise. Une intervention en groupe de 10-12 personnes. Etablir un diagnostic des métiers les plus à risque et cibler ces salariés ;
- Evaluer les besoins des jeunes (mission locale, collègues, lycées et clubs sportifs) pour éventuellement

enrichir les actions préventives auprès de ces jeunes. Proposer une éducation par les pairs : organisation d'une journée par les jeunes eux-mêmes (dans une grande surface, FJT, etc.). Toucher tous les jeunes, y compris ceux qui sont sortis du système scolaire.

### Objectif spécifique 3: prévenir la souffrance psychique et les phénomènes suicidaires

#### Action 3. Mise en réseau des professionnels autour de la prévention du suicide

- Création d'un collectif de type MISACO autour de la souffrance psychique et du suicide. Possibilité de co-animation du collectif par la Mutualité Française Bretagne et l'Animatrice Territoriale de Santé du Pays Centre Bretagne ;
- Mise en place de formations au repérage de la crise suicidaire et la postvention : toucher des champs divers : missions locales, associations, coiffeurs, etc. ;
- Prévoir des sessions d'information (1/2 heure) et de sensibilisation des élus (par exemple lors du comité syndical du Pays Centre Bretagne ou lors de réunions d'élus locaux en lien avec la maison du département de Loudéac) ;
- Mise en place d'actions de prévention et d'accompagnement auprès du grand public : organisation de soirées film et débat ; travailler sur les représentations sociales.

#### Action 4. Travailler avec les jeunes autour des compétences psycho-sociales

- Construire un travail de partenariat entre la CIDERAL et la mission locale :
  - o Intervention de l'animatrice jeunesse sur le dispositif "garantie jeunes" sur le thème de l'estime de soi;
  - o Faire un lien entre la santé et l'adobus : proposer un atelier nomade sur le thème de la santé (collèges, lycées, mission locale, autres)
- Permettre aux établissements scolaires de s'emparer du projet « santé en images » proposé par la Mutualité Française Bretagne : développer l'autonomie des établissements de ce projet ;
- Réfléchir à la possibilité dans un second temps de construire un groupe de travail afin de :
  - o Lister les actions déjà existantes
  - o Proposer de nouvelles actions en lien avec la santé et la jeunesse, dans la perspective d'un éventuel Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ).
  - o Créer des liens entre les différents acteurs intervenant auprès des jeunes

### Objectif spécifique 4 : améliorer l'accompagnement des parents

#### Action 5. Mise en réseau des professionnels par la création d'un collectif sur la parentalité

- Création d'un collectif sur la parentalité, en y intégrant les professionnels et élus de la petite enfance, l'enfance et l'adolescence : CAF, MSA, REAAP, RPAM, Maisons d'assistantes maternelles, crèches, multi-accueils, ludothèques, CPEA, MDD, IME, ALSH, écoles.
- Le pilotage en serait assuré par le pays. L'animation du collectif pourra se faire en binôme : l'ATS sur la partie administrative (envoi des invitations, sollicitation des acteurs, préparation de la réunion,...) et la responsable enfance/jeunesse du CIAS de la CIDERAL pour animer le groupe lors des réunions. Inclure par la suite un autre professionnel de la petite enfance pour que l'animation puisse se faire à trois.
- Possibilité d'associer des parents à la réflexion.

#### Objectif spécifique 5 : augmenter la participation des publics cibles aux campagnes de dépistage

#### Action 6. Améliorer le taux de dépistage du cancer du sein et colon-rectum

- Afin d'améliorer le niveau de dépistage de ces deux cancers, une association (l'ADEC Armor) basée à Saint-Brieuc intervient sur l'ensemble du département. Celle-ci mène des actions de prévention en faveur du dépistage organisé des cancers du sein et cancers colorectal :
- Pour le dépistage du cancer du sein : envoi d'un courrier aux femmes âgées de 50 à 74 ans leur proposant de se rendre gratuitement chez un radiologue pour réaliser une mammographie. L'ADEC reçoit la mammographie pour qu'elle puisse être vue par un 2<sup>nd</sup> médecin. Le suivi est assuré par des médecins coordonnateurs.
- Pour le dépistage du cancer colorectal : envoi d'un courrier aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans leur proposant de se rendre chez leur médecin traitant pour réaliser un test immunologique sur un seul prélèvement de selle. Ce nouveau test, plus simple et plus efficace est mis en place depuis le mois de mai 2015. La personne fait son test à domicile. Si le test est positif, la personne doit faire une coloscopie. Depuis Septembre 2013, les pharmaciens du département apportent leur aide pour inciter la population à pratiquer ce test : la personne peut retirer le test directement à la pharmacie sans passer par son médecin traitant.
- Action de communication auprès des professionnels de santé de première ligne (généralistes, infirmiers, pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.) : possibilité d'interventions de médecins de l'ADEC ARMOR ;
- Se procurer des outils de communication afin de les distribuer sur l'ensemble du Pays Centre Bretagne; Participation aux actions de communication "Mars Bleu" et "Octobre rose".

#### Objectif spécifique 6 : améliorer la nutrition

#### Action 7. Améliorer la nutrition chez 2 publics prioritaires que sont les jeunes et les publics précaires

- Cibler les actions autour de 2 publics prioritaires:
  - o Les enfants, les jeunes (6-17 ans) et leurs parents ;
  - o Les publics précaires.
- Pour les publics précaires :
  - o Donner de l'information de manière individuelle ;

- Venir à la rencontre des bénéficiaires de l'aide alimentaire pour leur présenter des recettes de cuisine, le resto solidaire et prendre note des personnes intéressées pour un atelier cuisine alliant les thématiques nutrition et précarité ;
- Créer un atelier à la suite de la distribution.
- Pour les enfants:
  - Engager une réflexion en lien avec les infirmières scolaires et les professeurs des écoles, dans le but de proposer des animations dans les écoles.
- Collèges et lycées : travailler sur un meilleur équilibre des plateaux repas, pouvoir décliner le programme « plaisir à la cantine » sur le Pays Centre Bretagne

Signature

## AXE STRATEGIQUE 4 : PROMOUVOIR LA SANTE AU TRAVAIL



## PROBLEMATIQUE

Intégrée dans le Code de Santé Publique, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inscrit pleinement la protection de la santé au travail comme enjeu de santé publique. Pour autant, les objectifs poursuivis en santé au travail sont spécifiques et les démarches conduites dans ce cadre doivent s'intéresser à l'impact de l'environnement de travail et de l'organisation du travail sur l'individu au travail (exemple : lien entre le système de production et les Troubles Musculo-Squelettiques).

Le deuxième plan de santé au travail (*couvrant la période 2010-2014*) a été présenté lundi 12 Juillet 2010. Le premier Plan Santé au Travail 2005-2009 avait permis de donner une visibilité politique aux objectifs publics en matière de santé et de sécurité au travail en affichant des priorités claires, en renforçant les moyens d'intervention de l'administration du travail et en développant la connaissance et l'évaluation des risques professionnels.

Le nouveau Plan Santé au Travail 2010-2014 (PST2) renforce cet élan : l'objectif de développement de la santé et au travail et d'amélioration des conditions de travail constitue un enjeu majeur pour la politique sociale dans les années à venir. Il passe par la mise en œuvre effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels et le mal être au travail, à réduire les accidents et maladies professionnels, à prévenir la pénibilité, l'usure prématurée due au travail et la dégradation de la santé, ainsi que leurs conséquences en termes de désinsertion professionnelle ou de départs précoces<sup>21</sup>.

Pour ce faire, différents acteurs sont présents sur ce champ :

La DIRECCTE, Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Bretagne, a été créée le 15 février 2010. Elle a pour mission d'accompagner le développement des entreprises et favoriser leur compétitivité, l'emploi et les compétences, tout en veillant aux conditions et au respect des réglementations du travail et en assurant la loyauté des marchés et la sécurité des consommateurs.

La CARSAT, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail pour le régime général, est un organisme régional de protection sociale implanté dans les 4 départements bretons. Ses missions s'articulent autour de trois axes principaux : la préparation à la retraite et le versement du droit, l'accompagnement des personnes âgées et des assurés en difficulté et la prévention et la tarification des risques professionnels. En application du code de la sécurité sociale, le Département Risques Professionnels (DRP) de la Carsat est plus spécifiquement chargé de : promouvoir, développer et coordonner la prévention des AT/MP et de calculer et notifier les cotisations employeurs correspondant aux sinistres AT/MP. Pour le régime agricole, ces fonctions sont assurées par la MSA, Mutualité Sociale Agricole.

Les Services de Santé au Travail (SST) sont présents sur l'ensemble du territoire breton à travers 12 services interentreprises et 10 services autonomes d'entreprises. Ce sont, parmi tous les préventeurs institutionnels ceux qui sont au plus près de l'ensemble des territoires. Si les médecins du travail restent le pivot des SST, ils sont désormais entourés d'une équipe pluridisciplinaire, composée d'ingénieurs de prévention, d'ergonomes, d'assistants de santé au travail et depuis peu d'infirmières. Les services de santé au travail ont pour mission de conduire des actions de santé au travail visant à préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.

<sup>21</sup> Plan Santé Travail 2010-2014

## DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

### DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

En 2008, 21 200 personnes travaillent dans le Pays du Centre Bretagne, soit 1,7% des Bretons en emploi.

La répartition de la population par activité montre que nous sommes en présence d'un Pays où les secteurs de l'agriculture et de l'industrie agroalimentaire sont très développés par rapport à la France ou à la Bretagne, à l'inverse des activités tertiaires moins représentées sur le territoire<sup>22</sup>.

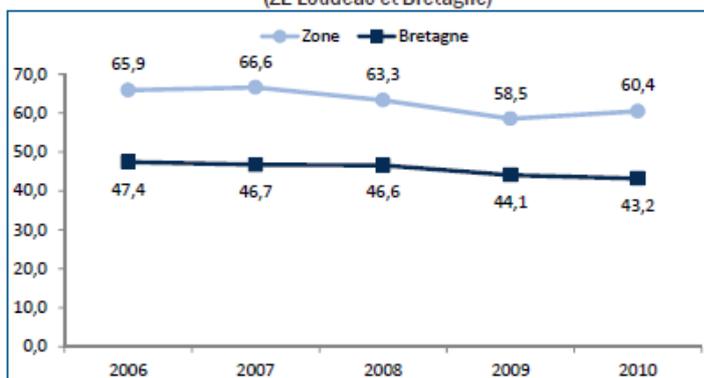
Si l'industrie agroalimentaire (IAA) est bien développée partout en Bretagne, elle est particulièrement présente sur le Centre Bretagne et représente près d'un emploi sur sept, avec généralement une main d'œuvre peu qualifiée et des emplois précaires. De plus, les salaires sont plus faibles que dans les autres secteurs de l'industrie (la moitié des salariés de l'industrie alimentaire perçoit un salaire brut inférieur à 12,6 euros de l'heure). Le recours à l'intérim y est très développé et plus particulièrement au sein de l'entreprise Kerméné, dont le siège est à Saint-Jacut-du-Mené au Nord-Est du Pays.

Concernant le secteur de l'agriculture, on observe une baisse du nombre d'exploitations (-30,6%) et de la population active agricole (-27,8%), mais davantage contenue comparé à l'échelle régionale.

### LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

En 2010, 576 accidents du travail avec arrêt ont été enregistrés dans la zone d'emploi de Loudéac, soit 1,6% de l'ensemble des accidents du travail survenus en Bretagne (chiffre légèrement supérieur au poids des salariés de la zone dans la région : 1,1%).

Évolution de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt  
(ZE Loudéac et Bretagne)



Source : Carsat Bretagne, exploitation ORS Bretagne

Entre 2009 et 2010, le nombre d'accidents du travail dans la zone d'emploi a augmenté de +4,2% à un rythme plus soutenu qu'au niveau régional (+1,2%). Cette hausse est particulièrement marquée chez les intérimaires.

En 2010, 79% des accidents du travail ont concerné des hommes. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 35-44 ans pour les deux sexes qui représente 27% des accidents de

travail masculins et féminins. Concernant les intérimaires (13% de l'ensemble des accidents de la zone), une augmentation nettement plus marquée que la tendance régionale est observée entre 2009 et 2010.

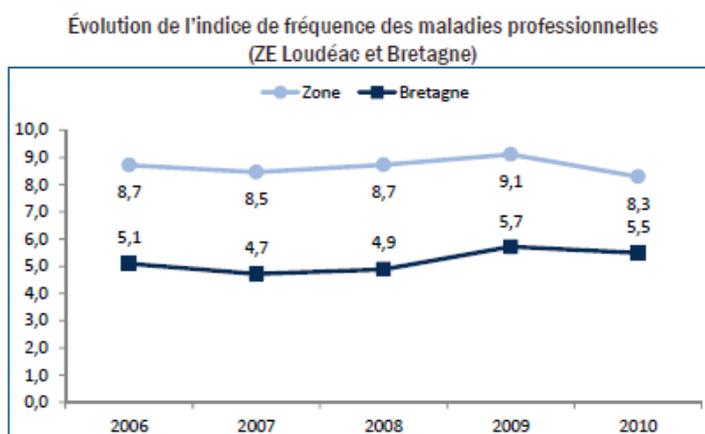
En 2010 et depuis 2006, la fréquence des accidents du travail dans la zone d'emploi de Loudéac est systématiquement supérieure à la moyenne régionale. Entre 2009 et 2010, celle-ci a augmenté dans la zone

<sup>22</sup> ORS Bretagne, « La santé dans le pays du Centre-Bretagne », mai 2010, p. 9

alors qu'elle a diminué au niveau régional (-2%) contribuant ainsi à creuser l'écart défavorable de la zone par rapport à la Bretagne.

## LES MALADIES PROFESSIONNELLES

En 2010, 79 maladies professionnelles indemnisées ont été enregistrées dans la zone d'emploi de Loudéac, soit 1,7% de l'ensemble des maladies professionnelles dénombrées en Bretagne (chiffre supérieur au poids des salariés de la zone dans la région : 1,1%).



Source : Carsat Bretagne, exploitation ORS Bretagne

Entre 2009 et 2010, le nombre de maladies professionnelles a diminué dans la zone (-8,1%) à un rythme plus soutenu qu'au niveau régional (-2,9%). On peut aussi noter sur la même période que les maladies ayant entraîné une incapacité permanente sont restées stables dans la zone d'emploi.

En 2010, une majorité de maladies professionnelles concerne des femmes et la tranche d'âge la plus touchée est celle des 35-44 ans (31%

chez les hommes et 38% chez les femmes).

En 2010 et depuis 2006, la fréquence des maladies professionnelles est systématiquement supérieure à la moyenne régionale. Entre 2009 et 2010, celle-ci a diminué dans la zone d'emploi de Loudéac (-8,9%) à un rythme deux fois plus soutenu qu'au niveau régional (-4%). Cette diminution territoriale et régionale fait suite à l'augmentation observée en 2009 dont l'explication résulte pour partie de la modification réglementaire impactant la comptabilisation des maladies professionnelles. Cette évolution récente implique un rapprochement des indicateurs locaux et régionaux.

En 2010, parmi les maladies professionnelles indemnisées dans la zone de Loudéac, 77% sont des troubles ostéo-articulaires. Il s'agit pour l'essentiel d'affections péri articulaires.

## CONSTATS ET SOUHAITS DES ACTEURS

Les différents acteurs présents sur le champ de la santé au travail repèrent deux problématiques principales au sein des entreprises :

- **Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)** : ceux-ci surviennent selon plusieurs facteurs : biomécanique, gestes répétitifs, conditions de travail (froid, chaîne), facteurs psycho-sociaux (mal-être). A partir d'un sondage TMS réalisé par CSA/ANACT auprès de 1 002 salariés actifs du 25 mars au 3 avril 2010, les chiffres sont éloquentes : 7 salariés sur 10 déclarent souffrir de douleurs. 1 sur 2 a mal au dos, à la nuque ou aux épaules. 1 sur 4 a mal aux poignets. Cette image instantanée de l'opinion recoupe les résultats des études épidémiologiques sur le sujet. Les troubles musculo-squelettiques sont des pathologies professionnelles encore insuffisamment connues malgré leur généralisation dans de nombreux secteurs. La prévention

n'est malheureusement pas déployée partout : 4 salariés sur 10 seulement travaillent dans des entreprises concernées par la prévention. Généralement, ce sont les petites entreprises qui en bénéficient le moins. On constate également que le taux d'absentéisme lié à des TMS augmente de plus en plus.

- **Les risques psycho-sociaux (RPS)** : ces observations sont corroborées par des études statistiques et épidémiologiques récentes, en Europe et en France, qui confirment la réalité d'un « mal-être » significatif au travail et de la montée de signes relevant des risques psycho-sociaux. De 20 à 25 % des salariés, selon les études, se disent « stressés » en lien avec le travail.

Selon eux, deux aspects doivent être pris en compte pour améliorer ces deux problématiques :

- Améliorer les actions de prévention auprès des travailleurs ;
- Agir sur le milieu de travail (environnement et organisation du travail).

Ainsi, après réflexion avec les différents acteurs du territoire, des propositions d'actions ont émané :

- **Agir sur la prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle** :
  - En optimiser l'existant : organiser une rencontre entre les différents préventeurs régionaux afin de créer du lien entre les acteurs, mobiliser les entreprises, créer une dynamique au niveau du Pays ;
  - Par l'intégration de préventeurs dans les toutes petites entreprises en favorisant l'emploi partagé ;
  - Actions auprès des travailleurs, en améliorant les actions de prévention des TMS.
- **Sécuriser les parcours professionnels par une gestion territoriale de l'emploi et des compétences** : Engager une stratégie de permutation de salariés d'une entreprise à une autre

Au final, malgré l'identification de ces axes de travail comme prioritaires par l'ensemble des partenaires du territoire, une seule action a été retenue dans le cadre du Contrat Local de Santé. En effet, après sollicitation d'acteurs régionaux spécialistes de la santé au travail, seule l'association Kiné Ouest Prévention souhaite être porteur d'une action : « développer les actions de prévention des TMS auprès des travailleurs ». Les acteurs régionaux ayant refusé de s'engager dans la mise en œuvre de ces actions précisent que leurs priorités d'action pour les prochaines années ne coïncident pas avec les priorités énoncées par les acteurs du Pays. D'autre part parce que ces axes de travail sont d'ores et déjà travaillés en partenariat par les différents acteurs de santé au travail.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- ▶ Favoriser le maintien dans l'emploi des salariés d'entreprises ;
- ▶ Diminuer les inégalités d'accès des cadres et salariés à l'offre de prévention des TMS ;
- ▶ Sensibiliser les entreprises et y développer des actions de prévention.

## OBJECTIFS ET ACTION SOUTENUS POUR RELEVER CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

### Objectif spécifique 1 : Améliorer la prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle

#### Action 1. Développer les actions de prévention des TMS auprès des cadres et des salariés

- Faire un état des lieux de l'offre en prévention auprès des cadres et des salariés des entreprises;
- Cibler l'action auprès des petites entreprises, les entreprises les plus à risque (taux d'accidents du travail et TMS les plus élevés) et notamment les salariés du sanitaire/médico-social (SSIAD notamment), le personnel de collectivités territoriales (ATSEM,...), les mutuelles.
- Sensibiliser les entreprises à la prévention des TMS auprès des cadres et des salariés ;
- Diffuser les expériences positives et les mutualiser;
- Développer les séances d'échauffement au sein des entreprises;
- Formation des salariés à la sécurité sur son poste de travail;
- Développer les formations proposées par Kiné Ouest Prévention : formation TMS / PAMAL individualisé pour les salariés en risque d'inaptitude au poste, en reprise à mi-temps thérapeutique ou après absence de longue durée.
- Travailler en lien avec les médecins du travail (ce sont eux qui feront les prescriptions de formations des salariés) afin qu'ils ciblent mieux les publics prioritaires : réunion de concertation.

## AXE STRATEGIQUE 5 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTE



## PROBLEMATIQUE

C'est en juin 1999 que l'Organisation mondiale de la santé a déclaré lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement : «l'environnement est la clé d'une meilleure santé», incluant dans ce terme des paramètres liés à la qualité des milieux (pollution de l'atmosphère, de l'eau, des sols, déchets mais aussi nuisances sonores, insalubrité, etc.) et à l'ensemble des activités humaines (air ambiant, accidents domestiques, violences urbaines, etc.). Que la qualité de notre environnement soit un des déterminants principaux de l'état de santé des populations est maintenant une évidence. Selon une étude de l'OMS, il serait responsable d'environ 14% des pathologies des pays développés et joue un rôle important dans certaines pathologies très présentes ou en augmentation comme les cancers, les pathologies respiratoires, les allergies mais aussi les troubles hormonaux ou neurologiques.

Selon deux enquêtes d'opinion réalisées récemment en Bretagne<sup>23</sup> :

- Près de 3 Bretons sur 4 se déclarent « sensibles » ou « très sensibles » à l'environnement
- 93% se déclarent assez sensibles ou très sensibles à la pollution chimique de l'eau, de l'air et de l'alimentation
- 4 Bretons sur 10 estiment que leur environnement leur fait courir des risques pour leur santé, le cancer étant le plus fréquemment cité.

Des inégalités en termes de vulnérabilité des individus existent. La vulnérabilité tient compte notamment de la sensibilité des personnes aux effets d'événements néfastes et leur capacité à résister et à s'adapter. Certains groupes de personnes sont clairement identifiés comme plus vulnérables face à l'environnement:

- Les enfants
- Les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer
- Les personnes atteintes de pathologies chroniques vulnérables à certains déterminants environnementaux
- Les personnes vulnérables du fait de leur condition économique et sociale, avec une approche principalement portée sur l'habitat indigne.

Il existe aussi des inégalités en termes d'exposition, liées au contexte géographique de chacun. Certaines personnes sont davantage exposées à des nuisances environnementales du fait du milieu dans lequel elles vivent. Les quatre grandes sources d'inégalités d'exposition géographique sont les suivantes:

- Accès à l'eau potable et à des ressources de bonne qualité
- proximité de zones à fortes densité d'activité et contaminations passées susceptibles de générer une surexposition de la population
- Les nuisances liées au bruit et notamment les points noirs de bruit
- Exposition à certaines substances ou agents d'origine naturelle présents dans l'environnement.

Réduire les inégalités environnementales est aujourd'hui un enjeu majeur, qui figure parmi les priorités de ce CLS. Cet axe appréhende donc la santé environnementale dans une logique de promotion de la santé.

<sup>23</sup> Baromètre santé environnement, 2007 ; enquête Conseil régional-TMO sur le développement durable, 2008

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

La Bretagne est l'une des régions de France qui compte le plus grand nombre de personnes asthmatiques. Près de 30 Bretons âgés de 5 à 44 ans sur 1000 ont fait l'objet d'au moins trois prescriptions de médicaments contre l'asthme en 2012. Le Centre de la Bretagne et le Finistère sont les zones les plus touchées. Sur le territoire du Pays Centre Bretagne, le taux de prévalence de l'asthme est supérieur de 10% à la moyenne régionale.

D'après le baromètre santé environnement, plus de 30% des Bretons pensent courir un risque élevé d'être affecté par l'asthme et les allergies respiratoires au cours de leur vie, du fait de leur environnement.

### L'environnement comme facteur de risque :

Dans l'environnement domestique, ce sont principalement les acariens, moisissures, phanères d'animaux domestiques, blattes... L'évolution de notre mode de vie et du temps passé dans les espaces clos est suspecté de jouer un rôle majeur : isolation thermique et confinement de plus en plus important, place prise dans notre vie par les animaux domestiques, utilisation intensive de produits d'entretien, de bricolage ou de décoration, de produits parfumés, tabac...

Ces polluants sont des facteurs de risque de la sensibilisation allergique et des maladies respiratoires. Une fois la pathologie installée, ils constituent des facteurs aggravants de cette dernière.

Avec l'évolution défavorable de la prévalence de l'asthme et des pathologies respiratoires et la prise en compte croissante des enjeux environnementaux, un nouveau métier s'est développé ces dernières années : le conseil médical en environnement intérieur. Le CMEI établit, sur prescription médicale, au domicile du patient, un audit complet de l'environnement intérieur, procède à des mesures d'allergènes et propose des conseils personnalisés au patient et adapté à ses habitudes culturelles. En centre Bretagne, seulement 2 visites CMEI ont été réalisées ces dernières années.

### Un déficit d'information de la population :

En termes de qualité de l'air extérieur, les Bretons se disent bien informés des effets sur la santé (plus de 60% de la population d'après le baromètre santé environnement), les risques semblent effectivement perçus (80% des personnes interrogées). En revanche plus de 8 Bretons sur 10 n'ont pas connaissance de la qualité de l'air extérieur sur leur lieu habitation.

En termes de qualité de l'air intérieur, l'impact de la qualité de l'air intérieur est en revanche sous-estimé (moins de 2/3 des personnes interrogées perçoivent des risques). Par ailleurs, les personnes se disant bien informées sont minoritaires. )

### Les enfants : une population particulièrement sensible

Les enfants constituent une population sensible pour plusieurs raisons. D'une part, leur organisme (notamment leurs poumons) sont encore en développement et sont donc vulnérables aux agressions extérieures. D'autre part, rapporté à leur poids corporel, ils inhalent davantage d'air que les adultes et reçoivent donc des doses d'exposition plus importantes.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- ▶ Améliorer l'information auprès de la population et des professionnels de santé sur la qualité de l'air intérieur et extérieur.

## OBJECTIFS ET ACTIONS SOUTENUS POUR RELEVER CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

### Objectif spécifique 1 : diminuer la prévalence de l'asthme

#### Action 1. Sensibiliser la population sur la qualité de l'air extérieur et intérieur

- Sensibilisation des élus à la qualité de l'air (extérieur et intérieur) : organisation de réunions d'information
- Faire connaître la mission de Conseil Médical en Environnement Intérieur (CMEI): information auprès des médecins traitants, spécialistes et médecins du travail.
- Sensibiliser les futurs parents et parents de jeunes enfants et professionnels de la petite enfance à l'environnement intérieur : organisation d'ateliers Nesting.

## AXE STRATEGIQUE 6 : AMELIORER L'ACCES AUX DROITS, AUX SOINS ET AUX SERVICES, FAVORISER LA CONTINUITE DES PARCOURS POUR LES PLUS DEMUNIS



## PROBLEMATIQUE

Etre précaire en France, ce n'est pas seulement manquer d'argent pour aller chez le médecin, c'est aussi affronter des refus de soins alors qu'on est titulaire d'une couverture maladie, ne pas connaître ses droits car on ne maîtrise pas les arcanes de l'administration, repousser des soins courants car on travaille aux heures d'ouverture des cabinets médicaux... jusqu'à venir grossir les salles d'attentes des urgences.

Actuellement, précarité signifie encore trop souvent l'éloignement des structures de soins. Il existe une inégalité d'accès à la prévention et aux soins, étayé aujourd'hui par la démonstration de l'existence d'un gradient social de santé, ce qui veut dire que l'état de santé de la population varie en fonction de sa place dans la hiérarchie sociale.

Lutter contre cet éloignement nécessite de renforcer les moyens mais aussi d'adapter le système aux besoins spécifiques des populations.

Selon le guide méthodologique du PRAPS, on pourrait identifier plusieurs catégories de publics démunis qui ont des difficultés d'accès aux soins et à la prévention :

- personnes « sans chez soi »,
- jeunes en errance en situation de précarité et/ou sous l'emprise des addictions et/ou souffrant de maladies mentales ;
- les jeunes de 16-25 ans en difficulté d'insertion ;
- les adultes en situation de précarité, de pauvreté et en priorité les chômeurs de longue durée, les travailleurs saisonniers et employés précaires du secteur de l'agro-alimentaire ;
- les familles monoparentales en difficulté sociale ;
- les personnes âgées isolées ;
- les personnes sous main de justice, détenues ;
- les étrangers en situation de précarité.

Chez les travailleurs sociaux, la définition de Wresinski (1987) sert aujourd'hui de référence. Il définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». La population en situation de précarité est bien plus nombreuse que celle des « plus démunis ».

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

### DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Le Pays Centre Bretagne présente un niveau de pauvreté plus important :

- Le revenu des ménages est moindre : en 2009, la médiane du revenu fiscal par Unité de consommation est de 16 287€ dans le Pays du Centre Bretagne, soit près de 1 800 € de moins que le revenu médian breton (18 080 €).
- Un niveau de chômage peu élevé mais avec un nombre de demandeurs d'emploi en constante augmentation : le Pays du Centre Bretagne, le nombre de demandeurs d'emploi de catégories A, B et C a augmenté de 19% entre 2009 et 2011, ce qui semble confirmer un effet important de la crise économique sur le territoire ;
- Une part de bénéficiaires de la CMU-C plus élevée : la part de bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle complémentaire (CMU-C) par rapport à la population générale est de 4,9% sur le territoire de

santé n°8. Soulignons que cette part est non seulement plus élevée que le niveau régional (3,9%), mais c'est également la part la plus importante de l'ensemble des territoires de santé bretons

## L'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS

Il existe des difficultés pour les publics précaires à l'accès à la prévention et aux soins qui sont liées à :

- Un territoire isolé des pôles urbains breton avec un éloignement des structures de soins ;
- Une offre de soins de premier recours préoccupante ; certains médecins spécialistes pratiquent les dépassements d'honoraires ;
- Le territoire de santé Pontivy-Loudéac est le moins bien pourvu en dispositifs spécifiques. Il n'existe pas de dispositif permettant aux professionnels de sortir de leurs murs et d'aller à la rencontre du public (Point Santé Itinérant, Equipe mobile psychiatrie précarité, ...) ;
- Les actions de prévention sont également moindres sur le territoire de santé Pontivy-Loudéac. En effet, c'est celui qui est le moins bien couvert par les actions financées dans le cadre de l'appel à projets de l'ARS.

La mobilité est au cœur des problématiques des publics précaires en milieu rural. L'accès et la perception d'accès aux transports se répercutent sur l'ensemble des champs de la vie quotidienne, dont la santé.

En matière de prévention et de soins, il existe à Loudéac :

- Un **ACCUEIL ECOUTE FEMMES** (Bureau Départemental d'Accueil pour les femmes victimes de violences conjugales et familiales) (Association ADALEA) ;

En-dehors du Pays Centre Bretagne, il existe :

- La **PASS** (Permanence d'accès aux soins de santé) du **Centre Hospitalier du Centre Bretagne** : c'est une cellule de prise en charge médico-sociale, qui doit faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Depuis la création de la PASS, ce service fonctionnait difficilement. Pour remédier à cette problématique, un comité de pilotage interne pluridisciplinaire a été constitué début 2015. Il a conduit la réflexion autour d'un projet formalisé qui puisse être connu et reconnu par les professionnels de santé du CHCB comme par ses partenaires extérieurs. Il est chargé de veiller à la mise en application des actions prévues, à leur évaluation et à leur ajustement. Un travail est également mené par l'ARS afin d'optimiser le fonctionnement des PASS, des visites des PASS sont ainsi réalisées en 2015 avant la journée régionale ARS consacrée aux PASS et la déclinaison d'actions d'optimisation du fonctionnement des PASS.
- Un **POINT ACCUEIL SANTE** à Saint BRIEUC (ADALEA). Le dispositif compte un infirmier et une psychologue. 3 médecins et une pharmacienne y exercent à titre bénévole. Il existe également une pharmacie humanitaire permettant la délivrance de certains médicaments pour des personnes n'ayant aucun droit ouvert (dans l'attente d'une ouverture de droits).
- Un **centre d'examen de santé** à Saint Brieu (CPAM) : Le Centre d'Examens de Santé est un lieu de prévention et de dépistage.

## L'ACCES A L'ACTION SOCIALE DU TERRITOIRE PAR LE BIAIS DE LA MAISON DU DEPARTEMENT

La Maison du Département de Loudéac mène des actions sociales auprès de l'ensemble de la population du Pays

Centre Bretagne. Dans l'exercice de leur travail, les professionnels ont pu repérer un certain nombre de problématiques concernant les publics démunis, notamment l'absence d'un accueil de jour pour accès à l'eau potable et aux services d'hygiène (lave-linge, douche, ...). Par ailleurs, certains publics n'ayant pas de domicile fixe ont des problèmes de domiciliation, ce qui ne leur permet pas d'accéder à leurs droits (par exemple de bénéficier de tarifs préférentiels pour la cantine scolaire).

## L'HEBERGEMENT DES POPULATIONS PRECAIRES

Actuellement, il existe deux structures d'hébergement d'urgence sur le Pays Centre Bretagne:

- Un accueil d'urgence à Loudéac, porté par le CCAS et géré en journée par la police municipale et par les bénévoles des associations caritatives les week-ends et les jours fériés. Les durées de séjour sont limitées à 3 nuits, ce qui ne permet l'engagement de démarches de soins car ils doivent trouver une solution d'hébergement sur d'autres territoires;
- Un logement social à Collinée permettant l'hébergement en urgence de personnes qui sont sans domicile, le plus souvent amenés par la gendarmerie. Ce logement est chauffé. Selon l'ADIL 22, sur le département des Côtes d'Armor, 13% des demandes d'hébergement ne trouvent pas de réponses favorables. D'une façon générale, la demande est supérieure à l'offre.

Des données du SIAO pour le territoire de Loudéac en 2014 précisent que :

- 108 demandes d'hébergement émanent de la ville de Loudéac
- 135 réponses ont été apportées pour une mise à l'abri sur la ville de Loudéac

Les durées de séjour sont très courtes, en moyenne 2,2 jours. Il arrive d'orienter des personnes d'autres territoires, sur lesquels il n'y a pas de réponses possibles, vers l'abri de nuit de Loudéac.

La mise à l'abri à l'hôtel (le couette hôtel sur Loudéac) est une autre possibilité d'hébergement d'urgence selon les règles de fonctionnement du dispositif 115.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- Diminuer les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ;
- Favoriser des conditions de vie acceptables pour tous ;
- Favoriser l'insertion sociale des populations précaires ;

## OBJECTIFS ET ACTION SOUTENUS POUR RELEVER CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

**Objectif spécifique 1 : améliorer l'information auprès du public démunis, des professionnels et élus sur les services existants**

### **Action 1. Elaboration d'un guide de l'urgence sociale et santé**

Elaboration d'un guide de l'urgence sociale et santé :

- Aspect urgence sociale :

A l'échelle du Pays Centre Bretagne afin d'aider les partenaires et les publics démunis autour des questions suivantes : Ou manger? Ou dormir? Où se faire soigner? Où se laver? Où se domicilier? Où s'habiller? Où faire une lessive? Où accéder aux droits et aux soins ? Où trouver de l'information sur la prévention et promotion de la santé ? Où pouvoir faire du dépistage des IST, tuberculose, vaccinations, accès au planning familial etc. ?...

S'inspirer et mutualiser avec le guide de St Brieuc

Faire appel à un graphiste pour l'édition du guide et impression;

Publication du guide et diffusion à l'ensemble des partenaires.

- Sur l'aspect santé :

Reprendre sur le pays l'annuaire régional ARS venant d'être réalisé concernant les actions et les dispositifs santé concernant les publics démunis

Prendre en compte l'annuaire réalisé par la nouvelle MAIA pour compléter le cas échéant l'annuaire en santé;

Etoffer le cas échéant l'annuaire dans les champs de la santé en ouvrant sur d'autres domaines repérés par les partenaires ;

Proposer aux collectivités la mise en place de panneaux d'affichage avec les numéros de téléphone utiles.

## Objectif spécifique 2 : améliorer l'offre en dispositifs spécifiques

### Action 2. Soutenir le projet "Point Santé " et réfléchir à l'intérêt de mise en place de dispositifs itinérants globaux (santé social)

1- Proposer un dispositif à haut seuil de tolérance à la jonction entre l'intervention sociale et sanitaire : un premier accueil social aux personnes en situation de précarité + un accompagnement vers et dans le système de soins : Point santé sédentaire sur Loudéac et Pontivy financé par l'ARS;

Faciliter l'orientation des populations vers l'offre de soins de premier recours avec 3 activités centrales : l'accès aux soins, l'accès aux droits de santé, l'accès à la prévention.

Les 3 axes de travail prioritaires sont : favoriser les interconnexions entre le système de santé et les publics, améliorer la coordination entre les secteurs sociaux et sanitaires et informer les professionnels. Pour cela, des partenariats seront établis avec les acteurs du système de droit commun.

Le point santé devra pouvoir répondre aux besoins d'hygiène du public en disposant de douches et de cabinets de toilette ; de machines à laver et de séchoirs ; d'une bagagerie où il est possible de déposer des effets personnels en toute sécurité

Le point santé devra favoriser le lien avec la CPAM pour l'ouverture de droits (CMU, AME).

2 - Identifier le public démunie et son volume : déplacement dans les communes (mairies, CCAS et associations caritatives). Identifier les freins et les leviers pour leur accès aux soins de santé et à leurs droits sociaux.

Identifier en quoi les difficultés de mobilité peuvent altérer leur accès aux droits et aux soins. En fonction des besoins repérés et des dispositifs déjà existants (s'agissant notamment de la mobilité), réfléchir sur l'intérêt de

mise en place de nouveaux dispositifs itinérants sur l'ensemble du territoire de santé n°8 en recherchant des financements autres, qui concernerait à la fois les questions de santé et sociales (l'accès aux droits sociaux, la démarche d'insertion sociale) .

**Objectif spécifique 3 : favoriser l'intégration des personnes en situation de précarité dans le parcours de santé de droit commun**

**Action 3. Améliorer le fonctionnement de la PASS du CHCB**

Renforcer les missions et la visibilité de la PASS en externe:

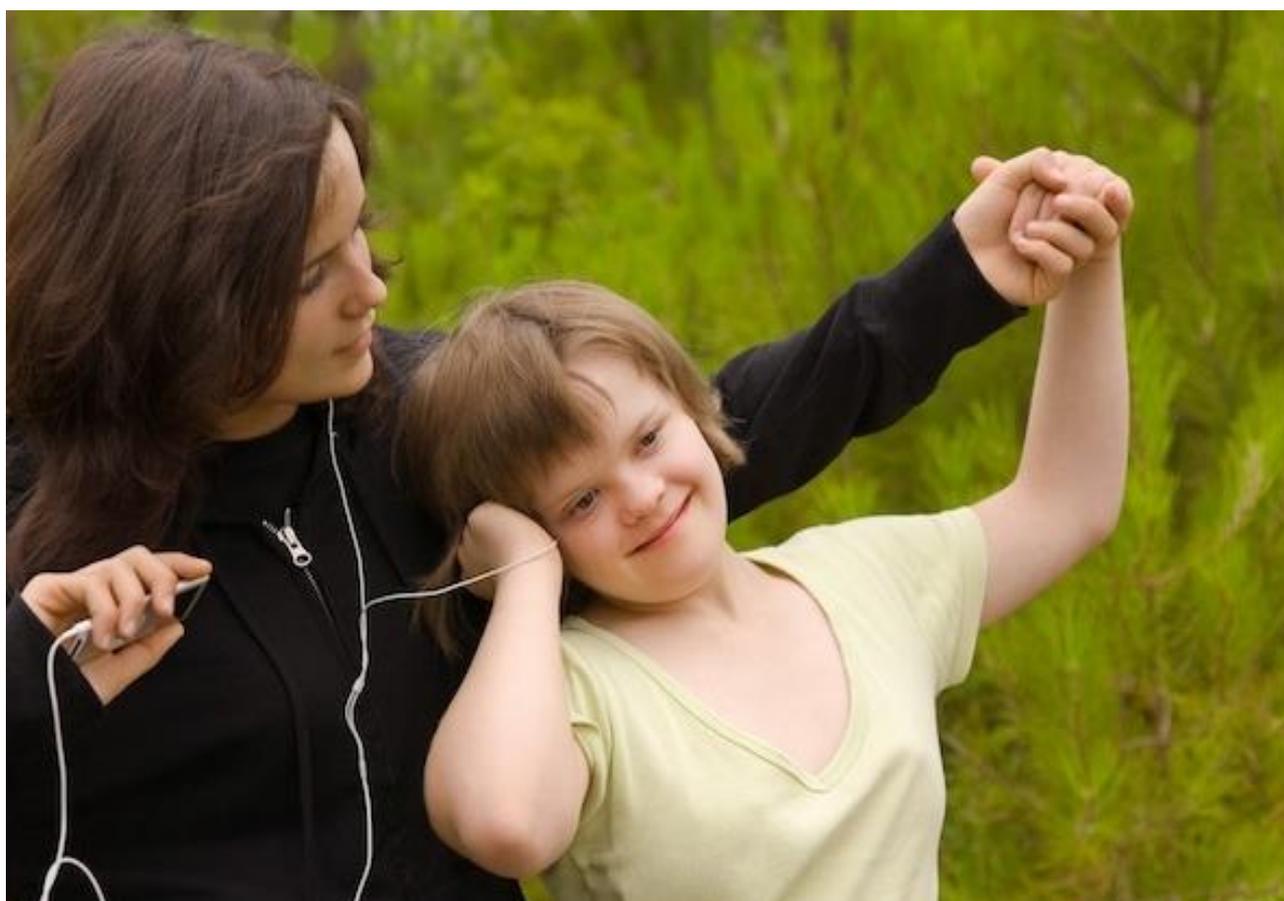
- Travail de partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs: élaboration de conventions afin d'améliorer l'orientation des publics en situation de précarité lors de la sortie d'hospitalisation vers les dispositifs d'hébergement et d'accès aux soins ; Des comités de pilotage réguliers en interne et élargis aux partenaires extérieurs au moins 1 fois par an afin de suivre et améliorer les actions mises en œuvre ;
- Communication autour de la PASS: présentation du service, rencontres, articles dans les journaux (notamment des mairies, communautés de communes, pays), participation au PTS, diffusion de la plaquette PASS,...

**Objectif spécifique 4 : améliorer la réponse en santé des personnes précaires**

**Action 4. Adapter le fonctionnement de l'hébergement d'urgence aux besoins des publics sans logement : santé, accès aux droits, prévention**

Engager un partenariat avec la PASS, le point santé, les réseaux et d'autres formes d'organisation de l'offre de 1<sup>er</sup> recours auprès des hébergements d'urgence.

## AXE STRATEGIQUE 7 : AGIR EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



## PROBLEMATIQUE

La loi du 2 Janvier 2002 affirme la primauté de la personne sur les structures. Ce ne sont pas les équipements ou les projets existants qui dictent l'orientation et l'accueil des personnes, mais bien les besoins des personnes qui imposent l'adaptation des projets et des moyens. Il s'agit dans cette loi de « replacer le projet de l'utilisateur au cœur du dispositif ».

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » constitue une évolution fondamentale en matière de réponse aux attentes des personnes handicapées. Elle institue un droit à compensation quelle que soit l'origine de la situation de handicap et crée des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap appellent une mobilisation à la fois des professionnels, des bénévoles, des aidants familiaux mais aussi des élus locaux. Nombre d'entre eux se sont penchés sur la question : « comment améliorer le parcours de soins et de vie de la personne handicapée ? ».

Dans ce sens, l'UNAPEI a élaboré un livre blanc sur le handicap psychique et précise quelques intentions :

- Avoir une offre de service globale et transversale, offrant des réponses organisées et construites à partir d'une logique territoriale ;
- Positionner la personne handicapée comme un sujet citoyen en attente d'une compensation singulière et adaptée à ses besoins, pour donner la pleine mesure de son projet, et ceci dans le spectre large des moyens proposés sur un territoire départemental, par tous les opérateurs qui œuvrent auprès du handicap mental ;
- Développer des modes d'accompagnements alternatifs ;
- Intensifier le travail en réseau, élaborer des réponses qui décloisonnent le cadre des associations, pour élaborer des offres construites sur la complémentarité des moyens, entre opérateurs partenaires.

Plus particulièrement dans le champ de la santé, l'ARS, dans le cadre de son Projet Régional de Santé, met en avant plusieurs axes d'amélioration spécifiques aux personnes handicapées et à leur accompagnement, notamment :

- Mieux coordonner les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement ;
- Optimiser la transversalité et la fluidité des parcours ;
- Adapter l'offre aux évolutions du public et de ses besoins.

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

### DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Dans le département des côtes d'Armor, le nombre de bénéficiaires de l'AAH<sup>24</sup> est de 10 088, ce qui représente 3,1% des habitants de 20 à 64 ans. C'est le taux le plus élevé comparativement aux autres départements bretons.

Concernant les enfants, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH<sup>25</sup> dans les côtes d'Armor est de 992, ce qui

<sup>24</sup> L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées. Ce droit est ouvert dès lors que la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage vieillesse, invalidité ou rente d'accident du travail d'un montant au moins égale à celui de l'AAH. Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne handicapée doit remplir un certain nombre de conditions d'âge, d'incapacité, de résidence et de nationalité ainsi que de ressources. La demande d'allocation doit être faite auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

<sup>25</sup> L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant en situation de handicap. L'AEEH n'est pas soumise à condition de ressources. La demande d'allocation doit être faite auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

représente 0,72% des habitants de moins de 20 ans. C'est le taux le plus bas comparativement aux autres départements bretons.

## LE DEPISTAGE DU HANDICAP ET L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Le territoire de santé N°8 sur lequel se situe largement le pays centre Bretagne, ne comptait aucun CAMSP. Un CAMSP vient d'être autorisé pour le territoire de santé N°8, il sera basé à Pontivy. Afin que les bébés et jeunes enfants puissent bénéficier d'un dépistage et accompagnement précoces du handicap, il convient de faire connaître ce CAMSP.

Les principaux acteurs qui repèrent une problématique de handicap auprès des nourrissons et enfants sont les parents, les instituteurs, les assistantes maternelles, les professionnels de santé dans les maternités et services de néonatalogie et les médecins libéraux.

L'accompagnement des jeunes enfants handicapés peut s'effectuer ensuite le cas échéant par les SESSAD et IME. Sur le Pays Centre Bretagne, il existe 165 places en IME et 40 places en SESSAD, ce qui situe le Pays au-dessus de la moyenne régionale.

Actuellement, deux problématiques sont particulièrement repérées par les acteurs :

- La proportion importante de jeunes de plus de 20 ans maintenus dans la structure faute de places en établissements pour personnes handicapées adultes : en 1989, le sens de l'amendement Creton était de pouvoir maintenir des jeunes adultes en situation de handicap de 20 ans et plus sans solution dans le cadre des établissements pour enfants en situation de handicap. Sur le pays Centre Bretagne, le manque de fluidité des parcours est également présent que ce soit en amont de l'entrée en IME : liste d'attente de plus de 58 enfants à l'IME de Loudéac, en aval de l'IME : Enquête CRETON au 31/12/12 : parmi les 15 jeunes de plus de 20 ans maintenus à l'IME de Loudéac, les orientations définies par la MDPH sont : 11 en ESAT, 3 en FOA et 1 en FAM. En aval de l'ESAT : des personnes sont maintenues en ESAT alors qu'elles ne travaillent quasiment plus.
- Le manque d'accessibilité de la Cité auprès des personnes handicapées. Le principe de la citoyenneté des personnes handicapées mentales repose sur la mise en accessibilité de la Cité, leur permettant d'être acteur de leur propre destin et d'être des citoyens à part entière. Cette mise en accessibilité leur permet également de participer davantage aux activités de la société.

## L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES

Le taux d'équipement en ESAT sur le pays Centre Bretagne est très supérieur à la moyenne régionale avec 9,5 places pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans (3,9 région Bretagne).

L'ADAPEI des Côtes d'Armor a mis en place une plateforme de coordination départementale pour répondre au mieux aux besoins de la personne en situation de handicap tout au long de son parcours de vie. Cette plateforme encourage de nouveaux modes d'accompagnement pour valoriser et encourager le potentiel de chacun. L'idée est de structurer et d'organiser une offre en regroupant toutes les possibilités de services à la personne sur son territoire de vie, en étroite collaboration avec les institutions et les partenaires locaux œuvrant dans le domaine du handicap. Pour le secteur de Loudéac, il existe un projet de création d'un pôle territorial qui associerait les différents partenaires. L'objectif est de pouvoir mailler et décloisonner les services en interne et de travailler davantage avec les partenaires externes. Ces partenaires externes pourraient être intégrés au pôle. Cette organisation permettrait d'améliorer l'accès aux soins, l'accompagnement des personnes et faire davantage de

prévention.

Au niveau de l'accueil temporaire, il existe actuellement 2 places sur le territoire: 1 en foyer de vie et 1 en foyer d'hébergement (Projet d'une place en SATRA). Limitée à 90 jours par an, elle doit faire l'objet d'une notification délivrée par la MDPH. Actuellement, ces places ne sont pas activées ou sont méconnues (peu de demandes émanent des associations). Il existe actuellement peu de solutions sur le territoire d'alternatives à l'hébergement institutionnel.

## LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

La proportion de personnes vieillissantes en situation de handicap augmente de manière significative. Parallèlement, leur niveau d'autonomie baisse et cela doit être accompagné. Selon l'enquête réalisée sur l'ensemble du territoire de santé n°8, en 2013 à l'ESAT de Loudéac, 45% des travailleurs ont entre 45 et 59 ans, soit 63 travailleurs. L'ESAT de Plémet est moins concerné par cette problématique avec 8,7% des travailleurs âgés de 45 à 59 ans (7 travailleurs).

Par ailleurs, l'espérance de vie des personnes handicapées seront d'ici peu très proches de l'ensemble de celle de la population française. C'est donc un sujet majeur qui impacte les pratiques professionnelles de manière directe. Les services médicaux-sociaux et sociaux ont parfois des difficultés à établir des contacts entre eux et à se coordonner : dans certains cas, cela peut générer des ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Il n'existe pas sur le Pays Centre Bretagne de structure spécialisée. Certaines personnes handicapées intègrent des EHPAD à la sortie d'ESAT, il s'agit d'une réponse possible parmi un panel de réponses possibles. Il existe actuellement à Loudéac deux places de FAM au sein d'un FOA, mais avec des manques en moyens humains (pas d'infirmier la nuit).

Des micro chantiers sont entamés dans le cadre des travaux du Programme Territorial de Santé n°8 portant sur des conventions entre établissements et services personnes âgées et personnes handicapées pour améliorer la fluidité des parcours des personnes handicapées et personnes handicapées vieillissantes.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- Innover pour améliorer l'accessibilité des personnes handicapées aux services de droit commun ;
- Créer des partenariats et des liens entre les différents acteurs du champ médical, social et médico-social ;
- Apporter des réponses territorialisées.

## OBJECTIFS ET ACTIONS SOUTENUS POUR RELEVÉR CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

## Objectif spécifique 1 : Améliorer le parcours de vie et de soins de la personne en situation de handicap

### Action 1. Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce du handicap

- Faire connaître le nouveau CAMSP (à Pontivy) et mettre en lien ce CAMSP auprès des acteurs de terrain du pays Centre Bretagne via notamment une information écrite (flyers) à destination des professionnels de santé libéraux, les crèches et haltes garderies, CPEA, maternités, services de PMI et services de médecine scolaire, réseau arc en ciel, ADEPAFIN, CMPEA, CMPP.
- Sensibiliser les professeurs des écoles au repérage d'une difficulté chez les enfants en donnant des informations pratiques : repérer les principaux signes d'alerte, savoir vers qui orienter. Ceci en présence du médecin et/ou psychologue scolaire.
- Accompagner les parents qui ont un doute ou présentent des difficultés avec leurs enfants en lien avec des troubles de l'apprentissage par la réalisation d'une campagne d'information, la mise en place de cafés-parents dans des espaces d'accueil dédiés garantissant l'anonymat (exemple du syndicat mixte du pays). Faire du lien avec le collectif sur la parentalité qui doit être constitué courant 2015.

### Action 2. Améliorer les réponses apportées aux jeunes en aménagement Creton

- En lien avec le pôle territorial de Loudéac : réunir l'ensemble des partenaires et réfléchir sur des solutions communes : par exemple travailler en complémentarité les projets des établissements et services pour personnes en situation de handicap du Pays, travailler des projets communs et mutualisation des services (stages, formations communes, personnels communs,...), continuer à créer des passerelles entre établissements et services (IME, SESSAD, SAMSAH, SAVS, ESAT, FAM, FOA, etc.)
- Mettre en commun une liste d'attente commune des personnes en situation de handicap sur le territoire afin d'offrir des réponses territoriales et extraterritoriales le cas échéant et ce en lien avec le travail de gestion des situations critiques menées au sein de la commission départementale des cas critiques (ARS MDPH AHB ...) et des réunions d'orientations IME (MDPH Education Nationale, ARS, directeurs d'associations gestionnaires d'IME).
- Proposer des accompagnements alternatifs à l'accompagnement institutionnel en fonction des attentes du public : faire connaître et développer les places en accueil familial du CG, travailler en lien avec CAP EMPLOI pour aider les personnes handicapées à trouver un emploi en milieu ordinaire.

### Action 3. Améliorer l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante

Créer un réseau de partenaires sur le territoire autour de l'accompagnement des personnes en situation de handicap :

En s'appuyant sur les travaux et le lancement du pôle territorial de Loudéac (ADAPEI), ce qui permettrait :

- De travailler autour de situations complexes et améliorer leur prise en charge ;

En s'appuyant sur les travaux micro chantiers PTS 8 inscrits également sur le pays CB, ce qui permettrait de :

- de davantage travailler les projets de vie en amont et lors de l'intégration des personnes handicapées au sein des EHPAD: créer un réseau d'animation et proposer un accompagnement davantage individualisé;
- De partager les bonnes pratiques professionnelles entre acteurs du champ personnes âgées personnes handicapées
- A la PH de maintenir des liens avec son ancien lieu de vie.
- de Favoriser les conventions de coopérations inter-établissements (EHPAD et établissements pour personnes handicapées, services pour personnes âgées et personnes handicapées).

Favoriser la mise en place d'une animation territoriale en lien avec l'ARESAT: favoriser le décloisonnement entre les différents acteurs travaillant dans le champ des personnes âgées et handicapées et favoriser l'interconnaissance:

- Organiser une table ronde pour réfléchir à la question "comment accueillir les nouveaux retraités?". L'idée est de pouvoir créer des liens entre les personnes handicapées et les clubs de retraités, centres sociaux, etc. afin que ceux-ci puissent développer une autre culture.
- Proposer des portes ouvertes: échange avec les retraités et futurs retraités de leurs aspirations, des compétences qu'ils peuvent développer au sein de la vie associative, inscrire les ESAT et services d'accompagnement social comme partenaires possible du maillage territorial, favoriser les liens interpersonnels;

#### Objectif spécifique 2 : Améliorer l'inclusion des personnes handicapées dans la Cité

##### **Action 4. Accueil, accompagnement, accessibilité: mise en place de pictogrammes dans les lieux publics de la commune de Loudéac**

- Action ciblée envers le public « personnes handicapées psychique » : installation de pictogrammes dans les lieux publics et les commerces de la commune de Loudéac : mairie, maison des services, la poste, boulangerie, cinéma, bibliothèque, ludothèque, piscine, salle de sport. Les pictogrammes indiqueront la nature du lieu (par exemple un bonhomme avec une baguette de pain pour la boulangerie) ou alors donneront des repères à l'intérieur du lieu (par exemple un pictogramme pour les vestiaires, sanitaires,... avec un fléchage / signalétique) ;
- Possibilité d'élargir cette action à d'autres types de handicap (personnes aveugles,...)

#### Objectif spécifique 3 : permettre une individualisation du parcours de vie de la personne handicapée

##### **Action 5. Développer les modes d'accueil alternatifs**

- 1) Rendre lisible les places d'accueil temporaire : communiquer auprès des différents partenaires (associations, familles de personnes handicapées,...) sur l'offre disponible en accueil temporaire et sur le réseau « familles d'accueil »;
- 2) S'inscrire dans le diagnostic partagé ARS CD sur l'accueil temporaire (personnes âgées et handicapées) et le compléter, l'enrichir le cas échéant par des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels (ARS, MDPH, Conseil Général, etc.) sur les besoins des personnes handicapées et sur des évolutions possibles du dispositif actuel de l'accueil temporaire (davantage de souplesse, davantage de places à proposer, adapté au parcours de vie de la personne handicapée) ;

- 3) Améliorer l'accès des personnes handicapées aux places d'accueil temporaire d'EHPAD pour préparer l'entrée des personnes handicapées;
- 4 Développer les formes d'habitat partagé, regroupés

Sigomé

## AXE STRATEGIQUE 8 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES AGEES

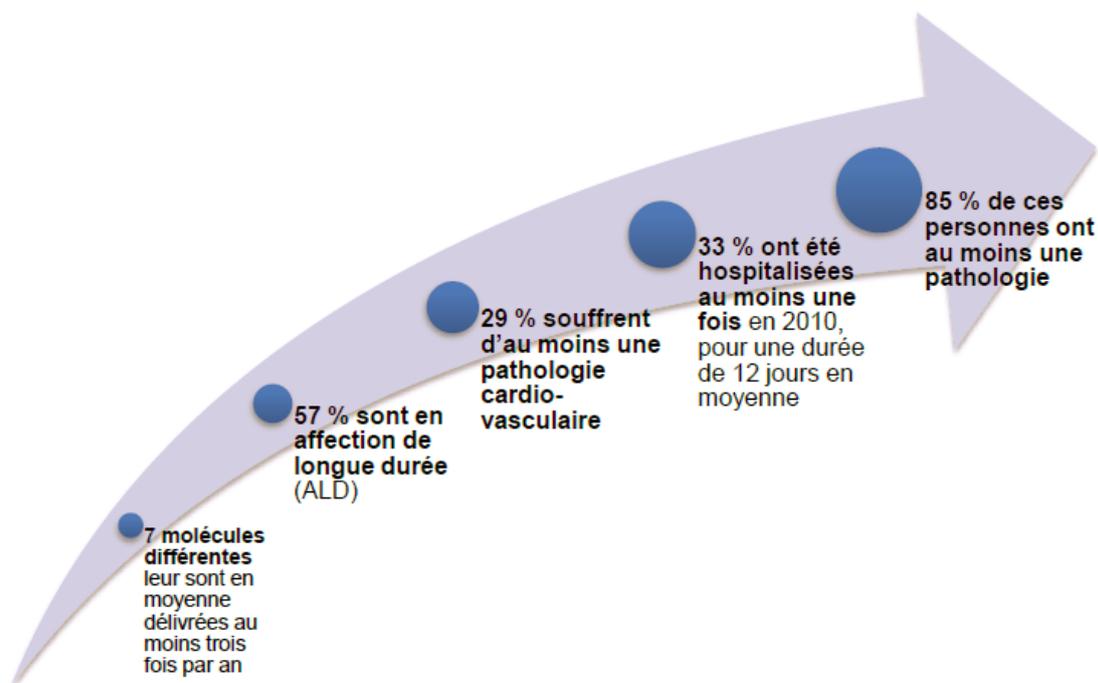


## PROBLEMATIQUE

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit une personne âgée à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées.

La population des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes en France. Ce vieillissement rapide de la population amène à s'interroger sur l'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées : retraites, dépenses de santé, et prise en charge des personnes dépendantes, dont le nombre augmentera dans les années à venir. Se pose notamment le problème de l'équilibre à trouver entre solidarité familiale et solidarité collective pour la prise en charge de la dépendance. Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes<sup>26</sup>.

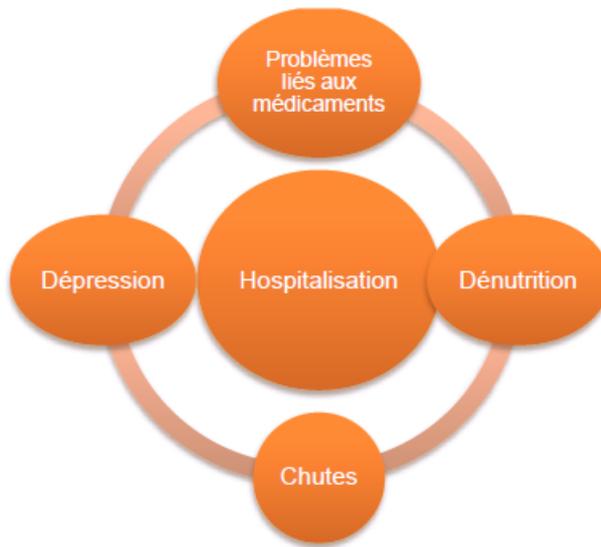
Ces personnes de 75 ans et plus peuvent être encore autonomes mais **leur état de santé est susceptible de se dégrader rapidement** pour des raisons d'ordre social et/ou médical :



Source : Assurance maladie

<sup>26</sup> Michel Duée et Cyril Rebillard, *La Dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, Données sociales - La société française, édition 2006, p. 613-614

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation des personnes âgées ont été identifiés :



Or, les professionnels de santé constatent que **l'hospitalisation des personnes âgées, lorsqu'elle est nécessaire pour traiter un problème de soins, aggrave souvent leur perte d'autonomie.**

## LA NOTION DU « BIEN VIEILLIR »

Selon le docteur Pierre Guillet, gériatologue, « bien vieillir » repose sur l'équilibre de cinq piliers : finances, logement, santé, vie sociale, vie intellectuelle. Les critères américains d'un « bon » vieillissement sont :

- Une durée de vie supérieure à l'espérance de vie nationale ;
- Une bonne santé : une ou plusieurs maladies traitée(s) et bloquée(s) dans leur évolution ;
- Un sentiment de bien-être.

Selon le docteur Jean-Pierre Aquino, « les critères les plus admis dans la littérature médicale... pour un vieillissement sont : pas d'hypertension, pas de surcharge pondérale, pas de tabac ni d'alcool, une alimentation équilibrée, des exercices physiques réguliers, un lien social structuré, une bonne santé "mentale" (estime de soi, capacité à faire face aux changements), une planification de l'avenir (modes de vie actuels et futurs, gestion du temps), une réflexion continue sur le sens (quête de sens), les valeurs... ) ».

En France, l'importance du sujet pour la société se traduit par un Plan National Bien-Vieillir plus le Plan Alzheimer, rédigé sous le gouvernement François Fillon.

Sur le plan financier, l'enjeu passe par la création d'un cinquième risque qui viendrait compléter la protection sociale existante et permettre de ne pas précariser les personnes en situation de dépendance.

Les aidants bénévoles auprès des personnes de grand âge tiennent une place importante dans la question des seniors.

## CONSTATS PARTAGES AVEC LES ACTEURS

## DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

## Un accroissement important de la population âgée

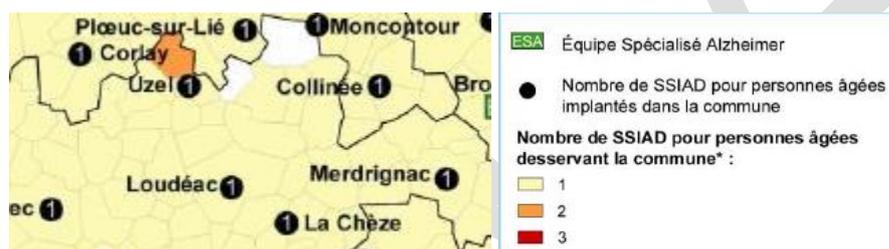
La part des 60 ans et plus est plus élevée en Centre Bretagne que sur l'ensemble de la Bretagne : 28,9 % versus 25%. Cette tendance se confirme chez les plus âgés avec 12,9% de personnes âgées de plus de 75 ans contre 10% en Bretagne. Entre 1999 et 2008, la part des personnes âgées de plus de 75 ans augmente de trois points (+1,8 points en Bretagne). En revanche, on peut noter la diminution parallèle de la part des 60-74 ans (-3,1 points entre 1999 et 2008 dans le pays).

## OFFRE DE SERVICES

### Les services de soins infirmiers à domicile

6 services de soins infirmiers à domicile se répartissent sur le Pays du Centre Bretagne. L'ensemble de ces services totalise une capacité de 194 places, soit **30 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus**, qui situe le pays au-dessus de la densité régionale (20 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

Ces services sont relativement bien répartis sur le territoire, même s'il existe quelques zones blanches situées au Nord du Pays (voir carte ci-dessous).



Source : ARS – Site internet : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Atlas-cartographique-du-PRS.165013.0.html>

Concernant le nombre de places de SSIAD « Alzheimer », seul le canton de Collinée est couvert par une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA). Actuellement, l'ensemble des professionnels le ressentent comme un manque sur le territoire.

Il existe également sur le territoire de santé n°8 une offre de soins pour de l'hospitalisation à domicile : l'AUB (Association pour l'Aide aux Urémiques chroniques de Bretagne). La zone géographique d'intervention correspond à une zone de 30 km autour de Pontivy. La capacité de prise en charge est de 30 patients.

### Les structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées

Le Pays du Centre Bretagne compte **12 structures** pour personnes âgées dépendantes en 2014. Toutes les structures sont aujourd'hui passées en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes). Le Pays compte en tout **799 places** d'hébergement permanent en EHPAD (dont 4 PASA (Alzheimer) de 14 places chacun (Plessala, Merdrignac, Le Bourgneuf, Le Quillio, Loudéac MRH)), et **17 places** d'hébergement temporaire. Le territoire est bien doté.

Le Pays Centre Bretagne compte également 38 places d'EHPA (établissement d'hébergement pour personne âgée), situés à La Motte (8 places) et Plémet (30 places). L'ensemble de ces places sont habilitées à l'aide sociale.

Il existe également des familles d'accueil social qui sont gérées par le Conseil Général 22, qui peuvent accueillir des personnes âgées ou handicapées. Sur le Pays Centre Bretagne, il existe 18 familles agréées, pour un total de 24 places (2 pour personne adulte handicapée, 3 pour accueillir une personne âgée, 19 pour accueillir une personne âgée ou handicapée). Actuellement, le nombre de personnes accueillies est de 21 (14 personnes âgées et 7

personnes handicapées).

Les professionnels regrettent le manque d'informations sur les possibilités d'aides et les alternatives liées à l'habitat. Pour exemple, le service "accueil familial" du Conseil Départemental reste relativement méconnu. Par ailleurs, plusieurs EHPA sur le Pays du Centre Bretagne peinent à fonctionner au maximum de leur capacité autorisée (Plémet, La Motte, Langourla) malgré des situations d'isolement repérées par les élus et services à domicile. Le maillage des services à domicile qui ont vocation à intervenir en EHPA est relativement satisfaisant alors que l'on observe une proportion significative de personnes âgées non dépendantes en GIR 5 et 6 est sur des EHPAD du Pays.

### Le soutien proposé aux aidants

L'aidant familial est une personne qui s'occupe quotidiennement d'un proche dépendant, handicapé ou malade et quel que soit son âge. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un ami, d'un voisin,... Le terme d'aidant "caractérise une personne aidante, mais qui se différencie des professionnels de l'aide et du soin".

Sur le Pays Centre Bretagne, il existe la plateforme de répit basée à Bréhan, qui couvre l'ensemble du territoire de santé n°8. Cette plateforme reste encore peu visible auprès de la population. Au sein des différents EHPAD du territoire, il existe 17 places d'hébergement temporaire. 3 services d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont adossés à un EHPAD (Le Quillio, Merdrignac et Loudéac) avec au total **20 places**. Un service d'accueil de jour est indépendant (Corlay) avec une capacité de **10 places**.

La difficulté du maintien à domicile des personnes âgées peut être notamment liée à la fatigue de l'aidant familial.

### Les structures de coordination gérontologique

Actuellement sur le Pays Centre Bretagne, il existe un dispositif de coordination : le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), situé à Loudéac. Celui-ci intervient sur tout le territoire du Pays Centre Bretagne, hormis le canton de Corlay qui est couvert par le CLIC de Rostrenen.

Actuellement il existe une certaine méconnaissance des missions du CLIC par les usagers et les professionnels. L'intitulé "CLIC" n'est pas forcément explicite sur le rôle et le public visé de ce service. Les professionnels de ce service ont des difficultés pour le faire connaître : pas de signalisation propre, manque de visibilité du service.

Concernant les dispositifs MAIA, il en existe déjà sur les cantons du territoire de santé n°7. Pour les autres cantons du Pays, une MAIA est actuellement en train de se déployer. C'est la MAIA de Pontivy qui a été nommée pour couvrir ce territoire. Celle-ci fera l'objet d'une convention de fonctionnement avec le CLIC.

Les acteurs locaux constatent différentes problématiques dans l'accompagnement des personnes âgées :

- Un flou dans le rôle et le champ d'intervention de chacun;
- Le manque d'un outil de recensement des services ressources à l'échelle du Pays;
- Des difficultés dans la gestion des situations complexes;
- Le manque d'articulation entre les différents dispositifs présents sur le territoire.
- Les personnes âgées et leur entourage ont besoin d'informations et d'accompagnement concernant les divers dispositifs de prise en charge.

## LES ACTIONS DE PREVENTION AUPRES DES PERSONNES AGEES

Il existe plusieurs acteurs de prévention auprès des personnes âgées : des acteurs institutionnels (ARS, Mutualité Française Bretagne, CARSAT, Conseil Départemental, MSA) et acteurs en local (acteurs médico-sociaux, CLIC, ...). Plusieurs thèmes sont exploités : l'activité physique, le lien social, l'alimentation et la nutrition, la prévention des

chutes, la mémoire et la préparation à la retraite. Certains thèmes sont beaucoup exploités alors que d'autres le sont moins.

La CARSAT Bretagne, les MSA d'Armorique et Portes de Bretagne, le RSI Bretagne ont créé le 12 mai 2014 une association loi 1901 inter-régime pour la «Coordination des Actions de Prévention retraite Bretagne» : «Cap retraite Bretagne». La recherche de coordination entre les trois régimes s'est engagée sur différents niveaux d'intervention, dont le développement d'actions collectives de prévention sur des thématiques partagées (la nutrition, la mémoire, le lien social, l'équilibre et les chutes).

## LES PROJETS MEDICAUX-SOCIAUX

Actuellement, on constate une faible réponse aux appels à projets médicaux-sociaux de l'ARS sur le territoire malgré des besoins identifiés (priorisation sur les zones blanches). Les financeurs des appels à projets sont très attentifs à la qualité de la réponse apportée, notamment en matière de partenariats entre établissements, services et acteurs du soin. La constitution des dossiers nécessite un investissement en ingénierie de projet. Or les services à domicile et service infirmiers à domicile sur le Pays sont de petite taille.

## ENJEUX DU TERRITOIRE

- Améliorer la coordination des acteurs
- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile
- Favoriser le choix de vie de la personne âgée

## OBJECTIFS ET ACTION SOUTENUS POUR RELEVER CES ENJEUX DANS LE CADRE DU CLS

### Objectif spécifique 1 : améliorer l'offre de prévention auprès des personnes âgées

#### Action 1. Organiser une réponse collective sur les thématiques de prévention

- Réaliser un diagnostic plus précis des actions de prévention thèmes de prévention inexploités sur le territoire;
- Sensibiliser les professionnels sur la mise en place d'actions de prévention auprès des personnes âgées;
- Développer des actions de prévention en fonction des priorités retenues dans le diagnostic ;
- Coordonner davantage l'offre de prévention

Développer des actions de prévention promotion de la santé mutualisée dans les établissements médico-sociaux à l'appui d'un groupe projet à constituer et avec le soutien technique de l'IREPS Bretagne. Rapprocher les professionnels travaillant auprès des personnes âgées avec les professionnels de la prévention.

### Objectif spécifique 2 : accompagner le développement de projets et créer une dynamique de territoire

#### Action 2. Accompagner les professionnels médico-sociaux dans une dynamique territoriale de santé

- Fédérer les porteurs afin de repérer et faire remonter les besoins du territoire auprès des acteurs institutionnels;
- Renforcer la communication auprès des acteurs médico-sociaux du territoire sur les appels à projet en cours (ARS, Conseil Général, Fondation de France, etc.) ;
- Inciter les professionnels à répondre aux appels à projets, lever les freins potentiels;
- Développer les partenariats entre structures;
- Apporter une aide méthodologique auprès des porteurs de projets, apporter un soutien à la constitution des dossiers, favoriser les liens entre les financeurs et les porteurs de projets.

Créer un poste de chargé de mission de la CIDERAL pour travailler en appui des personnels d'encadrement des services d'aide ou de soins à domicile.

**Objectif spécifique 3 : valoriser l'EHPA comme offre complémentaire dans le panel des offres d'accompagnement des personnes âgées non dépendantes**

**Action 3. Favoriser les rapprochements EHPA-EHPAD**

Formaliser une convention de partenariat en local entre les établissements afin de favoriser la coordination d'un parcours EHPA EHPAD et garantir la proposition d'orientation proposée :

- associer les EHPAD et EHPA de proximité
- définir les modalités pratiques de coordination

**Objectif spécifique 4 : favoriser la fluidité des parcours**

**Action 4. Mettre en cohérence les dispositifs de coordination : MAIA / CLIC / réseau des acteurs locaux**

Diffuser conjointement l'information sur les missions spécifiques de chacun auprès des différents partenaires dans la perspective du guichet unique MAIA;

Réfléchir (s'appuyer sur l'existant) aux outils communs nécessaires pour favoriser la fluidité de la coordination et l'intégration entre les acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social);

Communiquer à plusieurs niveaux : auprès des élus, professionnels, associations, représentants d'usagers et grand public pour rendre lisible l'organisation établie;

Promouvoir les bonnes pratiques de coordination et d'intégration auprès des acteurs intervenant auprès d'autres publics que ceux du champ des personnes âgées.

**Objectif spécifique 5 : Aide au maintien de la personne âgée à domicile / Favoriser une bonne qualité de vie des aidants**

**Action 5. Agir en faveur des aidants**

Organiser une table ronde : inviter les professionnels, élus, usagers,... pour débattre et échanger sur les actions possibles à mettre en œuvre auprès des aidants; présentation du diagnostic, présentation d'actions qui se passent ailleurs, présenter les actions de la plateforme de répit, de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire (avoir des témoignages d'usagers et d'aidants).

Mieux repérer les besoins des aidants: réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes par un étudiant (proposer un stage au sein du CLIC);  
Puis décliner une action concrète sur le territoire, en lien avec les besoins des aidants et les souhaits des professionnels (portage par un partenaire): bistrot mémoire, groupes de parole, conférences,...;  
Informers les autres acteurs du territoire du lancement du projet.  
Créer un réseau de bénévoles pour apporter un soutien au projet mis en œuvre.

Tout au long des différentes actions : communiquer auprès des personnes âgées : créer un partenariat entre le Pays et les journaux locaux (Ouest France, Hebdomadaire d'Armor, Télégramme, journal de la Cidéal,...) pour écrire des articles sur les actions mises en œuvre sur le territoire, inviter à participer à la table ronde, montrer le besoin de nouveaux bénévoles.

#### Objectif spécifique 6 : meilleure orientation des personnes âgées dans leur parcours de soins et de vie

##### **Action 6. Améliorer l'information sur l'offre de services existants**

Avoir des outils de communication à jour et diffusés régulièrement: flyer d'information sur l'offre de services auprès des EHPAD, hôpitaux, mairies, médecins libéraux;

Faire connaître le CLIC auprès des acteurs de santé, social et médico-social et des usagers:

- Présentation du CLIC lors de manifestations sur le territoire (conférences, actions de prévention,...)
- Information des partenaires en organisant des réunion réseau;

Améliorer l'information du CLIC sur internet: visibilité du service sur internet, trouver plus facilement la page dédiée au CLIC, y intégrer davantage d'informations (missions du CLIC par exemple)

Améliorer la signalétique propre au CLIC: affichage extérieur (panneau de signalisation)

Elaborer un flyer sur les missions du CLIC: une photo, explication des missions, horaires d'ouverture, un plan, 1 carte avec le territoire couvert.

Mettre en place un forum sur la rénovation de l'habitat

Mettre en place d'un forum sur l'offre de services, les outillages pour le domicile, le portage de repas, le maintien à domicile, les ateliers équilibre,...

## ARTICLE 6 - ENGAGEMENTS RECIPROQUES DES PARTENAIRES DU CONTRAT

Les signataires du CLS s'engagent à apporter des financements tels que prévus dans les annexes financières.

De la même façon, les parties au contrat s'engagent à s'informer mutuellement des actions qu'elles financent ou mènent en propre et qui porteraient sur le champ du contrat et contribueraient de ce fait à l'atteinte des objectifs inscrits au contrat.

Enfin, les signataires s'engagent à communiquer toutes données statistiques nécessaires et à fournir leur expertise en tant que de besoin pour le suivi et la mise en œuvre du CLS.

- **Financements du Pays du Centre Bretagne**

La contribution du Pays du Centre Bretagne s'inscrit dans la poursuite de la mission santé afin d'améliorer l'offre de soins sur le territoire et soutenir les professionnels de santé. Le Pays s'est par ailleurs engagé dans un dispositif d'ATS (Animation Territoriale de Santé) afin d'accompagner la mise en œuvre des actions relevant de la prévention et promotion de la santé.

- **Financements de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne**

Les financements de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne s'inscrivent dans les procédures d'attribution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) pour la santé publique, dans les procédures d'allocation de ressources aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux et dans le cadre des crédits spécifiques prévus dans des plans nationaux de la CNSA ou la DHOS.

Les projets d'actions prévus dans le présent contrat ne sont donc pas exonérés du passage par les procédures d'appel à projet mis en place par l'ARS et de sélection par les commissions en vigueur. A ce titre, les opérateurs seront tenus de présenter des dossiers respectant les cahiers des charges proposés dans les appels à projets.

Des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) peuvent être contractés entre les opérateurs et l'Agence Régionale de Santé.

- **Financements de la DRAAF**

Possibilité de soutien d'actions via notamment les appels à projets PNA susceptibles d'être lancés par le niveau régional (DRAAF) ou par le niveau national (DGAL) via les Crédits du BOP206.

- **Financements du Conseil Régional**

La contribution du Conseil régional de Bretagne s'inscrit dans le cadre de son intervention dans les domaines de la santé publique et du développement territorial. Elle reste soumise aux orientations définies chaque année dans son budget primitif, aux décisions de la Commission Permanente et à l'instruction des demandes de subvention par les services de la Région.

- **Financements du Conseil Départemental des Côtes d'Armor**

La contribution du Conseil départemental s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre, au sein des territoires, des priorités et préconisations portées par les Schémas Départementaux d'Action Sociale et Médico-Sociaux, en complémentarité avec les autres politiques publiques. Des financements pourront être sollicités en lien avec l'Animatrice Territoriale de Santé dans le cadre d'appels à projets du Conseil Départemental.

- **Financements de la CARSAT**

La CARSAT apportera une contribution matérielle et humaine en priorisant le territoire du Centre Bretagne pour le développement d'actions rentrant dans le champ de ses priorités et de celles du Contrat local de santé (cf fiche-actions). Ses intervenants de terrain contribueront pour tout ou partie à leur mise en œuvre.

Des financements pourront être sollicités selon la procédure d'attribution des subventions, dans le cadre d'un appel à projet annuel.

- **Financements de la MSA d'Armorique**

La MSA apportera une contribution matérielle et humaine en priorisant le territoire du Centre Bretagne pour le développement d'actions rentrant dans le champ de ses priorités et de celles du Contrat Local de Santé (cf. fiches-action). Ses intervenants de terrain contribueront pour tout ou partie à leur mise en œuvre : assistants de service social, animateur du réseau des délégués MSA, conseillers de prévention, infirmières de prévention ou médecin du travail.

Des financements pourront être sollicités selon la procédure d'attribution des subventions, les demandes devant être demandés avant le 31 Mars de l'année de mise en œuvre.

Le présent contrat est valable pour une durée de 3 années, à compter de sa signature.

Il pourra toutefois être révisé et complété par les parties au cours de ces 3 années par voie d'avenant.

Dans un souci de cohérence avec le Projet Régional de Santé, une adaptation du présent CLS aux nouveaux enjeux éventuels liée à sa révision pourra être réalisée.

## ARTICLE 8 - SUIVI ET EVALUATION DU CONTRAT

### 8.1 Suivi du CLS

Afin de permettre le suivi partenarial du contrat, le comité de pilotage deviendra l'instance de suivi. Il se réunira au minimum deux fois par an. Il lui reviendra de suivre et d'évaluer périodiquement l'avancée du contrat et décider des ajustements éventuels.

L'équipe projet sera par ailleurs chargée :

- D'accompagner la mise en œuvre des actions en lien avec les orientations stratégiques du CLS
- De veiller à la mise à jour régulière des éléments de diagnostic afin de faire évoluer le CLS en fonction des besoins du territoire et des résultats de mise en œuvre des actions.
- D'évaluer les actions et de valoriser les résultats auprès du Comité de suivi.

### 8.2 Évaluation du contrat

Le présent contrat fera l'objet d'une évaluation finale visant à mesurer, notamment, les résultats produits par rapport à ceux escomptés et le degré d'atteinte des objectifs inscrits au contrat.

A Loudéac, le 30 Juin 2015

## LES PARTIES SIGNATAIRES

Le Président du Pays du Centre Bretagne	L' élu référent santé pour le Pays du Centre Bretagne	Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne	
Monsieur Guy Le Helloco	Monsieur Joseph Sauvé	Monsieur Olivier De Cadeville	
Le représentant du Préfet du département des Côtes d'Armor, M. le sous-préfet de Dinan	Le Président du Conseil Régional	La Vice-Présidente du Conseil Régional en charge de la formation tout au long de la vie	La Vice-Présidente du Conseil Départemental des Côtes d'Armor
Monsieur Michel Laborie	Monsieur Pierrick Massiot	Madame Georgette Breard	Madame Sylvie Guignard
La Directrice de la CARSAT Bretagne	La Directrice de la CPAM des Côtes d'Armor	Le Directeur adjoint de la MSA d'Armorique	
Madame Marie-Hélène Palmier	Madame Danielle Lau	Monsieur Le Quéméner	

## ANNEXE 1 - LISTE DES SIGLES UTILISES

**ALD** : Affections Longues Durées

**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Addictologie et en Alcoologie

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-sociale précoce

**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale

**CLIC** : Centre Local d'Informations et de Coordination

**CDC** : Communauté De Communes

**CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familiale

**CLS** : Contrat Local de Santé

**CLSM** : Conseil Local en Santé Mentale

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CMPP** : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**COPIL** : Comité de pilotage

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'objectifs et de Moyens

**CSAPA** : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CTEA** : Centre Thérapeutique de l'Enfant et de l'Adolescent

**DDTM** : Direction Départementale des Territoires et de la Mer

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DIRECCTE** : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

**DRAAF** : Direction Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ELSA** : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**FIR** : Fond d'Intervention Régional

**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle

**HPST** : Loi Hôpital Patients Santé et Territoires

**IME** : Institut Médico-Educatif

**IST** : Infections sexuellement Transmissibles

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MDD** : Maison du Département

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORS** : Observatoire Régional de la Santé

**PAEJ** : Point d'Accueil Ecoute Jeunes

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PNNS** : Programme National Nutrition Santé

**PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

**PRS** : Projet régional de Santé

**PRSE** : Plan Régional Santé-environnement

**PTS** : Programme Territorial de Santé

**PSP** : Pôle de Santé Pluridisciplinaire

**PSU** : Pôle de Santé Universitaire

**RPIB** : Repérage Précoce et Intervention Brève

**RPS** : Risques Psycho-Sociaux

**RSA** : Revenu de Solidarité Active

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour les Adultes handicapés

**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers à Domicile

**SST** : Service de Santé au Travail

**TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## ANNEXE 2 - MEMBRES DU COPIL

### Liste des participants au Comité de pilotage

#### Présidence du COPIL

- SAUVE Joseph, élu référent santé pour le Pays du Centre Bretagne

#### Equipe projet

- PETTRE Pauline, Chargée de mission Pays du Centre Bretagne
- GESTIN Marie, IPASS, coordinatrice du territoire de santé n°8 – ARS Bretagne-DT22

#### Partenaires institutionnels

- CUERQ Gaëlle, Conseil régional, service développement territorial et numérique
- RAULT Mathieu, Conseil régional, responsable pôle santé
- GIBOT Nathalie, Conseil régional, chargée de mission promotion de la santé
- KERVOEL Annick, chargée de mission, conseil général 22
- HELLOCO Ange, élu au conseil général
- KAS Fabrice, cadre mutualiste, Mutualité Française Bretagne

#### Elus et représentants des communautés de communes du Pays

- GASPAILLARD Evelyne, vice-présidente en charge de la santé, CCHM
- LE CAM Pierrick, Maire de Plumieux
- MACRAIGNE Alain, adjoint à la Mairie de Corlay
- GRIPPAUDO Marie, adjointe à la Mairie de Collinée
- LE PLENIER Yves, Maire d'Uzel
- LEFILLEUL Danielle, adjointe aux affaires sociales, mairie d'Uzel

#### Etablissements de santé

- TALMON Martial, cadre de soins, CH de Plouguernevel
- THOMAS Sylvia, directrice adjointe, Centre Hospitalier Centre Bretagne

#### Organismes de protection sociale

- KERMEUR Franck – CPAM Côtes d'Armor
- LE BRETON Mathilde, chargée de prévention sociale, CARSAT Bretagne
- LOISON Annie, responsable du Département Partenariats et Prévention Sociale, CARSAT Bretagne
- GOSSET Christine, responsable du service santé publique, MSA d'Armorique
- RECOURSE Yvon, membre du Conseil d'Administration de la MSA d'Armorique

#### Partenaires et acteurs locaux

- LANOE Laurence, responsable de secteur, mission locale Centre Bretagne
- GAVARD-VETEL Lydie – Chargée de projets, IREPS Bretagne
- LECLERC Denis, médecin généraliste, Merdrignac
- ROHOU Sabrina, coordinatrice régionale prévention, Mutualité Française Bretagne
- BOCQUEHO Valérie, responsable de pôle, ADALEA
- JOUANNIC Annie, médecin de PMI, maison du département de Loudéac
- TROPE Hélène, chef du service « action sociale », maison du département de Loudéac
- BIGEAULT Martine, infirmière coordinatrice, DSDEN 22

#### Conférence de territoire

- BENHABERROU Myriam, chargée de mission de la conférence de territoire n°8
- GAUTIER Joseph, représentant des usagers, CISS Bretagne
- JOSSELIN Monique, représentant des usagers, ADAPEI des Côtes d'Armor



**ARS de Bretagne**

**Direction Territoriale Des Côtes d'Armor**

**34 rue de Paris**

**22 021 SAINT-BRIEUC**

**Pays du Centre Bretagne**

**77 Boulevard de Penthièvre**

**22 600 LOUDEAC**